



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD I-2

SORAZA, COATA - 2021

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ELASA HADID MAMANI VELEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2023



DEDICATORIA

A Dios, nuestro padre omnipotente, por darme la vida, por protegerme y dirigirme por el camino correcto, por darme fuerza a lo largo de mi vida, y por colmarme de multitud de bendiciones para seguir persiguiendo mis metas como persona y como profesional.

Con inconmensurable agradecimiento a mis apreciados padres Ignacio Cevero y Guillerma por darme la vida, su amor, su paciencia, su sacrificio y su constante apoyo incondicional.

A mis queridos hermanos y hermanas menores, Magno Adan, Medwar David, Edith Slayni y Lizeth Milena, por su cariño, por estar siempre para mí cuando necesito ser escuchada, ya que ellos con su carisma me motivan a seguir adelante, sin mirar atrás.

A mis tíos, tías, primos y primas porque son ejemplo a seguir en mi crecimiento personal y profesional.

Elasa Hadid.



AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro señor, por concederme la fuerza necesaria para alcanzar este nivel de crecimiento académico y personal, para seguir logrando metas adicionales, y particularmente por acompañarme y guiarme durante toda mi vida.

Asimismo, mi gratitud es para mi alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano Puno, por brindarme una formación profesional y permitirme cumplir uno de mis objetivos más en mi vida profesional. Asimismo, mi gratitud va para la Facultad de Enfermería y a su plana docente por haberme compartido sus conocimientos, experiencias y consejos en las aulas.

También mi agradecimiento es para mí asesora, la Dra. Frida Judith Malaga Yanqui, por sus conocimientos, paciencia, orientación y cooperación en el transcurso del desarrollo de esta tesis. También agradezco a los miembros de jurado calificador, a la Dra. Narda Estela Calsin Chirinos, a la Enf. Agripina María Apaza Álvarez y al M.Sc. William Harold Mamani Zapana quienes, con su gran sugerencia, aporte y observaciones certeras, apoyaron en la culminación de esta tesis.

De igual manera agradezco al Personal del Centro de Salud I-2 Soraza, especialmente a la Lic. Roxana y a la Tec. en Enfermería Yenny, por su apoyo incondicional en el procedimiento de la ejecución; asimismo a todos los adultos mayores que fueron partícipes en el desarrollo de la tesis.

Finalmente quiero dar mi enorme gratitud a todas las personas que fueron partícipes en el desarrollo de esta tesis, especialmente a ti Alex, por motivarme a perseguir mis metas, gracias.

Elasa Hadid.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN 10

ABSTRACT..... 11

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 12

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 15

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 15

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO 16

2.2. MARCO CONCEPTUAL 16

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 52

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 61

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO 61

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA 62

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN..... 64

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 65



3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	71
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS	72
4.2. DISCUSIÓN	76
V. CONCLUSIONES.....	85
VI. RECOMENDACIONES	87
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	104

Área: Salud del Adulto

Tema: Capacidad de autocuidado y calidad de vida.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 04 de enero de 2023



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	72
Tabla 2. Capacidad de autocuidado en sus dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	73
Tabla 3. Calidad de vida en sus dimensiones: salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	75
Tabla 4. Relación entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	113
Tabla 5. Estadística de fiabilidad de la escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA).....	113
Tabla 6. Estadística de fiabilidad de la escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH).....	113



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	114
Figura 2.	Capacidad de autocuidado en su dimensión: interacción social, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	114
Figura 3.	Capacidad de autocuidado en su dimensión: bienestar personal, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	115
Figura 4.	Capacidad de autocuidado en su dimensión: actividad y reposo, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	115
Figura 5.	Capacidad de autocuidado en su dimensión: consumo suficiente de alimentos, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	116
Figura 6.	Capacidad de autocuidado en su dimensión: promoción del funcionamiento y desarrollo personal, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	116
Figura 7.	Capacidad de autocuidado global en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	117
Figura 8.	Calidad de vida en su dimensión: salud física, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	117
Figura 9.	Calidad de vida en su dimensión: relaciones interpersonales, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	118
Figura 10.	Calidad de vida en su dimensión: independencia para realizar actividades, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	118
Figura 11.	Calidad de vida en su dimensión: satisfacción por la vida, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	119
Figura 12.	Calidad de vida global en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.	119



Figura 13.	Característica edad de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	120
Figura 14.	Característica sexo de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	120
Figura 15.	Característica convivencia de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	121
Figura 16.	Característica dependencia económica de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	121
Figura 17.	Característica grado de instrucción de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.....	122



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
ICV:	Índice de Calidad de Vida.
MINSA:	Ministerio de Salud.
FAO:	Food and Agriculture Organization / Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación.
INS:	Instituto Nacional de Salud.
AVD:	Actividades de la Vida Diaria.
ABVD:	Actividades Básicas de la Vida Diaria.
AIVD:	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
GC:	Guardia Comunitaria.
ASA:	Appraisal of Self-care Agency Scale / Escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado.
MGH:	Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad.



RESUMEN

La presente investigación se efectuó con el propósito de determinar la relación entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional con diseño no experimental y de corte transversal. La población estuvo constituida por 93 adultos mayores y la muestra de 75, la cual se seleccionó por muestreo probabilístico. Para la obtención de datos se empleó la técnica de entrevista y como instrumentos la Escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA) y Escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH). Los resultados muestran que el 54.8% de los adultos mayores presentaron capacidad de autocuidado bajo y las dimensiones con niveles regulares fueron: interacción social, actividad y reposo con 52% y 46.7% respectivamente; asimismo, las dimensiones con niveles bajos fueron: bienestar personal, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo con 41.3%, 49.3% y 46.7% respectivamente. Por otro lado, el 57.3% presentó calidad de vida baja y las dimensiones con niveles medios fueron: salud física y relaciones interpersonales con 54.7% y 57.4% respectivamente; las dimensiones con niveles bajos fueron: independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida con 48% y 42.7% respectivamente. Estadísticamente se encontró que la capacidad de autocuidado se asocia significativamente con la calidad de vida con un p valor de 0.008, concluyendo que a mayor capacidad de autocuidado mayor será la calidad de vida.

Palabras clave: Capacidad de autocuidado, calidad de vida, adulto mayor.



ABSTRACT

The present investigation was carried out with the purpose of determining the relationship between self-care capacity and quality of life in older adults who attend the I-2 Soraza Health Post, Coata - 2021. The study was descriptive-correlational with a non-experimental design. and cross section. The population consisted of 93 older adults and the sample of 75, which was selected by probabilistic sampling. To obtain data, the interview technique was used and the Self-care Agency Capacity Scale (ASA) and Quality of Life in the Elderly Scale (MGH) were used as instruments. The results show that 54.8% of the older adults presented low self-care capacity and the dimensions with regular levels were: social interaction, activity and rest with 52% and 46.7% respectively; Likewise, the dimensions with low levels were: personal well-being, sufficient food consumption, promotion of functioning and development with 41.3%, 49.3% and 46.7% respectively. On the other hand, 57.3% presented low quality of life and the dimensions with medium levels were: physical health and interpersonal relationships with 54.7% and 57.4% respectively; the dimensions with low levels were: independence to carry out activities and life satisfaction with 48% and 42.7% respectively. Statistically, it was found that the self-care capacity is significantly associated with quality of life with a p value of 0.008, concluding that the greater the self-care capacity, the greater the quality of life.

Keywords: Self-care capacity, quality of life, older adult.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Una de las preocupaciones más significativas a nivel mundial es el envejecimiento acelerado y aunado a ello es el incremento de la esperanza de vida y disminución de la tasa de fecundidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017, refirió que la proporción de los individuos de 60 años a más estaría en constante aumento que cualquier otro grupo etario en casi la mayoría de los países (1). Asimismo, según los datos del informe “Perspectivas de la población mundial 2019”; en el año 2019 la proporción adulto mayor era de 9% y para el año 2050 será del 16% en el mundo, y en Latinoamérica y el Caribe será del 19% (2). El Perú no escapa de esta realidad ya que, también el número de individuos de 60 años o más crece continuamente, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el cuarto trimestre del 2020 notificó que para ese año el proceso del envejecimiento de la población adulto mayor había aumentado de 5,7% (1950) a 12,7%, siendo predominante en el área rural con 44,2% (3). Además, el departamento de Puno según el censo 2017 es considerado uno de los departamentos con mayor presencia de población adulta mayor que viven solos (72,7%) (4).

Sin duda alguna, el envejecimiento básicamente es un proceso inevitable y natural en el que influye la calidad de vida, la calidad de trabajo, si se prestó oportunamente atención a los problemas de salud y principalmente un buen envejecimiento depende del cuidado y autocuidado que se tuvo en cada una de las etapas del ciclo vital. Por tanto, es muy importante que las personas adultas mayores lleven a cabo sus actividades aprendidas por ellos mismos, posicionada hacia un propósito que les permita regularizar los factores que dañan su desarrollo, resguardando su funcionamiento integral y aminorando la morbi-mortalidad temprana.



Al respecto, la teórica Dorothea Orem conceptualiza el autocuidado como el “conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (5). En otras palabras, el autocuidado en el adulto mayor es realizar todas las actividades necesarias para conservar una buena salud, prevenir y detectar precozmente las patologías y contribuir de manera activa en la recuperación general de la salud; estas acciones incluyen un buen interaccionar con la sociedad, el bienestar personal, la actividad y el descanso, el consumo adecuado de alimentos, la promoción del funcionamiento y el desarrollo personal.

En relación a lo anterior, un estudio realizado en Colombia indica que el 88.89% de pacientes de 45 a 75 años de edad tuvieron regular capacidad de autocuidado (6). En Lima el 48.5% presentaron buena capacidad de autocuidado (7); el 90.9% presentaron regular capacidad de autocuidado (8). En cambio, en Arequipa gran parte de los individuos adultos mayores con osteoartritis mostraron autocuidado bajo con 67.7% (9). En cuanto al departamento de Puno el 85.3% de las personas de tercera edad presentaron regular capacidad de autocuidado (10).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones; es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno” (11). Así mismo para Martha Vera “la calidad de vida es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su



bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores” (12).

Además, a nivel del mundo según el Índice de Calidad de Vida (ICV) calculado por Numbeo para mediados del año 2021, Suiza tiene la mayor calidad de vida con 188.36 puntos, seguida de Dinamarca, Países Bajos, Finlandia, etc. y Perú se encuentra en el puesto 77 de un total de 83 países con ICV de 81.29 puntos, y entre los países de Latinoamérica ocupa el último lugar (13,14). En ese sentido, estudios en Lima y Arequipa evidencian que el 44.44% y 45.7% respectivamente tienen calidad de vida baja (8,9). En Puno un estudio evidencia que el 66.7% de adultos mayores perciben que su calidad de vida es mala (15).

Al respecto, en el Puesto de Salud Soraza durante las prácticas pre profesionales se pudo observar que gran parte de los adultos mayores viven solos, algunos de ellos se apersonan al establecimiento con signos de sentimientos de tristeza; otros con pensamientos negativos que afecta en su autoestima, que muchas veces puede deberse por el abandono de los hijos, la familia, la comunidad o por la incomodidad al vivir con la familia de los hijos, de igual manera, en algunos de ellos se observa deficiencias nutricionales, llanto repentino, poca capacidad de expresión de sus dolencias porque lo hacen en su lengua materna y algunos refieren que olvidan tomar sus medicamentos prescritos. Asimismo, en las visitas domiciliarias se observa viviendas aisladas y no adecuadas para los adultos mayores y en el establecimiento de salud se observa que la atención se enfoca en el aspecto biológico descuidándose los aspectos afectivos, cognitivos y sociales.

Todo lo referido podría tener consecuencias en la salud de los adultos mayores de



esa localidad, como la deficiencia de la capacidad de autocuidado, lo cual los convertiría en adultos mayores dependientes, que generarían mayor gasto del Estado para su atención, aunado a esto debemos mencionar que el sistema de salud no cuenta con servicios diferenciados para este grupo etario.

Por consiguiente, a partir de esta realidad se ha formulado las siguientes interrogantes: ¿Existe relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021?; ¿Cuál es la capacidad de autocuidado en los adultos mayores?, ¿Cómo perciben la calidad de vida los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la capacidad de autocuidado en sus dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal.
- Identificar la calidad de vida en sus dimensiones: salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida.

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H₁: Existe relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021.

H₀: No existe relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. AUTOCUIDADO

Es derivado de 2 términos: Auto, que viene del griego αὐτο, que básicamente significa “propio” o puede ser también “por uno mismo”, y por otro lado cuidado, que viene del latín cogitātus, que fundamentalmente significa “pensamiento”, dando como resultado la frase “autocuidado” o “cuidado de uno mismo”. En lo que respecta a la profesión de enfermería, esta noción de autocuidado es un campo comúnmente empleado (16).

Según Orem, autocuidado es una acción o acciones que las personas aprenden y practican para lograr un determinado propósito. Siempre que las personas, en este caso los adultos mayores, realicen o deban realizar una serie de acciones intencionales con el fin de controlar sus factores internos y/o externos para sí mismos, hacia el resto o hacia el medio ambiente, simplemente para regular los elementos que afecten a su desenvolvimiento y su funcionamiento en beneficio de su propia vida, salud o bienestar, que puedan lograr poner en peligro su propia vida y su desarrollo futuro (5,17). Asimismo, según el Ministerio de Salud (MINSA), el autocuidado es asumir voluntariamente la responsabilidad de la propia salud porque es un comportamiento aprendido de la sociedad y la autoestima es esencial en ello, valorándose positivamente; el autocuidado busca promover la independencia y la funcionalidad en el adulto mayor, así como la mejora de la calidad de vida (18). Así, el adulto mayor para auto cuidarse, debe conocerse a sí mismo, aprender a quererse y aprender a cuidarse para mantenerse sano y activo y dificultar la manifestación de una enfermedad o deficiencia en el futuro (19).



Como señala Dorothea Orem, el autocuidado puede clasificarse en niveles de acuerdo a la complejidad de su ejecución, que van desde los muy básicos o elementales hasta los más complejos. Además, adopta un enfoque holístico de la persona en su teoría, situando los cuidados elementales en el centro de su objetivo para ayudar a los seres humanos a vivir más tiempo y más felices, mejorando toda su calidad de vida. Desde otro ángulo, las prácticas de cuidados de enfermería se apoyan en la conexión asistencial con el paciente; es decir, ponerse en el lugar del adulto mayor, asistiendo o guiando a la persona mayor a través de las recomendaciones de salud, proporcionando apoyo físico y psicológico mediante la aplicación del tratamiento médico prescrito, y creando un entorno propicio (medidas de higiene); por ejemplo, si una persona mayor es incapaz de cuidar de sí misma debido a una enfermedad o discapacidad (5).

Entonces, cuando un adulto mayor realiza actividades como: asegurar una dieta saludable y adecuada a sus necesidades, realizar el ejercicio y la actividad física requerida, evitar el sedentarismo, descansar y dormir 8 horas al día para tener buena energía al día siguiente, manejar el estrés y evitar la depresión para no tener deficiencias, mantener las funciones vitales estables y dar seguimiento a los asuntos médicos, medidas preventivas con la finalidad de evitar infecciones, ser participe en la comunidad, tener un envejecimiento activo y saludable, se puede decir que el adulto mayor se está cuidando.

2.1.2. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD.

Es primordial que el cuidado con respecto a la salud de un individuo, en este caso de los individuos adultos mayores, se basen en la determinación personal como factor de decisión interna, considerando que cada opción de cuidado es una determinación personal, el conocimiento y la voluntad son los factores internos de individuo, y las circunstancias para lograr una alta calidad de vida están marcadas por los llamados factores externos tal es el caso del acceso a los servicios de salud debido a una limitación



física o económica. Cuando hay una vinculación de ambos factores existe un fortalecimiento del cuidado propio y por ende también de la calidad de vida en las personas adultas mayores; estos factores se detallan a continuación (20):

2.1.2.1. Factores internos o personales.

Los componentes internos dependen de manera directa del individuo y se consideran un componente del autocuidado. Por ejemplo (20):

- **Conocimiento:** Las capacidades cognitivas ayudan a emitir los mejores juicios y a decidir si se adoptan comportamientos saludables o perjudiciales. Cuando se trata del cuidado de la salud, el conocimiento y también la información son esenciales para adoptar una postura específica.
- **La voluntad:** Este se define como “la disposición personal que es motivada por los valores y principios, creencias, aprendizajes y motivaciones para realizar una acción o simplemente evitar hacerla siendo consciente de las consecuencias de la misma”. Es esencial en la toma de decisiones porque conduce a la sustitución de hábitos perjudiciales por algo más productivo.

Asimismo, dentro de los determinantes personales se debe tener en cuenta los siguientes dos aspectos (21):

- **Las actitudes:** Son resultados de una creencia interna que impulsa a un individuo a ejercer en contra o a favor ante una supuesta circunstancia. Asimismo, básicamente tiene todo que ver con los ideales, valores e impulsos. Un factor esencial es la disposición de cambio; los ejemplos de actitud pueden encontrarse en la forma de reaccionar ante un determinado asunto verbal con una actitud de rebeldía, tolerancia entre otros.
- **Los hábitos:** Es cuando una persona repite una acción en respuesta a un determinado escenario, se dice que está desarrollando hábitos; se trata de la creación de patrones



de comportamiento a través de la repetición, como el ejercicio de la vida cotidiana.

2.1.2.2. Factores externos o ambientales.

Los componentes externos influyen en el cuidado propio de un individuo; los cuales son:

- Cultural: Se puede comprender de ello como la conducta de un hombre en su propio cuidado que tiene con respecto a sus propias costumbres ancestrales que se han transmitido a través del tiempo y además sus comportamientos se basan en sus propias creencias y tradiciones (20).

Cuando se enfrentan a nueva información, las personas se resisten a abandonar sus creencias ancestrales y ello se da más en los adultos mayores. Por ello, es fundamental descubrirlas y comprender su racionalidad, sentido y significado para erosionarlas y restaurar una panorama ilustrada de la salud y de la enfermedad que pueda traducirse en conductas saludables (21).

- De género: En cuanto a ello, hay un pequeño sesgo en las prácticas de autocuidado. Las mujeres como los hombres efectúan cuidados propios ante los riesgos externos, pero las mujeres son más detallistas en sus cuidados que los hombres, que son un poco desordenados cuando se trata de cuestiones de su propio cuidado personal (20).
- La familia: Es primordial enfatizar el hecho de que, es la familia la que asume la responsabilidad y también de la atención de los individuos adultos mayores que tienen problemas de salud, también es necesario mencionar las experiencias de su crianza en su entorno y en la sociedad con que valores y con qué principios crecieron, porque hoy en día claramente se ve que hay descuido y desamparo del adulto mayor, ya que muchas veces viven en condiciones miserables y deplorables, exponiéndose a enfermedades o en casos extremos la muerte, acortando la calidad de vida mediante un autocuidado reducido. En estas circunstancias, la familia es una importante fuente



de apoyo, ante todo en las interacciones socio afectivas de las personas adultas mayores, que necesitan la ayuda de los demás para satisfacer sus necesidades fundamentales. También son ellos quienes están llamados a comprender y ampliar los vínculos afectivos, con el fin de maximizar sus capacidades aún conservadas (20).

2.1.3. DIMENSIONES DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

2.1.3.1. Interacción social.

El contacto social es la relación que existe entre los individuos y además es primordial para el funcionamiento de la sociedad; sin él, la sociedad dejaría de existir por su incapacidad para funcionar. Un círculo cercano de amigos y familiares dispuestos a escuchar sus sentimientos y pensamientos después de la jubilación permite a muchos adultos mayores mantenerse sanos y felices, ya que se ayudan mutuamente a afrontar los cambios provocados por la crisis del envejecimiento (9).

Las relaciones sociales, también, son contactos que los individuos construyen a lo largo de su vida como consecuencia de una serie de sistemas políticos, económicos, educativos, profesionales, culturales y familiares, entre otros. Estas conexiones sociales favorecen el intercambio de sentimientos que pueden potenciar o mitigar la prestación y recepción de ayuda vinculada a la conservación de la salud y también a la preservación de la independencia. Además, cabe destacar que el riesgo de muerte es mayor entre los hombres que perciben menos apoyo social en la población mayor; los individuos adultos mayores que conviven con otras personas o con sus familias tienen un menor riesgo de morir que los que viven solos (22).

2.1.3.2. Bienestar personal.

Según Valdés, el bienestar personal o también denominada satisfacción con la vida en la ancianidad que constituye la perspectiva más importante para envejecer con éxito. Asimismo, menciona que el bienestar es una noción global que abarca la



satisfacción, la felicidad, la vida en su conjunto, la buena moral, el ajuste personal, las actitudes vitales positivas y el desafío en la profesión elegida. Por otro lado, afirma que esa noción incorpora 3 elementos que básicamente lo distinguen: en primer lugar, su carácter individual, que se basa en la propia experiencia personal, las percepciones y las evaluaciones; en segundo lugar, su carácter global, que comprende de la evaluación o entendimiento de la totalidad de los aspectos de la propia vida; y en tercer lugar, la necesidad de incorporar las medidas positivas, porque su naturaleza es mucho mayor que la mera escasez de los factores negativos (23).

De la misma manera, Ferragut y Fierro aseveran que el bienestar personal se da a través de un complicado proceso de autoevaluación que implica una valoración positiva de la propia vida, así como la prevalencia del afecto bueno sobre el negativo en la propia vida. El bienestar de un individuo consiste, por tanto, en el juicio positivo de su vida que se basa tanto en la congruencia entre ambiciones y logros como en la presentación de una persona en un estado emocional y afectivo ideal (24).

2.1.3.3. Actividad y reposo.

En la propuesta de Orem, los llamados requisitos universales de cuidado propio incluyen el mantenimiento de un equilibrio saludable de la actividad y el reposo, teniendo en cuenta la actividad física y el sueño; estos requisitos incorporan a la conservación del aire, el agua, los alimentos y la eliminación que son realizados por las personas con el fin de preservar y también con el propósito de mantener el funcionamiento de manera integral (20). Por ello, las personas adultas mayores deben encontrar la manera de lograr una estabilización de la actividad con la relajación, la actividad física con el sueño.

Entonces, es importante que los individuos mayores realicen actividad física de forma regular. Desafortunadamente, la mayoría de las personas mayores no realizan suficiente ejercicio físico; y ello puede conducir a una disminución del rendimiento físico



y mental y también puede predisponerlos a contraer patologías relacionadas con la inactividad.

Varios autores opinan que, a medida que uno envejece, experimenta cambios que le hacen desviarse de su forma de vida típica. Se sabe que la evolución de la vejez provoca el declive de varias funciones y también conlleva la involución de varios órganos y sistemas como parte del proceso. En cambio, es primordial recordar que, incluso dentro de la población de individuos mayores, existen disparidades, y estas diferencias dependen de la narrativa vital de cada individuo. Esto se debe a una serie de cambios que experimenta un adulto mayor y son el resultado de las modificaciones fisiológicas que conlleva la edad; la actividad física, aunque no evita los cambios, retrasa su aparición, reduce su avance y disminuye su colisión en la salud. En este contexto, la "actividad física" se refiere a todas y cada una de las acciones que se realizan en la vida habitual (25).

Hay pruebas que sugieren que llevar el estilo de vida de manera sedentaria es parte de los factores de riesgo para la salud más fáciles de modificar, lo que garantizaría una notable mejora del bienestar general de una serie de patologías severas no transmisibles que afectan ni más y menos a un adulto mayor, como la hipertensión arterial, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la artritis y también se incluye el cáncer. Incrementar el nivel de actividad física tras los 60 años posee una influencia pronunciada y beneficiosa sobre las enfermedades mencionadas, además de la salud y el bienestar general (26).

Beneficios de la actividad física en los adultos mayores

Estudios cada vez más inventivos han revelado que las personas mayores son capaces de realizar una actividad física modesta, siempre y cuando estén supervisadas por un profesional y se hayan sometido a los exámenes médicos pertinentes antes de



comenzar el ejercicio. Es esencial recordar que las personas mayores sufren una variedad de dolencias que varían tanto en forma como en gravedad y también considerar que son una población diversa, en el sentido de que es posible que algunas de ellas todavía pueden correr y saltar en tanto otras tienen dificultades para caminar. A continuación, se enumeran algunos de las ventajas que pueden obtener los individuos adultos mayores que practican una actividad física (25,27):

- Mejora la capacidad de cuidar de sí mismo.
- Ayuda a mantener la flexibilidad y el estado de alerta de nuestros sentidos
- Mejora la calidad general del sueño.
- Ayuda a fortalecer el sistema inmunitario del organismo.
- Disminuye la pérdida mineral ósea al potenciar la acción de las hormonas osteoblásticas (células óseas) y el proceso de reconstrucción ósea.
- Favorece el fortalecimiento, la tonificación muscular y la conservación del tono de los músculos, y evita la pérdida degenerativa de la masa muscular.
- Ofrece protección contra la enfermedad de Alzheimer y ayuda a detener su progresión.
- Es tanto una estrategia de prevención como una forma de retrasar el deterioro cognitivo que se produce a lo largo de la vida.
- Disminuye la probabilidad de experimentar tristeza, ansiedad e insomnio; el grado en que este efecto es producido por la actividad es variable; cuanto más intensa es la actividad, más efectiva es la prevención.
- Disminuye y evita la posibilidad de tener las enfermedades vinculadas a las cardiovasculares como infartos de miocardio, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, etc.
- Reduce la posibilidad de sufrir fracturas como consecuencia de las caídas.



