

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL
HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO,
2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTADO POR:

INGA TIPE, Zoraida

**AYACUCHO - PERÚ
2019**

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi madre por brindarme su apoyo incondicional y por ser una guía en el camino de mi vida. A mis hijos quienes son mi fuente de inspiración en las cosas que realizó cada día. A mi esposo quien me brinda su apoyo para lograr mi superación personal.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por bendecirme en cada paso que doy, por permitir que todo esto fuese posible y por darme la familia que tengo.

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, fuente de sabiduría y enseñanza, por haberme acogido en sus aulas y por forjar esta maestría con sentido científico, filosófico y humanístico, al servicio de la comunidad.

A los docentes de la unidad de post grado quienes contribuyeron en mi desarrollo profesional, agradecerles por compartirme sus conocimientos, experiencias y sugerencias.

A mi asesora la doctora Marizabel Llamocca Machuca por sus orientaciones y colaboración desinteresada con sus conocimientos, durante el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A autoridades del Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno por permitirme realizar las encuestas dentro de sus ambientes. A los adultos mayores que participaron en las encuestas por brindarnos sus respuestas que son tan valiosas para poder realizar este trabajo.

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	vi
ABSTRAC.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes de estudio:	8
1.2 Base teórica científica.....	18
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1 Enfoque de investigación.....	36
2.2 Tipo de investigación.....	36
2.3 Nivel de investigación.....	36
2.4 Diseño de investigación	36
2.5 Área de investigación	36
2.6 Población y muestra.	36
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
2.8 Procedimiento de recolección de datos.....	38
2.9 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	39
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
Tabla N°1.....	41
Tabla N°2.....	42
Tabla N°3.....	43
Tabla N°4.....	44
Tabla N°5.....	45
Tabla N°6.....	46
Tabla N°7.....	47

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	49
V. CONCLUSIONES.....	61
VI. RECOMENDACIONES.....	62
VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	64
ANEXO.....	71
• Anexo N° 01: Matriz De Consistencia.....	72
• Anexo N° 02: Encuesta.....	73
• Anexo N°03 Consentimiento Informado.....	78
• Anexo N°04: Evidencias.....	79
• Anexo N°05 Gráficos.....	80
• Anexo N°06 Tabla de Chi cuadrado.....	84

RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

INGA TIPE, Zoraida¹

El presente trabajo de investigación tiene como **objetivo** determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017. **Materiales y métodos:** El tipo de investigación es aplicativo, el nivel de investigación es descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal; su **área de estudio**, es el Hospital de apoyo Jesús Nazareno. **La muestra** estuvo constituida por 107 adultos mayores que acudieron al Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en los meses de agosto y setiembre, según criterios de inclusión y exclusión. **Los instrumentos** utilizados fueron la encuesta para establecer el nivel de conocimiento y una escala de Likert modificada para determinar las actitudes. **Los resultados** fueron: el nivel de conocimiento sobre autocuidado de la mayoría de los adultos mayores es medio (60,7%) y la actitud hacia al autocuidado es de indiferencia (76,6%). Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud; la mayoría de adultos mayores presentan un nivel de conocimiento medio con una actitud de indiferencia (47,7%) sobre el autocuidado; y según la prueba estadística del Chi cuadrado ($\alpha < 0,05$) se encontró que existe una relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado, aceptándose así la hipótesis de investigación. **En conclusión:** Existe una relación de dependencia entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado de la salud.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, actitud, autocuidado.

¹ Bachiller Egresada de la Maestría en Salud Pública UNSCH - Email. zoricita06@hotmail.com

ABSTRACT

"LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE ON SELF-CARE OF THE ELDERLY ADULT USER OF THE SUPPORT HOSPITAL JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017"

INGA TIPE, Zoraida

The objective of this research is to determine the relationship between level of knowledge and attitude about self-care of the elderly adult user of the Jesús Nazareno-Ayacucho Support Hospital, 2017. Materials and methods: type of research is applicable, the level of research is descriptive correlational, prospective cross-sectional; his area of study is the Jesús Nazareno Support Hospital. The sample consisted of 107 older adults who attended the Jesus Nazareno Support Hospital in the months of August and September, according to inclusion and exclusion criteria. The instruments used were the survey to establish the level of knowledge and a modified Likert scale to determine the attitudes. The results were: the level of knowledge about self-care of the majority of the elderly is medium (60.7%) and the attitude toward self-care is indifference (76.6%). Regarding the relationship between the level of knowledge and attitude; the majority of older adults present a level of knowledge with an attitude of indifference (47.7%) about self-care; and according to the statistical test of Chi-square ($\alpha < 0.05$) it was found that there is a relationship between the level of knowledge and attitude about self-care, thus accepting the research hypothesis. In conclusion: There is a relationship of dependence between the level of knowledge and the attitude about self-care of health.

Keywords: Level of knowledge, attitude, self-care.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos años, según la Organización Mundial de la Salud para el 2015, a nivel mundial llegó a 71,4 años (73,8 años para las mujeres y 69,1 para los varones) y el Perú no es ajeno a ese incremento donde la esperanza de vida se incrementó a 74,6 años (77,3 las mujeres y 72,0 años los varones). Además en la actualidad se observa un incremento del porcentaje de la población adulta mayor, en comparación con anteriores décadas, donde según el INEI, la población adulta mayor en el Perú para el año 2005 fue de 2 millones trescientos cuatro mil (8.8% de la población total del país); mientras que para el 2015 en el país la población adulta mayor es de 3 millones 11 mil 50 de personas mayores de 60 años, lo cual representa el 9,7% de la población total, estimándose que un 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad; ubicándose en el área urbana el 36,4% de hogares y en el área rural el 42,0% de hogares con por lo menos un integrante mayor de 60 años. (1, 2, 3)

Esta situación denota preocupación, porque mientras en los países desarrollados, la población de 60 años y más ha crecido durante un periodo prolongado; en países de América Latina, como el Perú, este crecimiento poblacional de los adultos mayores, está ocurriendo de forma muy rápida, caracterizándose por la pobreza y las inequidades sociales. Además, las necesidades de salud son diferentes para cada etapa de vida, y para la etapa de adulto mayor tiene sus propias características y peculiaridades. (4,5)

La esperanza de vida sana, por la que se miden los años de buena salud que se puede esperar disfrutar, en el año 2015 es de 63,1 años a escala mundial (64,6 años para las mujeres y 61,5 años para los hombres). Observándose así, que en cuanto a salud en el Perú para el año 2016; el 84,6% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico y en la población masculina este problema de salud afecta al 73,8%. Los adultos mayores tienen una prevalencia más elevada de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras); tienen más episodios de enfermedades agudas, y enfrentan un riesgo más alto de accidentes que el resto de la población. Por lo tanto, ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor que la población general y un promedio de 12 días de estadía en comparación con los 8 días de la población general excluyendo a los menores de un año. (1, 6)

El envejecimiento; es un proceso fisiológico natural, que se produce desde que nacemos, y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida. Durante

este proceso el organismo va cambiando; sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características. Sin embargo, los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales; sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios puede impactar fuertemente su calidad de vida afectando su autocuidado. (1, 4, 7)

El autocuidado es la capacidad de asumir voluntariamente el cuidado y el mantenimiento de la propia salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. Es una conducta que se aprende en sociedad. Es significativo que las personas mayores tengan conocimiento y tenga actitud positiva hacia el proceso de autocuidado; el cual debe ser integral, no solo responder a sus necesidades básicas, sino también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable. (4, 8)

El conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos. Y el nivel de conocimiento es el grado acumulado de conocimiento o capacidad de saber sobre los hechos que ocurren en el entorno o en la realidad del individuo. El conocimiento permite a las personas tomar decisiones informadas y optar

por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, no es el único determinante. (9,10)

Es así, que, al observar investigaciones realizadas a nivel internacional, en adultos mayores, en Cuba en el año 2011 se encontró que existe un déficit de conocimientos en autocuidado de la salud respecto a esta etapa de la vida obteniendo porcentajes elevados 66% en nivel de conocimiento bajo; además sólo el 23,31% se autocuidan correctamente mientras que el 76,69% no se autocuidan correctamente para mantener una calidad de vida. (11)

Del mismo modo, en nuestro país, Manrique (Lima-2010) en su estudio encontró que los adultos mayores presentan un nivel de conocimientos medio sobre autocuidado (52%) y una actitud de indiferencia (54%) frente al autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas. (12)

En base a lo antes mencionado y observando que tanto a nivel internacional como nacional en estos últimos años se viene dando un incremento de la población adulta mayor, pero con problemas de salud; además, según los resultados de las investigaciones observadas se encontró que los adultos mayores tienen un conocimiento hacia el autocuidado de media a baja y su actitud hacia el autocuidado es indiferente. Así mismo, durante las experiencias vividas en la pasantía realizada en el Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno se pudo observar que los adultos mayores tienen poco conocimiento referente al proceso de autocuidado, lo cual conlleva a presentar dudas sobre las formas de cuidado de su

organismo; llegando a confundir los cambios fisiológicos que presentan en este proceso de envejecimiento como patológicos, aspecto que muchas veces los llevan a adoptar actitudes negativas frente a este proceso. Todos estos datos motivaron la realización del proyecto de investigación titulado “Nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital De Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017”.

Basado en las premisas mencionadas surge la necesidad de estudiar ¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017?

Teniendo como Objetivo general:

- Determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017.

Y como Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en el adulto mayor.
- Identificar la actitud hacia el autocuidado del adulto mayor.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado según dimensiones físico y psicosocial en el adulto mayor.
- Identificar la actitud hacia el autocuidado según dimensiones físico y psicosocial en el adulto mayor.
- Relacionar el nivel de conocimiento y la actitud hacia el autocuidado en el Adulto mayor.

La hipótesis de investigación fue la siguiente:

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

Se utilizó un enfoque cuantitativo, tipo de investigación aplicativo, nivel descriptivo- correlacional, diseño no experimental de corte transversal; el área de estudio fue el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, la muestra estuvo constituida por 107 adultos mayores que acudieron al Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en los meses de julio y agosto, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; obtenidos mediante muestreo no Probabilístico intencionado. Las técnicas para la recolección de datos fueron: la entrevista estructurada; los instrumentos utilizados fueron la encuesta para establecer el nivel de conocimiento y la escala de Likert para determinar las actitudes.

Obteniéndose los siguientes resultados: el nivel de conocimiento sobre autocuidado de la mayoría de los adultos mayores es medio (60,7%) y su actitud frente al autocuidado en la mayoría de los adultos mayores es de indiferencia (76,6%). El nivel de conocimiento según dimensión física, destaca el nivel de conocimiento medio con un 60,7%(65) y según dimensión psicosocial, prevalece el nivel de conocimiento medio con 51,4%(55). En cuanto a la actitud según dimensión física, prevalece el 78,5%(84) con una

actitud de indiferencia y según la dimensión psicosocial, la mayoría tienen una actitud de indiferencia 62,6%(67). Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre autocuidado del adulto mayor; el 60,7%(65) tiene un nivel de conocimiento medio, de los cuales el 47,7%(51) tiene una actitud de indiferencia; al aplicar la prueba estadística del Chi cuadrado ($\alpha < 0,05$) se encontró que existe una relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el autocuidado de la salud; aceptándose así la hipótesis de investigación. **En conclusión:** La mayoría de adultos mayores presentan un nivel de conocimiento medio y una actitud de indiferencia frente al autocuidado. Existe una relación de dependencia entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado de la salud.

