

Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en Adultos mayores, Policlínico “Leonilda Tamayo Matos”. Isla de la Juventud. 2016-2017

Assessment of the capability and perception of self-care of elderly. Leonilda Tamayo Matos Polyclinic. Isle of Youth. 2016 -2017

MSc. Esther Hernandez Hernández¹, Lic. Anita Esther Lewis Hernández²

¹ MSc. en Promoción y Educación para la Salud. Profesora Asistente

² Lic. en Tecnología de la Salud. Perfil Imagenología y Radiofísica Médica

RESUMEN

El envejecimiento poblacional plantea retos importantes en lo económico y social, por lo que las políticas públicas deberán encaminarse a garantizar una mayor y mejor atención a las personas mayores en todos los sectores de la sociedad, para contribuir a la prolongación de la vida.

Con el objetivo de evaluar la capacidad de percepción de autocuidado en los adultos mayores, atendidos en el área de salud del policlínico “Leonilda Tamayo Matos” en la Isla de la Juventud durante el período abril 2016 a mayo del 2017, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 353 adultos mayores, sin deterioro cognitivo y con calidad de vida alta. Para la recogida de la información se aplicó el Test de Cypac-am (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor).

Hubo predominio del sexo masculino con un 56.9%. El 50.5% de los hombres y el 43.3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46.7%, un 9.8% tienen déficit parcial y 5.6% déficit total. El 75.2% son independientes y el 63.6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados al ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, 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.

Palabras clave: autocuidado, adultos mayores, deterioro cognitivo, calidad de vida

SUMMARY

For the sake of assessing the perceptiveness of self-care of elderly, assisted in Leonilda Tamayo Matos health area in the Isle of Youth during the period of April 2016 May 2017, a transverse descriptive study in 353 elderly without cognitive deterioration and with high life quality was carried out. For the picking up of information a Cypac's Test am (Capability and Perception Self Care in the Elderly) was applied.

There was predominance of the male sex with 56.9%, 50.5 % of men and 43.3 % of women do not take self-care adequately, there is a deficit of cognitive-perceptive self-care in the 46.7 %, 9.8 % have partial deficit and 5.6 % total deficit, 75.2 % are independent and 63.6 % perceive their status of apparently health state, being concluded that nevertheless the great majority of the studied elderly to be independent to carry out the activities of the daily life, they don't develop their self-care capacities appropriately, thus the independent functional degree is a necessary but not enough condition for a good self-care, the elderly people that perceive any risk for their health take more self-care than those who are self-perceived healthy.

Keywords: self-care, elderly, cognitive worsening, quality of life

INTRODUCCIÓN

Los avances científicos y sociales de la humanidad en los últimos cincuenta años han contribuido a un incremento notable de la esperanza de vida en la mayoría de los países del mundo. Con ello aparece la necesidad inmediata de buscar alternativas sanitarias, educativas y culturales en diversos círculos profesionales, para atender a las personas de la tercera y cuarta edad.^{1,2}

El envejecimiento poblacional plantea retos importantes en lo económico y social, por lo que las políticas públicas deberán encaminarse a garantizar una mayor y mejor atención a las personas mayores en todos los sectores de la sociedad, para contribuir a la prolongación de la vida, lo más importante no es que haya un aumento de la

expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada.^{1,2}

Los programas de promoción de salud en adultos mayores tienen múltiples beneficios pues incrementan la actividad física; desarrollan el autocuidado y la capacidad de ampliar sus actividades en forma independiente; aumentan los contactos sociales y finalmente, disminuyen la institucionalización, que es un gran problema en la tercera edad.³

Las actividades de prevención primaria se dirigen a fomentar la actividad física, la nutrición equilibrada, la estimulación cognitiva y el desarrollo y mantención de las redes sociales, que son fundamentales para lograr la independencia y mantener el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores, entendiendo por redes sociales no sólo su familia, sino todo el entorno, su comunidad, clubes de ancianos y centros día, contribuyendo no sólo a mantener las redes sociales y familiares, sino que también permiten que el adulto mayor cree nuevas redes.^{3,4}

El autocuidado es una conducta que realiza la persona. “Existen condicionantes que impiden al adulto mayor llevar a cabo su autocuidado. Entre estas se pueden citar: condicionantes socios demográficos, capacidades físicas y emocionales, ingresos económicos insuficientes, falta de apoyo familiar, carencia de relaciones afectivas, viudez, desmotivación, acceso a los servicios de salud.⁴

El Modelo de autocuidado de Dorotea Orem⁵, define el autocuidado como las “prácticas que los individuos, grupos o comunidades realizan para mantener su vida, salud y bienestar”, lo que implica que se reconoce la capacidad del individuo, en este caso al adulto mayor para desarrollar actividades de autocuidado; sin embargo, para esto es importante que conozcan el proceso normal de envejecimiento.^{5,6} Se ha demostrado con las prácticas de autocuidado que si la persona tiene clara su autoeficacia será capaz de desarrollar sus capacidades de autocuidado.