- Ayuda a mantener el peso bajo control.
- Disminuye el riesgo de padecer algunas formas de cáncer, sobre todo el de mama, colon y páncreas; asimismo, de la resistencia a la insulina que normalmente está relacionada con el envejecimiento, lo que a su vez disminuye el riesgo de desarrollar obesidad y diabetes de tipo II en esta población.
- Alivia las molestias en los músculos del esqueleto que son comunes con la edad avanzada.
- Minimiza la posibilidad de que se formen coágulos en las arterias sanguíneas, con lo que se reduce el riesgo de trombosis y embolia.
- La mejora de la funcionalidad física de la persona, que a su vez aumenta la sensación de autoeficacia y la autoestima, así como su bienestar subjetivo.
- Es beneficioso para la cohesión social y la incorporación en la sociedad.
- Además, da a los individuos mayores la oportunidad de "sentirse bien".

Importancia de la actividad física

La última etapa del proceso de envejecimiento es la vejez, y se describe como los típicos cambios ya sean biológicos, psicológicos y también sociales que son intrínsecos a todo ser humano. Estos cambios dejan su marca en el plano físico y en la conducta de cada individuo, lo que se refleja en la forma en que viven e interactúan con su entorno. Además, la vejez comienza desde el nacimiento y es un proceso continuo y no es reversible ya que está constituido por una serie de cambios morfológicos, psicológicos, funcionales y bioquímicos (28).

Está ampliamente aceptado que los individuos mayores puedan favorecerse de la práctica de la actividad física como uno de los métodos de que disponen para disminuir el impacto de ciertos factores de riesgo, mejorar básicamente su calidad de vida y, en consecuencia, envejecer con éxito. Es importante tener en cuenta que envejecer hace que



un organismo completo pase por una serie de cambios. A medida que envejecemos, nuestros músculos y huesos, especialmente las articulaciones, comienzan a deteriorarse (29).

A continuación, se enumeran las principales alteraciones que se producen como consecuencia del envejecimiento en el sistema musculoesquelético (29):

- En los huesos, la densidad del hueso en el centro del hueso, que se llama hueso esponjoso, comienza a disminuir; y a partir de los 80 años, y hay una posibilidad de que se ocurra un descenso de al menos un 30% cada década.
- En las articulaciones, la capacidad de crear y sintetizar fibroblastos, las células encargadas de fabricar el tejido articular, está muy disminuida. Los fibroblastos son las células encargadas de fabricar el tejido articular. Esta disminución se suma a un aumento de la rigidez, así como a una reducción de la resistencia.
- La sarcopenia, que es la pérdida degenerativa de masa muscular, se produce en los músculos, provocando una disminución de la capacidad de contracción de los mismos, lo que se traduce en una pérdida de fuerza, potencia y resistencia en los músculos.

Todo ello da lugar a una pérdida gradual de movimiento, que puede acabar llevando a los ancianos a la dependencia. Ello se debe a que se hace más difícil realizar las tareas cotidianas, lo que aumenta el peligro de caídas y el cansancio experimentado (29).

Por lo tanto, es razonable afirmar que las prácticas de las actividades físicas tienen un impacto favorable en el estado de la salud del individuo adulto mayor y que resulta en la generación de ventajas a nivel biológico, psicológico y social.

Reposo

Por otro lado, el sueño es una actividad indispensable debido a los procesos



fisiológicos que ocurren durante el mismo y que son cruciales para el equilibrio mental y físico de las personas. Estas funciones fisiológicas incluyen el restablecimiento del homeostasis del sistema nervioso central y de los tejidos, el restablecimiento de las reservas de energía celular y la consolidación de la memoria (30).

Asimismo, en el transcurso de una noche, una persona pasa por una serie de fases de sueño distintas que siguen patrones cíclicos y predecibles. Durante el sueño, tanto el cerebro como el resto del cuerpo siguen funcionando normalmente. Sin embargo, a lo largo de cada fase, se producen diversos acontecimientos. Por ejemplo, aunque algunas fases del sueño son necesarias para que las personas mayores se sientan renovados y preparados para afrontar el día siguiente, otras etapas del sueño son beneficiosas para su capacidad de aprender cosas nuevas y almacenar recuerdos (31).

Sueño

El sueño es el resultado de la pérdida del estado de vigilia, aunado al resultado de la activación de muchas estructuras anatómicas que inducen el inicio del sueño NREM y REM. Estas estructuras deben investigarse por separado para comprender adecuadamente cómo contribuyen al sueño, a continuación se describen (32):

- Sueño REM: También conocido como sueño paradójico, se caracteriza por movimientos oculares rápidos, atonía muscular y una actividad cerebral comparable a la que se encuentra durante la vigilia activa. Debido a estas características, el sueño REM suele denominarse "sueño paradójico". Existe una correlación entre dormir lo suficiente y tener las ensoñaciones más detalladas y bien estructuradas. El sueño también parece tener una función primordial en la consolidación de los recuerdos y la nueva información (32).

Este tipo de sueño, representa entre el 20% y el 25% del total del sueño y se distingue por los sueños vívidos, el incremento de la actividad cerebral, el incremento de la



frecuencia cardíaca, el incremento de la respiración y la inhibición de los movimientos musculares voluntarios (33).

- Sueño NREM: Sueño sin movimientos oculares rápidos. Este tipo de sueño se singulariza por una disminución de la actividad cerebral, y su regulación requiere una variedad de estructuras que se relacionan entre sí y funcionan como una unidad (32). Este tipo de sueño, puede desglosarse en las siguientes etapas (33):

Primero, se da la etapa 1: En esta, el periodo de transición, es caracterizado por un sueño leve (a veces conocido como "cabeceo") y por un descenso de las acciones de las ondas cerebrales y a su vez ocurre un movimiento ocular lento.

Segundo, se encuentra la etapa 2: Donde se da la relajación de los músculos, descenso de la temperatura central y del ritmo cardíaco, picos de sueño y aparición de complejos K en el electroencefalograma.

Tercero, está la etapa 3: Esta es la etapa más rejuvenecedora del sueño, caracterizada por ondas cerebrales de alto voltaje y baja frecuencia; donde se da el sueño profundo.

Horas de sueño en los adultos mayores

La cantidad de sueño que necesita un individuo varía mucho de una persona a otra y también cambia al transcurso de la vida. La mayoría de los individuos, incluidas las de tercera edad, necesitan dormir entre 7 y 8 horas diarias. Por otro lado, no sólo es primordial el tiempo que uno duerme, ya que la calidad de descanso que se obtiene cada noche también es esencial. El número total de horas que pasas durmiendo cada noche, así como la cantidad de tiempo que pasas en cada etapa del ciclo del sueño cada noche, determina la calidad del descanso que obtienes, así como el rendimiento de tu cuerpo al día siguiente (31,34).

El hecho de que nuestra población de edad avanzada no duerma la cantidad adecuada de horas que necesita, es una cuestión que merece especial atención por los



efectos negativos que tiene en su bienestar y en su calidad de vida. En la mayoría de los casos, es consecuencia del propio proceso de envejecimiento. Durante esta fase, una serie de procesos biológicos tienden a disminuir la profundidad, la duración y la consistencia del sueño (30).

El sueño es necesario para el pensamiento claro, la reacción rápida y la formación de la memoria de las personas mayores. Escatimar el sueño no es bueno ya que incluso la falta de una sola hora de sueño puede dificultar la concentración al día siguiente y pueden ser más lentos los tiempos de respuesta. Los estudios han demostrado que, si no se duerme lo suficiente, se es más propenso a tomar decisiones que no son correctas y a ponerse en situaciones peligrosas. De la misma manera, dormir poco o con mala calidad de sueño de forma persistente incrementa el riesgo de padecer hipertensión, enfermedades cardíacas y otras, incluida la posibilidad de que un adulto mayor incremente peso o se vuelva obeso y priorice dietas ricas en calorías y carbohidratos. Además, la falta de sueño puede provocar irritabilidad, y las personas que sufren una privación crónica del sueño son más propensas a padecer depresión (34).

Como ya se ha mencionado, hay una serie de problemas de sueño, que van desde el insomnio hasta las alteraciones del ritmo circadiano, que son más propensos a afectar a las personas mayores. Hay muchos elementos que contribuyen a su aparición, y es importante tener en cuenta todos estos aspectos, sobre todo cuando el paciente se queja. Hay una serie de factores que intervienen, como los malos hábitos de sueño, los cambios que se producen al envejecer, los cambios en el ciclo circadiano, las enfermedades y las terapias relacionadas. Además, existen implicaciones adicionales asociadas a las dificultades médicas, como los gastos ocasionados en la vida social, profesional y financiera del individuo (33).



Insomnio

Según la Academia Española de la Lengua, la traducción literal de insomnio es "pérdida de sueño al momento de dormir", que viene del latín, *insomnium*. El insomnio es cuando hay una alteración del sueño, afectando de manera negativa las actividades del día siguiente y puede compararse con una circunstancia de hiperalerta o también llamado "trastorno de vigilancia de 24 horas", y puede convertirse en un problema que afecta a la persona tanto cuando duerme como cuando está despierta. Esta alteración, es el tipo de mayor recurrente y se considera parte de los problemas sanitarios y sociales más importantes (32).

Por un lado, existe una forma de clasificaciones que podemos denominar clasificaciones que ayudan en el diagnóstico. Son las clasificaciones que establecen criterios universales para diagnosticar si un individuo tiene o no un problema de sueño, y más concretamente, de insomnio. Las cuales se detallan de la siguiente manera (32):

- Por el tipo de queja

Aquí se encuentran 4 tipos bien definidos:

Primero está el insomnio de conciliación o retraso en el inicio del sueño. Este es el tipo de insomnio que más a menudo se produce por afecciones físicas, el uso de medicamentos o estados mentales de ansiedad.

Segundo está la alteración del flujo normal del sueño o insomnio de mantenimiento. Se da cuando resulta difícil conciliar el sueño y se producen frecuentes o prolongados episodios de alerta (despertares) mientras se duerme.

Tercero está el despertar temprano o precoz. Es cuando el paciente se despierta con anticipación de 2 horas de lo que lo haría normalmente.

En el cuarto está el sueño no reparador. En esta hay varios problemas para conciliar el sueño.



- **Por su duración**

Insomnio transitorio: Se caracteriza por la presencia de desencadenantes estresantes que, si se eliminan, hacen posible que la persona vuelva al estado en el que se encontraba antes de experimentar el estrés. Tiene una duración de 1 semana.

Insomnio agudo: Se mantiene de 1 a 3 semanas, durante las cuales las circunstancias precipitantes pueden seguir estando presentes, pero pueden ser más graves o durar más tiempo.

Insomnio severo: Más largo que un período de cuatro semanas. Puede ser el resultado de diversas enfermedades, procesos, ya sean médicos o psicológicos, o puede no tener una explicación clara. Actualmente, es responsable de alrededor del 50% de todos los casos de insomnio.

- **Por su etiología**

Primario

El insomnio primario es cuando persiste por lo menos 1 mes, origina molestias significativas o un deterioro de la actividad, mas no producirse únicamente durante el curso de una narcolepsia, de un trastorno vinculado con la respiración, de un trastorno del ritmo circadiano, la parasomnia o cualquier otra condición mental por ejemplo un delirio). Además, no puede ser el resultado de sustancias (drogas, medicamentos, etc.) o de una condición médica.

Secundario

En este tipo de insomnio, se debe tener en cuenta los siguientes:

- a. Insomnio como resultado de una higiene del sueño inadecuada y de rutinas que resultan molestas.
- b. Condiciones psiquiátricas que se relacionan con la falta de sueño. La ansiedad que es básicamente el insomnio de conciliación, el trastorno bipolar donde en la fase



maníaca, hay una reducción de la duración total del sueño y un aumento de la energía al día siguiente, la esquizofrenia que se manifiesta con pesadillas y también con fragmentaciones del sueño), la depresión mayor donde ocurren los despertares tempranos y otras enfermedades psiquiátricas se han relacionado hasta con la mitad de los acontecimientos de insomnio crónico.

- c. Insomnio debido a las patologías médicas y a las neurológicas. A través de los síntomas específicos que se asocian a la patología o por el directo efecto fisiológico que tiene la misma. Hay muchos factores diferentes que pueden contribuir al insomnio. Entre ellos se encuentran los procesos que incluyen el dolor agudo o crónico, como los traumatismos, las cefaleas y el cáncer; también se encuentran los trastornos neurológicos que incluye la demencia y la enfermedad vascular cerebral; las enfermedades endocrinológicas, como el hipertiroidismo, la diabetes mellitus y otras afecciones similares.
- d. El insomnio familiar mortal. Una enfermedad degenerativa causada por priones y con un modo de herencia dominante. En los adultos mayores, se presenta primero al igual que un insomnio de consolidación y luego avanza de forma rápida hacia una incapacidad total para iniciar o mantener el sueño. Tras la aparición de evidencias de la hiperactividad vegetativa, pueden observarse otros síntomas como la disartria, los temblores, las mioclonías, la ataxia, la distonía y los signos piramidales. En menos de 2 años, puede provocar el coma y, finalmente, la muerte.
- e. El uso de los fármacos también puede provocar el insomnio. Por ejemplo: Los anticonvulsivos, los broncodilatadores (teofilina), los antidepresivos (bupropión, fenelzina, fluoxetina, venlafaxina), los descongestionantes (fenilpropanolamina, pseudoefedrina), los betabloqueantes, los esteroides (prednisona) y los



estimulantes que se usan para el tratamiento de la epilepsia y la depresión (metanfetamina, metilfenidato).

Recomendaciones para descansar bien

El adulto debe esforzarse por dormir bien todas las noches, además de mantener una dieta saludable y mantenerse físicamente activo. Es esencial para su salud que duerma lo suficiente cada noche. A continuación, se ofrecen algunas ideas que pueden ser de ayuda (31):

- Se debe mantener un patrón regular para acostarse. Manteniendo un horario de sueño y vigilia constante durante toda la semana, incluso los fines de semana.
- Hacer ejercicio es beneficioso, pero no se debe hacer demasiada tarde. Se debe poner un objetivo de hacer ejercicio durante 30 min, pero se debe terminar el entrenamiento al menos dos o tres horas antes de acostarse.
- Es mejor mantenerse alejado de la nicotina y del café. La cafeína, que se encuentra en bebidas como el café, los refrescos de cola e incluso algunos tipos de té y chocolate, puede tener un efecto estimulante que dura hasta ocho horas después de su consumo. Además, la nicotina es un estimulante.
- No se recomienda beber alcohol en las horas previas a la hora de acostarse. Es posible que tomar una copa antes de acostarse ayude a conciliar el sueño, pero el alcohol mantendrá al sujeto en una etapa de sueño más ligero. Cuando los efectos del sedante han pasado, no es raro que el individuo se despierte en mitad de la noche.
- Antes de acostarse, se debe intentar evitar comer demasiado y tomar mucha agua. La indigestión, que puede ser consecuencia de una comida demasiado abundante o pesada, puede dificultar la conciliación del sueño o el mantenimiento del mismo. Es posible que, si un individuo consume mucho líquido, a lo largo de la noche tenga que levantarse con más frecuencia para orinar.



- En la medida posible, deben evitarse los medicamentos que provocan privación o interrupción del sueño. Se sabe que ciertos medicamentos que se recomiendan habitualmente para el corazón, la presión arterial o el asma, el resfriado o los síntomas de alergia, provocan interrupciones del sueño.
- No deben tomarse las siestas después de las 3:00 p.m. Hay algunas pruebas de que las siestas pueden aumentar el rendimiento cognitivo; sin embargo, tomar una siesta a última hora de la tarde puede hacer más difícil conciliar el sueño más tarde.
- Uno debe relajarse antes de acostarse. La rutina antes de dormir tiene que consistir en leer o escuchar música, por ejemplo.
- Se debe tomar un baño caliente y relajante antes de acostarse. Es posible que tomar un baño haga que la temperatura de su cuerpo disminuya, lo que hará sentir más sueño al individuo, y el propio baño ayuda a relajarse.
- Se tienen que establecer un entorno cómodo para dormir. Asimismo, se debe deshacer de los objetos distractores del dormitorio, como los ruidos fuertes, la iluminación brillante, una cama incómoda, un televisor o un ordenador.
- Se debe tener una óptima exposición al sol. La cantidad de luz natural que entra en una habitación es esencial para el regulamiento de los patrones de sueño cada día. Hay que dedicar al menos treinta minutos de cada día a tomar el sol que ofrece el aire libre.
- Es mejor no quedarse despierto en la cama. Si la persona lleva más de 20 minutos echado en la cama y sigue despierto, debe salir de ella y hacer algo que le tranquilice hasta que empiece a sentirse cansado. Es posible que le cueste más conciliar el sueño si la persona mayor está nerviosa ante la perspectiva de no poder hacerlo.
- Es importante que los adultos mayores que tienen la persistencia de la incapacidad para dormir, visiten al consultorio de un médico de cabecera. Existe la posibilidad de



que ese individuo tenga un problema de sueño si se siente constantemente cansado o si no siente que ha descansado adecuadamente a pesar de pasar suficiente tiempo en la cama cada noche.

2.1.3.4. Consumo suficiente de alimentos.

El consumo de alimentos incluye una dieta saludable que tenga aportes de energía y también de nutrientes, por lo tanto, aporta las calorías y los nutrientes esenciales para mantener los procesos vitales importantes, para tener un buen funcionamiento biológico, para efectuar con normalidad las actividades físicas así como las intelectuales diarias y, sobre todo, para la producción de energía y la reparación de los tejidos; balanceada en los porcentajes adecuados de los diferentes macronutrientes, porque ningún alimento ofrece todos los nutrientes y en las proporciones correctas (7).

Existen varias alteraciones que se producen como consecuencia del envejecimiento en la composición corporal del sujeto, por ejemplo, el cese de la menstruación en las mujeres, también conocido como menopausia, es una de las primeras señales detectables de que el cuerpo está experimentando los procesos de transformación asociados al envejecimiento. Es posible que en distintas partes del mundo la edad media de la menopausia sea diferente. Otro es la aparición de la arruga y el comienzo de la caída del cabello. Asimismo, hay un incremento de fragilidad de los huesos, por ello el adulto mayor tiende a tener fracturas. Dentro de ello también está la disminución de la masa muscular, y ello hace que el adulto mayor pierda con rapidez su fuerza muscular. Otra de las alteraciones se da en el sistema inmune, ya que los individuos mayores tienden a ser vulnerables ante las infecciones microbianas. También se ve comprometido el sistema gastrointestinal, ya que los ancianos en muchas ocasiones pierden las sensaciones del hambre y el apetito, a consecuencia de ello presentan desnutrición. Y así aún existen más alteraciones (35).



Por otro lado, así como algunos individuos mayores tienden a tener desnutrición también otros adultos mayores llegan a subir de peso, siendo la obesidad el más común y esta desencadena a presentar comorbilidades (35).

Es sabido que se debe de tener una alimentación equilibrada, es decir, que proporcione al organismo los nutrientes que requiere para realizar sus funciones correctamente. Por otro lado, los cambios en los comportamientos alimentarios de una persona pueden alterar este equilibrio, lo que a su vez puede repercutir en el estado nutricional de la persona. Estos cambios pueden ser provocados por diversas variables, entre las que se incluyen, entre otras, las circunstancias patológicas, la pérdida de la pareja, los hábitos dietéticos inflexibles y la falta de poder adquisitivo. En algunos casos, la condición sociocultural de una persona mayor puede agravar estos cambios (36).

Cuando se trata de personas mayores, es sabido que los componentes bioquímicos de los alimentos que consumen tienen una relación directa con su salud general, su nivel de felicidad y su potencial para vivir una larga vida. Una dieta saludable para estas personas debe tener en cuenta, en particular, que deben disfrutar de su comida y que ésta debe ser variada; proporcionar volúmenes suficientes para mantener un control adecuado del peso corporal; incrementar el consumo de las frutas y las verduras, reduciendo al mismo tiempo el consumo de las comidas de elevada densidad energética, en particular las grasas; y, además, deben realizar una actividad física adecuada a su estado (36).

Requerimientos nutricionales en los adultos mayores

Los requerimientos disminuyen con el envejecimiento, debido a una declinación en la tasa metabólica basal y una reducción en la actividad física. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación por sus siglas en inglés (Food and Agriculture Organization-FAO) sugieren reducir el consumo medio diario de calorías de las personas mayores.



Siendo óptima en el individuo mayor sano de 22000 Kcal. A continuación se detallan (37):

- **Proteínas:** El consumo de proteínas en una dieta para un adulto mayor no debe ser inferior al 12% del total de calorías que se consumen. Un gramo de proteína contiene cuatro kilocalorías.
- **Carbohidratos:** Las normas de la FAO indican que hay que obtener entre el 45% y el 65% del total de las calorías diarias de los hidratos de carbono. Un gramo de hidratos de carbono contiene cuatro kilocalorías.
- **Lípidos:** De acuerdo con las recomendaciones, los lípidos no deben aportar más del 25% del total de calorías que se consumen a diario. Un gramo de lípidos contiene nueve kilocalorías.
- **Minerales:** El proceso de la vejez provoca cambios fisiológicos que alteran la necesidad de una persona de una variedad de minerales (calcio, zinc, hierro, ácido fólico). La escasa ingesta de alimentos combinada con el insuficiente metabolismo de los minerales en este grupo demográfico ha dado lugar a un estado mineral deficiente.

Asimismo, es importante tener en cuenta que el consumo de la comida que es deficiente en las frutas y también en las verduras es un factor que conduce al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y obesidad. Al respecto, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Salud (MINSA) informan que uno de los beneficios del consumo diario de frutas y verduras es el aporte de vitamina A y vitamina C, ambas involucradas en la formación, así como en la reparación de los tejidos del cuerpo. La vitamina A se encuentra en forma de betacaroteno, y la vitamina C se encuentra en los cítricos y las verduras (38).

Además, las frutas como las verduras son excelentes fuentes de fibra, que no sólo ayudan a regular la función intestinal, sino que también contribuyen a prevenir el



estreñimiento. Tienen un bajo contenido calórico y un alto contenido en agua, lo que nos ayuda a mantenernos hidratados y favorece la eliminación de toxinas de nuestro cuerpo (38).

Tanto el INS como el MINSA recomiendan el consumo diario de frutas y las verduras con alto contenido en vitamina C, como las naranjas, el camu camu, las mandarinas, los limones, los pomelos, las frutas de la pasión, los tomates, los pimientos y los pepinos; así como de verduras y frutas con alto contenido en betacaroteno, como las zanahorias, las calabazas, las verduras que son de hojas verdes y oscuras y frutas como el aguaje, la papaya, el mango y el plátano de la isla (38).

Consejos para estar saludables (38):

- Cada día, se debe comer por lo menos 3 frutas y 2 de tipos de verduras.
- Cuando sea posible, se debe consumir las frutas al natural libremente en cualquier momento del día.
- Antes de ingerir frutas y verduras, siempre se debe asegurar si están bien lavadas o no.
- La ensalada debe ocupar al menos la mitad del espacio del plato.
- Siempre se debe lavar muy bien las manos antes de preparar las comidas, comer, ir al baño y en otras situaciones.

2.1.3.5. Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

El mantenimiento de las condiciones que favorecen los procesos vitales y el avance del crecimiento humano puede considerarse como las acciones y ajustes que una persona adulta mayor realiza para mejorar su funcionamiento y también su desarrollo. Las personas practican el autocuidado cuando toman medidas para cuidarse y adaptarse a su entorno. Así es como se logra el autocuidado (7).

Según Leiva et al., el funcionamiento y el desarrollo personal se definen como



acciones y alteraciones realizadas por el adulto mayor para conservar los procesos importantes que hacen avanzar el proceso humano. Los individuos realizan actividades para cuidarse a sí mismos, por lo que afectan a elementos ya sean internos y también externos para gobernar su funcionamiento y crecimiento personal. A esto nos referimos cuando hablamos de autocuidado (39).

En su teoría del déficit de autocuidado, Dorothea Orem incluye el funcionamiento en un componente de salud. Asimismo, considera que el autocuidado es una función del ser humano que es regulada y aprendida, que todo individuo debe aplicar de forma intencionada y persistente a lo largo del tiempo para mantener su vida y su estado de salud, su crecimiento y su sensación general de bienestar (5).

Según Novoa, ser un adulto mayor implica que varones y féminas, una vez culminada su periodo de trabajo y de reproducción, dispondrán de muchos años para mantener su autonomía e independencia mientras sea factible (40).

