

Práctica de autocuidado para una vejez con bienestar relacionado con independencia funcional y depresión del adulto mayor.

Practice of self-care for aging well with related functional independence and elderly depression

Zoila Esperanza Leitón Espinoza¹

Recibido 15 de marzo 2014; aceptado el 30 de marzo de 2014

Resumen

Investigación cuantitativa descriptiva correlacional y transversal, se realizó en el Módulo Atención al Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, para determinar la relación entre práctica de autocuidado para una vejez con bienestar, con independencia funcional y depresión. Universo muestral conformado por 51 adultos mayores, información obtenida por entrevista, considerando los principios éticos y rigor científico. Resultados: 82,35 % tuvo buena práctica de autocuidado y 17,65 % regular. En las actividades básicas de la vida diaria 84,31% fue independiente y 15,69% moderadamente dependiente. En las actividades instrumentales de la vida diaria 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente. Sin depresión 82,35%, 13,72% depresión leve y 3,92% depresión. Relación altamente significativa entre independencia funcional con práctica de autocuidado. No relación significativa entre depresión con práctica de autocuidado.

Palabras claves: Autocuidado para una vejez con bienestar - Independencia funcional - Depresión - Adulto mayor.

Abstract

Quantitative descriptive correlational and cross-sectional research was conducted in the Attention Module for the Elderly, Faculty of Nursing, National University of Trujillo, to determine the relationship between self-care practice for old age welfare, functional independence and depression. Sample universe consists of 51 seniors, information obtained by interview, considering the ethical principles and scientific rigor. Results: 82.35% had good practice and 17.65% self-regulate. In the basic activities of daily living was 84.31% and 15.69% moderately independent subsidiary. Instrumental activities of daily living was 56.86% Independent, 39.22% and 3.92% moderately dependent dependent. No depression 82.35%, 13.72% and 3.92% mild depression depression. Highly significant relationship between functional independence with self-care practice. No significant relationship between depression with self-care practice.

Keywords: Self-care for old age welfare - Functional independence - Depression – Senior Adult.

¹ Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional de Trujillo. Profesora principal de la Facultad de Enfermería. de la UNT. Los Tallanes 175 Las Palmas del Golf. zoilaleiton@yahoo.com. zoilaeleiton@gmail.com Telef. 044-474840 cel. 949852000. RPM*229982

I. INTRODUCCIÓN

El género humano envejece y en los albores del siglo XXI vivimos una era signada por un envejecimiento global sin precedente, acelerado e inexorable. En esta "revolución demográfica mundial", las personas de 60 años y más pasaran del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones) entre 2000-2025, llegando a 2000 millones en el 2050 representando 25% de la población. América Latina y Caribe experimenta cambios similares, en el 2006 fueron 9%, para el 2025 se espera 15% y en el 2050 serán 24% (183,7 millones) (WHO, 2007). En el Perú representan 9,1% y para el 2025 y 2050 subirán 12,4% y 21,3% respectivamente (INEI, 2008), con grandes consecuencias y desafíos políticos, sociales y económicos.

El envejecimiento es un proceso universal, singular, y heterogéneo con cambios en toda la unicidad del ser humano producidos por el paso del tiempo, influenciado por factores internos y externos tornando al individuo vulnerable conduciéndolo hasta la muerte (Reolid y col.2005). Por ello la vejez, debe ser considerado un periodo normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades; con tareas de desarrollo y oportunidades para disfrutar de bienestar y satisfacción, pero asociado a una de crisis de desarrollo y pérdidas.

En la dimensión biológica a partir de los 70 años comúnmente se altera la vista y oído. La piel aumenta el riesgo de úlceras, hematomas, infecciones, lentitud

de cicatrizaciones y cáncer por disminución de defensas. La salud oral suelen ser precaria y lo que más les afecta son las caries y la enfermedad periodontal (Leitón y Ordóñez, 2003). De ahí la importancia del autocuidado con una alimentación saludable, pues los mayores son vulnerables a la mal nutrición proteica energética y comer exceso de alimentos erróneos. La mayoría no practica actividad física con regularidad. La pérdida de masa muscular asociada a la edad, causa disminución fuerza muscular y discapacidad. El sedentarismo produce abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye factor de riesgo de morbilidad y mortalidad (OPS; 2004). Uno de los síndromes más frecuentes es la incontinencia urinaria y el estreñimiento. No existen enfermedades de la vejez, pero son más frecuentes. España, América Latina y Perú reportan que 70% y 80% de los mayores tienen por lo menos una enfermedad crónica (Reolid y col.2005; INEI, 2009). El sueño es menos satisfactorio y la pérdida de memoria a corto plazo es más afectada de ahí la importancia del mantenimiento y funcionamiento (Papalia y col., 2009).