Se comparte el criterio emitido por Orem⁵ de que una persona puede convertirse por sí mismo o con la ayuda de otros en su propio agente de autocuidado, esta concepción mencionada sobre el autocuidado incluyen las actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, disminución de factores de riesgo, la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud y la rehabilitación.^{5,6}

El nivel de dependencia en el adulto mayor se relaciona con numerosos cambios que experimenta este grupo etario, tanto del estilo de vida como del sistema social y

familiar, que influyen directamente sobre su funcionalidad; para la Organización Mundial de la Salud representa el principal determinante del estado de salud entre los envejecidos, midiendo su estado de salud no en términos de déficit sino en "mantención de la capacidad funcional", que corresponde a la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar a través de la interrelación de sus campos biológico, psicológico y social, con la existencia de adultos mayores funcionalmente sanos o capaces de valerse por sí mismos, y funcionalmente alterados o con dificultades para su auto desempeño.^{7, 8}

Aproximadamente el 95.0 % de la población mayor de 60 años viven en el medio comunitario y el 90.0 % de las personas entre 75 y 84 años mantienen un alto grado de independencia para tareas de autocuidado. Por tanto, en el ámbito comunitario es donde se lleva a cabo la mayor parte del cuidado a los adultos mayores.⁹

Medir salud en el paciente anciano resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social, es por eso que la salud del anciano debe medirse en correspondencia con su funcionabilidad. Hace ya largo tiempo quienes se ocupan de los crecientes problemas de los ancianos y enfermos crónicos han advertido la necesidad de disponer de mejores métodos para medir la capacidad funcional de esas personas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de las personas mayores son un grupo heterogéneo, que incluye desde personas con buen estado de salud, hasta personas enfermas, pero con autonomía funcional. Los instrumentos que evalúan funcionabilidad se ven limitados a detectar las personas que realmente tienen algún grado de dependencia (que pueden y que no pueden hacer), pero no miden como hacen lo que hacen, o lo que es lo mismo; la capacidad y percepción de autocuidado.¹⁰⁻¹²

El incremento del proceso de envejecimiento en el territorio, unido a la necesidad de continuar mejorándolo desde una perspectiva cualitativa ha ido en ascenso, de ahí parte la presente investigación con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores en el Policlínico Leonilda Tamayo Matos, Isla de la Juventud, durante el período abril 2016 a mayo del 2017; con vistas a definir estrategias de intervención mediante acciones educativas que mejoren el estado de salud de este grupo, ya que a través de las mismas las personas pueden incorporar a su vida diaria conductas saludables para la salud física, social, mental y espiritual que favorecerán su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal que permitió evaluar la capacidad de percepción de autocuidado de los adultos mayores del área de referencia, durante el período comprendido entre abril de 2016 a mayo de 2017. Se analizaron variables como sexo, escolaridad y percepción de autocuidado

Universo: El universo de estudio estuvo constituido por los 5963 adultos mayores que residen en el área de salud del policlínico “Leonilda Tamayo Matos”.

Muestra: Se estimó una caída muestral de aproximadamente 20.0 %, fundamentalmente por deterioro cognitivo propio de la edad, para una n=380. Se eliminaron por deterioro cognitivo 27 adultos mayores. Finalmente, se trabajó con una muestra de 353 adultos mayores.

Para la selección de la muestra se utilizó el Muestreo por Conglomerados Bietápico, se seleccionaron por muestreo simple aleatorio (MSA) 11 Consultorios del Médico de Familia (CMF 3, 4, 9, 12, 13, 15, 20, 23, 24, 27, 28) y entre 30 y 35 adultos mayores por cada uno de éstos, elegidos por MSA.

Procedimientos

Se realizaron coordinaciones con el grupo Municipal de Adulto Mayor, médico geriatra del área de salud y consultorios del médico de la familia seleccionados, lo cual permitió la recogida de la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos propuestos. El sistema de instrumentos fue aplicado a los adultos mayores una vez solicitado su consentimiento informado.

Para la recogida de la información se aplicó el Test de Cypac-am (Anexo I), (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) de Folstein y Mc Hugo (Anexo II), que permite el pesquaje del deterioro cognoscitivo o la caracterización del funcionamiento en esta esfera.¹³ Se depositó en una base de datos Excel para su almacenamiento y organización.