Este compromiso recíproco requiere un esfuerzo, un trabajo conjunto y el establecimiento de nuevos tipos de vínculos, la mayoría de los cuales se basan en valores universalmente compartidos, al igual que el respeto, la solidaridad, la justicia y la equidad. El acceso al propio crecimiento personal es lo que pretenden los principios, los objetivos y las metas generales de la política social relativa a los mayores. Tener el derecho al desarrollo personal significa tener el derecho a tener el derecho al desarrollo personal. Una de las cosas más importantes que podemos hacer para nuestro propio crecimiento personal es continuar nuestra búsqueda de la espiritualidad trascendental (40).

El acto de revisar y ampliar los propios conocimientos se conoce como desarrollo personal. Este proceso nos permite reconocer nuestros puntos fuertes y débiles, facilitando así la mejora de las relaciones tanto con nosotros mismos como con el resto. Asimismo, este proceso debe llevarse a cabo durante toda la vida de un individuo, y



mucho más en la vejez, cuando la evaluación y/o el equilibrio de los elementos buenos y malos de la vida, junto con la aceptación de la etapa y la adaptabilidad a los cambios que implica, es un componente esencial (40).

La vejez presenta un conjunto único de retos, entre los que destacan son los siguientes: la capacidad de mirar hacia atrás con una sensación de satisfacción; la aceptación de la propia vida conjuntamente con sus aspectos ya sean positivos como negativos; la consecución de la paz y la tranquilidad dentro de uno mismo y con los demás; y la capacidad de reevaluar la propia vida para emprender nuevas actividades, aprovechar al máximo el tiempo disponible y lograr cosas que antes estaban fuera de nuestras posibilidades (40).

2.1.4. CALIDAD DE VIDA

La noción de calidad de vida surgió por primera vez en los años setenta como alternativa a los criterios estrictamente económicos y cuantitativos que se utilizaban hasta entonces en los informes o estudios sociales sobre el nivel de la vivencia. Al transcurso de las 3 últimas décadas, ha sufrido transformaciones y/o ha ido evolucionando, caracterizándose por su continua expansión, desde un punto de vista sociológico hasta el moderno enfoque psicosocial, en el que se consideran los componentes objetivos y subjetivos del bienestar o la satisfacción personal de los individuos. Debido a que muchos expertos en sus campos han realizado, a lo largo del tiempo, investigaciones sobre este concepto, han surgido varias definiciones sobre la “calidad de vida” como resultado. Por ello, el concepto se utiliza ampliamente en los tiempos modernos (41,42).

La OMS define la calidad de vida como la perspectiva que tiene una persona adulta mayor de su existencia en relación con sus objetivos, aspiraciones, clasificaciones y preocupaciones, en el marco de su cultura y del sistema de valores en el que vive (43). Este es una noción amplia y complicada en la que influyen la salud física del individuo,



su psicología, su grado de independencia, sus vínculos sociales y su interacción con los componentes esenciales de su entorno (44). De igual manera para Martha Vera la calidad de vida “es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores” (12).

En consecuencia, el concepto de calidad de vida es visto desde varios ángulos multidimensionales, en la que se encuentran y relacionan componentes objetivos y subjetivos respectivamente. Por lo tanto, si uno se interesa por la calidad de vida de cierta comunidad en la que residen adultos mayores, es necesario realizar un análisis no sólo de las condiciones físicas y objetivas, sino también de las experiencias y percepciones individuales de los individuos sobre su existencia en el hábitat o entorno en el que se encuentran. Se requiere una evaluación de cómo viven las personas mayores, qué expectativas de cambio tienen de los entornos en los que viven y el nivel de placer que obtienen (41,45).

Entonces, puede afirmarse que la calidad de vida de una persona es la consecuencia de la compleja interacción que se dan los factores objetivos y los subjetivos; los primeros son las condiciones externas, como los factores económicos, sociopolíticos, culturales, personales y ambientales, que facilitan o dificultan el pleno desarrollo de la personalidad de una persona. Los factores subjetivos son las cosas que los individuos sienten y a su vez piensan sobre sí mismas y sus vidas. Estos últimos se basan en su propia valoración que hace de su vida y de las decisiones que ha tomado (46).

Asimismo, la visión que una persona tiene de su propia vida, tal y como se desarrolla en el contexto de la cultura y el sistema de valores y normas en el que reside,



está estrechamente relacionada con sus aspiraciones y expectativas. Así también, es una noción amplia en la que influyen de forma complicada la salud física del individuo, su estado psicológico, su grado de independencia y su interacción con los factores sociales y económicos fundamentales del entorno. Es importante señalar que el nivel de independencia del individuo no es lo mismo que el nivel de autonomía del individuo (46).

2.1.5. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

2.1.5.1. Salud física.

Cuando se trata de personas mayores, tener una buena salud física significa que todos sus órganos y sistemas corporales funcionen como deberían. A su vez, esto tiene varias consecuencias positivas en la calidad de vida, como el mantenimiento de la fuerza física y la función cognitiva, la reducción de la ansiedad y de la tristeza, también del aumento de la autoestima. Además, contribuye a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, especialmente las vasculares, que pueden producirse en cualquier parte del cuerpo (cerebrales, centrales y periféricas) (46).

Para aspirar a una calidad de vida decente en la vejez, también es esencial llevar una existencia física y mentalmente sana y activa. Esto incluye abordar las experiencias de la vida de forma positiva y constructiva y desarrollar la capacidad de controlar los acontecimientos externos para que produzcan resultados positivos (46).

Para tener la mayor calidad de vida posible, una persona mayor necesita realizar una actividad física regular, relacionarse con otros individuos de su edad que puedan ofrecerle apoyo y cultivar un sentido y un propósito en sus vidas a través de alguna forma de espiritualidad, independientemente de que se adhiera o no a una religión concreta (46).

Beneficios de la salud física

La salud física puede mejorar la calidad de vida en la tercera edad de varias maneras. La fuerza de los músculos y también la función cognitiva se mantienen, pero



los grados de la ansiedad y la tristeza disminuyen, y hay una notable mejora en las emociones de aumento de la autoestima. Desde otra perspectiva estrictamente fisiológico, disminuye la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, sobre todo dolencias vasculares en cualquier parte del cuerpo (cerebrales, centrales y periféricas). A nivel social, fomenta un mayor nivel de implicación en la sociedad y permite preservar las conexiones entre distintas descendencias. Dada la tendencia natural establecida de que la actividad física disminuye constantemente con la edad, las instituciones sanitarias advierten de la necesidad de diseñar estrategias y programas de intervención para animar a las personas mayores a realizar actividad física. Estos planes y programas deben animar a los adultos mayores a realizar actividad física (46).

Asimismo, las ventajas psicológicas y sociales de la actividad física incluyen la prevención del aislamiento social, del desarrollo de la depresión y de la ansiedad, así como la mejora de la autoestima y la cohesión social. En pocas palabras, una estrategia física adecuada a cada grupo de edad y a cada segmento de la población, establecida a través de los especialistas pertinentes, con especial énfasis en la exposición a la vida sedentaria que tenemos como adultos. Esto es en referencia al hecho de que la mayor parte de los años de nuestra vida los pasamos trabajando, y como resultado, necesitamos ser conscientes de nuestro entorno y pensar tanto en el presente como en el futuro. Esto se debe a que tener una jubilación feliz y saludable depende de cómo vivamos durante los años que estamos trabajando activamente (47).

Entonces, somos sujetos que envejecen y tenemos que tomar conciencia de este hecho, empezar a expresar nuestros derechos y dar respuestas y soluciones a los mayores para hacernos un favor a nosotros mismos y asegurarnos una existencia digna y una vejez placentera. Depende de nosotros, en pocas palabras, determinar cómo queremos pasar nuestros años dorados (47).



2.1.5.2. Relaciones interpersonales.

Puede describirse como el conjunto de vínculos e interacciones que se crean entre los individuos humanos. Estos vínculos e interacciones se rigen por varios elementos, como la etapa de la vida, el rol o el papel desempeñado en un determinado contexto social. La noción de relaciones interpersonales es complicada debido a que los vínculos e intercambios que se producen entre los individuos están mediados por una serie de circunstancias, y estos elementos pueden aparecer en cualquier secuencia (social, emocional, mental, conductual, entre otros) (48).

Es el proceso de contacto entre dos o más individuos, dentro del cual la comunicación entre los miembros se considera significativa, ya que determina el nivel de entendimiento y conexión interpersonal entre los miembros de una familia, que depende de ella. Asimismo, cuando se trata de relaciones interpersonales, es primordial tener presente una serie de factores diferentes, como la honestidad y el respeto, la solidaridad, la tolerancia y también la sabiduría, así como los talentos y las capacidades relacionadas con las interacciones interpersonales (49).

Cabe mencionar que las relaciones con otras personas pueden dividirse en dos categorías: básicas e intermedias. Las relaciones básicas son las que se tienen con adultos mayores con los que se comparten aspectos importantes de su vida, como los hijos, la pareja, los familiares y los amigos. Las relaciones intermedias incluyen las que se tienen con los compañeros de trabajo, los profesores de los hijos, etc. Las relaciones interpersonales se dividen en dos categorías. Estas interacciones tienen lugar de forma constante con individuos que comparten rasgos similares en su ámbito profesional, social, cultural, etc., y se ven facilitadas por ciertas herramientas esenciales que facilitan su aplicación. Estas herramientas incluyen la comunicación, la confianza, la relevancia, el rendimiento y la colaboración, entre otras, y se utilizan para crear entornos acogedores



(49).

No obstante, podemos decir que las conexiones interpersonales son contactos entre individuos, ya sean profundos o superficiales, y que, al transcurso que las personas envejecen, logran convertirse en el factor de protección y predicción del placer más importante.

Las relaciones interpersonales que se dan en este escenario de grupos de adultos mayores juegan una función primordial en las diversas esferas de los seres humanos que están pasando por esa edad y forman parte de una red de apoyo y también de socialización para el individuo, lo que permite el uso del tiempo libre de manera más apropiada y con mejor aprovechamiento para su calidad de vida; estas relaciones sociales pueden generar sentimientos ya sean positivos o negativos, dependiendo del contexto en el que se establezcan (50).

Además, uno de los desafíos a los que se confrontan los adultos mayores en esta etapa de la vida, es la admisión de un rol diferente en el ámbito laboral, familiar y afectivo, y sin embargo en un conjunto de socialización para los individuos adultos mayores es una ayuda bastante eficaz, ya que es una zona ideal para ocupar el tiempo libre, demostrar habilidades y recursos, y ampliar el campo de las relaciones interpersonales; esto permite al individuo ajustarse a su entorno; además, una adecuada relación interpersonal permite al individuo tener mayor confianza en sí mismo (50).

Por otro lado, los vínculos familiares se crean a través de relaciones interpersonales como se menciona en las siguientes (48):

- La sensación de poder servir y ser de valor para los demás; la conexión que se forma a través del amor.
- La relación que se basa en la hostilidad o la agresividad, con el objetivo de destruir al compañero o al menos algún aspecto de él.



- Vínculo en el conocimiento del otro, que no es más que el deseo de conocer la forma de pensar del otro e intercambiar información sobre la vida, la familia, el trabajo, la sociedad y otros temas con la otra persona.

Tipos de relaciones interpersonales

En los tipos de relaciones interpersonales se pueden encontrar los siguientes (49):

- **Agresivo:** Los individuos agresivos son aquellos que buscan activamente la confrontación, se involucran en ella, acusan a los demás de haber actuado mal y amenazan a los demás. Desarrollan patrones antagónicos de conexión con las personas que les rodean.
- **Pasivo:** Se considera que las personas son pasivas si permiten que los demás les pisoteen (literalmente), no saben proteger sus derechos e intereses y hacen todo lo que dicen de forma servil. Las personas pasivas también son conocidas como felpudos. Sienten rabia y agravio como consecuencia de que los demás se aprovechen de ellos, lo que, a largo plazo, provoca más resentimiento e irritación.
- **Asertivo:** Se considera que una persona tiene un comportamiento asertivo cuando es capaz de proteger sus propios intereses, expresar abiertamente sus pensamientos, no recurrir al insulto para resolver sus propias dificultades y ser capaz de negociar la mejor solución posible de mutuo acuerdo.

Ventajas de las relaciones interpersonales

A continuación, se enumeran algunos de los beneficios de las RI que pueden observarse en personas de edad avanzada (51):

- Provee el intercambio de las experiencias.
- Inspira el interés por conocer diversas realidades, civilizaciones y métodos de vivir e interactuar con otras personas.
- Inspira a los adultos mayores a tomar una decisión sobre el alcance de sus horizontes



vitales y les impulsa a hacerlo.

- Profundiza sus vínculos con las comunidades en las que han elegido establecer nuestro hogar.
- Tiene un impacto positivo en el crecimiento del individuo.
- Hace que se liberen de las preocupaciones y temores que tienen.
- Fomenta la unión de la comunidad.
- Inspira la realización de actividades novedosas.

Cabe mencionar que la carencia de los nexos sociales, la escasez de los contactos interpersonales que hagan posible cierto grado de comunicación e intercambio personal y las relaciones sociales insatisfactorias pueden suponer riesgos para la integración social de las personas mayores. Estos riesgos pueden manifestarse de diversas maneras, como la viudez, la pérdida de compañeros y, en general, la falta de una persona de confianza con la que compartir momentos y pensamientos. Estos peligros sugieren una cierta sensibilidad a las circunstancias de inseguridad psicológica y física, así como a las sensaciones de malestar emocional que, en última instancia, pueden conducir a una disminución de la sensación de bienestar general (51).

La soledad existencial es una sensación que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida y es algo por lo que todos y cada uno de nosotros hemos pasado en algún momento; sin embargo, en los adultos mayores se da con más predominio y muchas veces ello puede ocasionar un aislamiento social (51).

2.1.5.3. Independencia para realizar las actividades.

El término "Actividades de la Vida Diaria" (AVD) puede aplicarse conceptualmente a todas las acciones que efectúan los individuos a diario por si solas. El individuo mayor es capaz de alcanzar un nivel de independencia en su entorno al dominar estas actividades, que incluyen el mantenimiento de la higiene personal, el



desplazamiento, la comunicación con los demás y la gestión de las responsabilidades del hogar (52).

Es necesario tener conocimientos sobre las actividades de la vida diaria en los individuos adultos mayores por distintas razones. Primeramente, porque uno al saber puede dar información sobre los propósitos, las motivaciones, las habilidades, las preferencias, los deseos y las ganas de los adultos mayores. Los principales medios para perseguir y alcanzar los objetivos vitales de una persona están representados por sus actividades y rutinas cotidianas. Las personas tienen un amplio abanico de oportunidades entre las que pueden seleccionar las actividades a las que dedicarán su tiempo y atención. Por lo tanto, el total de las selecciones de una persona resume su día y representa las prioridades y objetivos actuales que tiene. Las decisiones que se toman a diario determinan la dirección y la trayectoria de toda la vida de un individuo. En segundo lugar, las actividades de la vida diaria están influidas tanto por límites externos, que son el tiempo y el espacio, como por variables internas, que son las alteraciones normales y/o patológicas relacionadas con el envejecimiento. Estos factores externos e internos pueden fomentar o dificultar la contribución en determinados tipos de actividades o influir en el modo en que una persona estructura su vida cotidiana (53).

La capacidad de cuidarse a sí mismo y efectuar las acciones de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de otra persona es lo que queremos decir cuando hablamos de independencia en los adultos mayores. Dado que las AVD son primordiales para precisar la calidad de vida, es fundamental comprender las distinciones entre ellas (54):

- La expresión “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (ABVD), se refiere a las tareas necesarias para que una persona mantenga su bienestar físico.
- Las “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria” (AIVD), que se vinculan al mantenimiento de la vida personal en términos de supervivencia cultural.



- Actividades ocupacionales, recreativas y sociales, también conocidas como actividades que benefician a la comunidad y al propio desarrollo personal.

Actividades básicas de la vida diaria

El término “actividades básicas de la vida diaria”, o ABVD, se refiere a un conjunto de tareas que se realizan a diario y que son autodirigidas, requieren un bajo nivel de esfuerzo cognitivo y se automatizan gradualmente con la finalidad de maximizar la capacidad de autosuficiencia del individuo. Estas tareas se consideran universales porque son esenciales para la existencia y la condición humana. Las ABVD suelen consistir en comer, ir al baño, bañarse, vestirse, desplazarse de forma independiente, dormir y descansar. También pueden tenerse en cuenta las operaciones mentales fundamentales, como la identificación de personas y objetos, la orientación, la comprensión y ejecución de instrucciones o la realización de tareas sencillas (52).

De forma similar, las ABVD son las que atienden a las necesidades fundamentales del individuo, que también se denominan de autocuidado, y son necesarias para poder participar en las Actividades Instrumentales. Por debajo de este nivel de funcionamiento están las funciones vegetativas, que incluyen cosas como la respiración, la excreción, etc. Estas actividades se consideran vitales para la supervivencia del adulto mayor porque conforman el grado más deficiente del funcionamiento (52).

Actividades instrumentales de la vida diaria

Las AIVD tienen un mayor sesgo cultural, están vinculadas al entorno y son típicamente instrumentales, a diferencia de las primeras, que son finalistas, incluyen una mayor complejidad cognitiva y física, así como suponen el contacto con el entorno, y sirven para lograr o realizar otra acción. Algunos ejemplos de AIVD son el uso de diferentes sistemas de comunicación, la escritura, hablar por un teléfono, la movilidad en la comunidad (conducir, utilizar medios de transporte), el mantenimiento de la propia



salud, el manejo del dinero, la compra y la cocina (52).

Las AIVD como son actividades orientadas a la interacción con el entorno, incluyen el cuidado de los demás, cuidado de los animales domésticos, crianza de los hijos, utilización de las tecnologías de la comunicación, mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión de una casa, preparación de comidas y limpieza, medidas de seguridad y reacciones a las emergencias (52).

Por lo tanto, se dice que la función del sujeto para el autocuidado (Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD, como el de vestirse, de bañarse, de ir al baño, de moverse en la cama, de transferirse de la cama a la silla, de ponerse de pie, de caminar, de ir al baño, de comer) y vivir de forma independiente (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria – AIVD, como hacer las tareas del propio hogar, el de cocinar, de hacer la compra, de manejar el dinero y la medicación, usar la televisión) deben ser el foco de las distintas fases del geriátrico. Además, las AIVD son un buen indicador de si una persona es capaz o no de vivir de forma independiente en la comunidad (52).

2.1.5.4. Satisfacción por la vida.

La satisfacción vital de acuerdo a Ramírez, es “la evaluación global que la persona hace de su vida, incluyendo el examen de los aspectos tangibles obtenidos, el balance relativo entre aspectos positivos y negativos, comparaciones con un criterio elegido por ella y elaboración de un juicio cognitivo sobre su nivel de satisfacción”. En otras palabras, es la evaluación de su calidad de vida, de cómo el individuo adulto mayor interpreta la satisfacción de su propia vida o el estado de cómo está contento con su propia vida (55).

Una forma de pensar en la satisfacción vital es como una medida mental de lo bien que encajan los propósitos previstos y los resultados reales de la vida. Esta perspectiva contiene el supuesto no declarado de que la felicidad en la vida es el efecto de una evaluación general de los objetivos y logros de la persona durante toda su vida (56).



La medida en que un individuo adulto mayor se siente satisfecho con su vida viene determinada sobre todo por las circunstancias del individuo y los actos que realiza en el mundo, ya sean físicos, socioculturales o ambas. Los ecosistemas naturales y las sociales, así como los numerosos sectores que los componen, emiten continuamente actos sobre los envejecidos, algunos de los cuales se denominan “satisfactorios” porque satisfacen las necesidades humanas - ya sean fundamentales, biológicas o espirituales y, por tanto, tienen un efecto positivo. Por otro lado, hay otras acciones en el entorno y en la sociedad que se conocen como “frustrantes” o “malhechoras” porque estropean y obstaculizan las necesidades de los mayores. En consecuencia, estos “frustradores” son los principales contribuyentes a las enfermedades y la miseria del ser humano, así como la principal causa de la disminución de su calidad de vida, ya que dificultan o impiden la realización de los deseos humanos (56).

Asimismo, la satisfacción vital está estrechamente relacionada con el número de años de vida saludable que ya se han vivido, además de la esperanza de vida, donde los factores que contribuyen a la satisfacción vital, como la salud en general, el estado funcional y también la disposición de la parte económica de la vida, son muy primordiales para la mejora de la calidad de vida (57).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Envejecimiento: Este término se refiere tanto al proceso cronológico de llegar a la vejez como a la constatación de que la propia edad desempeña una función principal en la comprensión de este proceso. Además, se refiere a la vejez funcional como medio para determinar cuándo comienzan a manifestarse las limitaciones y las discapacidades. Por último, también se reconoce que la vejez es una etapa natural e inevitable en el ciclo vital de los individuos (58).



Autocuidado: Es una actividad que los individuos aprenden y practican para lograr un determinado propósito. Son las acciones efectuadas o que deben efectuar para el buen desarrollo y también el buen funcionamiento en beneficio de la propia vida, la salud o el bienestar que puedan exponer su propia vida (17).

Adulto Mayor: De acuerdo a la OMS, se considera AM a toda persona que tiene la edad superior a 60 años en las naciones que se hallan en vías de desarrollo y superior a 65 años en las naciones que están desarrolladas. Consideras también individuos de la tercera edad (45).

Vigilia: Al transcurso de la vigilia, los seres humanos son conscientes de lo que hacen y hacen uso de sus sentidos y habilidades vinculados al entorno. Las estructuras físicas conocidas como el hipotálamo posterior y el tronco encefálico son componentes críticos en el proceso de mantener a un individuo despierto (32).

Sedentarismo: Es cuando el individuo no realiza ejercicio, los órganos locomotores se quedan sin movimientos; lo cual llega a generar diversas enfermedades en el cuerpo de las personas. Muchas veces se considera al sedentarismo como el catalizador de la gordura, mal humor, antisocial entre otras (59).

Narcolepsia: Es una enfermedad del sueño persistente que se clasifica como hipersomnia. En los pacientes que no tienen ningún otro factor contribuyente, como la privación del sueño o el síndrome de apnea del sueño, la narcolepsia se define por una somnolencia diurna excesiva (60).

Independencia: Es cuando, las personas mayores día tras día son capaces y pueden realizar una u otra tarea de la vida cotidiana sin ayuda y sólo con instrucciones, en otros términos, no necesitan ayuda de otro individuo para efectuar sus actividades (61).



Dependencia: Es cuando, las personas mayores se hallan en un estado de mayor vulnerabilidad porque necesitan asistencia de otro individuo para ejercer sus derechos de ciudadanía, tener acceso a los bienes sociales y recibir cuidados, sin los cuales no pueden realizar las tareas cotidianas más fundamentales (62).

Felicidad: Es un estilo de pensar, sentir y hacer que permite a una persona adulta mayor ser lo mejor que puede ser en relación consigo mismo y con el resto. La felicidad no es un estado de ánimo, sino una actitud continua (63).

Parasomnia: Son sensaciones indeseables que se producen al transcurso del sueño; muchas de ellos son indicios de actividad del sistema nervioso central (SNC), siendo la actividad musculoesquelética y las alteraciones del sistema nervioso autónomo sus características más notables (64).

Sarcopenia: Es una afección de los músculos esqueléticos caracterizada por un declive de la función y la masa muscular que prevalece entre las personas mayores, vinculada con muchas comorbilidades y problemas que repercuten negativamente en la calidad de vida. No existe una terapia farmacéutica reconocida para esta afección, pero se controla mediante la dieta y la rehabilitación física (65).

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. A NIVEL INTERNACIONAL

En México en el año 2019 se efectuó un estudio con el propósito de “evaluar agencia de autocuidado en la vida diaria del adulto mayor que vive con diabetes mellitus 2, antes y después del apoyo educativo de enfermería”. Metódicamente era cuantitativo, correlativo y cuasi experimental, donde incluyó a 12 adultos mayores a quienes se les aplicó la escala ASA. Los resultados evidencian que antes de la intervención de enfermería los adultos mayores tenían autocuidado bueno en un 83.3% y después de la



intervención presentaron una agencia de autocuidado muy buena con 100%. Se concluye que es primordial efectuar y fortalecer el apoyo educativo ya que la intervención de enfermería ayuda a mejorar la agencia de autocuidado de los adultos mayores, mejorando sus conocimientos, habilidades y valores (66).

En Colombia en el año 2017 se efectuó un estudio con el propósito fundamental de “evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) de la comuna ocho, ubicado en el barrio La Cima de Ibagué en el departamento del Tolima, Colombia”. La metodología de esta investigación establecida fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con un conjunto poblacional de 170 personas mayores y la muestra era de 88 participantes de 60 a 93 años. Como instrumento se utilizó el TEST DE CYPAC – AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor). Los resultados muestran que adultos mayores demostraron una capacidad y asimismo una percepción adecuada de autocuidado en las categorías de actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos, y una capacidad y percepción parcialmente adecuadas en las categorías de eliminación, descanso y sueño, higiene y confort de salud; este estudio no evidenció déficit de autocuidado (67).