El trabajo consta de cuatro capítulos; la primera constituida por el Marco Teórico que viene a ser la revisión de la literatura, que trata del sustento teórico de las variables en estudio; la segunda unidad consigna los materiales y métodos del estudio; la tercera unidad conformada por los resultados presentándose mediante tablas y gráficos estadísticos los diferentes resultados de las variables en estudio; la cuarta unidad es la discusión donde se realiza el análisis de los resultados encontrados en contrastación con la bibliografía; finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de Estudio:

Luego de haber realizado la revisión de estudios se han encontrado algunos relacionados al tema. Así tenemos:

A nivel internacional:

Can A, et al; realizaron una investigación titulada “Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche México-2015”. El cual tuvo como objetivo: identificar si existe relación entre el autocuidado y las personas adultas mayores que asisten al Centro de rehabilitación y Educación Especial, en la Ciudad de San Francisco de Campeche. Utilizaron el método descriptivo, exploratorio con alcance cualitativo. Los instrumentos fueron Test de capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor. El análisis de datos se llevó a cabo con el programa SPSS. Sus resultados fueron: Los sujetos de estudio fueron 50 personas adultas mayores, 32 del sexo femenino y 18 del sexo masculino; del 100% de la población del género masculino, 44.44% muestra tener la percepción de autocuidado inadecuado; y del 100% de la población del género femenino, 68% presenta la percepción de parcialmente inadecuado. En la percepción del estado de salud, 60% considera tener una percepción

de autocuidado de la salud parcialmente adecuada, 34% un nivel de autocuidado inadecuado, 3% sin capacidad de autocuidado, el nivel de autocuidado refleja 3%. La conclusión fue: en relación con el sexo y la percepción de autocuidado, los hombres presentan mayor autocuidado que las mujeres. (13)

Modéjar M, et al; realizaron un estudio titulado “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el autocuidado, Policlínico Universitario- Diego del Rosario Padilla Morón, Cuba- 2013”. Cuyo objetivo fue: verificar los cambios después de aplicar la intervención educativa. Se realizó un estudio de intervención educativa pre experimental antes-después en adultos mayores con diabetes mellitus que acuden a la consulta de atención al diabético del Policlínico Norte de Morón. La población fue de 100 pacientes y una muestra de 96. Los resultados fueron: antes de la intervención educativa el 78.5% de los diabéticos desconocían sobre autocuidado; después de la actividad educativa el 98.5% elevó su conocimiento en cuanto al tratamiento dietético; el 10.4% de los diabéticos conocían poco cómo prevenir el pie diabético, lo cual mejoró después de la intervención educativa. La conclusión fue: Los participantes de la investigación aprendieron que el autocuidado es fundamental para lograr una longevidad satisfactoria lo cual incluye conocer los alimentos que le provocan descontrol metabólico, las condiciones imprescindibles para realizar actividad física, cómo prevenir el pie diabético, los factores que favorecen las lesiones oculares y los factores de riesgo para desarrollar una nefropatía diabética. (14)

Rodríguez I, et al; realizaron un estudio titulado “Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores en el policlínico Elpidio Berovides del Municipio Lisa- Cuba 2011”. Cuyo objetivo fue: Desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes ancianos para mejorar su calidad de vida; cuyas técnicas estuvieron basadas en la participación activa de los involucrados en este proceso desde su vivencia, la intervención fue grupal partiendo del intercambio y de la reflexión de los integrantes del grupo como motivador de cambios de actitudes y de estilos de vida. El estudio fue cuantitativo de corte transversal de tipo descriptivo. La muestra estuvo constituida por 243 pacientes. Los resultados antes de aplicar la estrategia fueron: un déficit de conocimientos en autocuidado de la salud, donde solo el 23.31% se autocuidan correctamente, mientras que el resto no se autocuidan correctamente para mantener una calidad de vida. La conclusión a la que llegaron fue que la calidad de vida de la población envejecida puede modificarse favorablemente aplicando un sistema de prevención sencilla y económica por parte de los médicos y las enfermeras del primer nivel de salud. (11)

Millán I; realizó un estudio titulado “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad Holguín, Cuba 2010”. Cuyo objetivo fue: evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. Estudio descriptivo transversal. Cuya población estuvo constituida por 354 ancianos, con una muestra de 195. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente; existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-

perceptivo en el 46,7%; un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes. La conclusión fue: la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, pero estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado; los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.

(15)

A nivel nacional:

Duran L; realizó una investigación sobre “Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, Villa El Salvador 2015”. El objetivo fue: Determinar los conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández. Tipo de investigación aplicada, cuantitativa, descriptiva simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 91 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario y la escala de Likert modificada. Los resultados fueron: Del 100% de adultos mayores, el 48% no conocen y 52% conocen sobre autocuidado; 64% tienen prácticas inadecuadas y 36% adecuadas; 23% tienen actitudes favorables; 60% medianamente favorables y 17% desfavorables. Las conclusiones fueron: El mayor porcentaje de los pacientes hipertensos conocen sobre su

autocuidado respecto a la alimentación, actividades físicas, asistencia a sus controles médicos y de enfermería para evitar complicaciones. Así mismo el mayor porcentaje tiene prácticas inadecuadas, que está dado por la frecuencia de los ejercicios de moderada intensidad, consumo de carne de pescado y control de la presión arterial. La mayoría tiene actitudes medianamente favorables a desfavorables, en lo relacionado a los medicamentos y el control de la presión arterial. (16)

García S, et al; en su investigación titulada "Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con Hipertensión Arterial, Chupaca– ESSALUD 2014". Tuvo como objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de las personas hipertensas del ESSALUD Chupaca 2014. Estudio correlacional, observacional, descriptivo y transversal. La muestra fue de 31 hombres y mujeres. Cuyos resultados fueron: 18,7% realiza actividad física, consumen frituras el 23% y el consumo de sal es del 80%. El 29% manifiesta que puede aumentar la dosis de medicamentos si sube su presión arterial sin prescripción médica y el 39% indican que puede disminuir si baja y el 52% cree que puede dejar el tratamiento farmacológico si se normaliza su presión arterial sin previa consulta médica. Las conclusiones fueron: el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado tienen relación directa y muy significativa; además el nivel de conocimiento es adecuado y el nivel de las prácticas de autocuidado es adecuado. (17)

Leitón Z; realizó una investigación titulada "Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y

depresión del adulto mayor que asiste al Módulo de Atención al Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo-Perú, 2014". Cuyo objetivo fue: determinar la relación entre práctica de autocuidado para una vejez con bienestar, con independencia funcional y depresión. Investigación cuantitativa descriptiva correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 51 adultos mayores. La técnica utilizada fue la entrevista. Los resultados fueron: 82,35 % tuvo buena práctica de autocuidado y 17,65 % regular. En las actividades básicas de la vida diaria 84,31% fue independiente y 15,69% moderadamente dependiente. En las actividades instrumentales de la vida diaria 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente. Sin depresión 82,35%, 13,72% depresión leve y 3,92% depresión. Las conclusiones fueron: Relación altamente significativa entre independencia funcional con práctica de autocuidado. No hay relación significativa entre depresión con práctica de autocuidado. (18)

Campos J, et al; en su investigación titulada "Prácticas de autocuidado según el nivel de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial de los adultos mayores del Centro de Salud José Olaya, Chiclayo 2013". Su objetivo fue: determinar la relación de las prácticas de autocuidado según el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial. El tipo de investigación fue cuantitativo de diseño correlacional. La muestra estuvo constituida por 70 adultos mayores con hipertensión arterial. Obteniendo los siguientes resultados: el nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial fue bueno con un 83% y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores son

realizadas en un 62,8%. La conclusión fue: que los adultos mayores con un buen nivel de conocimiento, tienen una mayor capacidad para poner en práctica su autocuidado. (19)

Camacho S, et al; realizó un estudio titulado “Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de octubre, Iquitos-Perú, 2013”; cuyo objetivo fue: determinar la relación que existe entre la capacidad funcional, depresión y las prácticas de autocuidado en el adulto mayor. Estudio descriptivo correlacional. Aplicaron los índices de Katz, Lawton, la escala de autocuidado de Leitón que permite evaluar la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en sus dimensiones: biológica y psicosocial y espiritual, consta de 80 ítems (confiabilidad 0.91); para el procesamiento de datos utilizaron el programa SPSS versión 21.0. La muestra estuvo constituida por 86 personas mayores. Los resultados fueron: el 92,8% son independientes en la capacidad funcional básica y el 62,8% independientes en la capacidad funcional. El 59,3% de adultos mayores no muestran manifestaciones de depresión. El 82,6% de adultos mayores tienen un nivel bueno de prácticas de autocuidado y el 17,4% un autocuidado regular. Las conclusiones fueron: Los adultos mayores que informan mejor cuidado en la dimensión psicosocial, memoria, pies, boca, mostrarán mejor nivel de prácticas de autocuidado; además a mayor estado depresivo del adulto mayor menor es el nivel de prácticas de autocuidado. (20)

Aguado F, et al; realizó un estudio titulado “Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes

hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional Lima- 2013”. Cuyo objetivo fue: determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos con hipertensión arterial. El estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue 3949 y la muestra lo constituyeron 86 pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Aplicaron la técnica de la entrevista, y el instrumento fue un cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial y para medir el autocuidado una Escala de Likert. Las conclusiones fueron: el 40% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38,1% presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas. (21)

Ramos A, realizó un estudio titulado “Autoestima y conocimiento sobre autocuidado en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja Lima 2012”. Cuyo objetivo fue: determinar la autoestima y los conocimientos sobre autocuidado en el adulto mayor que asiste al programa del adulto mayor en el C.S. Conde de la Vega Baja. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 35 adultos mayores. La técnica fue la entrevista y los instrumentos: la escala de autoestima de Rosemberg y un formulario tipo cuestionario. Los resultados fueron: Del 100% de adultos mayores, 53% no conoce y 47% conoce sobre autocuidado; en la dimensión biológica 53% no conocen y 47% conocen, y en la dimensión psicosocial 73% conocen y 27% no conocen. Las conclusiones fueron: La mayoría de los adultos mayores

tienen un nivel de autoestima de baja a media; en cuanto a los conocimientos el mayor porcentaje de los adultos mayores no conocen sobre el autocuidado en el sueño, aspectos nutricionales y la importancia de las relaciones familiares y sociales; lo que conocen esta dado por los cuidados de la piel y anexos, la actividad física, y el tiempo libre. (22)

Manrique D; realizó una investigación titulada “Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja-Lima Perú 2010”; cuyo objetivo general fue determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las Necesidades Básicas. El diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple, y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumentos una encuesta y una escala de Lickert modificada. Los resultados fueron: el nivel de conocimientos sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores fue alto en un 27%, medio en un 52% y baja en un 21%. Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento que tiene el adulto mayor sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es medio. Las necesidades relacionadas con el cuidado de la piel y el sueño son áreas críticas en el conocimiento que tiene el adulto mayor para satisfacerlas. El nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es medio; y en la dimensión psicosocial, es alto. La actitud hacia el

autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, es de indiferencia. La actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es de indiferencia y en la dimensión psicosocial, fluctúa entre indiferencia y aceptación. (12)

A nivel local:

Aguirre M; realizó una investigación titulada “Prácticas de autocuidado y patrones de consumo, asociados con el control de sobrepeso y obesidad en usuarios del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2016”, el objetivo fue determinar la asociación de las prácticas de autocuidado y el patrón de consumo con el control del sobrepeso y obesidad en la población que acuden al CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2016. Investigación correlacional de corte transversal; la población de estudio fueron usuarios adultos que acuden al CLAS San Juan Bautista, correspondientes a los meses de agosto y setiembre 2016 y mediante un muestreo no probabilístico abordaron a 99 personas; la técnica utilizada fue la entrevista y la observación. Resultados: el 30.3% presenta preobesidad, 19% se encuentra con obesidad, siendo mayor la prevalencia en el sexo femenino y a mayor edad; el 42.4% se encuentra en condición de sedentario, el 44.4% la actividad principal se caracteriza por estar sentado mayormente; el 37.4% se alimenta 4 veces. Las conclusiones fueron: el sedentarismo, el incremento de la frecuencia de la alimentación, el bajo consumo de frutas, verduras; el consumo diario de dulces, gaseosas, frituras se correlacionan de manera moderada con sobrepeso y obesidad. (23)

Quicaña E, et al; realizó un estudio titulado “Conocimientos de autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios del Hospital Regional de Ayacucho- 2013”; cuyo objetivo fue determinar el conocimiento del autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios del Hospital Regional de Ayacucho 2013. Investigación descriptiva- correlacional. El instrumento utilizado fue un cuestionario. La muestra estuvo constituida por 100 usuarios diabéticos de 40 a 60 años que asistieron a los consultorios externos del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de abril del 2013. Los resultados fueron: los usuarios tienen conocimientos limitados de autocuidado en la alimentación, actividad física, en el tratamiento y cuidado de los pies. La conclusión fue: el conocimiento del autocuidado en la diabetes está asociado al grado de instrucción y asistencia a la consulta por parte del usuario diabético. (24)