Las características sociales son las que más condicionan el bienestar en la vejez. La ideología del viejísimo lo identifica con decadencia física y mental, y hacen del adulto mayor un incapaz, dependiente e inútil social. No existe una definición sociocultural de actividades especialmente en el cese laboral o jubilación (Papalia y col., 2009). Las prácticas de ocio son más pasivas, menos

frecuentes y variadas. La familia es el primer recurso para su cuidado. Así mismo, afrontan pérdidas significativas como de familiares cónyuge, amigos y su propia muerte. Las creencias filosóficas, religiosas y valores son recursos que disminuir sus temores de la muerte (Sacramento y Sánchez, 2005).

El resultado final de los cambios y pérdidas dificultan la satisfacción de necesidades y restringen el desarrollo de sus potencialidades y la posibilidad de ejercer una vida plena. Así los adultos mayores deben adaptarse y asumir un protagónico a fin de alcanzar un envejecimiento con bienestar, y el autocuidado se convierte en la mejor alternativa. Orem (1983), define autocuidado, como “práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Sin embargo existen factores que pueden influenciar en el autocuidado como la independencia funcional. A medida que la persona envejece se ve afectado su funcionalidad e independencia para realizar sus actividades. Otro factor importante es la depresión, pudiendo llegar hasta no interesarle su vida generando un desequilibrio emocional lo que limitaría su autocuidado (Ballesteros, 2004; OPS/OMS 2003).

El autocuidado permite adoptar conductas para un envejecimiento con bienestar y satisfacción, logrando mantener capacidad funcional, prevenir enfermedades; controlar la enfermedad o discapacidad; mejorar la interacción entre sistemas sociales y salud, de ahí la importancia del autocuidado. Teniendo

en cuenta la problemática expuesta y los escasos antecedentes empíricos, motivó a plantear la siguiente interrogante:

PROBLEMA:

¿Cuál es la relación que existe entre la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar, con la independencia funcional y depresión en el adulto mayor que asisten al Módulo de Atención Integral del adulto de la Facultad de Enfermería – UNT 2009.?

OBJETIVOS:

General: Determinar la relación que existe entre la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar, con independencia funcional y depresión en el adulto mayor

Específico.

- Determinar el nivel de independencia funcional.
- Determinar el nivel de depresión.
- Determinar el nivel de práctica de autocuidado para una vejez con bienestar.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación cuantitativo descriptivo correlacional y corte transversal, se realizó en la Facultad de Enfermería de la UNT, Módulo de Atención Integral del Adulto, 2009.

Universo Muestral: 51 adultos mayores, de 60 años a más de ambos sexos, sin deterioro cognitivo, que asistan al programa de Autocuidado y acepten participar.

Instrumento

Escala de práctica de autocuidado para una vejez con bienestar. Elaborada por Leitón(2005). Evalúa práctica de autocuidado en sus dimensiones: biológica, psicosocial y espiritual.

Escala independencia funcional de actividades de la vida diaria, consta 2 escalas: A) Actividades básicas de vida diaria (ABVD) de Kats y col., y Barthel. B) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) de Lawton y Brody(Mauk, 2008). Ambas escalas modificadas por Leitón y col. (2004).

Escala geriátrica de depresión de Yesavage (reducida) específica para adultas mayores (OPS/OMS, 2003).

Control de calidad de datos: Se realizó prueba piloto. La confiabilidad a través

del Alfa de Cronbach: Escala de Autocuidado para una vejez con Bienestar 0.9100, Escala Independencia funcional ABVD 0.751, Escala Independencia funcional AIVD 0.8396 y Escala Geriátrica Depresión 0.7211. La validez por juicio de expertos.

Procedimiento. Se recogió información con entrevista personal. Se informó los objetivos, respetando principios éticos: libre participación, anonimato, confidencialidad.

Tabulación y análisis La información procesada en SPSS V15 para Windows. Los resultados presentados en cuadros de una y doble entrada Para medir la correlación entre las variables fue a través del Test Chi Cuadrado.