En México en el año 2017 se realizó una investigación con el propósito de “identificar la percepción de calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica Universitaria Reforma”. Este estudio era cuantitativa, observacional, prospectiva, transeccional y descriptiva incluyó a 104 personas mayores de 60 - 99 años que eran pacientes de la Clínica Universitaria Reforma. Como instrumento se aplicó el WHOQOL-BREF de la OMS. Con respecto a los resultados, el 70% de los individuos mayores tiene una impresión media de su calidad de vida, que incluye cuatro dominios: entorno (74%), salud física (63%), componente psicológico (62%) y relaciones sociales (55%). Por lo



tanto, el estudio concluye que los componentes de la calidad de vida se basan en la evaluación que hace el individuo de sus propias necesidades; cuanto mayor sea la satisfacción de éstas, mejor será el proceso de envejecimiento y, por lo tanto, la calidad de vida (68).

En Cuba en el año 2016 se efectuó un estudio, su propósito principal fue “caracterizar el comportamiento de la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al consultorio médico de familia número 9 del consejo popular Jaruco, provincia Mayabeque”. Con acorde a su metódica fue cuantitativa, descriptiva y transeccional que incluyó a 76 adultos mayores, a quienes se les aplicó la escala MGH calidad de vida. Los resultados evidencian que la calidad de vida afectada fue en ancianos varones con edades de 70 a 74 años, que viven solos y con grado educativo primario. En conclusión, los adultos mayores presentan un deterioro de su calidad de vida, siendo predominante el grado medio seguido del bajo (69).

En Colombia en el año 2013 se efectuó un estudio con el objetivo de “determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Sincelejo”, Colombia. Este estudio fue transversal y descriptiva. La población estuvo constituida por 166 pacientes que participaban en el programa de control de la diabetes de una institución de salud pública de primer nivel de atención, mientras que la muestra incluía a 27 individuos. Como instrumento se utilizó la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA). Los resultados indican que las edades de los pacientes oscilaban entre los 45 y los 75 años; el 88,89% se encontraba en la categoría de capacidad de autocuidado regular; y se detectaron insuficiencias significativas en las áreas de movimiento y descanso, bienestar personal y modificación de la dieta. Se concluye que, en relación con el apoyo social, el bienestar personal, el ejercicio, la asistencia educativa, la ingesta de alimentos y el manejo



de circunstancias problemáticas, se determinó que existían deficiencias (6).

2.3.2. A NIVEL NACIONAL

En Lima en el año 2021 se efectuó un estudio, cuyo propósito fue “determinar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021”, con una metódica cuantitativa, descriptiva, transeccional y de diseño no experimental que incluyó a 50 adultos mayores a quienes les encuestaron usando la escala ASA. Con acorde a los resultados, el 52% de los adultos mayores tuvieron autocuidado moderado y el 48% tuvo elevado autocuidado; asimismo, según sus dimensiones en interacción social el 58% presentaron un grado moderado, en bienestar personal el 54% tuvieron grado alto, en actividad y reposo el 58% tuvo grado moderado, en consumo de alimentos el 62% presentó grado moderado y en promoción del funcionamiento y desarrollo personal el 68% presentó grado moderado. En conclusión ciertas dimensiones deben de ser mejoradas por los adultos mayores para incrementar el porcentaje de autocuidado elevado (70).

En Lima en el año 2018 se efectuó un trabajo de investigación con el propósito de “determinar la relación que existe entre el nivel de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores, del Centro del Adulto Mayor Chorrillos, 2018”. La metódica utilizada fue descriptiva, correlativa y corte transversal; el conjunto poblacional fue de 124 personas y el subconjunto muestral de 94; también emplearon el cuestionario con una confiabilidad en el autocuidado de 0,834 y con respecto de la calidad de vida de 0,932. Los resultados en los niveles de autocuidado fueron de, muy adecuado con 53.2%; respecto a las dimensiones: Alimentación tuvo resultado de muy adecuado con 59.6%, actividad física y descanso también se ubicó en muy adecuado con 52.1%, los hábitos nocivos se ubicaron en adecuado con 42.66%, la adherencia al cuidado fue muy adecuado con 60.6%. Referente a la calidad de vida, los encuestados presentaron un grado medio



con 98,9%. Concluye que si hay una asociación directa y elevada con valor de Rho de Spearman = 0.000, del autocuidado con la calidad de vida (71).

En Cusco en el año 2018, se efectuó una investigación cuyo propósito era “comparar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en el distrito de Wanchaq – Cusco”. La metódica empleada fue observacional, transeccional, comparativo y prospectivo, donde se usó la escala de Calidad de Vida MGH. Los resultados muestran que el 62.70% de los adultos mayores institucionalizados perciben una baja calidad de vida, en cambio los no institucionalizados perciben una elevada calidad de vida en el 78,40%. Asimismo, el 62,60% que cuenta con singular apoyo familiar presenta baja calidad de vida en el asilo, pero el 73,80% que viven en sus casas presentan elevada calidad de vida, de acuerdo a su independencia, el 57.40% de los institucionalizados presentan baja calidad de vida, y el 65,5% de los no institucionalizados presentan elevada calidad de vida; el 58,50% de los que viven en el asilo presentan baja satisfacción por la vida, pero los que viven en sus hogares menos de la mitad presentan baja satisfacción por la vida (41.50%). En conclusión, más de la mitad de los adultos mayores institucionalizados presentan una calidad de vida baja y menos de la mitad de los que no son institucionalizados presentan calidad de vida baja (72).

En Lima en el año 2015 se efectuó un trabajo de investigación con el propósito de “determinar la relación entre la autoestima y la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosos pulmonar del Hospital de Baja Complejidad “Huaycán”. Según la metódica se usó un estudio que no es experimental, pero si transeccional, descriptiva y correlativa, la población estuvo constituida de 113 usuarios con TB pulmonar y como muestra participaron 68, para la recolección de datos se utilizaron los instrumentos: La escala de Autoestima de Rosemberg y la Escala de apreciación de la agencia de



autocuidado ASA (Appraisal of self-care Agency scale) de Isenberg y Evers. Los resultados del investigador, indican que el 48,5% mostró un alto grado de capacidad de agencia de autocuidado, el 26,5% presentó un nivel bajo y un 25% un nivel medio. Según las dimensiones, las proporciones más altas corresponden al nivel medio en las dimensiones de interacción social representado por 64,7%, la promoción del funcionamiento y desarrollo personal que tiene 63,2%, el bienestar personal con 58,8%, y la actividad y el descanso que tiene 52,9%; seguido del nivel alto en las dimensiones de consumo de alimentos que posee 48,5% y la actividad y descanso que tiene 25% (7).

Otro trabajo de investigación también realizado en Lima en el año 2015 que tuvo el propósito de “determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátrica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen”. El trabajo de investigación tuvo una metódica descriptiva, transeccional y correlativa, asimismo, su muestra era de 175 usuarias que tienen edades entre 60 y 85 años, además los datos se obtuvieron por medio de los instrumentos de la escala ASA y el cuestionario SF-12 v2. Los resultados mostraron que el 90,9% de los pacientes tenía una capacidad de agencia de autocuidado media, con respecto a la calidad de vida, el 44,44% tenía una mala calidad de vida, pero, obtuvieron una adecuada calidad de vida en los componentes del dolor corporal que tiene 57.71%, la salud mental con 55.83%, la vitalidad con 61.60% y el funcionamiento social con porcentaje de 52.43% y obtuvieron una baja calidad de vida en los componentes de la salud general con 16.30%, la función física con 34.84%, el rol físico con 42.10% y el rol emocional con 45.62%. Así mismo el estudio indicó que si hay asociación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud ($\rho=0.284$, $p=0.000$). Se concluye que las variables que fueron estudiadas están asociadas entre sí (8).



En Arequipa en el año 2016 se realizó un estudio y el propósito fue “determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores con osteoartritis del Hospital Regional Honorio Delgado - MINSA. Arequipa – 2016”. La metódica empleada fue cuantitativa, descriptiva y correlativa, con el conjunto poblacional de 188 individuos adultos mayores que tienen osteoartritis e inscritas en el libro de seguimiento de la Unidad de Terapia Regenerativa Celular del Hospital Regional Honorio Delgado, y la muestra estaba formada por 127 de 60 a 75 años. Se utilizaron los instrumentos de escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH) de Mirian Alvares, Hernán Bayarre y Gema Quintero y la escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA) de Isenberg y Evers. Los resultados de la investigación en la capacidad de agencia de autocuidado general, gran parte de los encuestados mostraron nivel bajo con el 67.7%, con respecto a las dimensiones, gran parte tuvo un grado regular autocuidado en la interacción social (64.6%), pero en el bienestar personal, la actividad y reposo, el consumo de alimentos, la promoción del funcionamiento y el desarrollo personal mostraron tener el grado bajo con porcentajes de 74%, 70.9%, 61.4% y 72.4% respectivamente. Con respecto a la calidad de vida general, gran cantidad mostró el grado bajo (45.7%), con acorde a las dimensiones se observó que poseen calidad de vida media en las relaciones interpersonales (59.8%), pero en la salud física, en la independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida poseen baja calidad de vida con 54.3%, 34.7% y 61.4% respectivamente. En cuanto a la asociación entre la variable de capacidad de agencia de autocuidado y la variable de calidad de vida en las personas mayores, el coeficiente $P < ,05$ indica un alto grado de significación estadística (9).

2.3.3. A NIVEL LOCAL

Un trabajo de investigación ejecutada en Ilave en el año 2021 con propósito de “determinar la asociación de la depresión y calidad de vida del adulto mayor con



hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3". La investigación tuvo una metodología de enfoque cuantitativa, así también de la descriptiva, de corte transversal y diseño correlativo; con un grupo poblacional de 100 y con un subgrupo muestral de 78 adultos mayores que tenían HTA, en quienes aplicaron la técnica de la entrevista usando los instrumentos de BDI-II y MINICHAL. En cuanto a los resultados, obtuvieron que el 78,2% de los ancianos tuvieron una calidad de vida regular, un 14,1% tuvieron deficiente calidad de vida y solamente 7,7% tuvieron una adecuada calidad de vida (73).

En Juliaca en el año 2020 se efectuó un estudio donde su propósito fundamental era "determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Taparachi Juliaca", este estudio fue descriptiva, transeccional y no experimental, que incluyó a 40 adultos mayores, el instrumento empleado fue la Escala de Calidad de Vida MGH. Con acorde a los resultados, el 60% de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Taparachi presentan una calidad de vida muy baja y el 32.5% una calidad de vida baja. En conclusión, la calidad de vida en la mayoría de los adultos mayores encuestados era en muy baja (74).

En el estudio efectuado en Acora en el año 2019 con el propósito de "determinar cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida". Metodológicamente fue basada en la investigación descriptiva y transeccional, con 280 personas mayores del Centro de Salud Acora - Puno, y el tamaño de la muestra fue de 168. Se utilizó el método de la entrevista, sirviendo de instrumento el cuestionario de la escala FUMAT. Esta investigación reveló que la autopercepción de la calidad de vida entre las personas mayores en el centro de salud de Acora - Puno oscilaba entre baja y regular (10).

Otro estudio de investigación realizado en Ayapata en el año 2018 con la finalidad de "determinar la capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores



del distrito de Ayapata-2018”, se empleó una investigación descriptiva, cuantitativa y transeccional; la población estuvo formada de 349 ancianos beneficiarios del Programa Pensión 65 y la muestra por 75; además, se empleó la entrevista y como instrumento la escala “Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA-A)” que fue aplicada por medio de la visita domiciliaria. Con acorde a los resultados obtenidos, el 85,3% de los ancianos poseen una capacidad media de autocuidado, un 8% tienen una capacidad de autocuidado alto y solamente 6.7% tienen un grado bajo; con referencia a sus dimensiones, los puntajes más elevados pertenecen al grado medio, por ejemplo el bienestar personal (66.7%), la actividad y el reposo (68.0%) y la promoción del funcionamiento y el desarrollo personal (65.3%), los puntajes de grado bajo incluyen el consumo suficiente de alimentos (60.0%) y el nivel alto en la dimensión de interacción social (45.3%). El estudio llegó a la conclusión de que la población anciana posee una capacidad de autocuidado medio (75).

En la ciudad de Puno en el año 2014 se efectuó el trabajo de investigación con el propósito de “determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno”. Dicho estudio tuvo una metodología descriptiva transversal y de diseño descriptivo simple; la muestra estuvo constituida por cuarenta adultos mayores. Para la obtención de datos, el estudio empleó la técnica de entrevista y como instrumento la valoración clínica para adultos mayores (VACAM). En los datos obtenidos se evidencian que el 67.5% de los adultos mayores poseen un grado funcional independiente, el 55% tiene un estado cognitivo caracterizado por un deterioro cognitivo moderado, el 62,5% tiene un estado afectivo caracterizado por la presencia de una depresión severa, el 57.5% presentan el estado socio familiar que se considera como problema social. El estudio llegó en una de sus conclusiones que el mayor porcentaje de los adultos mayores poseen una calidad de vida dañadas con más prevalente en el socio familiares y también en el estado afectivo (76).

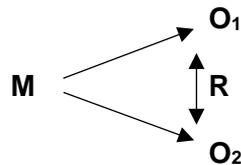
CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo descriptivo-correlacional, ya que, permitió describir las variables y conocer la relación o el grado de asociación que hay entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata. El diseño de la investigación fue no experimental, de corte transversal; ya que permitió analizar sin manipulación deliberada las variables y se recolectaron datos tal y como se presentan en la realidad en un solo momento y en un tiempo único (77).

Este diseño tiene vínculo con el siguiente esquema:



Donde:

M= muestra.

O= observación.

R= relación.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se efectuó en la jurisdicción del Puesto de Salud I-2 Soraza. Está ubicado en centro poblado Soraza, distrito de Coata, provincia y departamento de Puno a 3861 m.s.n.m, con un clima frío y seco.

El Puesto de Salud I-2 Soraza es un órgano que pertenece a la Micro Red José Antonio Encinas (JAE), Red de Salud Puno, categorizada como primer nivel de atención, cuenta con un local propio, de material rustico en regulares condiciones de conservación,



cuenta con los servicios de Tópico, Farmacia, Crecimiento y Desarrollo del niño, Inmunizaciones, Obstetricia, Medicina General, Promoción y Prevención de Salud. No presta servicios de internamiento y su horario de atención es de 8:00 – 14:00 horas y 7:00 - 19:00 horas en GC (Guardia Comunitaria); así mismo se encarga de satisfacer básicamente las necesidades esenciales sobre la salud de la población de su jurisdicción conformado por 4 sectores, brindando atención médica ambulatoria, promoción y prevención de los problemas de salud que aquejan en la zona, en cuanto a las referencias se realizan al establecimiento de mayor complejidad en este caso el Centro de Salud I-3 Coata. Cabe referir que gran parte de la población adulta mayor, por no decir todos, habla en idioma materna el quechua y una minoría de los varones hablan español; la comunicación en este medio rural de ambos sexos se da en quechua o “runa simi” como lo llaman, en su mayoría son femeninas, las edades de los adultos mayores van de 60 a 90 años, la mayoría viven solos y algunos viven con sus conyugues o sus familiares, económicamente dependen del programa Pensión 65, de sus familiares y en otros casos de sí mismos; asimismo, la principal actividad que realizan es la agricultura y la ganadería.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

Se consideró como población a la totalidad de adultos mayores registrados según la Red de Salud Puno, constituida por 93 adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Soraza (78).

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 75 adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Soraza.

3.3.3. Tipo de muestreo

Para determinar el tamaño de la muestra, se aplicó la siguiente fórmula de las poblaciones finitas por medio de un muestreo probabilístico aleatoria simple:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra.

N: Total de la población = 93.

Z: Nivel de confianza 95% = 1.96.

p: Probabilidad de éxito 50% = 0.5.

q: Probabilidad de fracaso 50% = 0.5.

E: Error de estimación 5% = 0.05.

Reemplazando:

$$n = \frac{93 \cdot 1.96^2 \cdot (0.5)(0.5)}{(93 - 1)0.05^2 + 1.96^2 \cdot (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{93(3.8416)(0.25)}{(92)0.0025 + 3.8416(0.25)}$$

$$n = \frac{93(0.9604)}{0.23 + 0.9604}$$

$$n = \frac{89.3172}{1.1904} = 75.03$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores que acuden regularmente al Puesto de Salud I-2 Soraza.
- Adultos mayores de ambos sexos de 60 años a más.

- Adultos mayores que deseen de forma voluntaria acceder a participar en el estudio de investigación y que hayan firmado el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos mayores que tienen menos de 60 años.
- Adultos mayores que tienen problemas mentales.
- Adultos mayores que tienen un cuidador exclusivo.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	VALOR FINAL
VI: Capacidad de autocuidado. El autocuidado en las personas mayores puede definirse como la capacidad de realizar actividades que ayudan a preservar la salud y a promover el envejecimiento saludable mediante la práctica de actividades físicas y la participación en actividades sociales (75). Se incluyen las dimensiones de interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos y además se está la promoción del funcionamiento y desarrollo personal.	Interacción social.	Ítems: 12 y 22.	Nunca (1). Casi nunca (2). Casi siempre (3). Siempre (4). La puntuación se invierte en los ítems: 6, 11 y 20 porque son considerados negativos.	Muy baja (24 a 43) Baja (44 a 62) Regular (63 a 81) Buena (82 a 96)
	Bienestar personal.	Ítems: 2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21,23.		
	Actividad y reposo.	Ítems: 3,6,11,13,20.		
	Consumo suficiente de alimentos.	Ítem: 9		
	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.	Ítems: 1,10,18,24.		
VD: Calidad de vida.	Salud física.	Ítems: 1,4,7,20,28,32.		Muy baja (34 a 94)

Como ser social, la calidad de vida de los mayores pasa por tener paz y también tranquilidad, ser atendidos y salvaguardados por sus familias con dignidad y respeto, y ver satisfechas sus demandas de libertad de expresión, capacidad de decisión, comunicación y conocimiento (12). Se incluyen las siguientes dimensiones: Salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida.	Relaciones interpersonales.	Ítems: 3,9,16,22,24,25,29.	Casi siempre (4).	Baja (95 a 110)
	Independencia para realizar actividades.	Ítems: 2,8,12,14,19,21,26.	A menudo (3). Algunas veces (2).	Media (111 a 118)
	Satisfacción por la vida.	Ítems: 5,6,10,11,13,15,17,18,23,27,30,31,33,34.	Casi nunca (1). La puntuación se invierte en los ítems: 6, 10, 11, 12, 20 y 28 porque son considerados negativos.	Alta (119 a 136)

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnica.

La técnica que se empleó en el presente estudio para la variable capacidad de autocuidado en los adultos mayores fue la entrevista, ello permitió recopilar información de la totalidad de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza.

3.5.2. Instrumento

Para identificar la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, se aplicó el instrumento que se detalla a continuación:

El instrumento que se utilizó para identificar la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, fue la “Escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA)” segunda versión en español que contiene 24 ítems (anexo 2) (9). La escala ASA fue



desarrollada inicialmente en 1983 por los profesores Hans Philipsen, George Evers, Ger Brauns, Harriet Smeets e Isenberg, donde Evers e Isenberg estudiaron la validez de constructo de la escala ASA, que se relacionaba positivamente con el estado de salud y tenía una fiabilidad superior a 0,70 (79). Velandia y Rivera en 2009 evaluaron la validez y confiabilidad de la escala ASA en personas con factores de riesgo cardiovascular en Colombia, donde la confiabilidad alfa global de Cronbach fue de 0,689 sin corrección y la confiabilidad alfa estandarizada de Cronbach fue de 0,744; los cuales indican que los 24 ítems miden el mismo concepto, por lo que el instrumento tiene consistencia interna (80). Asimismo, Leiva et al. en Costa Rica en 2016 validaron el contenido del instrumento con una buena fiabilidad de Alfa de Cronbach 0,84 (81); León et al. en México en el año 2021 concluyeron que la escala ASA tiene validez interna con alfa de Cronbach de 0.806 (82). En Perú, Angeles y Francia en 2020 en su estudio sometieron para su validación a juicio de 12 expertos y efectuaron prueba piloto donde el resultado de alfa de Cronbach fue superior a 0.7 (83); de la misma manera Cerna en 2021 sometió a prueba piloto en 12 adultos mayores obteniendo el alfa de Cronbach de 0.73 (70). Asimismo, para la presente investigación fue sometido a prueba piloto en 15 adultos mayores en el Establecimiento de Salud Acora con características similares obteniendo alfa de Cronbach 0.80 que indica una confiabilidad buena (anexo 8). El instrumento tiene cuatro alternativas de respuesta tipo Likert, con las siguientes puntuaciones: 1 (nunca) que corresponde a la valoración más baja de la capacidad de autocuidado, 2 (casi nunca), 3 (casi siempre) y 4 (siempre) siendo el valor más alto, excepto en 3 preguntas (6,11 y 20), ya que estas preguntas se consideran negativos en los que se invierte la puntuación, a nivel general los puntajes son de 24 a 96 puntos. Consta de 24 preguntas y comprende las siguientes dimensiones (6,9):

Interacción social (2 preguntas): En ello incluyen las preguntas 12 y el 22.

Muy baja : 1 a 2 puntos



Baja : 3 a 4 puntos

Regular : 5 a 6 puntos

Buena : 7 a 8 puntos

Bienestar personal (12 preguntas): En esta se encuentran las siguientes preguntas: 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23.

Muy baja : 1 a 12 puntos

Baja : 13 a 24 puntos

Regular : 25 a 36 puntos

Buena : 37 a 48 puntos

Actividad y reposo (5 preguntas): Aquí se encuentran la pregunta 3, 6, 11, 13 y 20.

Muy baja : 1 a 5 puntos

Baja : 6 a 10 puntos

Regular : 11 a 15 puntos

Buena : 16 a 20 puntos

Consumo suficiente de alimentos (1 pregunta): Aquí solamente incluye la pregunta 9.

Muy baja : 1 punto

Baja : 2 puntos

Regular : 3 puntos

Buena : 4 puntos

Promoción del funcionamiento y desarrollo personal (4 preguntas): En esta parte está la pregunta 1, 10, 18 y 24.

Muy baja : 1 a 4 puntos

Baja : 5 a 8 puntos

Regular : 9 a 12 puntos

Buena : 13 a 16 puntos

Criterios de calificación general: Al ejecutar el total algebraico de las 24 preguntas, se producen las siguientes características para la calificación global de esta escala.

Muy baja : 24 a 43 puntos

Baja : 44 a 62 puntos

Regular : 63 a 81 puntos

Buena : 82 a 96 puntos



3.5.3. Técnica.

La técnica que se empleó en el presente estudio para la variable calidad de vida en los adultos mayores fue la entrevista, ello permitió recopilar información de la totalidad de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza.

3.5.4. Instrumento

Para identificar la calidad de vida en los adultos mayores, se aplicó el instrumento que se detalla a continuación:

El instrumento que se utilizó para identificar la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata, fue la “Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (MGH)” que contiene 34 preguntas (anexo 2) (9). Esta escala MGH es un instrumento para evaluar la calidad de vida de los individuos adultos mayores y fue concebida, evaluada e implementada en Cuba en el 2009 por Mirian Alvares, Hernán Bayarre y Gema Quintero quienes son profesionales del Centro Iberoamericano del adulto mayor y de la Facultad de Salud Pública del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana, y en ese mismo año fue traducida al español por Bayarre con una fiabilidad consistente del Alfa de Cronbach de 0,91 (84,85); García et al. en 2020 indica que el instrumento tuvo un coeficiente de correlación 0.97 y que tiene la consistencia entre preguntas y la validez de contenido y de constructo que puede ser empleada auto administradamente o en forma de entrevista estructurada (86). En Perú varios estudios utilizaron la escala MGH para medir la calidad de vida. Asimismo, para la presente investigación fue sometido a prueba piloto en 15 adultos mayores en el Establecimiento de Salud Acora con características similares obteniendo alfa de Cronbach 0.79 que indica una confiabilidad buena (anexo 8). La encuesta tiene 4 alternativas de respuesta de tipo Likert de 4 puntos, como se muestra: 1 (casi nunca) que pertenece a la valoración más baja de la calidad de vida, 2 (algunas veces), 3 (a menudo) y 4 (casi siempre) siendo el



valor más alto; menos las 6 preguntas (6, 10, 11, 12, 20 y la pregunta 28) que se consideran negativos y se invierte la puntuación; a nivel general los puntajes son de 34 a 136 y consta de las dimensiones que se presentan a continuación (9,87):

Salud física (6 preguntas): En ello incluyen el 1, 4, 7, 20, 28 y 32.

Muy baja	: 6 a 16 puntos
Baja	: 17 a 18 puntos
Media	: 19 a 20 puntos
Alta	: 21 a 24 puntos

Relaciones interpersonales (7 preguntas): En esta pertenece la pregunta 3, 9, 16, 22, 24, 25 y 29.

Muy baja	: 7 a 19 puntos
Baja	: 20 a 22 puntos
Media	: 23 a 24 puntos
Alta	: 25 a 28 puntos

Independencia para realizar actividades (7 preguntas): Aquí se halla la pregunta 2, 8, 12, 14, 19, 21 y 26.