1.2. Base Teórica Científica:

1.2.1 Conocimiento:

- a. **Concepto:** El conocimiento se define desde el punto de vista filosófico; primero como un acto y segundo como un contenido. Como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho, un objeto; por un sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer. Ese contenido significativo que el sujeto adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se

puede adquirir, acumular, transmitir y derivar una de otra. No son puramente subjetivas. Pueden independizarse del sujeto gracias al lenguaje, tanto para sí mismo como para otros sujetos. Distingue, además tres niveles de conocimiento: conocimiento vulgar, conocimiento científico y el conocimiento filosófico. (25)

- **Conocimiento vulgar:** Es aquel adquirido y usado espontáneamente.
- **Conocimiento científico** se adquiere adaptando una actitud que se requiere de esfuerzo y preparación especial. Es caracterizado por ser selectivo, metódico, sistemático, explicativo, analítico, objetivado (apoyado en la experiencia).
- **Conocimiento filosófico:** Es de nivel superior, eminentemente problemático y crítico, incondicionado y al alcance universal. Este conocimiento esclarece el trabajo de la ciencia. Describe el fundamento de la verdad y pone a prueba todas las certezas, instruyéndonos sobre los alcances de nuestro saber. (25)

Salazar Bondy define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos. En base a esto tipifica el conocimiento en: Conocimiento científico y conocimiento ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia. Y al conocimiento vulgar, como un conocimiento vago inexacto, limitado a la observación. (25)

Reforzando el concepto Mario Bunge, en el libro "Filosofía", señala al filósofo Kant quién en su teoría del conocimiento dice que este está determinado por dos elementos: La intuición sensible y los conceptos. Intuición sensible se refiere a la percepción directa e inmediata del mundo externo mediante los sentidos, que van a proporcionar datos empíricos. Conceptos se refiere a las categorías a priori que elabora el entendimiento, independientemente de la experiencia sensible. Distingue dos tipos de conocimientos: El conocimiento puro y el conocimiento empírico. El primero es aquel que se desarrolla antes de la experiencia; el segundo son aquellos elaborados a posteriori de la experiencia. (26)

Russell, Bertrand refiere que "Conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos". (9)

b. Características del conocimiento:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma" como ocurre con otros bienes físicos.

- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias. (27)

c. Nivel de conocimiento: Es el grado acumulado de conocimiento o capacidad de saber sobre los hechos que ocurren en el entorno o en la realidad del individuo. (28)

Los niveles de conocimiento tienen su raíz en el trabajo de la metodología científico-filosófica. Se describe en términos de abstracción y profundidad adquirida en la relación sujeto/objeto. Por ello se habla de momentos de abstracción del conocimiento, en el entendido de que la metodología es una ciencia instrumental que permite leer la realidad y la filosofía es una disciplina totalizadora que ayuda a analizar, sintetizar y conceptualizar teóricamente el conocimiento científico. (28)

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad. (28)

Clasificación de los niveles de conocimiento:

- **Nivel instrumental:** Primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un objeto de estudio o investigación. Se denomina instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información.
- **Nivel técnico:** Lo conforman las reglas para usar los instrumentos.
- **Nivel metodológico:** Es el uso crítico del método para leer la realidad.

- **Nivel teórico:** Representa el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye es el objeto de estudio.
- **Nivel epistemológico:** son las maneras en que se realiza el proceso teórico.
- **Nivel gnoseológico:** son aquellas categorías con que nos acercamos a la realidad y nos ubican en él.
- **Nivel filosófico:** es la concepción del mundo y del hombre que se sustenta.

Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente, también tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica y, por tanto, cuando se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática. (28)

Walón, en su estudio refiere que, para evaluar el nivel de conocimiento, pueden agruparse los resultados en tres categorías: alto, medio y bajo. Las categorías pueden ser determinadas mediante la escala de estaninos, para lo cual se calcula la suma de los puntajes de todos los ítems donde los puntajes mayores corresponden al conocimiento bueno y los puntajes menores a los conocimientos malos. (28)

1.2.2 Actitud:

Las actitudes han sido definidas como aquellas formas de pensar, de sentir o de comportarse hacia una idea, objeto, persona o grupo de semejantes. (29,30)

a. **Componentes:** Encontramos tres componentes: cognitivo, afectivo y comportamental.

- **Cognitivo:** se refiere al conjunto de datos e información, sus creencias y estereotipos que las personas tienen acerca del objeto, evento o persona. Sería aquella que se piensa acerca del objeto de la actitud; desde un punto de vista cognitivo puede pensarse que algo está bien o está mal, independientemente de lo que luego se haga, porque puede suceder que afectivamente se sienta movido en otra dirección. (29, 30)
- **Afectivo:** haría referencia aquello que ese siente, que gusta o disgusta; así pues, puede sentirse que algo gusta o disgusta, sin que necesariamente se actúe en la dirección que apunte ese sentimiento, porque racionalmente se considere que no es conveniente. (29, 30)
- **Comportamiento o reactivo** en las actitudes, hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto; también son experiencias en comportamientos anteriores. No basta que algo parezca bien o mal, o guste o disguste, sino que esto lleve, de una manera u otra, a actuar en consecuencia. (29, 30)

Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un

objeto. No es necesario que los 3 componentes estén separados o unidos en la valoración del objeto. El conjunto de las valoraciones que se hacen de un objeto constituyen la evaluación final que hemos definido como actitud. (29,30)

b. **La Medición de las Actitudes:** La magnitud de una actitud depende de su valencia (positiva o negativa) y de su intensidad (grado o extremosidad de esa valencia). La intensidad o fuerza de una actitud depende de las siguientes variables:

- Importancia de la actitud para esa persona
- Intensidad o extremosidad de su evaluación
- Conocimiento del objeto de actitud
- Accesibilidad de la actitud (facilidad de activación de la actitud en la mente de la persona)

Cuanto más extensa es una actitud, más persistente es en el tiempo, más resiste al cambio y más influye en la conducta. (31,32)

Las técnicas más elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtienen información sobre las dos dimensiones: direccionalidad e intensidad, la forma general de las escalas de actitudes distinguen entre la aceptación, la indiferencia o el rechazo hacia el objeto. (31,32)

Refiriéndose a las actitudes de aceptación y rechazo. Antonio Pinilla, explica: una actitud de aceptación, consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta

tendencia de acercamiento hacia el objeto, generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, ayuda y comprensión. Mientras que una actitud de rechazo, es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y la frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante, y la actitud de indiferencia es un sentido de apatía, el sujeto no muestra aceptación, ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. (33, 34)

Las actitudes pueden medirse mediante escalas, una escala sería un instrumento de medición en el cual se puede hacer una disposición de cosas distintas, pero con un aspecto común; la escala de medición es la disposición de diferentes actitudes de mayor a menor intensidad, a favor o en contra. En la actualidad la escala de Likert es la más empleada porque su elaboración es más sencilla. La escala de Likert, se construye generando un elevado número de afirmaciones que califican al objeto de actitud, las afirmaciones y alternativas de respuestas deben ser comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que estos tendrán la capacidad de discriminación requerida. Se pide a los sujetos que indiquen su grado de acuerdo-desacuerdo con una serie de afirmaciones que abarcan todo el espectro de la actitud, en una escala de 5 puntos, donde 1 es total desacuerdo y 5 total acuerdo. Estas escalas presuponen que cada afirmación de la escala es una función lineal de la misma dimensión actitudinal, es

decir, que todos los ítems que componen la escala deberán estar correlacionados entre sí y que existirá una correlación positiva entre cada ítem y la puntuación total de la escala. Por ello, se suman todas las puntuaciones de cada afirmación para formar la puntuación total. (29,33)

c. **Funciones de las actitudes:**

- **Función de conocimiento:** Mediante las actitudes los sujetos ordenan y categorizan el mundo de manera coherente, satisfaciendo así la necesidad de tener una imagen clara y significativa del mundo. Las actitudes ayudan al sujeto a ordenar, entender y asimilar las informaciones que pueden resultar complejas, ambiguas e impredecibles. La división en positivo y negativo nos permiten diferenciar entre lo que es beneficioso y dañino para cada individuo.

Influyen en el procesamiento de la información, siendo esta influencia más potente cuanto más fuerte es la actitud.

Las actitudes sesgan el procesamiento de la información porque:

- ❖ Seleccionan lo que se procesa (atención)
- ❖ La interpretación de lo que se procesa tiende a hacerse congruente con la actitud previa (percepción)
- ❖ Tratamos de ignorar la información que es incongruente, por lo que la información congruente con las actitudes se almacena en la memoria que la incongruente. (32,35)

- **Función instrumental** (función de ajuste o utilitaria) Las actitudes pueden servir a la persona para obtener refuerzos o evitar castigos. Clasifica los objetos de actitud de acuerdo a los resultados que proporcionan. Así, las actitudes ayudan a las personas a lograr objetivos deseados y evitar aquellos que no se desean. (32,35)
- **Función defensiva del yo:** Las actitudes también pueden contribuir a aumentar la autoestima. La actitud permite afrontar las emociones negativas hacia sí mismo, externalizando ciertos atributos o denegándolos. Las actitudes ayudan a proteger la autoestima y a evitar los conflictos internos (inseguridad, ansiedad, culpa). (32,35)
- **Función expresiva de valores:** Expresar públicamente actitudes que son centrales en su sistema de valores permite a la persona mostrar creencias que le sirven de principios generales. Las actitudes permiten expresar valores importantes para la identidad o el auto-concepto. Las personas a través de sus actitudes pueden expresar tendencias, ideales y sistemas normativos. (32,35)
- **Función de adaptación o ajuste social.** Las actitudes permiten integrarse en ciertos grupos y recibir aprobación social. Las actitudes pueden ayudar a cimentar las relaciones con las personas o grupos que se consideran importantes, es decir, permiten al sujeto estar adaptado a su entorno social (ser bien vistos, aceptados, etc.) (32,35)

Cada actitud no siempre cumple una única función. Una misma actitud puede cumplir diferentes funciones para distintas personas y una misma actitud puede servir para varias funciones a una misma persona. (35)

1.2.3 Autocuidado:

a. **Concepto:** La OMS en 1982 definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. (36)

Según el MINSA 2012 el autocuidado es asumir voluntariamente el cuidado y el mantenimiento de la propia salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. Es una conducta que se aprende en sociedad. Es fundamental la autoestima en el autocuidado, el valorarse positivamente. (37)

b. **Teoría del autocuidado de Dorothea Orem:** Define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el

entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (38)

Requisitos de autocuidado según Dorothea Orem:

- Requisitos de autocuidado universal: mantenimiento del aporte de aire; agua y alimentos; procesos de eliminación; mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo; mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad, prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos; promoción de la salud.
- Requisitos de autocuidado para el desarrollo: están determinados por el ciclo vital.
- Requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud: incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas. (38)

c. Importancia del autocuidado:

- Es mantener una buena salud, prevenirla y reconocer tempranamente la enfermedad, participar activamente de su recuperación integral de la salud.
- El autocuidado requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y las consecuencias de las acciones que realizan.
- Reconocer que una conducta (Ejm. Fumar) es directamente responsable de la enfermedad (cuadro pulmonar crónico) puede

llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud.

(4, 37)

d. La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ejm. realizar ejercicios.
- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ejm. vacunación, seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares.
- Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ejm. Baja de peso involuntaria, autoexamen de mamas.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.
- El autocuidado puede expresarse de tres formas dentro de los estilos de vida:
 - ❖ Conductas que conscientemente buscan mantener la salud. Ejm: Realizar actividad física.
 - ❖ Conductas que responden a los síntomas de la enfermedad. Ejm: Seguir el régimen alimentario de acuerdo a su enfermedad.
 - ❖ Hábitos nocivos que afectan la salud. Ejm. Consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y sedentarismo. (4, 37)

e. Objetivos del autocuidado:

- Promover la mejora de calidad de vida de la persona adulta mayor.

- Adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables.
- Independencia y funcionalidad de la persona adulta mayor.
- Defender el derecho y protección de la salud.
- Entender que el envejecimiento es un proceso natural, que la persona se debe mantener activa y saludable. (4, 37)

El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable. (37, 38)

Además, durante el proceso de envejecimiento se producen los siguientes cambios:

- Cambios Físicos (biológicos): Con el paso de los años se dan ciertos cambios en nuestro cuerpo, como por ejemplo la pérdida de masa muscular, la disminución de la capacidad para movilizar huesos y articulaciones, etc. Por lo cual se promueve el autocuidado de la salud a nivel de: la piel y anexos, cuidado nutricional, actividad física, cuidado del sueño, cuidado de los sentidos, cuidado de la cavidad bucal, cuidado de los pies.
- Cambios Psicológicos: También disminuyen algunas facultades mentales como la memoria; además, el estado de ánimo se torna muy variable. Por lo que es importante desarrollar y planificar

actividades placenteras en la casa, en el trabajo y en la comunidad; empleando el tiempo libre. Por lo que se promueve el autocuidado para el manejo del tiempo libre.

- **Cambios Sociales:** el adulto mayor enfrenta soledad y en algunos casos abandono. Las personas adultas mayores tienen que participar en espacios locales y comunales para mantenerse activos y cuidar su salud. En este aspecto se promueve el autocuidado de las relaciones sociales. (4)

f. Factores determinantes del autocuidado: La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr la calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son: (10)

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

❖ **Los Conocimientos:** Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación

y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen. (10)

- ❖ **La Voluntad:** Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina 'clave para la acción' a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. (10)

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

- ❖ **Las Actitudes:** Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante. (10)
- ❖ **Los hábitos:** Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ej. El ejercicio rutinario. (10)

- **Factores externos o ambientales:** Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y, sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:
(10)
 - ❖ **Cultural:** Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. (10)
 - ❖ **De género:** Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres. (10)
 - ❖ **Científico y tecnológico:** Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. (10)
 - ❖ **Físico, económico, político y social:** Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria. Para el autocuidado es

necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud. (10)

1.3. Identificación de Variables:

1.3.1. Variable Independiente: Nivel de conocimiento sobre autocuidado.

1.3.2. Variable Dependiente: Actitud sobre autocuidado.

1.4. Definición conceptual de términos:

- **Conocimientos sobre Autocuidado:** Es un conjunto de conceptos, experiencias, habilidades y creencias acerca del cuidado de su propia salud.
- **Actitud sobre autocuidado:** Son las predisposiciones aprendidas a lo largo de la vida, que se manifiestan en predisposiciones favorables o desfavorables, que tiene toda persona de 60 años a más, hacia el cuidado de su propia salud.
- **Adulto mayor:** Persona de sexo masculino o femenino de 60 años a más.
- **Autocuidado:** Es asumir voluntariamente el cuidado y el mantenimiento de la propia salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Enfoque De Investigación:

Cuantitativo.

2.2 Tipo De Investigación:

Aplicativo

2.3 Nivel De Investigación

Descriptiva-Correlacional porque analiza la relación de las variables de estudio.

2.4 Diseño De Investigación

No experimental, transversal.

2.5 Área De Investigación

Hospital de apoyo Jesús Nazareno

2.6 Población y muestra

La población estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores que acuden al Hospital de Apoyo Jesús Nazareno; teniendo como referencia que el primer trimestre del año 2017 acudieron 147 adultos mayores.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 107 adultos mayores que acudieron al Hospital de Apoyo Jesús Nazareno los meses de agosto y setiembre, según criterios de inclusión y exclusión. El tipo de muestreo es no Probabilístico intencionado.

Criterio de inclusión:

- Adultos mayores de 60 a 80 años de edad usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno.
- Adultos mayores de 60 a 80 años que aceptaron participar en el estudio.

Criterio de exclusión:

- Adultos mayores con edad mayor a 80 años.
- Adultos mayores que no acuden al Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno.
- Adultos mayores que no aceptaron participar en el estudio.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**Técnicas:**

En el presente trabajo de investigación se utilizó la siguiente técnica: La entrevista estructurada.

Instrumentos:

En el presente trabajo de investigación se utilizó los siguientes instrumentos para la recolección de datos: encuesta para establecer el nivel de conocimientos y una escala de Likert modificada para determinar las actitudes; cuya estructura está conformada por:

Introducción, datos generales y datos específicos o contenido propiamente dicho.

El instrumento que se utilizó para evaluar el nivel de conocimiento y la actitud; es un instrumento elaborado por Manrique el que utilizaron para el estudio “ Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja- 2010” la cual fue validada por juicio de expertos, constituido por: 2 profesionales médicos que laboran en el área de geriatría, 1 profesional psicólogo, 1 profesional de enfermería en el área de geriatría, 2 profesionales de enfermería en el área de investigación y 2 profesionales de enfermería en el área comunitaria; y por prueba piloto aplicada a 10 adultos mayores. Para la validez estadística interna de cada ítem de los instrumentos, realizaron la prueba de ítem mediante el coeficiente R de Pearson; y para la confiabilidad estadística de la encuesta aplicaron la prueba de Kuder Richardson, obteniendo una confiabilidad de 0.65 para el instrumento, mientras que, para la escala de Likert, utilizaron la prueba de alfa de Crombach, teniendo como resultado un 86% de confiabilidad.

2.8 Procedimiento de recolección de datos.

- Se presentó una Solicitud dirigida al Director del Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno para la obtención de la autorización y posterior aplicación del instrumento.

- Obtenida la autorización correspondiente se procedió a aplicar el cuestionario en los meses de agosto y setiembre, a los adultos mayores que acudieron al Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno.

2.9 Procesamiento estadístico y análisis de datos.

Después de recolectados los datos, estos fueron procesados mediante el paquete estadístico de Excel y el programa SPSS versión 22; elaborando la tabla de matriz de datos. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva, considerando el marco teórico. Se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado con un 95% de nivel de confianza, para buscar la relación entre las variables de estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS

Para el procesamiento de los resultados se utilizó: tablas y gráficos, basados en el programa de SPSS versión 22; así mismo, la Estadística Descriptiva con la finalidad de definir y describir los datos y la estadística inferencial con la finalidad de hacer inferencias y sacar conclusiones de las relaciones observadas en la muestra.

TABLA N°01

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

Nivel de conocimiento	N°	%
Bajo	24	22,4
Medio	65	60,7
Alto	18	16,8
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

En la tabla N° 01 podemos observar que; del 100%(107) de los adultos mayores; el 60,7% (65) de adultos mayores tienen un nivel de conocimiento medio, el 22,4% (24) tienen un nivel de conocimiento bajo y el 16,8% (18) tienen un nivel de conocimiento alto sobre autocuidado.

TABLA N°02

“ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

Actitud	N°	%
Rechazo	15	14,0
Indiferencia	82	76,6
Aceptación	10	9,3
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

En los datos de la tabla N° 02 podemos observar que; del 100%(107) de los adultos mayores; el 76,6% (82) de los adultos mayores tienen una actitud de indiferencia, el 14% (15) tienen una actitud de rechazo y el 9,3%(10) una actitud de aceptación.

TABLA N° 03

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

Nivel de conocimiento dimensión física	N°	%
Bajo	35	32,7
Medio	65	60,7
Alto	7	6,5
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

En los datos de la tabla N°03 podemos observar el nivel de conocimiento según dimensión física que; del 100% (107) de los adultos mayores; el 60,7% (65) de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento medio, el 32,7% (35) tienen un nivel de conocimiento bajo y el 6,5% (7) un nivel de conocimiento alto.

TABLA N° 04

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

Nivel de conocimiento dimensión psicosocial	N°	%
Bajo	9	8,4
Medio	55	51,4
Alto	43	40,2
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

En los datos de la tabla N°04 podemos observar el nivel de conocimiento según dimensión psicosocial que; del 100% (107) de los adultos mayores; el 51,4% (55) de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento medio, el 40,2% (43) tienen un nivel de conocimiento alto y el 8,4% (9) un nivel de conocimiento bajo.

TABLA N° 05

“ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

Actitud dimensión física	N°	%
Rechazo	16	15,0
Indiferencia	84	78,5
Aceptación	7	6,5
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

En los datos de la tabla N°05 podemos observar la actitud según dimensión física que; del 100% (107) de los adultos mayores; el 78,5% (84) de los adultos mayores tienen una actitud de indiferencia, el 15% (16) tienen una actitud de rechazo y el 6,5% (7) una actitud de aceptación.

TABLA N° 06

“ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

Actitud Dimensión Psicosocial	N°	%
Rechazo	13	12,1
Indiferencia	67	62,6
Aceptación	27	25,2
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

En los datos de la tabla N°06 podemos observar la actitud según dimensión psicosocial que; del 100% (107) de los adultos mayores; el 62,6%(67) de los adultos mayores tienen una actitud de indiferencia, el 25,2% (27) tienen una actitud de aceptación y el 12,1% (13) una actitud de rechazo.

TABLA N° 07
“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO DEL
ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS
NAZARENO-AYACUCHO, 2017”

		ACTITUD						Total	
		RECHAZO		INDIFERENCIA		ACEPTACIÓN			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NIVEL CONOCIMI ENTO	BAJO	7	6,5%	17	15,9%	0	0,0%	24	22,4%
	MEDIO	8	7,5%	51	47,7%	6	5,6%	65	60,7%
	ALTO	0	0,0%	14	13,1%	4	3,7%	18	16,8%
Total		15	14,0%	82	76,6%	10	9,3%	107	100,0%

Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

$$X^2 = 12,162 \quad \alpha = 0.016 \quad gl = 4$$

En la tabla N°7 podemos observar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre autocuidado del adulto mayor que; del 100% (107) de los adultos mayores; el 60,7%(65) tienen un nivel de conocimiento medio, de los cuales el 47,7%(51) tienen una actitud de indiferencia, seguido del 7,5%(8) que tienen una actitud de rechazo y el 5,6%(6) tienen una actitud de aceptación. El 22,4%(24) de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento bajo, de los cuales el 15,9%(17) tienen una actitud de

indiferencia, seguido de 6,5%(7) que tienen una actitud de rechazo. El 16,8%(18) de los adultos mayores tienen un nivel de conocimiento alto, de los cuales el 13,1%(14) tienen una actitud de indiferencia, seguido de 3,7%(4) que tienen una actitud de aceptación.

De acuerdo a la prueba estadística del Chi cuadrado se encontró que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El autocuidado es la capacidad de asumir voluntariamente el cuidado y el mantenimiento de la propia salud, así como la prevención de enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. Es una conducta que se aprende en sociedad, el cual debe ser integral, no solo responder a sus necesidades básicas, sino también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. (4)

El conocimiento sobre autocuidado determina en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud. (10)

La actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto a todos los objetos y a todas las situaciones. (31) Por lo cual es importante que los adultos mayores tengan conocimiento y una actitud positiva hacia el autocuidado; para poder desarrollar al máximo sus potencialidades y lograr una vejez saludable. (4)

Respecto al nivel de conocimiento del adulto mayor (tabla N°1), Russel B. (1988) refiere que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha visto u oído y también de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos datos. (9)

Así mismo, Tobón O. (2004) refiere que los conocimientos determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud. (10)

Además, Mondéjar M y otros (2013); en su estudio realizado en Cuba encontró que el 78.5% de los adultos mayores diabéticos desconocían sobre autocuidado. (14) También Ramos A. (2012) en su estudio en Lima encontró que el 53% no conoce sobre autocuidado. (22) Y Manrique D (2010) en su estudio realizado en Lima, encontró que la mayoría de los adultos mayores entrevistados tienen un nivel de conocimiento “medio”, representado por el 52%. (12)

El conocimiento sobre el proceso de autocuidado de la salud es importante en la persona; porque, en este caso permite que el adulto mayor tenga la capacidad de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y de esta forma controlar su propia vida para asegurar la posibilidad de gozar de buen estado de salud. Una persona que no conoce o está poco informada estará en riesgo de que su salud se dañe por no cuidarse acertadamente; por ello, es importante mantener informado y reforzar constantemente los conocimientos a los adultos mayores a través de la educación sanitaria establecida en sesiones educativas, talleres, difusión y/o visitas domiciliarias.