III. RESULTADOS

TABLA 1: ADULTOS MAYORES SEGÚN PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ CON BIENESTAR. MÓDULO ATENCIÓN INTEGRAL ADULTO MAYOR. FACULTAD DE ENFERMERÍA UNT 2010

Nivel de práctica de autocuidado	ni	%
Regular	09	17,65
Bueno	42	82,35
TOTAL	51	100,0

Fuente: Práctica de Autocuidado para una Vejez con Bienestar, relacionado con Independencia Funcional y Depresión del Adulto Mayor. 2010

TABLA 2: ADULTOS MAYORES SEGÚN INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. MÓDULO ATENCIÓN INTEGRAL ADULTO MAYOR. FACULTAD DE ENFERMERÍA UNT – 2010

Independencia Funcional en Actividades de la Vida Diaria	ni	%
Independencia funcional en Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)		
Independiente	43	84,31
Moderadamente Dependiente	08	15,69
Independencia funcional Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)		
Independiente	29	56,86
Moderadamente Dependiente	20	39,22
Dependiente	2	3,92
TOTAL	51	100,0

Fuente: Práctica de Autocuidado para una Vejez con Bienestar, relacionado con Independencia Funcional y Depresión del Adulto Mayor. 2010

TABLA 3: ADULTOS MAYORES SEGÚN DEPRESIÓN. MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. FACULTAD DE ENFERMERÍA UNT – 2010

DEPRESIÓN	ni	%
Sin Depresión	42	82,35
Depresión leve	7	13,73
Depresión establecida	2	3,92
TOTAL	51	100,0

Fuente: Práctica de Autocuidado para una Vejez con Bienestar, relacionado con Independencia Funcional y Depresión del Adulto Mayor. 2010

TABLA 4: ADULTOS MAYORES SEGÚN PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ CON BIENESTAR, CON INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES VIDA DIARIA. MÓDULO ATENCIÓN INTEGRAL ADULTO MAYOR. FACULTAD DE ENFERMERÍA UNT 2010

Independencia Funcional en Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Autocuidado				Total
	Regular		Bueno		
	Ni	%	ni	%	
Independiente	3	7.0	40	93.0	43
Moderadamente Dependiente	6	75.0	2	25.0	8
Total	9	17.6	42	82.4	51

$X^2 = 21.476$ $P = 0.000$

Independencia Funcional en Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Autocuidado				Total
	Regular		Bueno		
	ni	%	ni	%	
Independiente	1	3.4	28	96.6	29
Moderadamente Dependiente	7	35.0	13	65.0	20
Dependiente	1	50.0	1	50.0	2
Total	9	17.6	42	82.4	51

Fuente: Práctica de Autocuidado para una Vejez con Bienestar, relacionado con Independencia Funcional y Depresión del Adulto Mayor. 2010

$X^2 = 9.326$ $P = 0.002$

TABLA 5: ADULTOS MAYORES SEGÚN PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ CON BIENESTAR Y DEPRESIÓN. MÓDULO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. FACULTAD DE ENFERMERÍA UNT 2010

Depresión	Autocuidado				Total
	Regular		Bueno		
	ni	%	ni	%	
Normal	6	14.3	36	85.7	42
Depresión leve	2	28.6	5	71.4	7
Depresión Establecida	1	50.0	1	50.0	2
Total	9	17.6	42	82.4	51

Fuente: Práctica de Autocuidado para una Vejez con Bienestar, relacionado con Independencia Funcional y Depresión del Adulto Mayor. 2010

$X^2 = 1.85$

$P = 0.174$

TABLA 1: muestra que 82,35 % de adultos mayores tuvo buena práctica de autocuidado y 17,65 % regular práctica de autocuidado.

Los resultados coinciden con Leitón y cols. (2005), al reportar que 76,4% de adultos mayores tenía nivel alto de autocuidado y 23,6% moderado. Lau (2000) en una investigación sobre autocuidado para mejorar bienestar y calidad de vida, encontró que las prácticas en la mayoría responde a la satisfacción de necesidades básicas, cultural biosicosocial, productiva, sanitaria y espiritual, reflejando que los mayores vivencian un buen autocuidado. Sin embargo, estos resultados difieren con lo reportado por Achata y Villar (2006) quienes encontraron en un centro de Salud que el 62% tuvo autocuidado regular y el 38% autocuidado deficiente. Así mismo, Castro e Isla (2008:30) encontraron que el 88% tuvo un autocuidado regular, el 5% autocuidado alto y el 7% autocuidado deficiente.