Muy baja	: 7 a 19 puntos
Baja	: 20 a 22 puntos
Media	: 23 a 24 puntos
Alta	: 25 a 28 puntos

Satisfacción por la vida (14 preguntas): En esta parte se incluyen las preguntas del 5, 6, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 23, 27, 30, 31, 33 y 34.

Muy baja	: 14 a 39 puntos
Baja	: 40 a 45 puntos
Media	: 46 a 49 puntos
Alta	: 50 a 56 puntos

Criterios de calificación general: Al ejecutar la suma algebraica de las 34 preguntas, se obtienen los siguientes parámetros para la calificación total de esta escala:



Muy baja	: 34 a 94 puntos
Baja	: 95 a 110 puntos
Media	: 111 a 118 puntos
Alta	: 119 a 136 puntos

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevaron a cabo las siguientes acciones para la recogida de datos:

Coordinación.

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería carta de presentación dirigida a la jefatura del Puesto de Salud I-2 Soraza, con el fin de obtener la autorización para ejecutar la investigación.
- Se entregó la carta de presentación a la jefatura del Puesto de Salud I-2 Soraza, dándose a conocer los objetivos de la investigación y se solicitó la carta de autorización para proceder con la ejecución.
- Una vez obtenida la carta de autorización, se coordinó para la obtención del padrón nominal de los adultos mayores.
- Se efectuó el cronograma para las entrevistas.
- Se efectuó una lista con las direcciones incluidas de los individuos adultos mayores para realizar las visitas domiciliarias.

Aplicación del instrumento.

- Una vez coordinada la visita domiciliaria nos dirigimos a las viviendas de los adultos mayores para la aplicación del instrumento y se dio conocer el propósito de la investigación, la autorización del Puesto de Salud y el consentimiento informado (anexo 3) en forma verbal y escrita para la firma respectiva.
- Se procedió con la entrevista, la cual se realizó en lengua materna que es el quechua para entrar en confianza con el adulto mayor.
- Se aclararon las respectivas dudas.



- El promedio de tiempo para cada entrevista fue de 30 minutos aproximadamente por persona.
- Al término de la entrevista, se le agradeció al adulto mayor que se ha tomado el tiempo de participar en el estudio.
- Asimismo, mencionar que no se tuvo inconvenientes significativos en la aplicación de los instrumentos.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Concluida la ejecución y recolección de datos, se llevó a cabo lo siguiente:

- Se procedió a la numeración, verificación y también la codificación de los instrumentos (guía de entrevista).
- Se trasladó la información al Microsoft Excel 2016.
- Seguidamente se efectuó la clasificación, vaciado y tabulación de los datos de forma computarizada.
- Luego se elaboraron las tablas, para el análisis y discusión.
- Para el análisis de los datos se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial a través del software estadístico IBM SPSS versión 22, para determinar la relación existente entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, los resultados se presentaron en tablas bidimensionales y unidimensionales aplicándose estadígrafos descriptivos como frecuencias y porcentajes, donde se buscó reflejar de la mejor manera posible los datos recolectados en la aplicación de los instrumentos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

OG

Tabla 1. Relación entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

Capacidad de autocuidado	Calidad de vida								Total	
	Muy baja		Baja		Media		Alta			
Muy baja	1	1.3%	6	8.0%	1	1.3%	0	0.0%	8	10.7%
Baja	7	9.4%	24	32.0%	10	13.4%	0	0.0%	41	54.8%
Regular	1	1.3%	13	17.3%	6	8.0%	0	0.0%	20	26.6%
Buena	0	0.0%	0	0.0%	6	8.0%	0	0.0%	6	8.0%
Total	9	12.0%	43	57.3%	23	30.7%	0	0.0%	75	100.0%

Nota: Resultados de la Escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado y Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad.

En la tabla, se visualiza que del 54.8% de adultos mayores con capacidad de autocuidado baja, el 32.0% posee calidad de vida baja; por otro lado, del 26.6% con capacidad de autocuidado regular, el 17.3% posee una calidad de vida baja.

En correspondencia a la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson, se determina que el valor de significancia asintótica resultante es 0,008 lo cual es menor a 0.05, en otros términos, la variable capacidad de autocuidado se asocia a la variable calidad de vida, aceptando la hipótesis alterna del estudio (anexo 07).

OE1.

Tabla 2. Capacidad de autocuidado en sus dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

Dimensiones	N	%
Interacción social		
Muy baja	1	1.3%
Baja	28	37.4%
Regular	39	52.0%
Buena	7	9.3%
Total	75	100.0%
Bienestar personal		
Muy baja	0	0.0%
Baja	31	41.3%
Regular	30	40.0%
Buena	14	18.7%
Total	75	100.0%
Actividad y reposo		
Muy baja	1	1.3%
Baja	27	36.0%
Regular	35	46.7%
Buena	12	16.0%
Total	75	100.0%
Consumo suficiente de alimentos		
Muy baja	13	17.3%
Baja	37	49.3%
Regular	23	30.7%
Buena	2	2.7%
Total	75	100.0%
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal		
Muy baja	5	6.7%
Baja	35	46.7%
Regular	34	45.3%
Buena	1	1.3%
Total	75	100.0%

Nota: Resultados de la Escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado.



En la tabla 2, se observa las dimensiones de la capacidad de autocuidado en los adultos mayores. Respecto a la dimensión de interacción social, el 52.0% tienen una interacción social regular y el 37.4% baja; en la dimensión bienestar personal, el 41.3% de los adultos mayores poseen bajo bienestar personal y el 40.0% regular bienestar personal; asimismo, en la dimensión actividad y reposo, el 46.7% de los adultos mayores presentan regular actividad y reposo y el 36.0% presenta baja actividad y reposo; respecto a la dimensión de consumo suficiente de alimentos se observa que en el 49.3% hay bajo consumo suficiente de alimentos y el 30.7% tiene regular consumo suficiente de alimentos; finalmente se visualiza la dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal, se encontró que el 46.7% y 45.3% de adultos mayores presentan baja y regular promoción del funcionamiento y desarrollo personal respectivamente.

OE2.

Tabla 3. Calidad de vida en sus dimensiones: salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

Dimensiones	N	%
Salud física		
Muy baja	6	8.0%
Baja	25	33.3%
Media	41	54.7%
Buena	3	4.0%
Total	75	100.0%
Relaciones interpersonales		
Muy baja	1	1.3%
Baja	22	29.3%
Media	43	57.4%
Buena	9	12.0%
Total	75	100.0%
Independencia para realizar actividades		
Muy baja	16	21.3%
Baja	36	48.0%
Media	14	18.7%
Buena	9	12.0%
Total	75	100.0%
Satisfacción por la vida		
Muy baja	19	25.3%
Baja	32	42.7%
Media	22	29.3%
Buena	2	2.7%
Total	75	100.0%

Nota: Resultados de la Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad.

En la tabla 3 se visualiza las dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores. Con respecto a la dimensión salud física, el 54.7% tienen una salud física de nivel medio y el 33.3% de nivel bajo; en la dimensión de relaciones interpersonales, el 57.4% presentan una relación interpersonal de nivel media y el 29.3% de nivel baja; en la dimensión de independencia para realizar actividades, el 48.0% posee una baja



independencia y el 21.3% muy baja; en la dimensión de satisfacción por la vida, el 42.7% presentan baja satisfacción por la vida y el 29.3% tiene una satisfacción por la vida de nivel media.

4.2. DISCUSIÓN

En la presente investigación se buscó determinar la relación entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza. Los resultados muestran que más de la mitad de adultos mayores tienen capacidad de autocuidado bajo y la calidad de vida es también baja. Estadísticamente a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson se halló un valor de significancia resultante de $p=0.008$, ello evidencia y confirma la hipótesis H_1 planteada que dice que la variable capacidad de autocuidado se asocia a la calidad de vida.

Al respecto, el autocuidado en los adultos mayores es fundamental, ya que es una actividad que lo aprenden y lo practican para lograr un determinado propósito y en este caso el autocuidado busca promover la independencia y funcionalidad, así como la mejora de su calidad de vida (18).

De la misma manera, la calidad de vida es primordial, ya que fue definida por la OMS como la percepción que tiene una persona adulta mayor de su lugar de existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en el que vive (43). Es una noción amplia y a su vez complicada en la que influyen la salud física del individuo, su psicología, su grado de independencia, sus vínculos sociales y su interacción con los componentes esenciales de su entorno (44).

Los resultados de la presente investigación son similares con los hallazgos encontrados en Lima por Olazo, Cardenas y en Arequipa por Apaza & Arias quienes



hallaron que la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de las personas adultas mayores son variables que están relacionadas ($p=0.000$) (8,9,71).

Por otro lado, Dueñas & Miranda en su estudio efectuado en Acora y Apaza & Arias en Arequipa evidenciaron baja capacidad de autocuidado y baja calidad de vida en la mayoría de los adultos (9,10).

Sin embargo, los resultados difieren con los hallazgos de Cerna (Lima), Tejada (Ayapata), quienes encontraron autocuidado moderado (70,75); Chura (Ilave) también encontró una calidad de vida regular (73), y Quispe (Taparachi – Juliaca) encontró una calidad de vida muy baja (74).

Estos resultados podrían atribuirse a que los grupos etarios fueron diferentes, ya que en la presente investigación mayoritariamente pertenecían al grupo etario de 71 a 90 años (ver anexo 09, gráfico 13) y en esos estudios la edad sobresaliente era de 70 y 80 años, por lo cual la edad avanzada es un factor para la capacidad de autocuidado bajo; asimismo, podría deberse al grado de instrucción que tienen los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, que no permite una práctica adecuada del autocuidado, ya que, una instrucción inicial y primaria (ver anexo 09, gráfico 17) limita en la adquisición adecuada del conocimiento.

Respecto al primer objetivo específico sobre autocuidado: en la dimensión interacción social más de la mitad de los adultos mayores tienen regular interacción social. Podemos decir que, la interacción social es la relación que existe entre los individuos, un círculo cercano de amigos y familiares dispuestos a escuchar los sentimientos y pensamientos que permite a muchos adultos mayores mantenerse sanos, ya que se ayudan mutuamente a afrontar los cambios provocados por el envejecimiento (9). Por otro lado, Del Valle menciona que la escasez de los contactos interpersonales



pueden generar riesgos para la integración social de los individuos adultos mayores como el predominio de la soledad y malestar emocional (51).

Los resultados de la presente investigación coinciden con Suárez (Lima), Apaza & Arias (Arequipa) y Cerna (Chimbote), quienes en sus estudios evidenciaron que los adultos mayores tuvieron regular interacción social (7,9,70). Sin embargo Tejada en su estudio efectuado en Ayapata-Puno encontró una interacción social alto (75).

Al respecto, esta diferencia podría atribuirse a que Tejada consideró a gran parte de la población adulta mayor que vivía con sus familiares y sus hijos. La interacción social es muy importante en el proceso del envejecimiento, en el presente estudio se encontró interacción social regular, lo que demuestra que las personas adultas mayores de Soraza de alguna manera buscan la ayuda de la familia y de los amigos al tratarse de su propio cuidado, lo que se sustenta con el anexo 11. A. Por otro lado, la baja interacción social de los adultos mayores podría repercutir al aislamiento social, soledad, dando lugar a problemas psicológicas, así como el origen de la dependencia del adulto mayor que acude al Puesto de Salud I-2 Soraza.

En la dimensión bienestar personal, se halló que casi la mitad de los adultos mayores tienen bajo bienestar personal, la literatura brindada por Valdés sustenta que el bienestar personal o también denominada satisfacción con la vida en la vejez constituye el criterio más importante para envejecer con éxito (23). De la misma manera, Ferragut & Fierro aseveran que el bienestar personal se da a través de un complicado proceso de autoevaluación que implica una valoración positiva de la propia vida (24).

Los resultados de esta investigación se asemejan con los resultados de Contreras et al. (Colombia) que encontraron deficiencias de bienestar personal de los adultos mayores (6). Sin embargo, difieren con Cerna (Chimbote) quien encontró bienestar personal alto (70).



Al respecto, se puede decir que esta diferencia podría atribuirse a que Cerna realizó su estudio en la población urbana. Asimismo, los resultados de esta investigación podrían deberse a la falta de afecto, a la preocupación por los ganados o por la chacra, que podrían sustentarse con los resultados del anexo 11. B, donde gran parte de los adultos mayores en los ítems 5, 7, 17 y 21 respondieron que casi nunca hacen lo necesario para cuidar su salud.

En la dimensión actividad y reposo se encontró que casi la mitad de los adultos mayores tienen regular actividad y reposo; al respecto, la actividad física y el buen reposo no evita los cambios, pero si retrasa su aparición, reduce su progresión y disminuye su impacto negativo en la salud del adulto mayor (25). Asimismo, la actividad física tras los 60 años posee una influencia pronunciada y beneficiosa sobre las enfermedades no transmisibles (26). Igualmente, el descanso inadecuado (30), aumenta el riesgo de presentar hipertensión, irritabilidad y depresión (34).

El resultado del presente estudio se asemeja a los estudios de Tejada (Puno) y Cerna (Chimbote) quienes hallaron regular actividad y reposo (70,75). Sin embargo, no concuerda con el estudio de Cardenas (Lima), ya que halló adecuada actividad física y descanso en los adultos mayores (71).

Esta diferencia podría atribuirse a que los adultos mayores estudiados por Cardenas y en el presente estudio son de distintos ámbitos sociales. Asimismo, los resultados obtenidos en la investigación hacen referencias a que los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza son capaces de movilizarse para poder conseguir ayuda en situaciones negativas relacionados a su salud, así como se visualiza en los ítems 3 y 11 (anexo 11. C), donde mayoritariamente respondieron la puntuación casi siempre; sin embargo, algunos adultos mayores no duermen adecuadamente como lo indican en el ítem 13 (anexo 11. C), donde casi la mitad manifestaron que casi nunca pueden dormir lo



suficiente para sentirse descansado, lo cual estaría vinculado a los dolores producidos por las patologías crónico degenerativas propios de su edad.

Respecto a la dimensión consumo suficiente de alimentos se encontró que casi la mitad de los adultos mayores poseen bajo consumo suficiente de alimentos. Al respecto según la teoría, una alimentación saludable ayuda a mantener las funciones vitales y sobre todo, ayuda en la producción de energía y en la reparación de los tejidos (7); de lo contrario, la presencia de desnutrición o la obesidad aumenta (35).

Los resultados de la presente investigación se asemejan a los estudios de Contreras et al., (Colombia) y Tejada (Ayatapa-Puno), quienes evidenciaron bajo consumo suficiente de alimentos en adultos mayores (6,75). Sin embargo, difieren al estudio de Cardenas (Lima), ya que halló adecuada alimentación (71).

Los resultados podrían estar atribuidos a la diferencia del grupo etario, ya que Cardenas tomó en consideración en su mayoría al grupo etario de 60 a 70 años y en este estudio mayoritariamente fue de 71 a 90 años (ver anexo 09, gráfico 13), estos adultos mayores no pueden consumir todos los alimentos porque tienen pocas piezas dentarias que les dificulta masticar. Asimismo, los hallazgos de este estudio muestran una realidad preocupante, en vista de que casi la mitad de los adultos, casi nunca realizan cambios en la alimentación para el mantenimiento de su peso (11. D); con ello, deducimos que el bajo consumo de alimentos suficientes para ese grupo etario, sería la causa principal de las morbilidades de los adultos mayores.

En la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal, casi la mitad de los adultos mayores tienen un nivel bajo, según Leiva et al., el funcionamiento y el desarrollo personal son las acciones realizadas por el adulto mayor para mantener las circunstancias que apoyan los procesos importantes y hacen avanzar el proceso humano (39).



Los resultados de la presente investigación coinciden con el estudio de Apaza & Arias ya que encontraron promoción del funcionamiento y desarrollo personal bajo en adultos mayores de Arequipa (9). No obstante, discrepa con los resultados de Cerna (Chimbote) ya que halló moderado promoción de funcionamiento y desarrollo personal (70).

Esta diferencia puede atribuirse al grado de instrucción de los adultos mayores, ya que Cerna efectuó su estudio en una población que sabe leer bien y que sabe escribir; sin embargo, en el presente estudio, la mayoría de adultos mayores de Soraza tienen grado de instrucción bajo (ver anexo 9, gráfico 17), ello no permite un adecuado funcionamiento y desarrollo personal. Asimismo, son muy apegados a sus costumbres ancestrales, como se evidencia en el ítem 1 del anexo 11. E, donde mayoritariamente casi nunca realizan ajustes para mantener su salud.

En cuanto al segundo objetivo específico respecto a la calidad de vida: en la dimensión salud física más de la mitad presentaron un nivel medio. Según la literatura, tener buena salud física en la vejez significa que todos los órganos y sistemas corporales funcionen como deberían, ya que esto tiene multitud de efectos positivos en la calidad de vida, como el mantenimiento de la fuerza muscular y la función cognitiva, la reducción de los niveles de ansiedad, depresión y el aumento de la autoestima (46).

Los datos obtenidos, son similares al de Nequiz et al., quienes encontraron percepción media de la salud física en los adultos mayores de México (68); en cambio, Apaza & Arias hallaron baja salud física en los adultos mayores con osteoporosis en Arequipa (9).

Esta diferencia podría atribuirse a que Apaza & Arias en su mayoría consideraron a personas del sexo femenino con osteoporosis. Los resultados de salud física regular de



esta investigación nos evidencian que los adultos mayores de Soraza de alguna manera cuidan su salud física, como se evidencia en los resultados del anexo 11. F, donde casi la mitad de estos adultos mayores respondieron en el ítem 7 que realizan sus actividades cotidianas a menudo y de alguna manera realizan las actividades físicas. Sin embargo, un dato importante llama la atención, que casi la mitad de estos adultos mayores a menudo o casi siempre piensan quitarse la vida (ver anexo 11. F, ítem 28), ello podría estar vinculada con ciertas limitaciones de su estado físico y el abandono de los hijos.

En la dimensión relaciones interpersonales se encontró que más de la mitad de los adultos mayores presentaron relaciones interpersonales en el nivel medio. De acuerdo a la literatura, las relaciones interpersonales son vínculos que se crean entre los individuos humanos (48); estas relaciones pueden ser básicas que vinculan a los hijos, la pareja, los familiares y los amigos, y pueden ser intermedias donde incluyen los compañeros de trabajo, etc. (49). Sin embargo, la carencia de los nexos sociales, pueden suponer riesgos para la integración social de las personas mayores (51).

Los datos de la presente investigación son similares al de Nequiz et al. (México), quienes hallaron regulares relaciones sociales en los adultos mayores (68).

Al respecto, esta similitud puede atribuirse al género, ya que, con acorde a ese estudio y a los resultados de esta investigación, el género femenino sobresale más que el género masculino (ver anexo 09, gráfico 14), por lo que se puede deducir que los varones son reservados y las mujeres son más sociables con la familia y las amistades, lo cual podría sustentarse con el ítem 3 del anexo 11. G, donde más de la mitad respondieron que a menudo sienten que su familia los quiere y los respeta. Sin embargo, algunas veces consideran que sus familias no les toman en cuenta para las tomas de decisiones (ítem 29), lo cual estaría relacionado con la lejanía de los hijos.



En la dimensión independencia para realizar actividades, se encontró que casi la mitad de los adultos mayores presentaron un nivel bajo. Al respecto, la independencia para realizar las actividades diarias son todas las actividades que realizan las personas adultas mayores a diario por si solas (52). Asimismo, esas acciones se efectúan con las intenciones de salvaguardar la salud (53).

El resultado de la presente investigación coincide con el estudio de Paullo (Cusco), ya que halló baja independencia para realizar las actividades de la vida diaria en los adultos mayores (72).

Al respecto, esta similitud podría atribuirse a la población con características similares, donde se consideraron adultos mayores con edades de 70 a más y en la presente investigación se evidenció que más de la mitad de los adultos mayores son grupo etario de 71 a 90 años (ver anexo 09, gráfico 13); lo cual, dificulta a realizar independientemente sus actividades como se evidencia en la respuesta del ítem 21, donde casi la mitad de los adultos mayores respondieron con respecto a ayudar en el cuidado de los nietos en la puntuación de algunas veces; asimismo, en el ítem 8 respondieron que casi nunca pueden leer los libros, ello estaría vinculado al bajo grado de instrucción y a los problemas de salud ocular (anexo 11. H).

En la dimensión satisfacción por la vida se halló que más de la mitad de los adultos mayores presentaron un nivel bajo. La satisfacción vital de acuerdo a Ramírez es “la evaluación global que la persona hace de su vida, incluyendo los aspectos positivos y negativos” (55). La satisfacción vital está vinculada con la felicidad (56); asimismo, está estrechamente relacionada con el número de años de vida saludable que se ha vivido para la mejora de la calidad de vida (57).



El resultado de la presente investigación se asemeja al estudio de Pacompia (Puno), ya que halló baja satisfacción por la vida en los adultos mayores (76).

Referente a ello, esta similitud se podría atribuir a las características semejantes de la población, ya que también fue estudiada en la región de Puno, entonces se puede deducir que los adultos mayores refieren tener insatisfacción por la vida, porque muchos de ellos se sienten solos o porque sienten que son una carga familiar (ver anexo 09, gráfico 15), asimismo, muchos tienen escasos recursos monetarios (ver anexo 09, gráfico 16), y además sienten insatisfacción de sus logros, no aspiran aprender algo nuevo en favor a su salud ya que están más inclinados en sus creencias, piensan que a su edad ya no son útiles y que sus vidas son monótonas, aburridas y no son felices con la vida que llevan, lo cual hace que no tengan aspiraciones o planes para el futuro, afectando así su salud y su calidad de vida, estas se sustentan con los resultados del anexo 11. I.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Existe relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza. Estadísticamente a través de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se obtuvo el valor p de 0.008, aceptando la hipótesis alterna que dice que existe relación entre las variables de estudio.

SEGUNDA: Respecto a la capacidad de autocuidado y sus dimensiones, se encontró que más de la mitad de los adultos mayores tienen una interacción social regular y un tercio nivel bajo; en cuanto al bienestar personal, se halló que algo menos de la mitad tienen niveles que van de bajo a regular con porcentajes similares; en la dimensión actividad y reposo, casi la mitad tiene niveles regulares y algo más de un tercio tiene niveles bajos; asimismo, en el consumo suficiente de alimentos, casi la mitad tiene un nivel bajo, un tercio tiene nivel regular y la quinta parte muy bajo; en cuanto a la promoción del funcionamiento y desarrollo personal, cerca de la mitad presenta un nivel de promoción de bajo a regular y un porcentaje mínimo tiene un nivel muy bajo. Podemos concluir que para los adultos mayores el autocuidado no tiene mucho interés por ello los resultados obtenidos, lo que podría estar relacionado a la edad.

TERCERA: En cuanto a la variable calidad de vida, en su dimensión salud física se encontró que más de la mitad tiene nivel medio, un tercio tiene nivel bajo y un pequeño porcentaje tiene nivel muy bajo; asimismo en las relaciones interpersonales, más de la mitad presenta nivel medio y la tercera parte nivel bajo; en cuanto a independencia para realizar actividades casi la mitad tiene nivel medio y cerca de la cuarta parte nivel muy bajo; finalmente, cerca de la mitad presentan baja satisfacción por la vida y la



cuarta parte nivel muy bajo. Lo que nos permite asumir que la edad estaría relacionada con la calidad de vida considerando que las edades de los adultos mayores en estudio, fluctúan entre 71 y 90 años.



VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la jefatura del Puesto de Salud I-2 Soraza, se sugiere reforzar la promoción de la salud en los adultos mayores, promoviendo y fortaleciendo las acciones de autocuidado, empleando estrategias para fortalecer y mejorar la calidad de vida, como la salud física, la alimentación sana, fomentando la participación activa de los adultos mayores.

SEGUNDA: Al profesional de Enfermería que labora en el Puesto de Salud I-2 Soraza, se sugiere buscar estrategias que involucren al adulto mayor en su autocuidado considerando la edad y la creación de un centro del adulto mayor para intervenir a través de sesiones educativas, demostrativas y participativas que permitan mejorar su autocuidado en alimentación, en bienestar y promoción del buen funcionamiento personal, asimismo, este sería un espacio de socialización del adulto mayor para mejorar su calidad de vida, incluyendo la participación de la familia.