Se concluye que el nivel de conocimiento de la mayoría de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno es medio (60.7%); aspecto que indica que todavía existen ciertas deficiencias en el conocimiento sobre autocuidado que deben ser resueltas, para que así los adultos mayores puedan tomar decisiones informadas frente al cuidado de su salud; para alcanzar una mejor calidad de vida y un envejecimiento activo y saludable.

En relación a la actitud del adulto mayor sobre autocuidado (Tabla N°2); Tobón O. (2004) refiere que las actitudes son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio. (10)

Así mismo, Pinilla A. (1956) explica: la actitud de indiferencia es un sentido de apatía, el sujeto no muestra aceptación, ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. Una actitud de rechazo, es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y la frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante. Mientras que una actitud de aceptación, consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto. (32,33)

Manrique D. en su estudio realizado en Lima en el 2010, encontró que el 54% de adultos mayores entrevistados muestran una actitud de indiferencia, así mismo es importante resaltar que el 29% tiene una actitud de rechazo lo cual es mayor en comparación al 17% que tiene una actitud de aceptación. (12)

El autocuidado es un proceso voluntario y una responsabilidad individual; por lo que es necesario que la persona posea actitud de aceptación hacia el autocuidado de la salud, ya que esto permitirá que el adulto mayor cuide su salud de manera adecuada a través de los diferentes cuidados para sí mismo, de esta manera lograra conservar una buena salud, tener una mejor calidad y por ende un tiempo de vida mayor. En cambio, una actitud de indiferencia y rechazo, es desfavorable porque el adulto mayor muestra un desinterés y negatividad aspecto que pone en riesgo la salud.

Se concluye que la actitud de la mayoría de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno es una actitud de indiferencia (76,6%), lo que indicaría un desinterés hacia el autocuidado, esto es un limitante para alcanzar un envejecimiento activo y saludable; por lo cual se debe promover y estimular el cambio de actitud en los adultos mayores, para lograr internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso del autocuidado, para alcanzar una mejor calidad de vida.

Respecto al nivel de conocimiento según dimensión física (tabla N° 3); Borra V. (2010) menciona que los conocimientos que el adulto mayor debe tener sobre el autocuidado en la dimensión física, se refiere a los cuidados

que toda persona adulta mayor debe tener en relación a los cambios físicos propios del envejecimiento; tales como: el cuidado de la piel y anexos, cuidado nutricional, actividad física, cuidado del sueño, cuidado de los sentidos, cuidado de la cavidad bucal, cuidado de los pies. (4)

Ramos A, en su estudio realizado en Lima en el año 2012, encontró que del 100% de los adultos mayores, el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la dimensión biológica (física) el 53% no conocen y el 47% conocen. (22)

También Manrique D. en su estudio realizado en Lima en el año 2010, encontró que el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica (física) es medio en un 40%. (12)

Durante el proceso de envejecimiento se produce una serie de cambios tanto físicos como psicológicos que son propios de la edad; por ello, es necesario que el adulto mayor conozca de estos cambios producidos en su organismo para que se pueda cuidar de forma adecuada y no tenga la confusión con algunas alteraciones de la salud; así mismo el hecho de conocer permitirá que pueda realizar sus propios cuidados en lo que respecta al cuidado de la piel y anexos, cuidados alimentarios para presentar un adecuado estado nutricional, realizar actividades físicas para mantener un nivel de estabilidad y movilidad permanente evitando degeneraciones, además de otros cuidados como el sueño, cuidado de los sentidos, cuidado de la cavidad bucal y cuidado de los pies entre otros, conociendo cada uno de estos cuidados el adulto mayor contará con una herramienta básica de

inestimable valor para poder cuidar su salud y lograr un envejecimiento saludable.

Se concluye que el nivel de conocimiento según dimensión física de la mayoría de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno es medio con un 60,7%. Lo que indica que los adultos mayores no están bien capacitados sobre este tema, por lo tanto, no poseen los conocimientos suficientes para poder cuidarse adecuadamente y para poder alcanzar una vejez saludable.

Respecto al nivel de conocimiento según dimensión psicosocial (tabla N°4); Borra V. (2010) menciona que los conocimientos que el adulto mayor debe tener sobre el autocuidado en la dimensión psicosocial, se refiere a la importancia de conocer sobre el manejo del tiempo libre y las relaciones sociales.

Araya A. (2012) refiere que las personas de edad a veces no saben qué hacer con su tiempo libre. Para prevenir el aislamiento social es necesario que los adultos mayores conozcan que es importante realizar actividades fuera del hogar, puesto que éstas permiten llevar a cabo distintos tipos de interacciones sociales; en esos casos es conveniente que averigüen qué actividad les gustaría realizar o dónde querrían participar. (6)

Al respecto Ramos A, en su estudio realizado en Lima en el año 2012 encontró que el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre autocuidado, en la dimensión psicosocial el 73% conocen y el 27% no conocen. (22)

Además, Manrique, D. en su estudio realizado en Lima en el año 2010, encontró que el nivel de conocimiento sobre el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión psicosocial, es medio con un 59%. (12)

Es necesario que la persona adulta mayor tenga los conocimientos suficientes sobre el autocuidado de la salud psicológica y social; ya que el autocuidado en la parte psicológica permite que puedan mantenerse activos y en relación constante con su entorno inmediato; para ello es necesario enseñar actividades como tertulias con sus grupos de pares fuera del hogar y otras actividades grupales, aspectos que permiten que el adulto mayor pueda tener distintos tipos de interacciones sociales; haciéndolo sentir útil en su entorno y así se mantenga activo, productivo y saludable.

Se concluye que el nivel de conocimiento según dimensión psicosocial de la mayoría de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno es medio con un 51,4%. Lo que indica que los adultos mayores presentan algunas deficiencias respecto a este tema, que deben ser superadas para evitar situaciones de riesgo en la salud.

Respecto a la actitud según dimensión física (tabla N°5); Briñol P. (2004) refiere que las actitudes son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas. Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras (indiferencia) y pueden variar en su

extremosidad o grado de polarización. La Indiferencia es cuando la persona considera como algo irrelevante al objeto. (34)

Al respecto Manrique D. en su investigación realizada en Lima en el año 2010 encontró que la actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión biológica, es en su mayoría de indiferencia con un 57%, seguido de una actitud de rechazo con un 24%. (12)

La actitud de aceptación del autocuidado de la salud física, es un aspecto importante porque permite observar el grado de responsabilidad del adulto mayor en sus cuidados, cualidad que va a estar evidenciado en la conservación de su salud e incremento de los niveles de salud; por ello es importante educar en aspectos de autocuidado para que la persona pueda tener conocimiento y de esta forma mejore su calidad de vida.

Se concluye que la mayoría de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno tienen una actitud de indiferencia según dimensión física (78,5%). Lo que indica que el adulto mayor considera como irrelevante al cuidado físico; esto es muy preocupante porque estas personas tendrán mayor riesgo de que su salud se dañe en poco tiempo.

Respecto a la actitud según dimensión psicosocial (tabla N°6); Araya A. (2012) refiere que, a lo largo de la adultez mayor, el individuo se enfrenta a cambios en varios ámbitos: biológico, psicológico y social. Los logros de la etapa de la adultez mayor son adquirir una actitud de aceptación de estos cambios. Para aceptar estos cambios la persona debe establecer arreglos

de vida satisfactorios (adaptarse); el no aceptar estos cambios trae como consecuencia la desesperanza, rechazo, rebeldía, indiferencia, malestar y desesperación. La búsqueda de un sentido de vida particular, y de lo que nos hace feliz es muy importante a la hora de asumir los cambios de la vejez y aceptar la etapa viviéndola con alegría y plena de significado. (6)

Al respecto Manrique D. en su investigación realizada en Lima en el año 2010, encontró que la actitud hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas en la dimensión psicosocial es de indiferencia con un 57%, seguido de la actitud de aceptación con un 25%. (12)

El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral, es decir no solo responder a las necesidades básicas, sino también a las necesidades psicológicas y sociales; para así lograr una vejez saludable. Por lo que la actitud de aceptación del autocuidado de la salud psicosocial, es importante porque esto permitirá que el adulto mayor cuide de su salud psicosocial, asumiendo con responsabilidad el autocuidado; además le permitirá aceptar y adaptarse a los cambios propios de la edad; y poder planificar y desarrollar actividades en la casa, en el trabajo y en su comunidad para así mantenerse activo, productivo y saludable.

Se concluye que la mayoría de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno tienen una actitud de indiferencia según dimensión psicosocial (62,6%). Lo que nos indica que los adultos mayores no están interesados en el cuidado de su salud en el aspecto psicosocial, lo cual genera un riesgo de padecer problemas de salud no solo psicológicos

sino también físicos, ya que una enfermedad también es reflejo de condiciones socio afectivos adversos.

Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre autocuidado del adulto mayor (tabla N°7); Ubillos S. (2005) refiere que la actitud es una disposición evaluativa global basada en información cognitiva (conocimiento y creencias), afectiva y conductual. La actitud es un esquema o estructura de conocimiento que se forma por asociación y cuya activación se rige por las redes y nodos de la memoria. La actitud es un conjunto estructurado de conocimientos, creencias, respuestas afectivas, intenciones de conducta y conductas recordadas en torno a un nodo afectivo-evaluativo. (31)

Para Briñol P. (2004) las actitudes están directamente relacionadas con los conocimientos, pensamientos o creencias que desarrollamos sobre el objeto de actitud vinculado a ellas. Las actitudes están determinadas por los conocimientos que tenemos acerca del objeto actitudinal. Así, cuanto más relevante sea un objeto de actitud para una persona, mayor será la búsqueda objetiva de información al respecto. (34)

Papalia D. (1997) menciona que el conocimiento viene a ser un componente que puede constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto. El conjunto de las valoraciones que se hacen de un objeto constituyen la evaluación final que es la actitud. (30)

Rodríguez A. (1991) refiere que un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto (conjunto de información que conocemos sobre el objeto). Las actitudes surgen de objetos de los que se conoce información; los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. El afecto que desarrollemos hacia el objeto, dependerá de la intensidad de dicha representación cognoscitiva, por lo que un conocimiento detallado sobre el objeto, favorece sin ninguna duda la asociación al mismo, mientras que un afecto tenderá a ser menos intenso, si esta representación se presenta de un modo más débil. (31)

Según Marín E. (1976) muchas de las actitudes básicas del ser humano se derivan de su experiencia personal, directa y temprana, que proporciona condiciones para la formación de actitudes positivas o negativas con carácter de estabilidad. Bajo este enfoque se destaca el papel del conocimiento o de la información en el desarrollo de actitudes. La actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal y, por tanto, producto final de aquellos procesos cognitivos, afectivos y conductuales a través de los que dichas experiencias han tenido lugar. Desde esta perspectiva los procesos cognitivos, afectivos y conductuales como parte de la experiencia, constituyen los antecedentes que en definitiva configurarán nuestras actitudes. (31)

Los conocimientos que la persona adulta mayor tiene sobre autocuidado determinan las actitudes que adoptan para el cuidado de su salud; ya que el conocimiento permite la toma de decisiones adecuadas o inadecuadas en base a la información que se posee. Por ello, es importante la promoción del autocuidado a través de la educación; lo que es responsabilidad del profesional de salud sobre todo de enfermería; para la búsqueda del cambio en las personas adultas mayores, incrementando sus conocimientos y por ende el cambio de actitud frente al cuidado de su salud; lo cual no solo beneficia el estado de salud del adulto mayor, sino que contribuye a la formación de un individuo responsable y productivo.

En conclusión, se ha determinado que el nivel de conocimiento tiene relación con la actitud de los adultos mayores usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Aceptándose así la hipótesis de investigación ($\alpha < 0,05$); después de aplicar la prueba estadística del Chi cuadrado. Aspecto que nos permite deducir que el adulto mayor que presenta un nivel de conocimiento alto tendrá una mejor actitud frente al autocuidado, que aquellos que tengan un nivel de conocimiento medio o bajo. El conocimiento medio con una actitud de indiferencia, nos indica que las deficiencias en el conocimiento del autocuidado, se relacionan con el desinterés que ellos muestran frente a este tema. Por lo tanto, resulta necesaria la implementación de un programa educativo y el fortalecimiento de estrategias educativas, con el fin de reforzar los conocimientos, también incentivar y motivar al adulto mayor para conseguir una actitud de aceptación del autocuidado y así logre mejorar su calidad de vida.