En una investigación cualitativa de Lau (2000) sobre el autocuidado, encontró que las prácticas en la mayoría, responde a satisfacción de necesidades básicas, biosicosocial, productiva, cultural, sanitaria y espiritual. En la dimensión biológica el autocuidado es preferentemente en ejercicio, alimentación, sueño, eliminación, higiene, y cuidado de piel. En la dimensión psicológica manifiestan haberse entrenado para los cambios de su vida, llevar una vida sexual satisfactoria. Respecto a la dimensión

social, las acciones están relacionadas con la familia como: ayudar, cuidar, compartir, afecto, protección, seguridad, desempeño de roles y redes de apoyo y se sienten satisfechas con sus vidas. La experiencia ocupacional les brinda satisfacción personal y les permite mantenerse útiles, activos, integrados y con autoestima alta. En su mayoría llevan a cabo actividades recreativas dentro del hogar, de preferencia con la familia y practican el autocuidado para cuidar su salud. En sus planes de vida, las mujeres, visualizan su futuro en función de continuar siendo útiles a su familia y para los hombres implica miedo, angustia de estar solos. Las actividades que les gustaría aún lograr son: estudiar, pasear, dedicarse a obras de apostolado entre otras. En la dimensión espiritual, todos profesan la religión católica y lo vivencian a través de la oración, asistencia a misa, pertenencia a grupos religiosos y están al servicio a los demás. Estos resultados evidencian buen autocuidado, muy coincidente con el presente estudio.

Al respecto si bien es cierto que envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo mermando su capacidad de autocuidado. Sin embargo, como en otras etapas de la vida los adultos mayores saben enfrentarse a las circunstancias, y la salud para la mayoría constituye una preocupación principal adquiriendo conocimientos, habilidades y prácticas de autocuidado para un cuidado integral en sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales y espirituales (Quinteros, 1994). Además

cuidarse así mismo les da sentido de control de su propia existencia.

Los adultos mayores tienen capacidad física y cognitiva para aprender a cuidarse, porque el ser humano tiene potencial ilimitado para aprender independiente de su edad (Quinteros, 1994). Boff, (2000) refiere, el ser humano es ser de apertura, proyecto infinito, que se va construyendo, permitiendo construir su existencia con bienestar.

Los resultados también muestran que 17,65% tiene regular práctica de autocuidado. Krieger-Blake (2008), refiere que la capacidad de autocuidado a medida que envejece puede volverse complejo e imposible realizarlo. Además existen factores que impiden o dificultan como cambios en los sentidos, memoria, enfermedades crónicas debilitantes, depresión, pobreza, abandono, estereotipos y falta de educación que dificultan o impiden la práctica de autocuidado en la vejez.(Kail y Cavanaugh, 2006.

TABLA 2, muestra que 84,31% fue independiente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y 15,69% moderadamente dependiente. En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), muestra que el 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente.

Los resultados coinciden con OPS (2004) al encontrar en un estudio sobre Necesidades de los Ancianos en América

Latina y el Caribe, que la mayoría son independientes y activos y que más de 90% podían alimentarse, vestirse, bañarse, peinarse, levantarse acostarse, controlar esfínteres, tomar medicinas y caminar (ABVD) y para las (AIVD) de tareas domésticas y salir comprar necesitaron ayuda en 33% y 20% respectivamente. Lara y Mardones (2009), en el Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores en Chile, reportaron que más de dos tercios eran independientes, seguido por dependencia. Pandávila en España estimó que 15 y 20% de la población de 65 a más años necesitaron ayuda total o parcial en tareas de la vida diaria (Mauk, 2008). En Perú, 65% de adultos mayores que viven en comunidad son autovalentes, 30% frágiles con moderada dependencia y 3% -5% dependiente (MIMDES, 2002).