TERCERA: A los egresados de Enfermería, se recomienda realizar estudios cualitativos con adultos mayores como el soporte familiar o adaptación al envejecimiento.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2017 [citado el 21 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
2. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects 2019 [Internet]. New York; 2019 [citado el 21 de mayo 2021]. Disponible en: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Lima; 2021 [citado el 29 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2020.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Adultos mayores de 70 y más años de edad, que viven solos [Internet]. Lima; 2018 [citado el 06 de setiembre de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1577/Libro01.pdf
5. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Scielo [Internet]. 2014 [citado el 29 de mayo de 2021];835–45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
6. Contreras A, Contreras A, Hernandez C, Castro M, Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa, Sincelejo, Colombia. Rev Investig Andin [Internet]. 2013 [citado el 21 de mayo



- 2021].;15(26):667–78. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/2390/239026287005.pdf>
7. Suárez R. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con TBC pulmonar del Hospital de baja complejidad Huaycán, Lima, 2015 [Internet]. Universidad Peruana Union; 2015 [citado el 19 de marzo 2021]. Disponible en:
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/199/Rocío_Tesis_maestria_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 8. Olazo F. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015. [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2015 [citado el 19 de marzo 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/219>
 9. Apaza L, Arias J. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado - MINSA Arequipa - 2016 [Internet]. 2016 [citado el 19 de marzo 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1816/ENapaplv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 10. Dueñas A, Miranda L. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019. [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2020 [citado el 02 de junio de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/13648>
 11. Botero de Mejía B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Rev Hacia la Promoción



- la Salud [Internet]. 2007 [citado el 02 de junio de 2021];12(1):11–24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
12. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Rev An la Fac Med [Internet]. 2007 [citado el 02 de junio de 2021];68(3):284–90. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v68n3/pdf/a12v68n3.pdf>
 13. Numbeo. Índice de calidad de vida por país 2021 Mitad de año. [Internet]. 2021 [citado el 16 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-país>
 14. Radio Programas del Perú. Perú ocupa el puesto 77 en el ranking de calidad de vida, uno de los más bajos a nivel mundial. [Internet]. 2021 [citado el 16 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://rpp.pe/economia/economia/peru-ocupa-el-puesto-77-en-el-ranking-de-calidad-de-vida-uno-de-los-mas-bajos-a-nivel-mundial-noticia-1347149?ref=rpp>
 15. Apaza M. Calidad de vida y depresión en asistentes al centro integral de atención al adulto mayor, Puno, 2017 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2018 [citado el 16 de setiembre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11022/Apaza_Velez_Mariela_Rocío.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. Hermesalud. Autocuidado [Internet]. 2014 [citado el 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://hermesalud.com/como-funciona-hermesalud-/bases-conceptuales/autocuidado/index.php>
 17. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev Gac Médica Espirituana [Internet]. 2017 [citado el 29 de



- mayo de 2021];19(3):1608–8921. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
18. Ministerio de Salud. Cuidado y autocuidado de salud de las personas adultas mayores [Internet]. Lima; 2020 [citado el 22 de junio de 2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5178.pdf>
19. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para las personas adultas mayores de zona rural [Internet]. 2010 [citado el 21 de mayo de 2021]. p. 86. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/07/Autocuidado-MINDES.pdf>
20. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un Centro de Salud de San Jaun de Miraflores 2014. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado el 22 de junio de 2021]. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4131/Garcilazo_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Rev Hacia Promoción Salud [Internet]. 2003 [citado el 03 de mayo de 2022]; Disponible en:
<http://coprossmi.ar/wp-content/uploads/2021/09/AUTOCUIDADO.pdf>
22. Soares M, Facchini L, Borges F, Soares L, Kessler M, Thumé E. Relaciones sociales y supervivencia en la cohorte de adultos mayores. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2021 [citado el 12 de mayo de 2022];29:e3395. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/W5YcMTpBgcmpqLK99vwBrPf/?lang=es&format=pdf>



23. Carmona S. El bienestar personal en el envejecimiento. *Rev Ciencias Soc la Univ Iberoam* [Internet]. 2009 [citado del 12 de agosto de 2021];4(7):48–65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>
24. Ferragut M, Fierro A. Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2012 [citado el 12 de mayo de 2022];44(3):95–104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n3/v44n3a08.pdf>
25. Jiménez Y, Núñez M, Coto E. La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *Rev InterSedes* [Internet]. 2013 [citado el 16 de mayo de 2022];14(27):168–81. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/666/66627452009.pdf>
26. Valdebenito M. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores de Tomé [Internet]. Universidad Católica de la Santísima Concepción; 2017 [citado el 16 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/1315/Mario Andres Valdebenito Mardones.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/1315/Mario_Andres_Valdebenito_Mardones.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Aguilar-Chasipanta W, Analuiza-Analuiza E, García-Gaibor J, Rodríguez-Torres Á. Los beneficios de la actividad física en el adulto mayor: Revisión sistemática. *Rev Polo del Conoc* [Internet]. 2020 [citado el 16 de mayo de 2022];5(12):680–706. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8042577.pdf>
28. Ginarte M, Santiesteban R. Importancia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. *Rev Cuba Med Física y Rehabil* [Internet]. 2012 [citado el 16 de mayo de 2022];4(2):125–34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2012/cfr122f.pdf>



29. Mosqueda A. Importancia de la realización de actividad física en la tercera edad. *Rev Dilemas Contemp Educ Política y Valores* [Internet]. 2021 [citado el 16 de mayo de 2020];9(36):1–18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v9nspe1/2007-7890-dilemas-9-spe1-00036.pdf>
30. Estrella I, Torres T. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Rev Gerokomos* [Internet]. 2015 [citado el 17 de mayo de 2022];26(4):123–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf
31. Department of Health and Human Services. Su guía para un sueño saludable. *J Natl Hear Lung, Blood Inst* [Internet]. 2013 [citado el 17 de mayo de 2022];17(11):1–4. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/In_Brief_YG_to_Sleep_Spanish_Final.pdf
32. López J, Álamo C, Gil P, Gonzáles P, Merino M, García P. Guía de buena práctica clínica en geriatría [Internet]. 3rd ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2015 [citado el 17 de mayo de 2022]. 6–79 p. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Insomnio.pdf
33. D’Hyver C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev Fac Med UNAM* [Internet]. 2018 [citado el 24 de mayo de 2022];61(1):33–45. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
34. Department of Health and Human Services. Sueño Saludable. *Juornal Natl Hear Lung, Blood Inst* [Internet]. 2013 [citado el 24 de mayo de 2022];17(11):2. Disponible en:



- https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/Healthy_Sleep_At-A-Glance_SPANISH_Final.pdf
35. Sayas E, Fundora V. Sobre las interrelaciones entre la nutrición y el envejecimiento. *Rev Cuba Aliment y Nutr* [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2020];27(2):394–429. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2017/can172k.pdf>
36. Troncoso C. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. *Rev Horiz Médico* [Internet]. 2017 [citado el 26 de mayo de 2022];17(3):58–64. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n3/a10v17n3.pdf>
37. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Guía técnica alimentaria para personas adultas mayores [Internet]. Lima; 2009 [citado el 26 de mayo de 2022]. p. 1–21. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Guia_alimentaria.pdf
38. Ministerio de Salud. El 89% de peruanos no consume suficiente frutas y verduras [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2018 [citado el 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/el-89-de-peruanos-no-consume-suficiente-frutas-y-verduras>
39. Leiva V, Acosta P, Berrocal Y, Carrillo E, Castro M, Watson Y. Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. *Rev Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2012 [citado el 27 de mayo de 2022];(22):1–11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44823378001>
40. Novoa G. Desarrollo personal en la vejez [Internet]. Congreso Chileno de Antropología. Santiago de Chile: Colegio de Antropólogos de Chile; 2001 [citado



- el 11 de julio de 2022]. p. 1–6. Disponible en:
<https://www.academica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/66.pdf>
41. Olivi A, Fadda-Cori G, Pizzi-Kirschbaum M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Rev Papeles Población* [Internet]. 2015 [citado el 19 de mayo de 2021];21(84):227–49. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11239488009>
42. Aponte V. Calidad de Vida en la tercera edad. *Rev Univ Catol Boliv San Pablo* [Internet]. 2015 [citado el 15 de julio de 2021];13(2):152–82. Disponible en:
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
43. Loredó-Figueroa M, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales A, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Rev Enfermería Univ* [Internet]. 2016 [citado el 21 de mayo de 2021];13(3):159–65. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
44. Rubio D, Rivera L, Borges L de la C, González F. Calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Varona* [Internet]. 2015 [citado el 02 de junio de 2021];(61):1–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
45. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado el 02 de junio de 2021];33(2):199–201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>
46. Martín R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2018 [citado el 27 de julio de 2021];17(5):813–25. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-813.pdf>



47. Duarte I. Hacia un buen envejecer: La importancia del ejercicio en la calidad de vida de las personas a lo largo de las biografías [Internet]. 2017 [citado el 19 de mayo de 2022]. Disponible en: http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2017/10/Hacia-un-buen-envejecer_Ivan-Duarte.pdf
48. Mora P, Triana L. Fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los cuidadores y las familias con las personas mayores mediante el aprovechamiento del tiempo libre, en la institución Canitas Felices San Jorge [Internet]. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca; 2019 [citado el 19 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://repositorio.unicolmayor.edu.co/bitstream/handle/unicolmayor/209/1/PARA SUBIR Proyecto de grado fortalecimiento de relaciones interpersonales.pdf?sequence=1](https://repositorio.unicolmayor.edu.co/bitstream/handle/unicolmayor/209/1/PARA_SUBIR_Proyecto_de_grado_fortalecimiento_de_relaciones_interpersonales.pdf?sequence=1)
49. Ticona T. Abandono familiar y su relación en las relaciones interpersonales entre los adultos mayores, atendidos por el centro de adulto mayor del Hospital San Jaun de Dios del distrito de Ayaviri - 2015 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2016 [citado el 12 de agosto de 2022]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5733/Ticona_Chipana_Triinidad_Delias.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Mejía K. La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales. Rev Poiésis [Internet]. 2017 [citado el 19 de mayo de 2022];1(33):21–5. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320723365_La_importancia_de_los_grupos_de_adultos_mayores_para_el_mejoramiento_de_las_relaciones_interpersonales
51. Del Valle G, Coll L. Envejecimiento saludable. Relaciones sociales y



- envejecimiento saludable [Internet]. 1st ed. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2011 [citado el 19 de mayo de 2022]. 1–62 p. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/RelacionssocialesESP.pdf>
52. Arana B, García M, Cárdenas L, Hernández Y, Aguilar D. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública [Internet]. Universidad Autónoma del Estado México; 2015 [citado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf?sequence=3>
53. Carpio S, Suarez Á, Almanza M, Gómez L, Quintero M. Caracterización de las actividades básicas de la vida diaria ABVD en un grupo de adultos mayores institucionalizados. *Rev salud mov* [Internet]. 2012 [citado el 23 de mayo de 2022];4(1):4–18. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/267928777.pdf>
54. Acosta C, González-Celis A. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Rev Enseñanza e Investig en Psicol* [Internet]. 2010 [citado el 12 de agosto de 2021];15(2):393–401. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215980010.pdf>
55. Ramírez M, Lee S-L. Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Rev Latinoam* [Internet]. 2012 [citado el 12 de agosto de 2021];11(33):407–27. Disponible en: <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/908/1733>
56. Ortega R, Rodríguez C, Gutiérrez-Rodríguez D, Maldonado E. Satisfacción por la vida del adulto mayor. Concepto de revisión actual. *Rev Electron Portales Medicos* [Internet]. 2016 [citado el 23 de mayo de 2022];1–6. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/satisfaccion-la-vida->



- adulto-mayor-concepto/2/
57. Satisfacción por la vida del adulto mayor [Internet]. Revista Electronica de Portales Medicos.com. 2016 [citado el 12 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/satisfaccion-la-vida-adulto-mayor-concepto/4/>
58. Rodríguez N. Envejecimiento: Edad, salud y sociedad. Rev Horiz Sanit [Internet]. 2018 [citado el 11 de julio de 2022];17(2):87–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00087.pdf>
59. Branco A. El sedentarismo es ... Saude Soc Sao Paulo [Internet]. 2016 [citado el 11 de julio de 2022];25(3):716–20. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mzhmbVGFt3y5HZgwMFXWt4F/?format=pdf&lang=es>
60. Callejo A. Narcolepsia [Internet]. Cuidate. 2021 [citado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/narcolepsia.html>
61. Carmenaty I, Soler L. Evaluación funcional del anciano. Rev Cuba Enfermer [Internet]. 2002 [citado el 05 de julio de 2022];18(3):184–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v18n3/enf09302.pdf>
62. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. Dependencia y cuidados [Internet]. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://fiapam.org/documentacion/dependencia-y-cuidados/#:~:text=Los adultos mayores dependientes se,esenciales de la vida diaria.>
63. Borges N, Castro M, Cetina C, Cruz B, de los Reyes M, Novelo J. El concepto de



- felicidad en personas de la tercera edad de la ciudad de Mérida, Yucatán. Enseñanza e Investig en Psicol [Internet]. 2016 [citado el 05 de julio de 2022];21(3):282–90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29248182008.pdf>
64. Soto V, Sans O. Parasomnias. Epilepsia nocturna y trastornos del movimiento [Internet]. Vol. 22, Revista Pediatría Integral. 2018 [citado el 05 de julio de 2022]. p. 412–21. Available from: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii08/06/n8-412-421_VictorSoto.pdf
65. Rojas C, Buckcanan A, Benavides G. Sarcopenia: abordaje integral del adulto mayor. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2019 [citado el 05 de julio de 2022];4(5):24–34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195c.pdf>
66. Peza F, Maldonado G, Trejo C. Agencia de autocuidado en la vida diaria del adulto mayor que vive con diabetes melitus tipo 2 antes y después del apoyo educativo de enfermería [Internet]. Vol. 7, Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan. 2019 [citado el 23 de agosto de 2022]. p. 19–22. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/4308/6336>
67. Castiblanco M, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa centro día/vida, Ibagué , Colombia. Rev Salud Uninorte [Internet]. 2017 [citado el 01 de abril de 2021];33(1):58–65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522017000100058&script=sci_abstract&tlng=es
68. Nequiz J, Munguía A, Izquierdo E. Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la Clínica Universitaria reforma. Rev Enfermería Neurológica



- [Internet]. 2017 [citado el 02 de junio de 2021];16(3):167–75. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050970/percepcion-de-la-calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor-que-acude-_qQKahki.pdf
69. Martínez O, Camarero O, Gonzáles C, Martínez L. Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado el 24 de julio de 2021];22(1):30–41. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161d.pdf>
70. Cerna S. Capacidad de agencia de autocuidado en los adultos mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote 2021 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2021 [citado el 09 de agosto 2022]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76265/Cerna_CSES-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
71. Cardenas M. Nivel de autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor, Centro del adulto mayor Chorrillos, 2018 [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4722>
72. Paullo M. Comparación de la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en el distrito de Wanchaq - Cusco 2018 [Internet]. Universidad Nacional san Agustín; 2019 [citado el 24 de julio de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8995/MDDpanim.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
73. Chura J. Depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3 Ilave, 2021 [Internet].



- Universidad Nacional del Altiplano; 2021 [citado el 14 de diciembre de 2021].
Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/16686/Chura_Aro_Judith_Sayda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
74. Quispe B. Nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Taparachi, Juliaca 2019 [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2020 [citado el 23 de agosto de 2022]. Disponible en:
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3422/Breyid_Trabajo_Bachille_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
75. Tejada T. Capacidad de autocuidado segun Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata - 2018. [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2018 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada_Quispe_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
76. Pacompia A. Calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno, 2014. [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2015 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2426/Pacompia_Sucapuca_Ana_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/2426
77. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio M del P. Metodología de la investigación. 6th ed. McGrawHill, editor. México; 2014 [citado el 07 de julio de 2021]; 126–168 p.
78. Unidad de estadística e informática. Población estimada 2021 de la Red Puno. 2021



- [citado el 01 de diciembre de 2021].
79. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado el 01 de abril de 2021];8(3):235–47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42280309>
 80. Velandia A, Rivera L. Confiabilidad de la escala apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Rev Av en Enfermería* [Internet]. 2009 [citado el 01 de abril de 2021];27(1):38–47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a05.pdf>
 81. Leiva V, Cubillo K, Porras Y, Ramírez T, Sirias I. Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2016 [citado el 09 de agosto de 2022];(31):1–17. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n31/1409-4568-enfermeria-31-00113.pdf>
 82. Díaz de León C, Anguiano A, Lozano M, Flores E. Escala de valoración de la capacidad de autocuidado y su relación con conductas y condiciones de salud en adultos mayores. *Psicol Conductual* [Internet]. 2021 [citado el 17 de agosto de 2022];29(3):781–96. Disponible en: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2021/12/15.Diaz_29-3Es.pdf
 83. Angeles J, Francia N. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un Hospital de Lima, 2020 [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [citado el 09 de agosto de 2022]. Disponible en:



https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9442/Capacidad_AngelesAlvino_Jojani.pdf?sequence=1&isAllowed=y

84. Dueñas D, Bayarre H, Triana E, Rodríguez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2009 [citado el 24 de julio de 2021];25(2):1–15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n2/mgi02209.pdf>
85. Bayarre H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2009 [citado el 09 de agosto de 2022];35(4):110–6. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2009.v35n4/110-116/es>
86. García L, Quevedo M, La Rosa Y, Leyva A. Calidad de vida percibida por adultos mayores. Rev Electronica Medimay [Internet]. 2020 [citado el 09 de agosto de 2022];27(1):16–25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2020/cmh201c.pdf>
87. Mouriño T, Benítez C. Investigaciones por adultos mayores, un impacto en su calidad de vida. [Internet]. Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores. Cuba; 2011 [citado el 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20171/1/663.pdf>



ANEXOS

Anexo 01. Matriz de consistencia.

TITULO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD I-2 SORAZA, COATA – 2021.						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA INSTRUMENTOS
<p>Problema general ¿Existe relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es la capacidad de autocuidado en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata, 2021?</p> <p>¿Cómo perciben la calidad de vida los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata, 2021?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación existente entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.</p> <p>Objetivos específicos: Identificar la capacidad de autocuidado en sus dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, promoción del funcionamiento y desarrollo personal en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza.</p> <p>Identificar la calidad de vida en sus dimensiones: salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción por la vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata.</p>	<p>Hipótesis de la investigación H₁: Existe relación entre capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.</p> <p>H₀: No existe relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021.</p>	<p>Capacidad de autocuidado. (variable independiente)</p> <p>Calidad de vida. (variable dependiente)</p>	<p>Tipo de investigación: Este estudio de investigación fue de tipo descriptivo-correlacional.</p> <p>Diseño de investigación: No experimental, de corte transversal.</p>	<p>La población estuvo constituida por 93 adultos mayores y la muestra de 75, que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza.</p>	<p>La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la entrevista.</p> <p>Para la primera variable se usó la Escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA) y para la segunda variable se utilizó la Escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH).</p>



Anexo 02. Instrumentos de recolección de datos.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS

MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD I-2 SORAZA, COATA -

2021

Instrucciones: Estimado Sr. (a) previo saludo y agradecimiento por su colaboración en la presente investigación cuyo objetivo es “determinar la relación existente entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.”; para lo cual le pediré su absoluta sinceridad en la respuesta de cada uno de los ítems (preguntas) marcando con una “X” sobre su autocuidado que lleva usted, los resultados de este estudio servirán para mejorar el autocuidado de los adultos mayores. Los datos que usted nos brinde serán de carácter anónimo y de fines exclusivos para la investigación. Me despido anticipadamente agradeciendo su gentil participación.

Datos generales:

Edad:

Sexo: (M) (F)

Grado de instrucción: a) Inicial b) Primaria c) Secundaria d) Superior no Universitaria
e) Superior Universitaria f) Sin instrucción

Dependencia económica: a) Si mismo b) Familiares c) Jubilado d) Pensión 65

Actualmente vive con: a) Solo b) Conyugue c) Familiares d) Otros.....



Escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA)

ITEMS	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				



Escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH)

ITEMS	CASI SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras, agacharse).				
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3. Mi familia me quiere y respeta.				
4. Mi estado de ánimo es favorable.				
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.				
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarse, comer).				
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
9. Soy importante para mi familia.				
10. Me siento solo y desamparado en la vida.				
11. Mi vida es aburrida y monótona.				
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido.				
13. Puedo aprender cosas nuevas.				
14. Puedo usar transporte público.				
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.				
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me pueden presentar.				
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.				
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.				
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.				
20. Estoy nervioso o inquieto.				
21. Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).				
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y lo que pienso.				
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
25. Soy feliz con la familia que he construido.				
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos).				
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.				
28. He pensado quitarme la vida.				
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas en el hogar.				
30. Considero que todavía puedo ser útil.				
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.				
32. Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.				
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
34. Soy feliz con la vida que llevo.				



Anexo 03. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/ra. soy egresada de la Escuela y Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano y estoy haciendo una investigación sobre “Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata”, para obtener mi título profesional en enfermería. El propósito del estudio es “determinar la relación existente entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza”. Le pido permiso para que sea partícipe en este estudio, no importa si sus respuestas a las preguntas sean excelentes o malas, ya que todas contribuirán a la investigación. Además, le hago saber que la participación en esta investigación es totalmente opcional, y usted es libre de renunciar en cualquier momento sin perjuicio alguno. Los datos que se obtendrán se mantendrán en anonimato y serán confidenciales utilizados solo para el estudio. A su vez Ud. puede solicitar en cualquier momento la información sobre la investigación o sobre cualquier componente que tenga duda. Si opta por participar, además de su permiso verbal, le pediré su consentimiento por escrito para asegurarme de que asiente a la investigación de forma voluntaria y sin coacción. Yo, con documento nacional de identidad N°, después de recibir una adecuada información sobre el estudio en el que se pide mi participación, comprendo y soy consciente de que mi participación es opcional y de que puedo retirarme del estudio en cualquier momento; también soy consciente de que la información que proporcione se mantendrá totalmente secreta y anónima. Esta información no se utilizará para ningún otro motivo fuera de la investigación en curso. Al firmar este documento, consiento voluntariamente en participar en la investigación para que quede constancia de ello firmo en las líneas de abajo.

Soraza,de..... del 2022.

Participante.

Investigador.



Anexo 04. Carta de presentación.

	<p><i>Universidad Nacional del Altiplano de Puno</i></p> <p>FACULTAD DE ENFERMERÍA</p> <p>Ciudad Universitaria Tarmafas (051)363862 – Casilla 291 Correo institucional: fo@unap.edu.pe</p>					
AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL						
<p>Puno C.U., 10 de febrero de 2022</p>						
<p>OFICIO N° 092-2022-D-FE-UNA-PUNO</p>						
<p>Señor Dr. ALEX ANTONY FERNANDEZ QUISOCALE Jefe del Puesto de Salud I-2 SORAZA <u>Coata.-</u></p>						
<p>ASUNTO: PRESENTA Y SOLICITA BRINDAR FACILIDADES A EGRESADA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA</p>						
<p>Es muy grato dirigirme a usted, para expresarle un afectuoso saludo, al mismo tiempo presento a la Srta. ELASA HADID MAMANI VELEZ, egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, con el fin de solicitar a su representada se sirva autorizar y brindar las facilidades del caso a la egresada citada, para la ejecución del Proyecto de Investigación de Tesis dirigido a la población adulto mayor de la población de Soraza, bajo la dirección de la Docente: Dra. Frida Judith Málaga Yanqui.</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESPONSABLE</th> <th>TITULO DEL PROYECTO DE TESIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELASA HADID MAMANI VELEZ soyhadida@gmail.com</td> <td>"Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al puesto de salud I-2 Soraza, Coata - 2021".</td> </tr> </tbody> </table>	RESPONSABLE	TITULO DEL PROYECTO DE TESIS	ELASA HADID MAMANI VELEZ soyhadida@gmail.com	"Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al puesto de salud I-2 Soraza, Coata - 2021".		
RESPONSABLE	TITULO DEL PROYECTO DE TESIS					
ELASA HADID MAMANI VELEZ soyhadida@gmail.com	"Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al puesto de salud I-2 Soraza, Coata - 2021".					
<p>Agradeciendo su amable atención, renuevo a usted mi mayor consideración personal.</p>						
<p><i>Atentamente,</i></p>						
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;">  Dra. ROSA PILCO VARGAS Decana de la Facultad de Enfermería UNA - Puno </td> </tr> </table>				 Dra. ROSA PILCO VARGAS Decana de la Facultad de Enfermería UNA - Puno		
	 Dra. ROSA PILCO VARGAS Decana de la Facultad de Enfermería UNA - Puno					
<p>C.c. Archivo. RPV/crla.</p>						



Anexo 05. Carta de presentación aceptada por la jefatura del Puesto de Salud I-2

Soraza.



Universidad Nacional del Altiplano de Puno
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Ciudad Universitaria Telefax (051)363862 – Casilla 291
Correo institucional: fe@unap.edu.pe

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Puno C.U., 10 de febrero de 2022

OFICIO N° 092-2022-D-FE-UNA-PUNO
Señor
Dr. ALEX ANTONY FERNANDEZ QUISOCALA
Jefe del Puesto de Salud I-2 SORAZA
Coata.-

ASUNTO: PRESENTA Y SOLICITA BRINDAR FACILIDADES A EGRESADA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Es muy grato dirigirme a usted, para expresarle un afectuoso saludo, al mismo tiempo presento a la Srta. ELASA HADID MAMANI VELEZ, egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, con el fin de solicitar a su representada se sirva autorizar y brindar las facilidades del caso a la egresada citada, para la ejecución del Proyecto de Investigación de Tesis dirigido a la población adulto mayor de la población de Soraza, bajo la dirección de la Docente: Dra. Frida Judith Málaga Yanqui.