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

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

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

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

Interpretación del Test

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

Procesamiento y análisis de la información

En aras de lograr la obtención y análisis correcto y fiable de los datos, estos fueron exportados a una base de datos en EXCEL y procesados de manera automatizada utilizando microcomputadora IBM compatible. El cálculo de la muestra se realizó a través del programa Epidat versión 3.1, a través del módulo Muestreo.

RESULTADOS

La Tabla No. 1 muestra la distribución por sexo del grupo de estudio donde predominó el sexo masculino con un arrojó que 56.9 %.

Tabla No. 1. Distribución de pacientes según sexo

Sexo				Total	
Masculino		Femenino			
No.	%	No.	%	No.	%
201	56.9	152	43.1	353	100.0

Fuente: Instrumentos aplicados

La Tabla No. 2 presenta la distribución de los adultos mayores según escolaridad y percepción de autocuidado. Se observa que la capacidad de autocuidado muestra mejores resultados en el nivel secundario, moviéndose de parcialmente adecuado a adecuado.

Tabla No. 2. Distribución de pacientes según escolaridad y percepción de autocuidado

Escolaridad	Inadecuado		Parcialmente adecuado		Adecuado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	15	4.3	55	15.6	27	7.7	97	27.6
Secundaria	19	5.4	92	26.0	63	17.8	174	49.2
Preuniversitario	2	0.6	0	0.0	22	6.2	24	6.8
Universitario	3	0.8	8	2.3	47	13.3	58	16.4
Total	39	11.1	155	43.9	159	45.0	353	100.0

Fuente: Instrumentos aplicados

En cuanto a la capacidad y percepción de autocuidado relacionado con el sexo y las categorías como la actividad física, presenta puntajes de autocuidado adecuado para los hombres y para las mujeres. Igual resultado se observa en la medicación, la higiene y el control de adicciones. Sin embargo, las restantes categorías (alimentación y sueño), para ambos sexos se mantuvieron en el orden de inadecuado y parcialmente adecuado.

En la investigación se destaca que el 75.2% de los adultos mayores estudiados son independientes y perciben su estado de salud aparentemente sano un 63.6%.

DISCUSIÓN

La consecución de un envejecimiento saludable, constituye un reto para los equipos que trabajan en favor de la salud de los adultos mayores en los diferentes niveles del sistema nacional de salud. Ello significa, no solo trabajar por el incremento sostenido de la longevidad en este segmento de la población, sino incrementar los niveles de indicadores positivos, entre los que se encuentran la capacidad y percepción de autocuidado.¹²

El sexo femenino siempre considerado como sexo débil, ha estereotipado a la mujer como cuidadora de la salud de su familia, pudiéndose considerar que también cuida adecuadamente de su propia salud. Sin embargo, los resultados obtenidos evidencian ligeras diferencias en el nivel de la capacidad y percepción de autocuidado entre hombres y mujeres, es decir, que la mujer, aunque se dedique más que el hombre a cuidar de su familia, cuando se trata de cuidarse ella, no lo hace mejor o más

adecuadamente que su compañero, pues esta actividad no la incorpora a su proyecto de vida y no la percibe como una auto responsabilidad necesaria para mantener su salud y bienestar.¹⁴

Al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción de autocuidado diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas que se perciben sanas no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus capacidades de autocuidado (CAC), en este sentido nuestros resultados concuerdan con los postulados de Orem y los diferentes autores consultados, que refieren que el factor que más influye positivamente en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta es la alteración percibida de su estado de salud.¹⁰⁻¹³

El grado funcional está asociado a la capacidad del individuo para autocuidarse, pues es necesario que la persona sea independiente para poder realizar las actividades de la vida diaria que incluya en ellas las propias del autocuidado. Sin embargo, una gran proporción de los adultos mayores al ser independientes funcionalmente, tienen un nivel de autocuidado adecuado.¹³

Durante los tres primeros lustros de la centuria actual, se desarrollaron varios estudios en Cuba, con similares propósitos y metodología al presente trabajo, en ellos hubo un predominio de autocuidado adecuado, sin diferencia significativa entre los sexos. Algunos autores han planteado que la realización de las labores del hogar, el cuidado de hijos, nietos y de enfermos en la familia, así como la responsabilidad de la dinámica familiar, han sido encomendadas a la mujer en la mayoría de las comunidades humanas. Ellas son las responsables de asumir las tareas propias del rol reproductivo, lo cual las sitúa a veces en posiciones de desventaja.¹⁴