Los resultados encontrados en que la mayoría de los adultos mayores son independientes estarían explicados cuando Anzola y cols. (1994:56), sostiene que es cierto que el organismo experimenta un desgaste sustancial pero no significa déficit, ya que funciona con niveles de reserva y lo importante, es la posibilidad de intervenir y atenuar los efectos de desgaste optimizando para seguir desempeñando por sí mismo sus actividades de la vida diaria (AVD). Esto es lo que rescata la OPS y considera que la autonomía e independencia en las AVD es una buena medición del estado de salud y calidad de vida y precisamente el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad; han llevado

al desarrollo de “expectativas de vida autónoma” (Fernández – Ballesteros, 1992; Milan y Gonzales, 1994). Krieger-Blake (2008) corrobora sosteniendo que la mayoría de los adultos mayores pueden tener una vida normal e independiente aunque limitada para actividades que requieren resistencia y cargas pesadas y que el envejecimiento no termina necesariamente en enfermedad o dependencia.

Los resultados también evidencian moderada dependencia y dependencia. Esto permite explicar que a medida que se envejece los niveles de reserva se reducen desencadenando en pérdida de función o fragilidad, y la gente puede ser menos capaz de autocuidarse (Lara y Mardones, 2009). Es decir, el envejecimiento dificulta esta etapa, especialmente a partir de 75 años en que la vida se vuelve más compleja. Otros factores son los genéticos, económicos, sobreprotección, estilo de vida, déficit nutricional, falta de entrenamiento, estereotipos, autoestima disminuida, sobreprotección y procesos patológicos que atentan contra la independencia funcional, bienestar y calidad de vida (Krieger-Blake, 2008).

TABLA No. 3, muestra que el 82,35% de los adultos mayores no tuvo depresión, 13,72% tuvo depresión leve y 3,92% depresión establecida.

Los resultados coinciden con los reportados por Bravo y Carlos (2001), al encontrar en un centro del adulto mayor que el 70.97% de adultos mayores no presentaron depresión, pero si el 24.2%

y el 4.83% que presentaron depresión leve y moderada respectivamente. También Leitón y col., (2004) al encontrar que la mayoría (82,1%) de los adultos mayores no presentaron depresión, 16,2% con depresión moderada y 1,7% depresión severa. Pero difieren con Casimiro y Col (2002) en un estudio AgedAtletes: A Study of Quality of Life, en adultos mayores en Brasil, encontró que sólo el 13.34% presentó ansiedad y depresión. En este sentido, Méndez y Morales (1997) encontraron en una comunidad que 60.4% presentó depresión, 51.6% depresión leve y 8.8% depresión moderada.

La OPS/OMS (2003) refiere que la mayoría de las personas mayores gozan de buena salud mental, y que ello depende de sus valores, experiencias, creencias filosóficas y religiosas, recursos económicos y sociales que le ayudan enfrentar situaciones difíciles e importantes para su vida. También Yuste y col (2003), menciona que las personas mayores pueden tener los mismos problemas de depresión que los de otras edades. Sin embargo a pesar de los cambios, se adaptan bien y tienen buena salud mental. Papalia y col., (2009), al respecto consideran que la mayoría de adultos mayores están física y mentalmente sanos aunque esto no signifique que los problemas mentales no existan y que un envejecimiento sano permite mejor estado de ánimo y disfrute de vida, puede continuar creciendo y adaptándose si son flexibles y realistas, útiles, productivos, superan dificultades y pérdidas evitando la depresión.

También Papalia y col., (2009), consideran que así como la mayoría de los adultos mayores están físicamente sanos, la mayoría también están mentalmente sanas aunque esto no signifique que los problemas mentales no existan. Es importante recordar que con el envejecimiento sano permiten un mejor estado de ánimo y disfrute de la vida. Así mismo, se puede continuar creciendo y adaptándose si son flexibles y realistas, si aprenden como conservar su fortaleza, usan estos años en forma útil, productiva, superan las dificultades y se adaptan al cambio y a las pérdidas. Actitudes que evitan que el adulto mayor sufra cuadros depresivos.

Sin embargo, la depresión es el trastorno más común, como lo evidencia la presente investigación. La OPS (2003) considera que la prevalencia de depresión en adultos mayores que viven en comunidad está entre 4% a 25% y aumentan en pacientes con dolencia o incapacidad o institucionalizados. Kail y Covanaugh, (2006), mencionan que el envejecimiento condiciona la depresión y sus causas son biológicas y psicosociales. En lo biológico los neurotransmisores se deterioran con la edad, disminución de fuerzas, facultades y capacidad sensorial y enfermedades. En lo psicosocial las pérdidas del cónyuge, posición dentro de la familia y del empleo con disminución de ingresos, deterioro de identidad y estatus social. Además la falta de apoyo de salud, social y familiar y estereotipo de "viejismo". Adicionalmente; en gran parte de países en desarrollo impera el mito que enfermedad y discapacidad son resultados del envejecimiento

condicionado a presentar depresión con riesgo importante de suicidio (Cowely y col., 2008).