RESPONSABLE	TITULO DEL PROYECTO DE TESIS
ELASA HADID MAMANI VELEZ soyhadida@gmail.com	"Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al puesto de salud I-2 Soraza, Coata - 2021".

Agradeciendo su amable atención, renuevo a usted mi mayor consideración personal.

Atentamente,




Dra. ROSA PILCO VARGAS
 Decana de la Facultad de Enfermería
 UNA – Puno




Dr. ALEX ANTONY FERNANDEZ QUISOCALA
 MEDICO SORAZA
 CAMP. 02/1925

C.c. Archivo.
RPV/crlc.



Anexo 06. Carta de autorización.



RED DE SALUD
PUNO

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD PUNO
MICRO RED JOSÉ ANTONIO ENCINAS
EE.SS. I-2 SORAZA

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Soraza, 01 de marzo del 2022.

Jefatura del Establecimiento de Salud I-2 Soraza

Yo Lic. Enf. Roxana Roque Cruz con CEP: 49332, en calidad de encargada de la jefatura del Establecimiento de Salud I-2 Soraza, autorizo a la señorita Elasa Hadid Mamani Velez con DNI: 74177259, egresada de la Escuela y Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, para que ejecute su proyecto de tesis titulada, “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD I-2 SORAZA, COATA – 2021”. Al respecto, he dispuesto que los servidores del Establecimiento de Salud I-2 Soraza, a partir de la fecha le brinden las facilidades necesarias para la recolección de datos.

Atentamente,



Roxana Roque Cruz
Roxana Roque Cruz
LIC. ENFERMERIA
CEP. 49332

Lic. Enf. Roxana Roque Cruz
DNI: 41517891

Encargada de la jefatura del Establecimiento de Salud I-2 Soraza

Anexo 07. Contrastación de hipótesis.

Tabla 4. Relación entre capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,304 ^a	6	,008
Razón de verosimilitud	18,296	6	,006
Asociación lineal por lineal	8,906	1	,003
N de casos válidos	75		

$X^2_c = 17.304$ $X^2_t = 12.5916$ $gl = 6$ $p = 0.008$

Anexo 08. Fiabilidad de los instrumentos por prueba piloto en adultos mayores del Establecimiento de Salud Acora.

Tabla 5. Estadística de fiabilidad de la escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA).

Alfa de Cronbach	N de elementos
,808	24

Tabla 6. Estadística de fiabilidad de la escala de calidad de vida en la tercera edad (MGH)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,791	34

Anexo 09. Figuras.

Figura 1. Relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

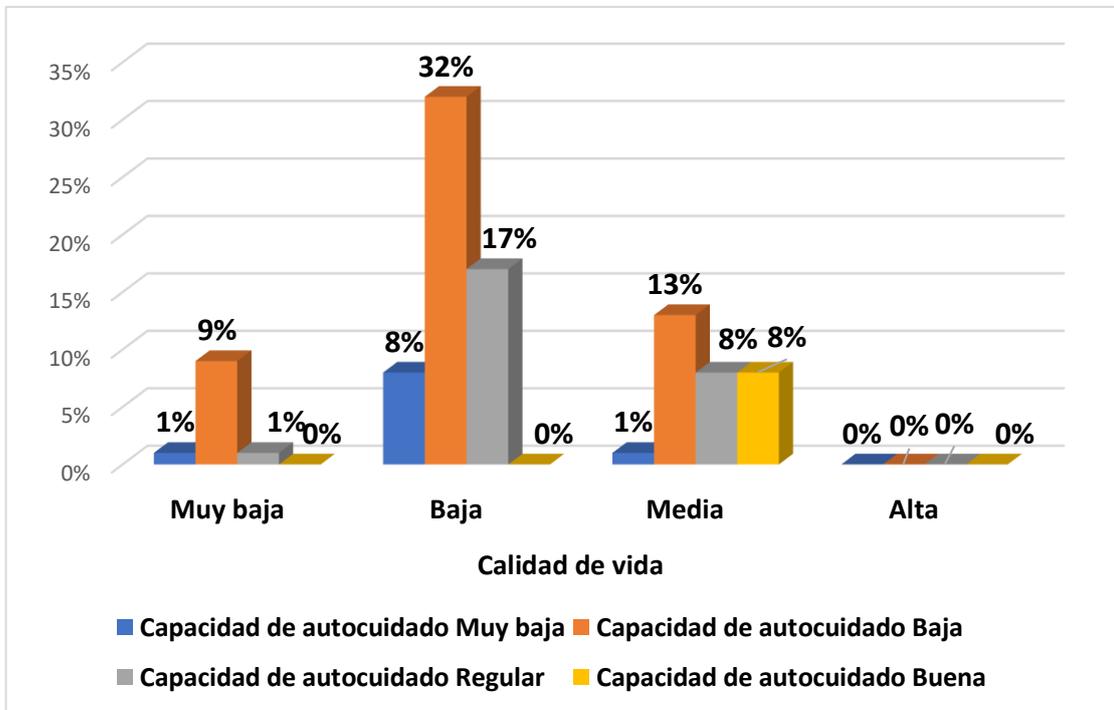


Figura 2. Capacidad de autocuidado en su dimensión: interacción social, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

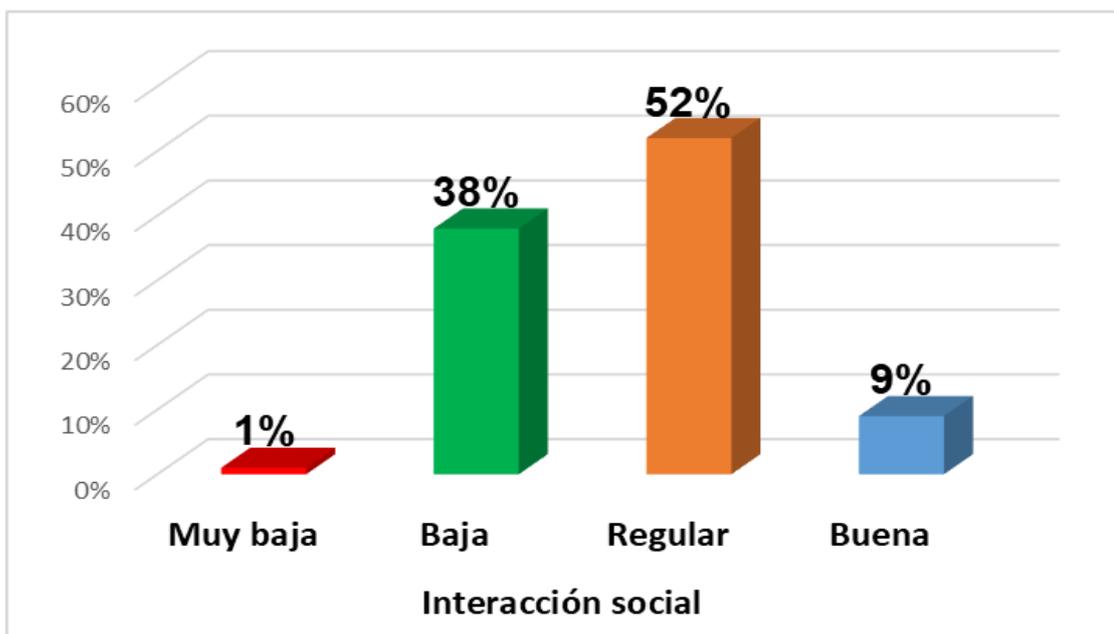


Figura 3. Capacidad de autocuidado en su dimensión: bienestar personal, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

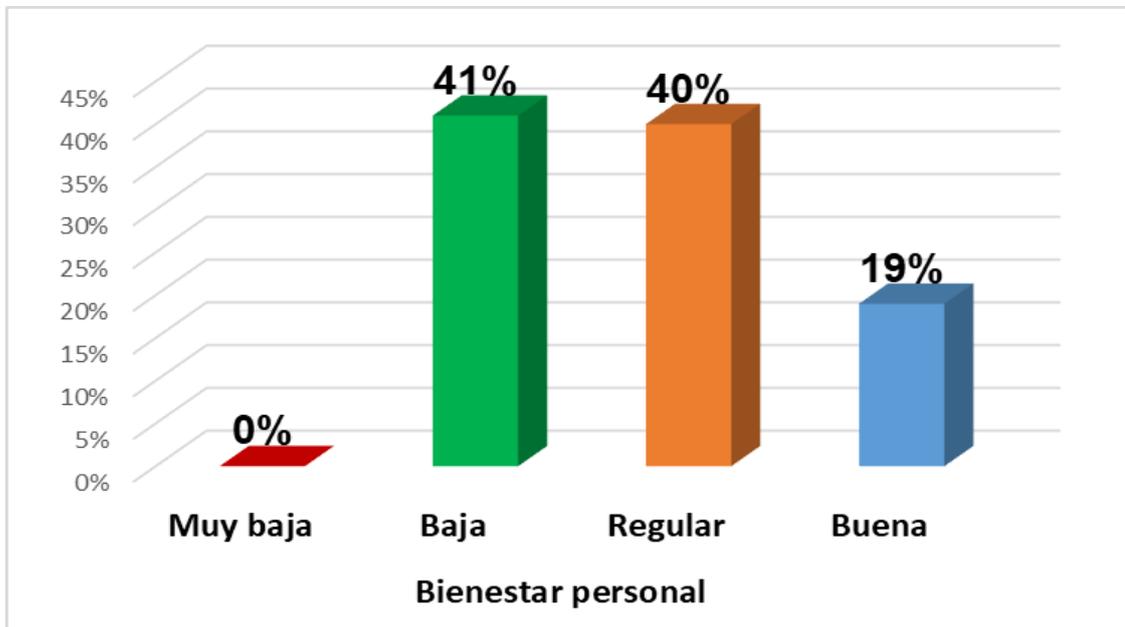


Figura 4. Capacidad de autocuidado en su dimensión: actividad y reposo, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

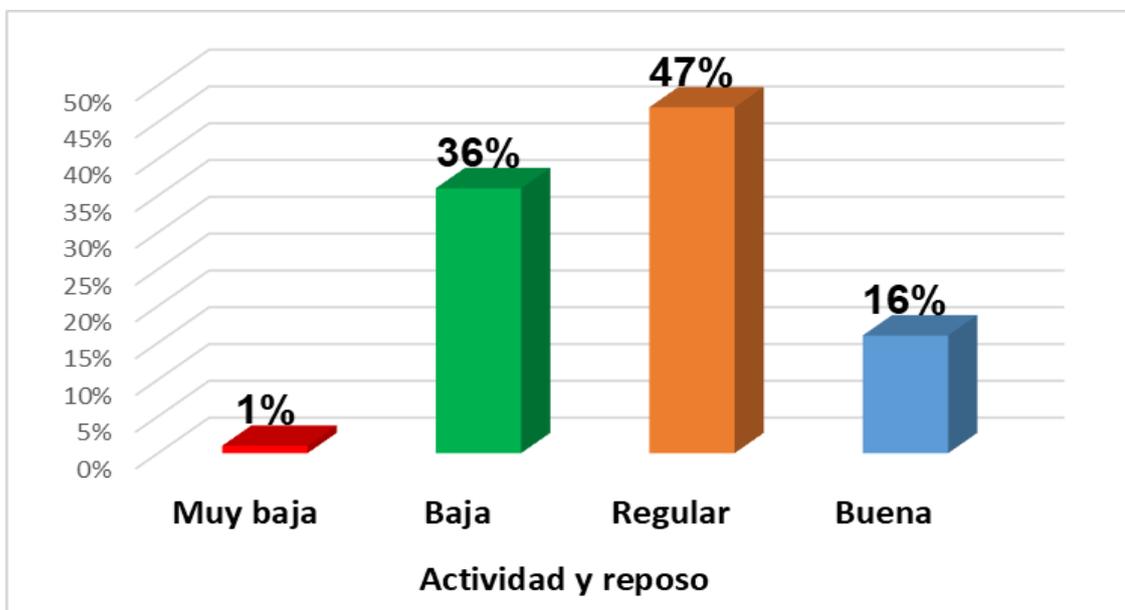


Figura 5. Capacidad de autocuidado en su dimensión: consumo suficiente de alimentos, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

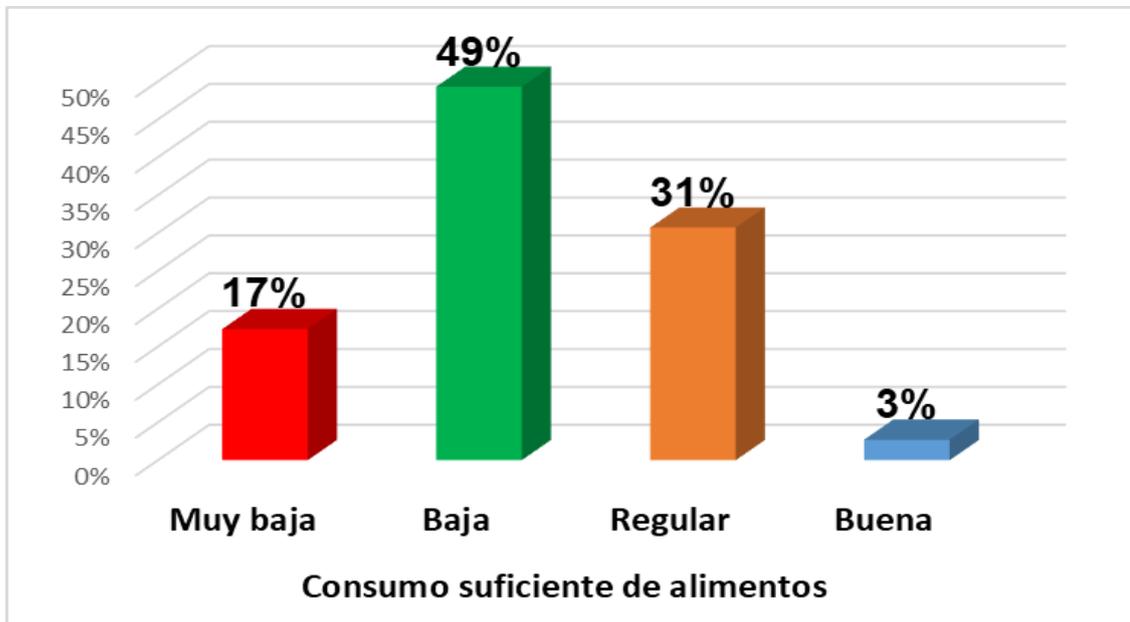


Figura 6. Capacidad de autocuidado en su dimensión: promoción del funcionamiento y desarrollo personal, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

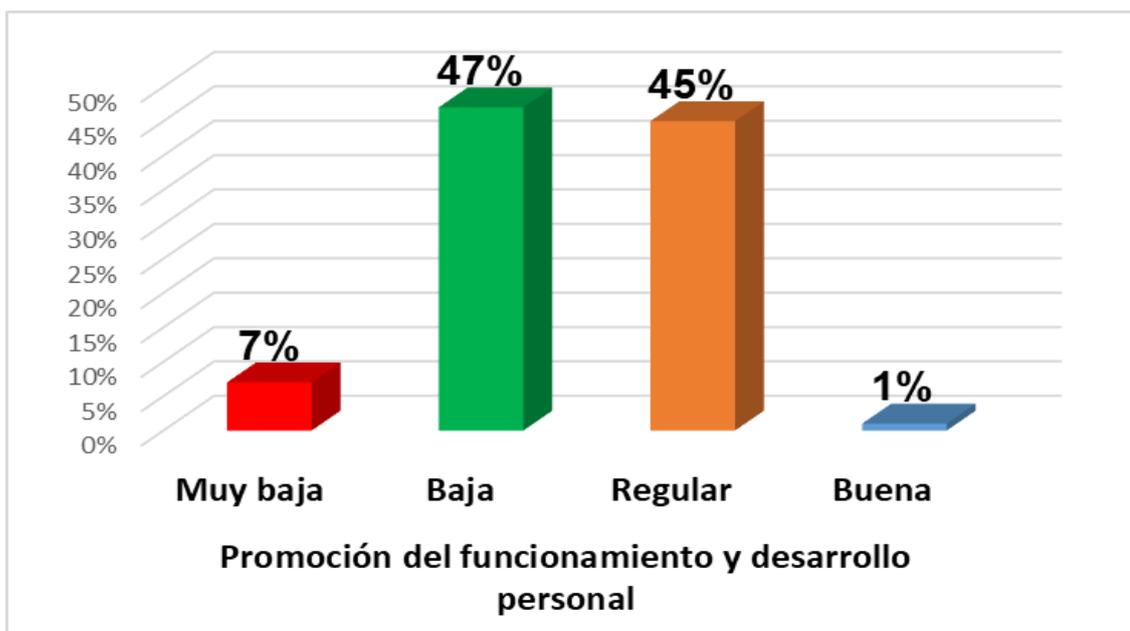


Figura 7. Capacidad de autocuidado global en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

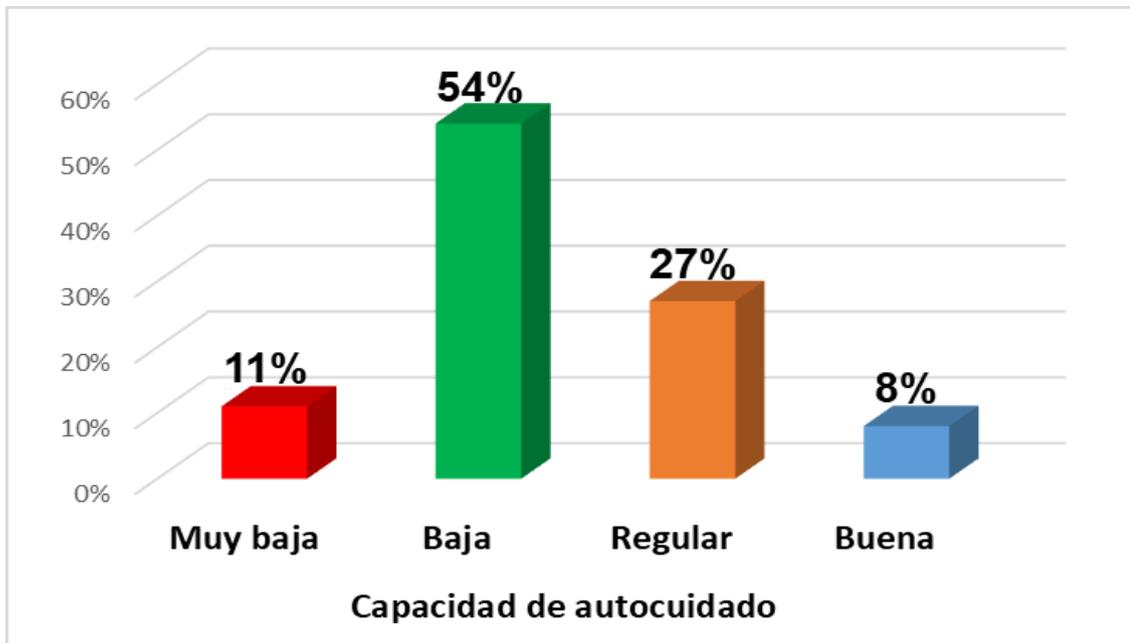


Figura 8. Calidad de vida en su dimensión: salud física, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

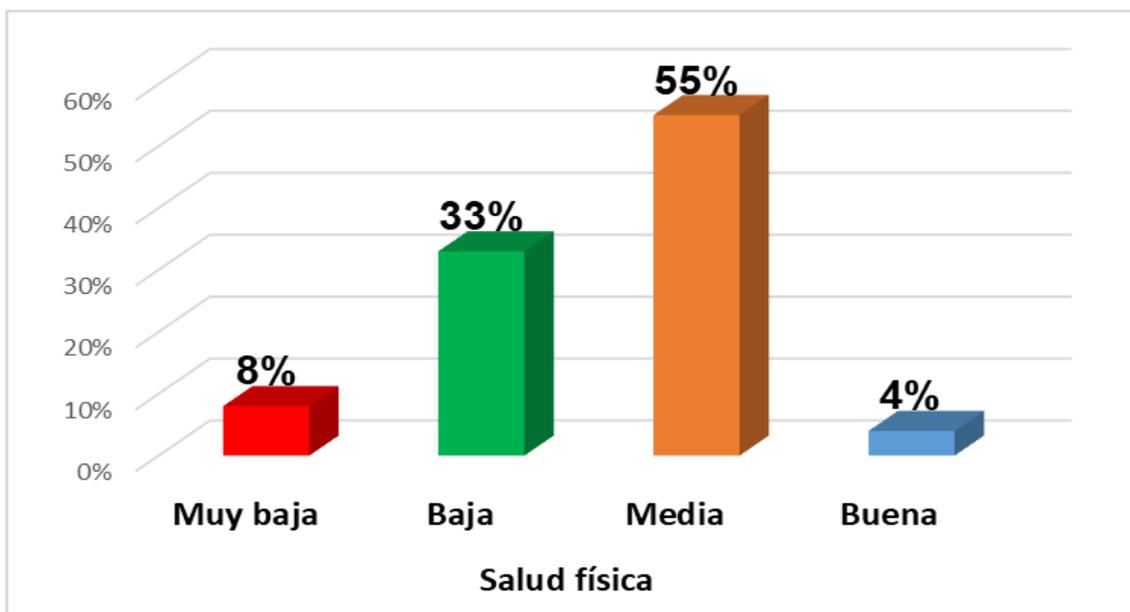


Figura 9. Calidad de vida en su dimensión: relaciones interpersonales, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

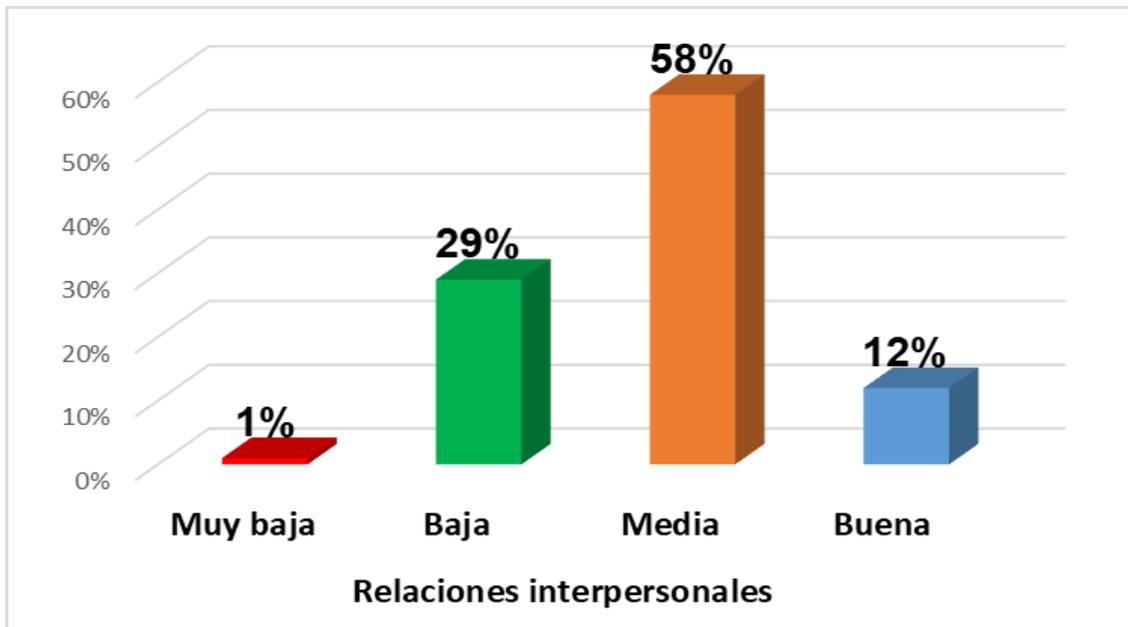


Figura 10. Calidad de vida en su dimensión: independencia para realizar actividades, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

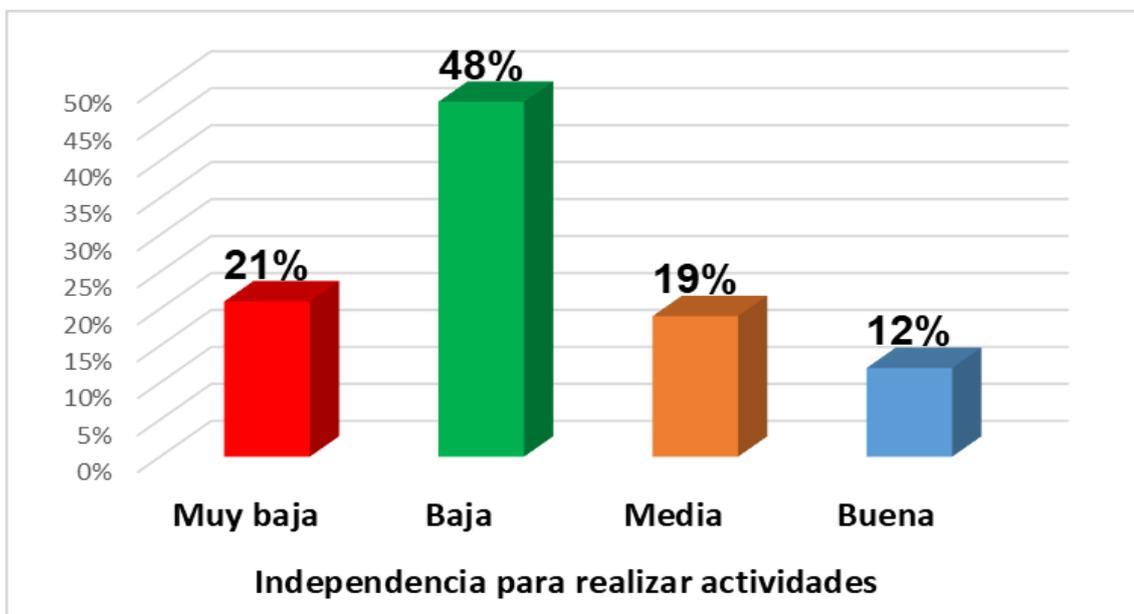


Figura 11. Calidad de vida en su dimensión: satisfacción por la vida, en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