Vale señalar que el enfoque de género, propone llamar la atención sobre determinados aspectos de la realidad en los que se producen inequidades espirituales que frecuentemente son ignoradas y que afectan la salud de las ancianas, resultados encontrados permitirán el diseño y aplicación de acciones educativas a nivel comunitario, en correspondencia con las necesidades de cada sexo.¹⁴

CONCLUSIONES

Se observa que la capacidad de autocuidado muestra mejores resultados en el nivel secundario, moviéndose de parcialmente adecuado a adecuado. La categoría

actividad física para la variable sexo arrojó puntajes para autocuidado adecuado tanto para hombres como para las mujeres. Resultados similares se observan en la categoría medicación, higiene y control de adicciones en ambos sexos. No obstante, la gran mayoría de los adultos mayores estudiados al ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, y percibir un estado de salud aparentemente sano desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bayarre Veá HD. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas: 2000 [tesis Doctor en Ciencias de la Salud en línea]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003. [citado 29 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/prevalencia_y_factores_de_riesgo.pdf
2. Oddone MJ. El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina. Voces en el Fenix [en línea]. 2014 [citado 26 de mayo de 2016]; 5(36): 82-89. Disponible en: http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/fenix36%20baja.pdf
3. Dueñas González M D, Bayarre Veá D H, Triana Álvarez EA, Rodríguez Pérez V. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2011 mar [citado 8 de noviembre de 2016];27(1):10-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100002&lng=es.
4. Pérez BP, Trillo MT, Aguilera FM, Castro MB. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE [Internet]. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009 [citado 26 de mayo de 2016]; 14(2): 53-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312308002>
5. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. GacMédEspirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2017 Oct 19] ; 19(3): 89-100. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.

6. Rojas Gallo A, Pérez Pimentel S, Lluch Bonet A, Cabrera Adán M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Oct 19]; 25(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002&lng=es.

7. Marcos Espino MP, Tizón Bouza E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 Dec [citado 2017 Oct 19] ; 24(4): 168-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005&lng=es.

8. Alonso Galbán P, Sansó Soberats J F, Díaz Canel Navarro M A, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2007mar [citado 26 de mayo de 2016]; 33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A, Loredó-Figueroa MT, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enferm Univ [Internet]. septiembre de 2016 [citado 1 de junio de 2017]; 13(3):159-65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es.

10. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L, Quevedo Expósito F K. Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Ago 04]; 25(4): 65-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400007&lng=es.

11. Herrera-López LM, Alcayaga-Rojas C, Torres-Hidalgo M, Funk Buntmeyer R, Bustamante-Troncoso C, Riquelme-Hernández G, et al. Programa de apoyo al trabajador- cuidador familiar: fenómeno social emergente. Aquichan [Internet]. 2014 [citado 1 de junio de 2017]; 14(3): 430-439. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300012&lng=es.

12. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A, Loredó-Figueroa MT, et al. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *EnfermUniv* [Internet]. septiembre de 2016 [citado 1 de junio de 2017];13(3):159-65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000300159&lng=es
13. Millán Méndez IE. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Rev Cubana Enfermer*[Internet]. 2010 [citado 19 de octubre de 2017]; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es.
14. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2003 [citado 22 de julio de 2017];19(3):12-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300002&lng=es.

ANEXO I. TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor)

Categorías a medir Formas de medición

A. Actividad Física

1. Puede movilizarse sin ayuda _____ Si___ No___
2. Participa en el círculo de abuelos _____ Si___ A veces___
No___
3. Practica ejercicios físicos sistemáticamente _____ Si___ A veces___ No___
(Nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio, u otros)
4. Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras — Si___ A veces___ No___

B. Alimentación

1. Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda — Si___ No___
2. Tiene establecido un horario fijo para comer _____ Si___ A veces___ No___
3. Prefiere los alimentos salcochados que fritos _____ Si___ A veces___ No___
4. Ingiere la dieta indicada, aunque no le guste _____ Si___ A veces___
No___

C. Eliminación

1. Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda — Si___ No___
2. Tiene un patrón intestinal diario con horario regular — Si___ A veces___ No___
3. Tiene como hábito observar sus deposiciones — Si___ A veces___ No___
4. Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas — Si___ A veces___ No___
(Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)

D. Descanso y Sueño

1. Puede controlar su período de descanso y sueño — Si___ No___
2. Tiene hábito de descansar sin dormir después de comer - Si___ A veces___ No___
3. Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo — Si___ A veces___
No___
4. Procura dormir las horas necesarias diarias — Si___ A veces___
No___
(5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)