V. CONCLUSIONES:

1. El nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre autocuidado es en su mayoría medio en un 60,7%.
2. La actitud de los adultos mayores hacia el autocuidado es en su mayoría de indiferencia en un 76,6%.
3. El nivel de conocimiento de la mayoría de los adultos mayores sobre autocuidado según la dimensión física es medio en un 60,7% y del mismo modo según la dimensión psicosocial es medio en un 51,4%.
4. La actitud de la mayoría de los adultos mayores sobre autocuidado según la dimensión física es indiferencia en un 78,5% y según la dimensión psicosocial también es indiferencia en un 62,6%.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre autocuidado de los adultos mayores usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno; lo cual fue demostrado mediante la prueba estadística Chi cuadrado. Donde la gran mayoría de los adultos mayores que tienen un nivel de conocimiento medio presentan una actitud de indiferencia (47,7%) y rechazo (7,5%); mientras que los adultos mayores que tienen un nivel de conocimiento alto presentan una actitud de aceptación (3,7%) e indiferencia (13,1%).

VI. RECOMENDACIONES:

1. Que la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, a través del programa del Adulto Mayor supervise la ejecución de los programas implementados sobre autocuidado de los adultos mayores, para reforzar los conocimientos de los adultos mayores, con la meta de lograr una mejor calidad de vida en los adultos mayores.
2. Que el personal de salud, motive a los adultos mayores mediante talleres, difusión y visitas domiciliarias sobre el autocuidado, mostrándoles los beneficios del autocuidado de la salud, con la finalidad de lograr una actitud positiva, para así alcanzar un envejecimiento activo y saludable.
3. Que los adultos mayores, se empoderen sobre el tema de autocuidado según dimensión física y psicosocial, para mejorar el cuidado de su propia salud; pues es importante conocer sobre el cuidado de la salud física pero también sobre el cuidado de la salud mental, ya que esto permitirá alcanzar la salud integral del adulto mayor.
4. Que el personal de salud promueva espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud, para identificar prácticas de autocuidado y promover, mediante un proceso educativo de reflexión y acción, una actitud de aceptación del autocuidado en la dimensión física y social.

5. Que las autoridades comunales, distritales y provinciales coordinen con los entes ejecutores del programa de salud del adulto mayor para la ejecución de programas preventivo promocionales sobre el autocuidado en el adulto mayor; para mejorar el nivel de conocimiento e incentivar una actitud de aceptación del autocuidado de la salud.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. OMS. La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. [En línea]. Ginebra: OMS; 2016. [Fecha de acceso 2 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
2. INEI. Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas. [En línea]. Perú: INEI; 2015. [Fecha de acceso 2 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>
3. INEI. En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. [En línea]. Perú: INEI; 2015. [Fecha de acceso 2 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
4. Borra V. Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural. Perú: Ministerio de la mujer y desarrollo social; 2010.
5. Abudinén G, et al. Importancia de fomentar la investigación científica en salud pública desde pregrado. [En línea]. México: Scielo; 2012. [Fecha de acceso 10 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000500001
6. INEI. Situación de la población adulta mayor. Perú: Instituto Nacional De Estadística e Informática; 2017.

7. Araya A. Calidad de vida en la vejez: autocuidado de la salud. 1ra. ed. [En línea]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2012. [Fecha de acceso 4 de enero de 2017]. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
8. MIMDES. Plan Nacional Para Las Personas Adultas Mayores. Perú: Ministerio De La Mujer Y Poblaciones Vulnerables; 2013.
9. Russell B. "El Conocimiento Humano". España: Edit. Taurus; 1988.
10. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Colombia: Universidad de Caldas; 2004
11. Rodríguez I, et al. "Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores en el policlínico Elpidio Berovides del Municipio Lisa- Cuba 2011". Cuba: Centro de Investigaciones sobre: Envejecimiento, Longevidad y Salud; 2011. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2012/01/estrategia-adulto-mayor.pdf>
12. Manrique D. "Nivel de conocimientos y actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos mayores usuarios del C.S. Conde de la Vega Baja-Lima Perú 2010" [tesis de titulación]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2010.
13. Can A, et al. "Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche- 2015". RIDE [Internet]. 2015 [Fecha de acceso 11 de enero de 2017]; 5(11): 7467. Disponible en: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/viewFile/203/895>
14. Mondéjar M, et al. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en adultos mayores con diabetes mellitus sobre el

- autocuidado- Policlínico Universitario- Diego Del Rosario Padilla Morón, Cuba- 2013. MEDICIEGO [Internet]. 2013. [Fecha de acceso 11 de enero de 2017]; 19 (2): 132. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/pdf/T7.pdf
15. Millán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad Holguín, Cuba. SCIELO [Internet]. 2010. [Fecha de acceso 11 de enero de 2017]; 26(4): 1561-2961. Disponible en: [2010.HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?PID=S0864-03192010000400007&SCRIPT=SCI_ARTTEXT](http://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?PID=S0864-03192010000400007&SCRIPT=SCI_ARTTEXT)
16. Duran L. “Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa El Salvador” [Tesis de Especialidad]. Perú-Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Fecha de acceso 02 de mayo de 2017]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4733/1/Duran_Tarazona_Lucila_Paula_2015.pdf
17. García S, et al. "Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con Hipertensión Arterial, Chupaca– ESSALUD 2014". [Tesis de titulación]. Perú- Huancayo: Universidad Nacional Del Centro del Perú; 2015. [Fecha de acceso 14 de mayo de 2017]. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1061/TENF_03.pdf?sequence=1
18. Leitón Z. “Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor

que asiste al Módulo de Atención al Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, 2014”. [Tesis de titulación]. Perú- Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014. [Fecha de acceso 01 de junio de 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/151-147-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/151-147-PB%20(1).pdf)

19. Campos J, et al. “Prácticas de autocuidado según el nivel de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial de los adultos mayores del Centro de Salud José Olaya, 2013”. [Tesis de titulación]. Perú- Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2013. [Fecha de acceso 01 de junio de 2017]. Disponible en:

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/1530/1/Campos%20Coronado%20Jannina%20.pdf>

20. Camacho S, et al. “Prácticas de autocuidado, capacidad funcional y depresión en adultos mayores. C.S. 9 de octubre, Iquitos 2013”. [Tesis de titulación]. Perú- Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2013. [Fecha de acceso 01 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/211/1/Trabajo%20practicas%20de%20autocuidado,%20capacidad%20funcional%20y%20depresion%20en%20adultos%20mayores%20del%20c.s%209%20octubre%202013.pdf>

21. Aguado F, et al. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional, Lima Perú 2013. REH [Internet]. 2013 [Fecha de acceso 01 de mayo de 2017]; 7(2): 132-139. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2014/julio/Especial%204-7-2.pdf>

22. Ramos A. "Autoestima y autocuidado en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja Lima 2012". [Tesis de especialidad]. Perú-Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2013. [Fecha de acceso 09 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4348/1/Ramos_Burgos_Ana_Socorro_2013.pdf
23. Aguirre M. "Prácticas de autocuidado y patrones de consumo, asociados con el control de sobrepeso y obesidad en usuarios del CLAS San Juan Bautista, Ayacucho 2016". Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2016.
24. Quicaña E, et al. "Conocimientos de autocuidado de usuarios diabéticos que asisten a los consultorios del hospital regional de Ayacucho- 2013". [Tesis de titulación]. Ayacucho: universidad nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2013.
25. Salazar A. "Introducción a la Filosofía". Lima- Perú; 1989.
26. Bunge M. "La Ciencia, su Método y su Filosofía". Buenos Aires: Edit. Siglo Veinte; 1986.
27. Vázquez F. "Modernas Estrategias para la Enseñanza". México: Edit. Euro Mexicano; 2007. pp. 214.

28. González J. Los niveles de conocimiento. RIE [Internet]. Mayo 2014 [fecha de acceso 02 de abril 2017]; 14 (65): 133-142. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>.
29. Papalía D. Psicología. México: Editorial Mc Graw -Hill Interamericana; 1997.
30. Rodríguez A. Psicología Social. México: Editorial Prentice Hall; 1991.
31. Aigner M. Actitudes y técnicas de medición por medio de escalas. [Tesis de titulación]. Colombia: Universidad Antioquia; 2014.
32. Ubillos S, et al. Actitudes: definición y medición. [Internet]. España: Pearson; 2005. [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
33. Guil M. Escala mixta Likert- Thurstone. RACS [Internet]. 2006 [Fecha de acceso 12 de noviembre 2016]; 6(5): 81-95. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-EscalaMIxtaLikertThurstone-2151095.pdf>
34. Sulbarán D. Medición de actitudes. [Internet]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2009. [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/03/escalas-de-actitudes.pdf>
35. Briñol P, Falces C, Becerra A. Psicología Social. Madrid: Biblioteca Nueva; 2004.
36. Basáez C, et al. Autocuidado en el Equipo De Salud [Internet]. Chile; 2005. [Fecha de acceso 15 de noviembre de 2016]. Disponible en:

http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Ensayo_Autocuidado_en_el_equipo_de_salud.pdf

37. Ministerio de Salud. "Cuidado y autocuidado de la salud personas adultas mayores". Perú: MINSA; 2009
38. Fernández M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. [Internet]. España: Universidad de Cantabria; 2014. [Fecha de acceso 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(III\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(III).pdf)

ANEXOS

Anexo N° 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGÍA
“Nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital De Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017”	¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital De Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017?	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en el adulto mayor. • Identificar la actitud hacia el autocuidado del adulto mayor. • Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado según dimensiones físico y psicosocial en el adulto mayor. • Identificar la actitud hacia el autocuidado según dimensiones físico y psicosocial en el adulto mayor. • Relacionar el nivel de conocimiento y la actitud hacia el autocuidado en el Adulto mayor. 	<p>Hi: Existe relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017.</p> <p>Ho: No existe relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017.</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel de conocimiento sobre autocuidado.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Actitud sobre autocuidado.</p>	<p>Nivel de conocimiento: Alto Medio Bajo</p> <p>Actitud Aceptación Indiferencia Rechazo</p>	<p>Tipo De investigación: Aplicada</p> <p>Enfoque de investigación: Cuantitativa.</p> <p>Nivel: Correlacional.</p> <p>Diseño: De corte transversal</p> <p>Muestreo: Muestreo no probabilístico</p> <p>Técnicas: Entrevista</p> <p>Instrumento: Encuesta y escala de Likert modificada.</p>



UNSCH

Anexo N° 02
ENCUESTA

INTRODUCCIÓN: Estimado Sr. (a): Buenas tardes, soy estudiante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga. El presente instrumento forma parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. Por lo que solicitó su participación, a través de su respuesta valiosa e importante; la información que Ud. brindará es confidencial y anónima por lo que le pido responder con sinceridad. Agradezco anticipadamente su participación.

INTRUCCIONES:

- Lea detenidamente y responda todas las preguntas.
- Marcar con (X) la respuesta o respuestas que crea apropiada.