TABLA 4, muestra relación altamente significativa según práctica de autocuidado e independencia funcional en actividades de la vida diaria tanto básicas (ABVD), como instrumentales (AIVD). En cuanto al autocuidado y las actividades básicas de la vida diaria, se observa que 93% de los que tenían independencia funcional en (ABVD) tenían buena práctica de autocuidado y los de regular práctica de autocuidado el 75% con moderada dependencia funcional. Referente al autocuidado y las actividades instrumentales de la vida diaria, el 96.6% que tiene independencia funcional en (AIVD) y 65% de moderada dependencia funcional tenían buena práctica de autocuidado; mientras que 50% de dependencia funcional, tuvieron buena y regular práctica de autocuidado.

Los resultados coinciden con Sánchez (2002) y Vásquez y Vásquez (2004), al encontrar que los adultos mayores más independientes realizaban mejor prácticas de autocuidado. Los resultados encontrados son coincidentes con lo reportados por Leitón y cols., (2008), en una investigación de consulta externa con adultos mayores, al encontrar relación significativa entre la práctica de autocuidado e independencia funcional tanto en las actividades básicas de la vida diaria como en las instrumentales. Sin embargo en otra investigación realizada con las mismas variables en adultos mayores que asistieron a talleres

de autocuidado realizados, encontraron que sólo había significancia estadística entre la práctica de autocuidado y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), más no así con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Leitón y cols. 2005).

Para Mauk, (2008), el mantener la máxima independencia funcional va a permitir un mejor autocuidado en la vejez, entendido este como el valerse por sí mismo para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria, permitiendo el desarrollo personal que trascienden a las etapas de la vida, bienestar y la máxima calidad de vida. Así mismo, OPS/OMS (2003), refiere que desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de funcionalidad y satisfacción personal y cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo actividades de la vida diaria, la funcionalidad está indemne.

También (Kail y Covanaugh, 2006), menciona que la independencia funcional implica una adecuada movilidad de las articulaciones, fuerza muscular, reserva cardiovascular y de un sistema neurológico intacto. Investigaciones han corroborado que alrededor del 80% y 90% de los adultos mayores son independientes funcionalmente, lo que va a permitir el autocuidado propiamente dicho, en todas aquellas actividades que una persona realiza en beneficio de sí mismos. En ese sentido la independencia funcional se

refiere a las actividades de la vida cotidiana ya sean estas actividades básicas o instrumentales. Las básicas abarcan las actividades del cuidado de uno mismo como higiene personal, vestirse, ir al baño, comer, moverse y subir/bajar gradas; mientras que las instrumentales incluyen aquellas actividades para vivir de forma interrelacionada e independiente con su ambiente y en la comunidad como tener y preparar alimentos, utilizar el teléfono y realizar el aseo del hogar, realizar compras, toma de medicamentos, manejo de dinero, y uso de transporte público permitiendo que los adultos mayores vivan una vejez con bienestar y una mejor calidad de vida (Smeltzer y Bare, 2005; Guse, 2008).

Así mismo la dependencia limita el autocuidado por varias causas. Entre ellas la fragilidad, considerada un declive de funciones fisiológicas. También las enfermedades crónicas o invalidantes, síndromes geriátricos, mala salud autopercebida, polifarmacia, deterioro cognitivo, depresión, vivir solo, tener más de 80 años, trastornos sensoriales, pobreza entre otros; situación que impedir o limitar su autocuidado. Por lo tanto su bienestar y calidad de vida depende de su capacidad de autocuidado al conservar su independencia funcional en actividades de la vida diaria (Krieger-Blake, 2008).

TABLA 5, Muestra la relación no significativa entre la práctica de autocuidado y depresión. Observando que la buena práctica de autocuidado correspondió al 85,7% de los sin

depresión y al 71,4% de depresión leve, mientras los de regular y buena práctica de autocuidado, a los de depresión 50%.