E. Higiene y Confort

1. Puede mantener su higiene y confort sin ayuda — Si___ No___
2. Se baña diariamente, y a un horario establecido — Si___ A veces___
No___
3. Acostumbra bañarse con agua tibia — Si___ A
veces___ No___
4. Usa una toallita independiente para secarse los pies — Si___ A veces___ No___

F. Medicación

1. Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla - Si___ No___
2. Cumple estrictamente con el tratamiento indicado — Si___ A veces___
No___
3. Solo toma medicamentos que le indica su médico — Si___ A veces___
No___
4. Si necesita algún medicamento lo consulta primero — Si___ A veces___
No___

G. Control de Salud

1. Tiene control y puede responsabilizarse con su salud — Sí___ No___
2. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar — Si___ A veces___
No___

3. Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas — Si___ A veces___
No___

4. Se realiza autochequeos periódicos en la casa — Si___ A veces___
No___

(autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)

H. Adicciones o Hábitos tóxicos

1. Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico — Si___ No___

2. Puede controlar la cantidad del tóxico que consume — Si___ A veces___
No___

3. Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él — Si___ A veces___
No___

4. Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos — Si___ A veces___
No___

Norma de evaluación del Instrumento

El ítem 1 de cada categoría determina el nivel de independencia o no, para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y por tanto tiene déficit de autocuidado para esa categoría, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

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

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

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

Interpretación del Test.

- Entre 21 y 24 puntos: percepción de autocuidado adecuado.
- Entre 16 y 20 puntos: percepción de autocuidado parcialmente adecuado.
- Con 15 puntos o menos, sin ninguna categoría evaluada de 0: percepción de autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una categoría evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría.
- Con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

ANEXO II. I.- Examen Mínimo del Estado Mental.

Datos generales.

Nombre:

Fecha:

Edad: Ocupación:

Escolaridad:

Policlínico:

Consultorio:

Municipio:

Provincia:

I.- Examen Mínimo del Estado Mental.

I. Orientación

1.- Día de hoy _____

(máximo 10 puntos)

2.- Mes _____

Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, 3.- Año _____

estación del año, etc. Interrogar al anciano 4.-Día de la semana _____

acerca del nombre de la calle donde habita 5.-Estación _____

o vive, número de su casa.

6.-Dirección _____

¿En qué ciudad estamos?

7.-Número de la casa _____

¿Qué provincia?

8.-Ciudad _____

¿Qué país?

9.- Provincia _____

10.-País _____

II. Registro:

11.-Pelota _____

(máximo 3 puntos)

12.-Bandera _____

Explorar la capacidad de memoria. Repetir 13.-Árbol _____

despacio las palabras: PELOTA/# de intentos _____

BANDERA/ ARBOL.

Repartirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.

III. Cálculo y Atención:

14.-

(máximo 5 puntos)

93 _____

Contar desde 100 hasta abajo restando 7. 15.-

Parar después de 5 respuestas: (93, 86, 86 _____

79, 72, 65). Dar un punto por cada 16.-

respuesta correcta. Si el sujeto no puede 79 _____

realizar las tareas, debe deletrear la

palabra MUNDO de atrás hacia delante. 72 _____

Dar un punto por cada letra bien ubicada. 18.-

Ej.: ODNUM=5 / ODMUN=3 65 _____

19.- No. de letras bien

ubicadas: _____

IV. Recuerdo:

20.- Pelota _____

(máximo 3 puntos)

21.- Bandera _____

Preguntar por las tres palabras repetidas 22.- Árbol _____

previamente. Un punto por cada respuesta

correcta.

V. Lenguaje:

23.- Reloj _____

(máximo 9 puntos)

24.- Lápiz _____

- Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: 25.- Repetición _____

“¿Qué es esto?”. Repetir lo mismo para el 26.- Coger el papel con la mano derecha

lápiz. Un punto por respuesta correcta. _____

- Repetir la frase: “Ni sí, ni no, ni peros”. 27.- Doblarlo por la mitad _____

- Realizar una orden en 3 tiempos (Tomar 28.- Ponerlo en el piso _____

un papel con la mano derecha, doblarlo 29.- Cerrar los ojos _____

por la mitad y ponerlo en el piso). 30.- Escritura de la oración _____

- Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS. 31.- Dibujo _____

- Escritura: Orientar al sujeto para que

escriba una frase u oración.

- Copiar un dibujo del Test de Bender.

Puntuación:

Sumar el número de respuestas correctas.

En las respuestas del Aspecto III, incluir los ítems del 14 al 18 ó el ítem 19, pero no ambos.

El máximo de puntos es 30.