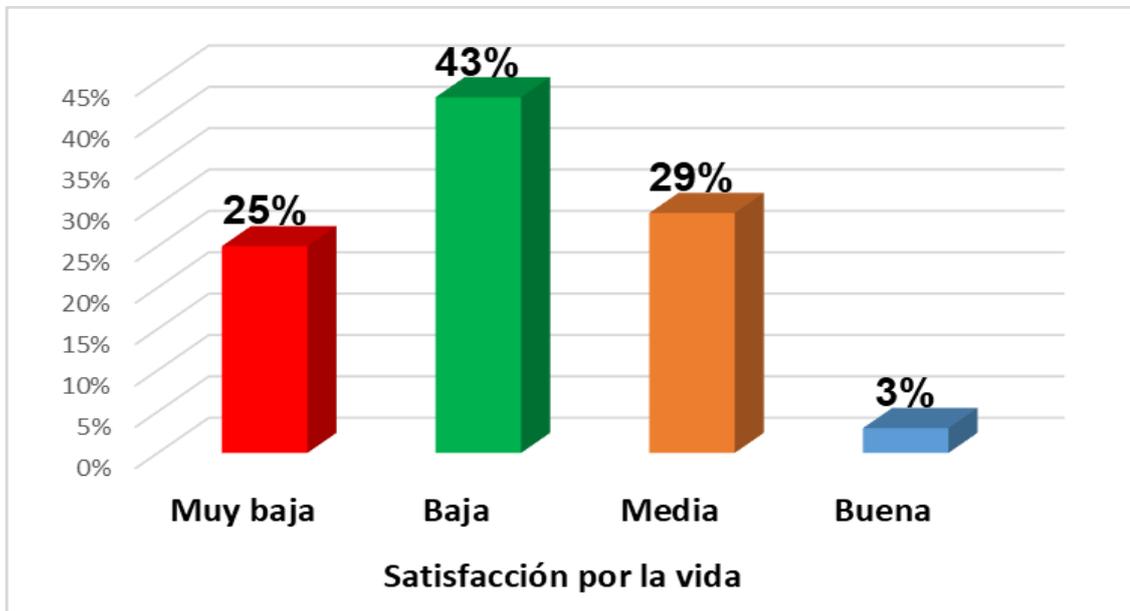


Figura 12. Calidad de vida global en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

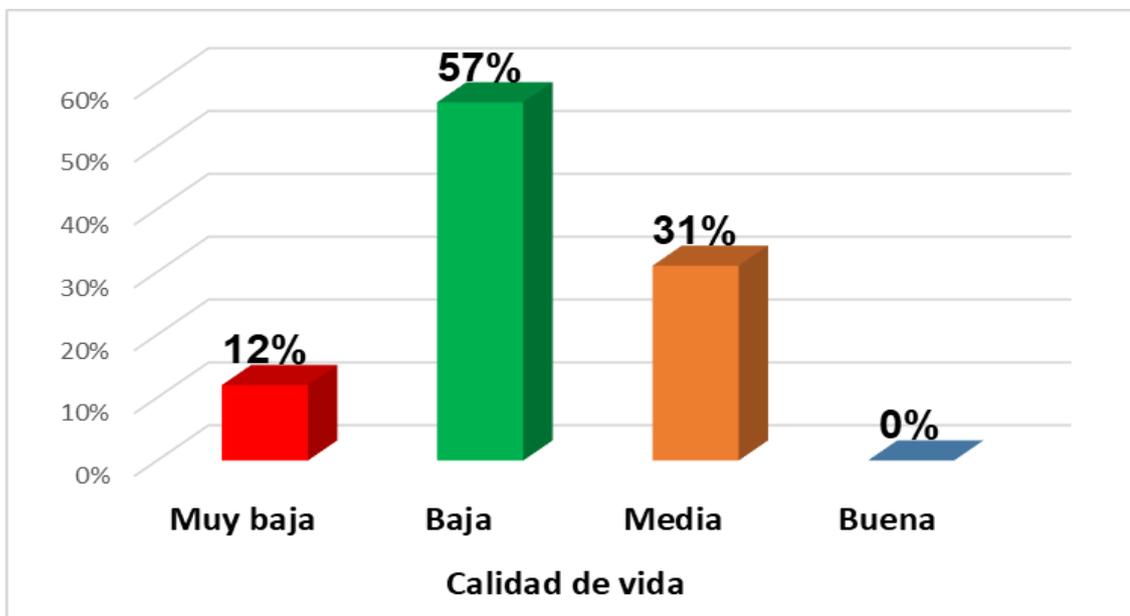


Figura 13. Característica edad de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

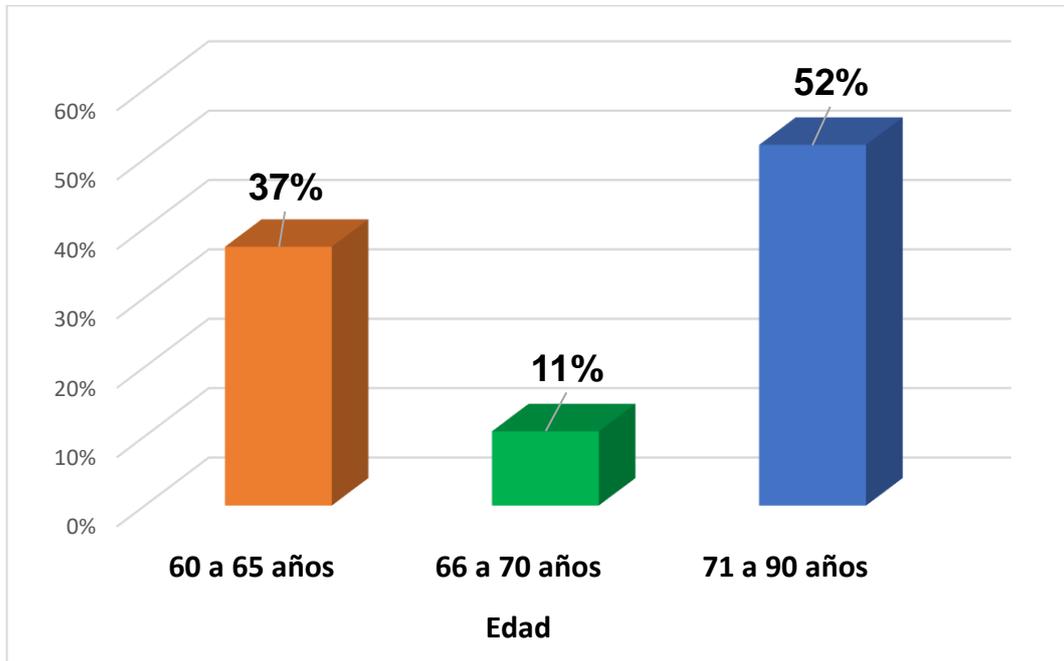


Figura 14. Característica sexo de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

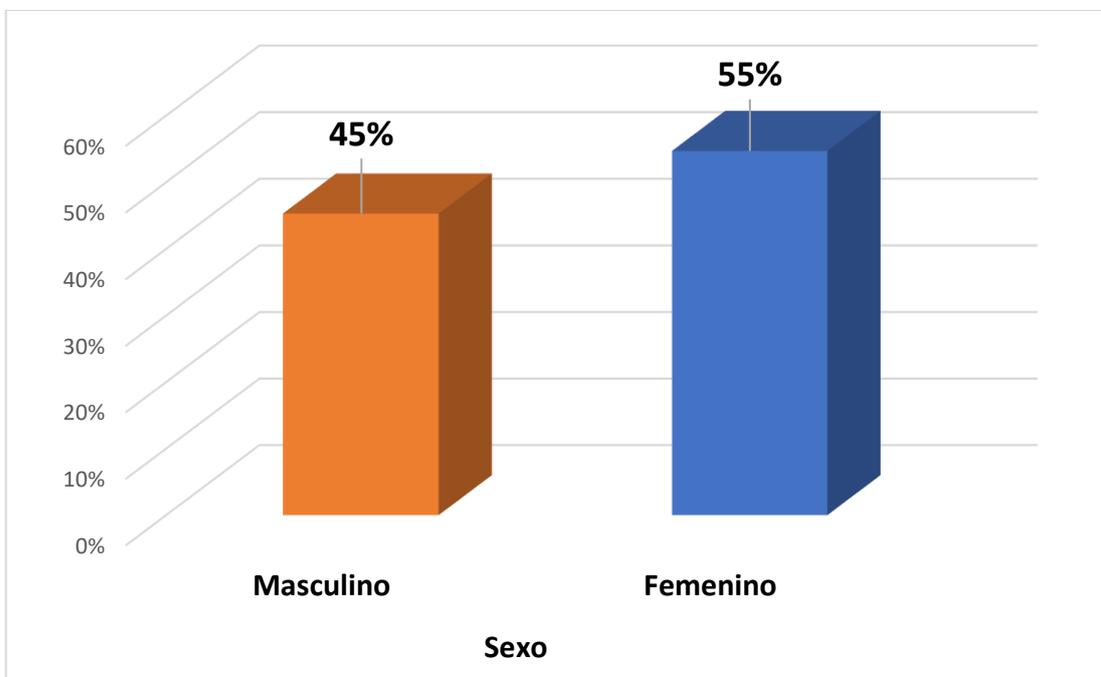


Figura 15. Característica convivencia de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

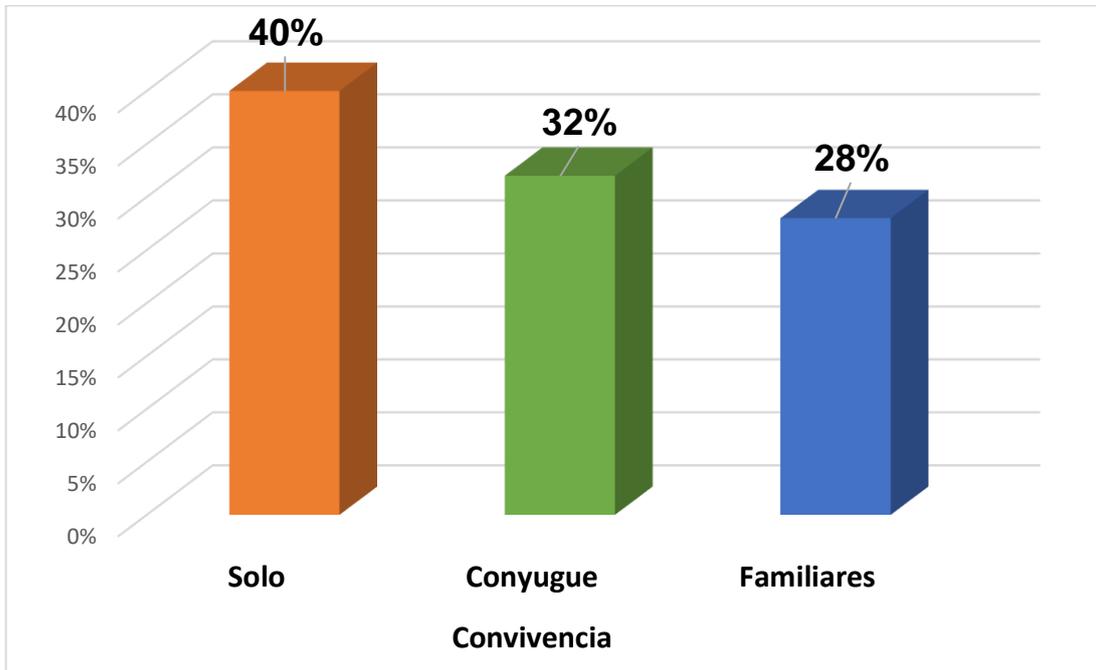


Figura 16. Característica dependencia económica de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.

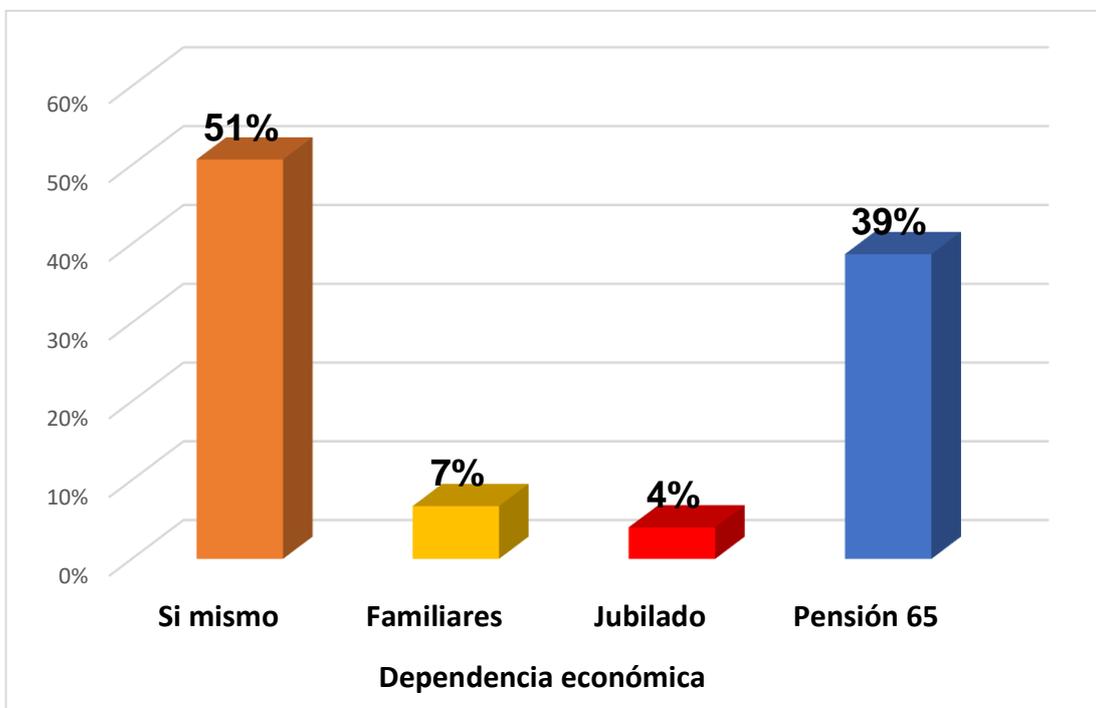
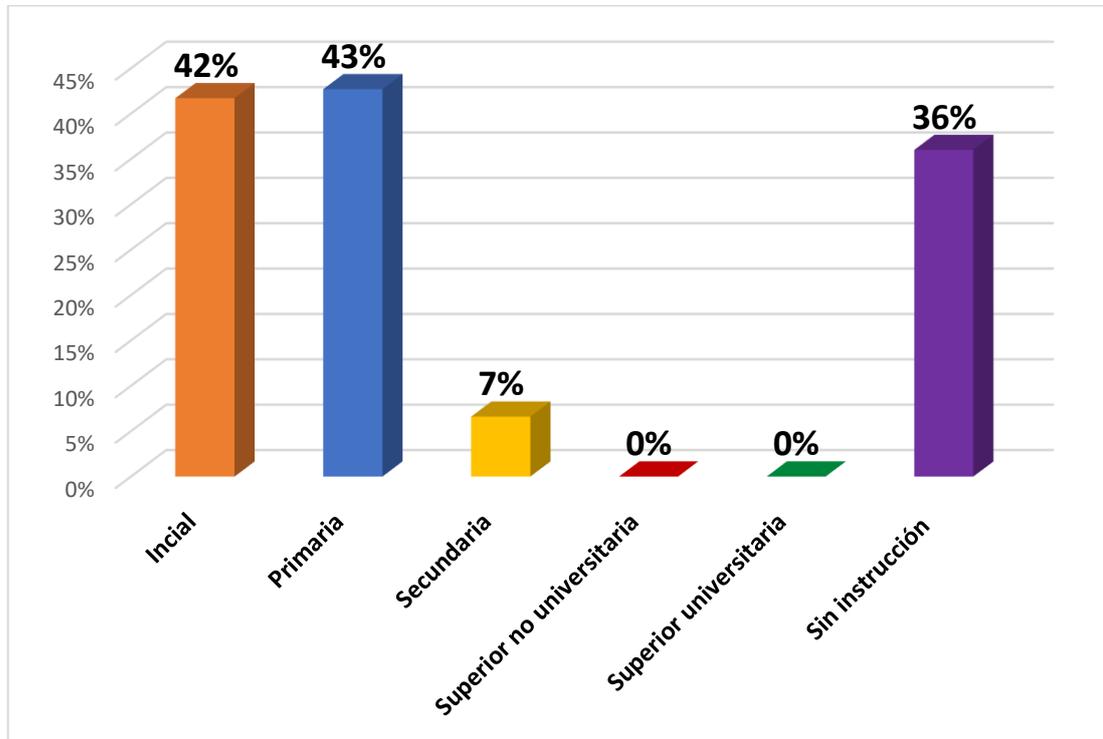


Figura 17. Característica grado de instrucción de los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021.



Anexo 11. Tabulación de datos.

Tabulación de los indicadores de la capacidad de autocuidado.

Anexo 11. A. Tabulación de la dimensión interacción social.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: INTERACCIÓN SOCIAL	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	8	10.7%	32	42.7%	33	44.0%	2	2.7%
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	2	2.7%	30	40.0%	40	53.3%	3	4.0%

Anexo 11. B. Tabulación de la dimensión bienestar personal.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: BIENESTAR PERSONAL	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	2	2.7%	40	53.3%	30	40.0%	3	4.0%
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	3	4.0%	10	13.3%	56	74.7%	6	8.0%
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	3	6.7%	37	48.3%	30	40.0%	5	6.7%
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	0	0.0%	42	56.0%	29	38.7%	4	5.3%
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	14	18.7%	26	34.7%	30	40.0%	5	6.7%
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	1.3%	16	21.3%	48	64.0%	10	13.3%
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	25	33.3%	25	33.3%	16	21.3%	9	12.0%
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	15	20.0%	32	42.7%	18	24.0%	10	13.3%
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	3	4.0%	38	50.7%	26	34.7%	8	10.7%
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	23	30.7%	24	32.0%	16	21.3%	12	16.0%
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	6	8.0%	44	58.7%	17	22.7%	8	10.7%
23. Puedo sacar tiempo para mí.	16	21.3%	28	37.3%	23	30.7%	8	10.7%

Anexo 11. C. Tabulación de la dimensión actividad y reposo.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: ACTIVIDAD Y REPOSO	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	4	5.3%	16	21.3%	45	60.0%	10	13.3%
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	19	25.3%	16	21.3%	36	48.0%	4	5.3%
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.	20	26.7%	12	16.0%	41	54.7%	2	2.7%
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	12	16.0%	19	25.3%	41	54.7%	3	4.0%
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	22	29.3%	11	14.7%	36	48.0%	6	8.0%

Anexo 11. D. Tabulación de la dimensión consumo suficiente de alimentos.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	13	17.3%	37	49.3%	23	30.7%	2	2.7%

Anexo 11. E. Tabulación de la dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	14	18.7%	49	65.3%	12	16.0%	0	0.0%
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	12	16.0%	47	62.7%	16	21.3%	0	0.0%
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	17	22.7%	39	52.0%	19	25.3%	0	0.0%
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	15	20.0%	25	33.3%	34	45.3%	1	1.3%

Tabulación de los indicadores de la calidad de vida.

Anexo 11. F. Tabulación de la dimensión salud física.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: SALUD FÍSICA	Casi nunca		Algunas veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras, agacharse).	4	5.3%	26	34.7%	30	40.0%	15	20.0%
4. Mi estado de ánimo es favorable.	3	4.0%	18	24.0%	32	42.7%	22	29.3%
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas de la vida (cocinar, lavar, limpiar, bañarse, comer).	0	0.0%	10	13.3%	35	46.7%	30	40.0%
20. Estoy nervioso o inquieto.	1	1.3%	11	14.7%	45	60.0%	18	24.0%
28. He pensado quitarme la vida.	0	0.0%	5	6.7%	36	48.0%	34	45.3%
32. Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.	10	13.3%	12	16.0%	24	32.0%	29	38.7%

Anexo 11. G. Tabulación de la dimensión relaciones interpersonales.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: RELACIONES INTERPERSONALES	Casi nunca		Algunas veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
3. Mi familia me quiere y respeta.	0	0.0%	15	20.0%	41	54.7%	19	25.3%
9. Soy importante para mi familia.	1	1.3%	17	22.7%	33	44.0%	24	32.0%
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me pueden presentar.	0	0.0%	15	20.0%	34	45.3%	26	34.7%
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y lo que pienso.	0	0.0%	12	16.0%	31	41.3%	32	42.7%
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.	4	5.3%	5	6.7%	36	48.0%	10	40.0%
25. Soy feliz con la familia que he construido.	1	1.3%	10	13.3%	40	53.3%	24	32.0%
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas en el hogar.	1	1.3%	29	28.7%	30	40.0%	15	20.0%

Anexo 11. H. Tabulación de la dimensión independencia para realizar actividades.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: INDEPENDENCIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES	Casi nunca		Algunas veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.	1	1.3%	23	30.7%	14	18.7%	37	49.3%
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.	31	41.3%	35	46.7%	8	10.7%	1	1.3%
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido	12	18.0%	45	60.0%	12	18.0%	6	8.0%
14. Puedo usar transporte público.	0	0.0%	7	9.3%	47	62.7%	21	28.0%
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.	0	0.0%	22	29.3%	35	46.7%	18	24.0%
21. Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos (u otros niños que vivan en el hogar).	1	1.3%	32	42.7%	9	12.0%	33	44.0%
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia o mis amigos).	4	5.3%	50	66.7%	1	1.3%	20	26.7%

Anexo 11. I. Tabulación de la dimensión satisfacción por la vida.

INDICADORES DE LA DIMENSIÓN: SATISFACCIÓN POR LA VIDA	Casi nunca		Algunas veces		A menudo		Casi siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.	1	1.3%	42	56.0%	5	6.7%	27	36.0%
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.	1	1.3%	20	26.7%	26	34.7%	28	37.3%
10. Me siento solo y desamparado en la vida.	0	0.0%	18	24.0%	26	34.7%	31	41.3%
11. Mi vida es aburrida y monótona.	1	1.3%	17	22.7%	26	34.7%	31	41.3%
13. Puedo aprender cosas nuevas.	16	21.3%	56	74.7%	0	0.0%	3	4.0%
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades, de cualquier índole.	1	1.3%	45	60.0%	7	9.3%	22	29.3%
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.	0	0.0%	44	58.7%	12	16.0%	19	25.3%
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas que tengo.	11	14.7%	32	42.7%	14	18.7%	18	24.0%
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.	0	0.0%	46	62.3%	20	26.7%	9	12.0%
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir yo en ella.	0	0.0%	39	52.0%	31	41.3%	5	6.7%
30. Considero que todavía puedo ser útil.	12	16.0%	43	57.3%	15	20.0%	5	6.7%
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.	3	4.0%	41	54.7%	29	38.7%	2	2.7%
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.	11	14.7%	26	34.7%	11	14.7%	27	36.0%
34. Soy feliz con la vida que llevo.	2	2.7%	41	54.7%	24	32.0%	8	10.7%

Anexo 12. Evidencias de la investigación.

Fotografía 01.



Descripción: Puesto de Salud I-2 Soraza.

Fotografía 02.



Descripción: Aplicación de los instrumentos de recolección de datos en los adultos mayores acudientes al Puesto de Salud I-2 Soraza por medio de la visita domiciliaria.

Fotografía 03.



Descripción: Aplicación de los instrumentos de recolección de datos en los adultos mayores acudientes al Puesto de Salud I-2 Soraza por medio de la visita domiciliaria.

Fotografía 04.



Descripción: Aplicación de los instrumentos de recolección de datos en los adultos mayores acudientes al Puesto de Salud I-2 Soraza por medio de la visita domiciliaria.

Fotografía 05.



Descripción: Aplicación de los instrumentos de recolección de datos en los adultos mayores acudientes al Puesto de Salud I-2 Soraza por medio de la visita domiciliaria.