Existen escasos trabajos con estas variables, pues los existentes el autocuidado está orientado a la enfermedad. Sin embargo existen trabajos con alguna relación con las variables antes mencionadas. Oquendo y Soublet (2003), en un estudio descriptivo sobre la depresión como un problema de salud en un hogar del adulto mayor, encontraron que los diagnósticos de enfermería más utilizados en la depresión fueron: déficit del autocuidado, deterioro de la comunicación verbal, alteración del mantenimiento de la salud, déficit del mantenimiento doméstico, disfunción sexual, déficit de la movilidad física, déficit de las actividades recreativas, deterioro de la integridad cutánea, insomnio, deterioro de las interacciones sociales, aislamiento social, afrontamiento individual y familiar inefectivo, alteración del desempeño del rol. Dichos diagnósticos estaría reflejando la necesidad de intervención pues las actividades de autocuidado de su vida cotidiana están siendo interferidas por estar viviendo un estado depresivo. En otro estudio realizado por Ruiz (2006), encontró relación significativa entre Autocuidado y depresión en el adulto mayor.

La no significancia estadística de los que practican el autocuidado y están deprimidos podría estar asociada a que cuentan con un gran apoyo familiar para no dejarse vencer por la depresión y se cuidan para su bien y sus familiares.

También el deseo de seguir disfrutando del cariño de sus familiares, especialmente si están lejos pues el volverlos a ver motivaría a cuidarse. Al respecto Boff (2000), menciona que los seres humanos, somos seres de protesta, no aceptamos la realidad en cual estamos porque nos sentimos más que todo cuanto nos rodea y desbordamos todos los esquemas. Así el adulto mayor mantiene su grandeza y capacidad de superar obstáculos y se cuida a pesar de la depresión. Respecto a los que se cuidan y no tiene depresión, Papalia y col., (2009), menciona que el ser humano al estar mentalmente sano permite mejor estado de ánimo y disfrute de la vida, puede continuar creciendo y cuidarse. Estadísticamente, la no significancia entre las variables podría ser que la muestra fue insuficiente

V. CONCLUSIONES

1. 82,35 % de los adultos mayores tuvieron buena práctica de autocuidado para una vejez con bienestar y el 17,65 % regular práctica de autocuidado.
2. 84,31% fue independiente en actividades básicas de la vida diaria y 15,69% moderadamente dependiente. En actividades instrumentales de vida diaria 56,86% fue independiente, 39,22% moderadamente dependiente y 3,92% dependiente.
3. 82,35% sin depresión, 13,72% depresión leve y 3,92% depresión.
4. Relación altamente significativa entre práctica de autocuidado para una vejez con bienestar con

independencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria ($P < 0.000$), y con independencia funcional para actividades instrumentales de vida diaria ($P < 0.002$). No relación significativa entre depresión y práctica de autocuidado para una vejez con bienestar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achata Y. y Villar C. Efectividad del programa educativo "Cuidando la salud" en el nivel de Autocuidado del Adulto mayor. (Tesis de Licenciada en Enfermería). Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo. 2006.
- Ballesteros S. Gerontología Saber Interdisciplinar. Madrid: Universit S.A., 2004.
- Boof L. Tempo de Transcendencia. O ser Humano como um Projeto Infinito. Río de Janeiro: Sextante, 2000.
- Bravo I. y Carlos, Y. Nivel de Depresión en el Adulto Mayor y su Relación con el Grado de Participación Social y Grado de Apoyo Familiar Percibido. (Tesis de Licenciatura de Enfermería). Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo. 2001.
- Castro D, Isla A. Efectividad programa educativo Envejecimiento saludable en nivel Autocuidado del Adulto mayor. Trujillo-Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2008.
- Casimiro L. Aged Athletes: A Study on Quality of Life.. Valencia – España. 2002.
- Cowely J; Diebold C; Coleman J; Hardin-Franning F. Tratamiento de los Problemas frecuentes. En Mauk k. *Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales*. España: McGraw-Hill-Interamericana, 2008.
- Fernández-Ballesteros M. Evaluación e Intervención Psicológica de la Vejez. España: Martinez Roca, 1992.
- Guse L. Evaluación del Adulto de edad avanzada. En Mauk k.. *Enfermería Geriátrica. Competencias Asistenciales*. España: McGraw-Hill-Interamericana, 2008.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perú. 2008.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de Niñez y Adulto Mayor - Julio, Agosto y Setiembre 2009. Perú: Informe Técnico 4, Diciembre 2009.
- Kail R, Cavanaugh J. Desarrollo Humano. Una Perspectiva del Ciclo vital. 3era. ed. México: Thomson, 2006.
- Krieger-Blake L. Cambios que afectan la independencia en los últimos años de la vida. En *Enfermería Geriátricas*. Mauk, k. España: McGraw-Hill-Interamericana. 2008.
- Lara R, Mardones M. Perfil Sociodemográfico de Salud y Funcionalidad en Adultos Mayores de la Comuna de Chillán. 2009. En revista *Theoría*, Universidad del BíoBío,