N° de encuesta:..... **Fecha:**

I. DATOS GENERALES:

1. **¿Cuántos años tienes?** ----- 2. **Sexo:** a. F () b. M ()

3 **¿Qué grado de instrucción tienes?**

- a. Sin instrucción () b. Primaria ()
c. Secundaria () d. Superior ()

4 **¿Con quienes vives?**

- a. Con su familia (pareja, hijos, hermanos, nietos u otros) ()
b. Sólo con su cónyuge. ()
c. Solo y tiene hijos que viven cerca a Ud. ()
d. Otros (especifique) _____

II. DATOS ESPECÍFICOS:

A. NIVEL DE CONOCIMIENTO:

1. **Para Ud. ¿Qué es el autocuidado?**

- a. Es la práctica de actividades que una persona realiza por su propia voluntad para mantener la vida, salud y el bienestar ()

- b. Es la práctica de actividades que realizan nuestros seres queridos (hijos, parientes, amigos) para mantenernos saludables. ()
- c. Otros (especifique) _____
- 2. La frecuencia en la que un adulto mayor, debe bañarse en forma total (lavarse la cara, cabello, boca, cuello, brazos, axilas, piernas y genitales) es de:**
- a. Una vez por semana ()
- b. Dos o tres veces por semana ()
- c. Una vez al mes ()
- 3. ¿Cuándo va a salir a la calle, el adulto mayor debe usar protectores solares (gorros, sombrero de ala ancha, etc)? SI () NO ()**
- 4. Si la respuesta anterior fue sí. ¿En qué momentos?**
- a. Cuando se expone al sol ()
- b. En todo momento, por los cambios climáticos ()
- c. Solo cuando se expone al sol entre las 10 am y las 3:00 pm. ()
- d. Otros (especifique) -----
- 5. ¿Cuántos vasos de agua debe consumir diariamente un adulto mayor sano?**
- a. Libre a la necesidad. ()
- b. 2 a 4 vasos de agua ()
- c. 6 a 8 vasos de agua ()
- d. Otros (especifique) -----
- 6. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor sano debe consumir frutas y verduras?**
- a. Diario () b. Una vez a la semana () c. Una vez al mes ()
- d. Otros (especifique) -----
- 7. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor sano debe consumir carnes blancas (pescado, pavita y/o pollo)?**
- a. Diario () b. Una vez a la semana () c. Una vez al mes ()
- d. Otros (especifique) -----

- 8. ¿Con qué frecuencia un adulto mayor sano debe consumir carnes rojas como la carne de res?**
- a. Diario () b. Una vez a la semana () c. Una vez al mes ()
d. Otros (especifique) -----
- 9. ¿Considera Ud. que la actividad física (bailar, caminar, correr, etc) es importante para el adulto mayor?**
- SI () NO ()
- 10. Si su respuesta anterior fue si, ¿Por qué?**
- a. Mejora la salud del corazón, de los pulmones, el sueño y la digestión()
b. Aumenta el sueño, e incrementa el cansancio ()
c. Permite conocer a otras personas, pero disminuye el sueño ()
d. Otros (especifique) -----
- 11. La actividad física como las caminatas, ¿Cada cuánto tiempo la debe realizar el adulto mayor?**
- a. Diario ()
b. Una vez a la semana ()
c. Una vez al mes ()
d. Otros (especifique) -----
- 12. ¿Por cuánto tiempo debe durar la actividad física?**
- a. Diez minutos ()
b. Treinta minutos()
c. Dos horas ()
d. Otros (especifique) -----
- 13. ¿Cuántas horas debe dormir un adulto mayor durante la noche?**
- a. Dos a Cuatro horas ()
b. Seis horas a Ocho horas ()
c. Diez horas ()
d. Otros (especifique) -----
- 14. ¿Cuánto tiempo, considera Ud. que debe durar una siesta (dormir durante el día)?**
- a. Media hora () b. Una hora () c. Dos horas ()
d. Otros (especifique) -----

15. ¿Cuáles son los cambios de los sentidos, en el envejecimiento?

- a. Incremento de la capacidad de los sentidos ()
- b. Solo disminución de vista y oído ()
- c. La disminución de la vista, audición, olfato, gusto y tacto. ()

16. ¿Cuándo debes de cepillarte los dientes?

- a. Al levantarme y después de cada comida ()
- b. Solo al medio día después de comer ()
- c. Solo en las noches antes de dormir ()
- d. Otros (especifique) -----

17. La forma más apropiada para cortarse las uñas de los pies, es:

- a. En forma circular ()
- b. Por los costados de las uñas, sacando los “uñeros” ()
- c. En forma recta ()
- d. Otros (especifique) -----

18. ¿Qué actividades considera Ud. que un adulto mayor debe realizar durante su tiempo libre?

- a. Realizar manualidades ()
- b. Ver la televisión ()
- c. No hacer nada en especial ()
- d. Otros (especifique) -----

19. Ud, considera importante que un adulto mayor deba participar en talleres, asociaciones y/o otros grupos sociales. SI () NO ()

20. ¿Por qué?

- a. Fomenta la creación de nuevas amistades y se puede aprender ()
- b. Permite mantener el tiempo ocupado ()
- c. No importa, es un desperdicio de tiempo ()
- d. Otros (especifique) -----

Autor: Manrique 2010

Escala de evaluación: Nivel de conocimiento:

Alto: Si responde correctamente de 14 a 20 preguntas.

Mediano: Si responde correctamente de 7 a 13 preguntas.

Bajo: Si responde correctamente de 1 a 6 preguntas.

B. ACTITUDES:

Instrucciones:

A continuación, se le presenta una serie de enunciados, que Ud. debe responder sinceramente, considerando las siguientes alternativas de respuesta. **ACUERDO(A) INDECISO/ NO SABE (I) DESACUERDO (D)**

N°	ENUNCIADO	A	I	D
1	Es agradable, tener que bañarse interdiario	3	2	1
2	Es beneficioso usar cremas y/o protectores solares	3	2	1
3	Es aburrido, estar tomando más de un litro de agua todos los días.	1	2	3
4	Es desagradable consumir productos lácteos todos los días.	1	2	3
5	Es agradable consumir frutas y verduras todos los días.	3	2	1
6	Para los adultos mayores, es peligroso realizar actividad física (nadar, bailar, caminar).	1	2	3
7	Es aburrido realizar actividad física regularmente (por lo menos 30 minutos diarios).	1	2	3
8	Es agradable dormir de seis horas a ocho horas.	3	2	1
9	Es peligroso tomar medicamentos para dormir, sin evaluación médica.	3	2	1
10	Es adecuado introducirse objetos en el oído y la nariz	1	2	3
11	Es aburrido tener que cepillarme los dientes después de cada comida	1	2	3
12	Es agradable cortarse las uñas en forma recta	3	2	1
13	Es agradable lavarse los pies diario	3	2	1
14	Durante el tiempo libre, es agradable salir a pasear.	3	2	1
15	Es desagradable conversar con los vecinos y/o vecinas.	1	2	3
16	Es agradable participar en grupos de talleres, baile, y/o otros.	3	2	1
17	Es aburrido, participar en reuniones familiares.	1	2	3
18	Resulta cansado, salir de casa para visitar a los amigos	1	2	3

Autor: Manrique 2010

Escala de evaluación: Actitud

Aceptación: 43-54

Indiferencia: 31-42

Rechazo: 18- 30

Muchas gracias, por su colaboración.

Anexo N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”.

Autora: ZORAIDA INGA TIPE.

El objetivo: Determinar la relación entre nivel de conocimiento y actitud sobre autocuidado del adulto mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno-Ayacucho, 2017.

Yo,acepto participar voluntariamente en el presente estudio, señalo conocer el propósito de la investigación. Mi participación consiste en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas planteadas.

La investigadora se compromete a guardar la confidencialidad y anonimato de los datos, los resultados se informarán de modo general, guardando en reserva la identidad de los adultos mayores entrevistados.

Por lo cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo N°04
EVIDENCIAS



Foto N°01 Encuestando a una Adulta Mayor en Triaje.

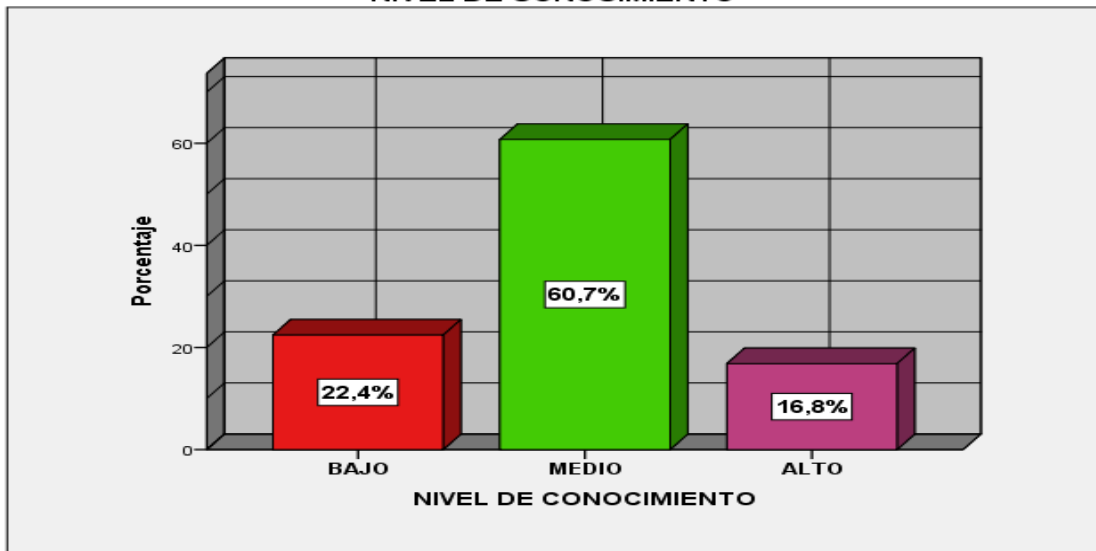


Foto N°02 Encuestando a los Adultos Mayores en Triaje.

Anexo N°05 GRÁFICOS

GRÁFICO N°01

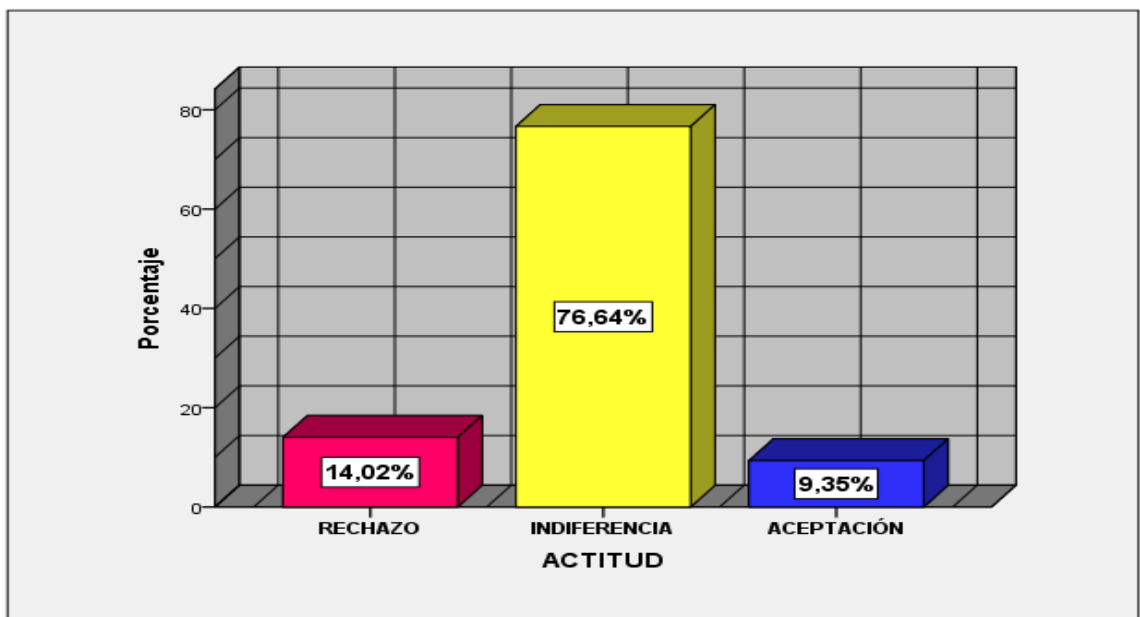
“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