Chillán, Chile. Vol. 18 (2): [http://www.face.ubiobio.cl/] Accesado: Setiembre 2010.

Lau N. Significado y práctica de autocuidado en las personas adultas mayores del Cantón Barva de Heredia. Costa Rica: Thomson, 2000.

Leitón Z; Sagastegui D; Santillán R. y Chávez D. Autocuidado del adulto mayor para un envejecimiento con bienestar con edad, género, independencia funcional y nivel cognitivo. Centro del Adulto Víctor Larco Essalud - Buenos Aires. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo. 2008.

Leiton Z, Perez L, Alumnas FE. Práctica de autocuidado del adulto mayor relacionado con edad, género e independencia funcional. Trujillo-Perú.2005.

Leitón Z, Alva M, Santillán R. Perfil de valoración geriátrica integral del adulto mayor. Hospital Albrecht - Essalud. Trujillo-Perú. Universidad Nacional de Trujillo. 2004.

Leiton Z, Ordoñez Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. MIMDES- INABIF. Lima: OPS/OMS-Perú. 2003.

Mauk k. Enfermería Geriátrica. España: McGraw-Hill-Interamericana, 2008.

Méndez L, Morales B. Factores Biosicosociales y su Relación con Depresión en el Adulto Mayor. Trujillo-

Perú: Universidad Nacional de Trujillo.1997.

Milán A y Gonzales N. Alteraciones Musculoesqueléticas en el Anciano. En Anzola E., Galinsky D., Morales F., Salas A., y Sánchez M. *La Atención de los Ancianos: Un desafío para los Años Noventa*. Washington: DC: OPS. Publicación Científica No. 546. 1994.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2002 -2006. Perú. 2002.

Orem D. Teoría del Déficit de Autocuidado. España: Harcourt-Brace, 1983.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía clínica para atención Primaria a las persona adultas mayores. Washington: DC: 20037 OPS/OMS. 2003.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mantenerse en Forma para la vida. Necesidades Nutricionales de los Adultos Mayores. Universidad Tufts. Washington: DC: OPS. Publicación Científica y Técnica No. 595. 2004.

Oquendo M, Soublet, O. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?`. Rev. Cubana de Enfermería.2003 setiembre-octubre, 19(2): 19-25.

Papalia D, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del Adulto y Vejez. 3era.

ed. México: Mc-Graw-Hill Educación, 2009.

Quinteros M. El Autocuidado. En: *La Atención de los Ancianos: Un desafío para los Años Noventa*. Anzola E, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. Washington: DC: OPS. Publicación Científica No. 546.1994.

Reolid M, Lopez A, Garcia J, Villanueva M, Leitón Z. *Enfermería: Geriatria y Gerontología*. Alicante-España: Altabán, 2005.

Ruiz M. *Depresión y Autocuidado en el Adulto Mayor*. Puesto Salud Santa Ana Costa, Chimbote. Chimbote-Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2006.

Smeltzer S. Bare B. *Enfermería Médico Quirúrgico de Brunner y Suddarth*. Vol. I y II. 10^{va} ed. España: Interamericana-Mc Graw Hill, 2005.

Sánchez M. *Autocuidado del Adulto mayor no institucionalizado*. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo. 2002.

Sacramento H, Sánchez M. *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Ed. Pearson Prentice Hall, 2005.

Vásquez A, Vásquez E. *Influencia del Autocuidado en el Adulto mayor y funcionalidad*. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo. 2004.

Yuste, N. *Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas*. En

Introducción a la Psicogerontología
Yuste, N; Rubio, R. y Aleixandre, M.
Madrid: Ediciones Pirámide, 2004.

World Health Organization (WHO)
Global age-friendly cities: a guide.
Geneve. 2007.