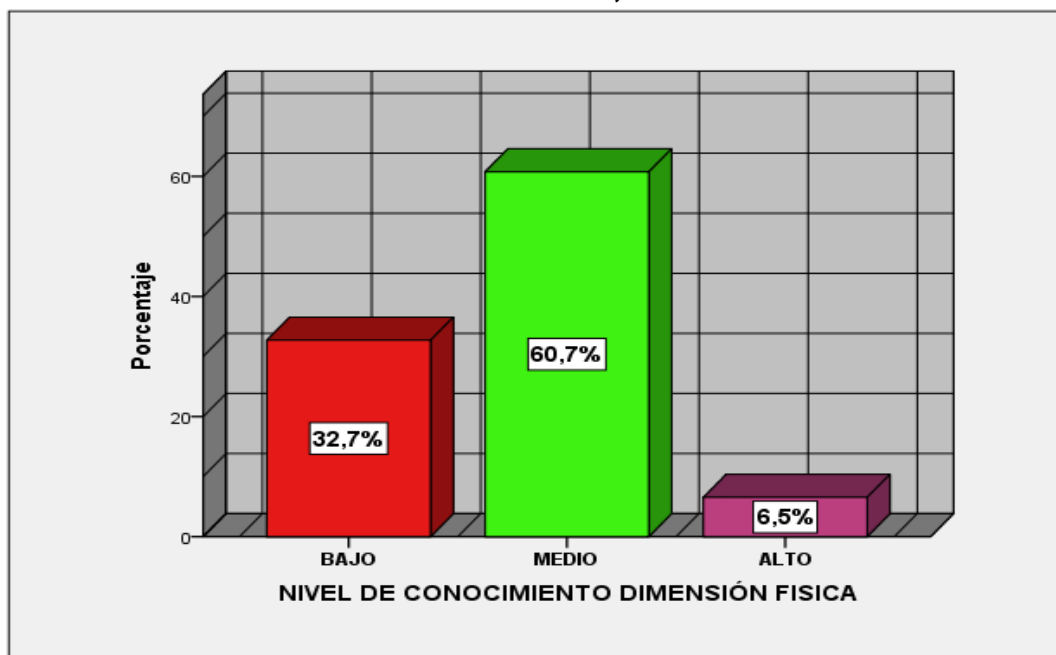
GRÁFICO N°02

“ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



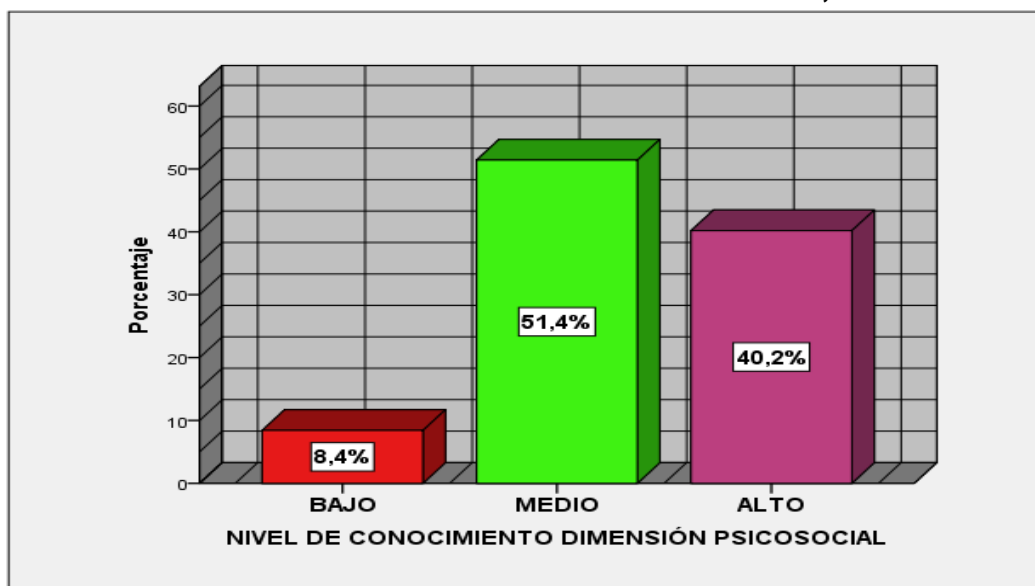
Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

GRÁFICO N° 03
“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



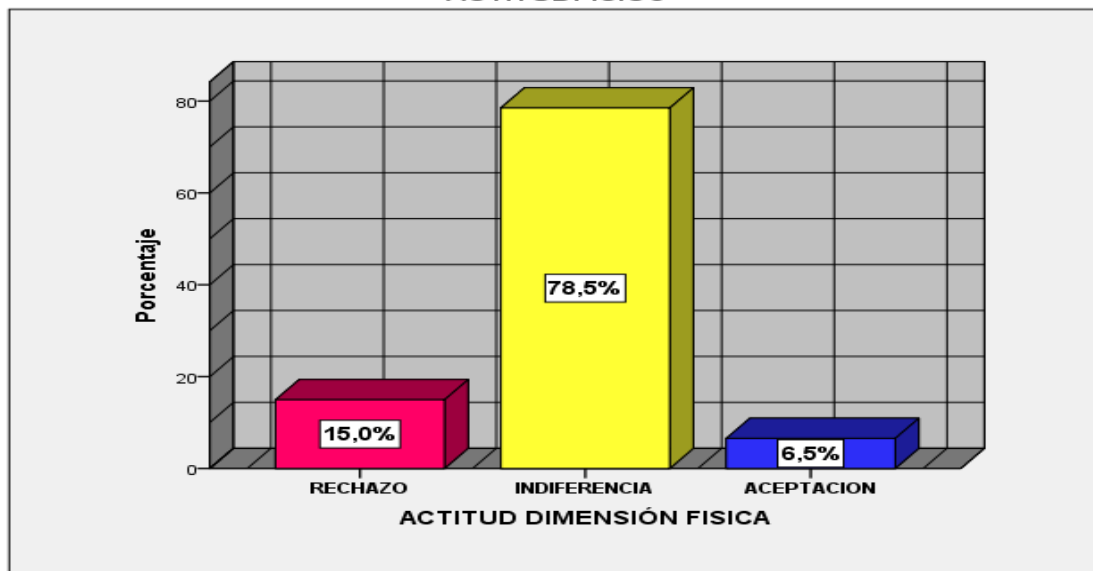
Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

GRÁFICO N° 04
“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



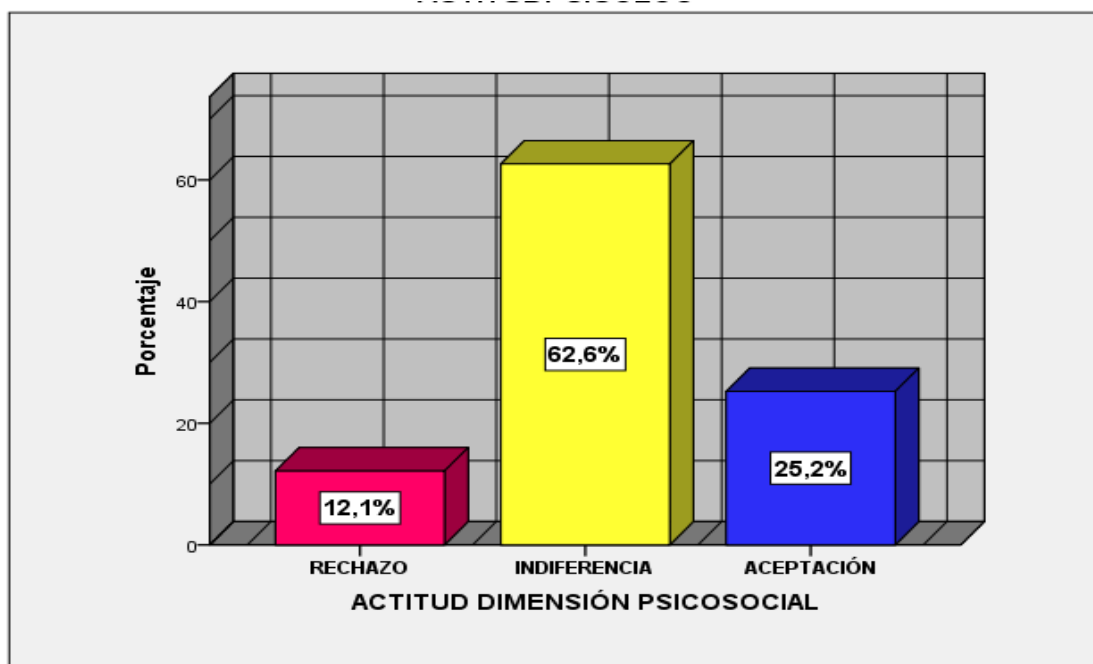
Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

GRÁFICO N° 05
“ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

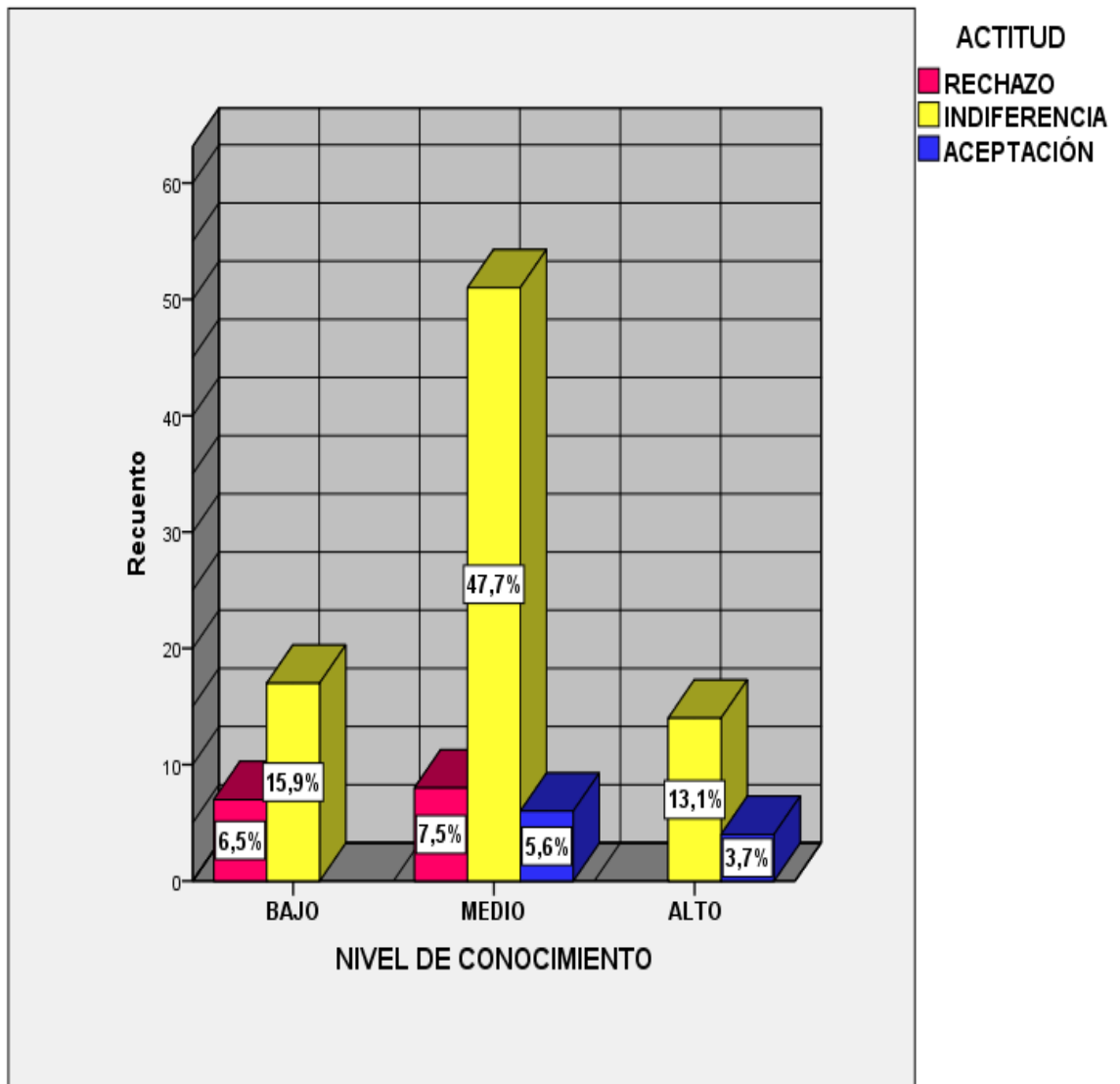
GRÁFICO N° 06
“ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

GRÁFICO N° 07

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR USUARIO DEL HOSPITAL DE APOYO JESÚS NAZARENO-AYACUCHO, 2017”



Fuente: Encuesta sobre autocuidado aplicada al Adulto Mayor usuario del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno- Ayacucho, 2017.

Anexo N°06

TABLA N° 08

PRUEBA DE CHI-CUADRADO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,162 ^a	4	,016
Razón de verosimilitud	15,094	4	,005
Asociación lineal por lineal	11,804	1	,001
N de casos válidos	107		

a. 4 casillas (44.4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.68.

$$X^2 = 12,162$$

$$gl=4$$

$$A= 0,016$$