



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS
MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. IPRESS I-4 BELLAVISTA
NANAY.2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTOR:

Bach. Enf. Angel Román William Taminche Macedo

ASESORES:

Médico Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla

Dra. Maritza E. Villanueva Benites

San Juan Bautista. Loreto

2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 060-2025-UCP-FCS, del 15 de enero del 2025, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 201-2026-UCP-FCS, 23 de febrero del 2026, se autorizó la sustentación.

Siendo las 11:00 a.m. horas, del jueves 05 de marzo del 2026, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. IPRESS I-4 BELLALVISTA NANAY 2025.**

Presentado por:

ANGEL ROMAN WILLIAM TAMINCHE MACEDO

Para optar el título profesional de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Como asesor al Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr. y coasesora Lic. Enf. Maritza Evangelina Villanueva Benites, Dra.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

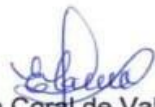
La sustentación es: *Aprobado por excelencia*

A las ... *12:00* ... horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.



Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Presidente



Lic. Enf. Esperanza Coral de Valles, Mgr.
Miembro



Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García
Miembro



“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. IPRESS I-4 BELLAVISTA NANAY 2025”

Del alumno: **ANGEL ROMÁN WILLIAM TAMINCHE MACEDO**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **14% de similitud**. Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 16 de febrero del 2026.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jorge L. Tapullima Flores', is written over a horizontal line.

**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**



UCP_ENFERMERIA_2025_ANGEL_TA MINCHE_V1

14%
Textos
sospechosos

6% Similitudes
0 % similitudes entre
comillas
0 % entre las fuentes
mencionadas
8% Idiomas no reconocidos
< 1% Textos potencialmente
generados por la IA

Nombre del
documento: UCP_ENFERMERIA_2025_ANGEL_TAMINCHE_V1.pdf
ID del documento: 94645be4818bc553aee9dfc3b97d367ca19d989b
Tamaño del documento original: 360,21 kB

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito: 16/2/2026
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 16/2/2026

Número de palabras: 10.622
Número de caracteres: 70.194

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	UCP_ENFERMERIA_2024_T_ZAIDA MORENO-SOFFI USHINAHUA_VI_RESU... #c12f44 Viene de mi biblioteca 2 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (177 palabras)
2	repositorio.unapiquitos.edu.pe Prácticas de autocuidado, capacidad funcional ... http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3539 2 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (142 palabras)
3	UCP_ENFERMERIA_2025_T_VANIA GARCÍA NOREMY ACOSTA_VI.pdf ... #d1c296 Viene de mi biblioteca	1%		Palabras idénticas: 1% (114 palabras)
4	UCP_CARRERA ENFERMERIA_2025_SOLANGE GORDON Y JHON OSORIO... #799879 Viene de mi biblioteca	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (92 palabras)
5	repositorio.ucp.edu.pe https://repositorio.ucp.edu.pe/bitstreams/9fbdf27-fb0e-4ef2-be4b-93712b76952c/download	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (85 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dx.doi.org IMPACTO DEL PROGRAMA "AUTOCUIDADO PARA UNA VEJEZ ACTIVA" ... http://dx.doi.org/10.26495/tzh.v1i2i2.1261	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
2	localhost Promoción de prácticas asistenciales de cuidado y autocuidado en per... http://localhost:8080/xmlui/bitstream/view/47418/3/CD_074-BORJA SARMIENTO ALFREDO A...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
3	semergencantabria.org Escala de Lawton y Brody http://semergencantabria.org/calculador/bzcalc2.htm	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
4	Documento de otro usuario #75bd5b Viene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
5	www.dspace.uce.edu.ec Factores sociodemográficos y su asociación con los in... http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24205	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (17 palabras)



HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. IPRESS I-4, BELLALVISTA NANAY 2025.

FECHA DE SUSTENTACION: 05 DE MARZO DEL 2026.

A blue ink signature of Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera.

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Presidente

A blue ink signature of Lic. Enf. Esperanza Coral de Valles, Mgr.

Lic. Enf. Esperanza Coral de Valles, Mgr.
Miembro

A blue ink signature of Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García.

Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García
Miembro

A blue ink signature of Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.

Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Asesor

A blue ink signature of Lic. Enf. Maritza Evangelina Villanueva Benites, Dra.

Lic. Enf. Maritza Evangelina Villanueva Benites, Dra.
Coasesora

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, creador de los cielos y la tierra, gloria y alabanza para aquel que vive y reina por los siglos de los siglos.

A mi madre Zulema Macedo Pinedo, cuyo apoyo incondicional en este amplio proceso de mi desarrollo profesional fue el pilar y fuente de motivación hacia el estudio de las ciencias de la salud. Por su incesante esfuerzo de verme triunfar en la vida

A cada ser amado de mi familia y amigos que se mostraron felices y empáticos con cada logro y victoria que Dios propuso en mi camino.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi gratitud:

A las personas mayores que participaron en este estudio. Mi infinito agradecimiento a ellos.

A la Universidad Científica del Perú y a la carrera de enfermería que me brindó inimaginables vivencias que marcaron mi vida para siempre, aportando así un granito de arena en la sabiduría y conocimiento de la salud para el bienestar de la humanidad. Gracias, por brindarme docentes diestros en la materia y hacerlos parte de mi vida.

Al jurado calificador, Lic. Enf. Elvia Malafaya Rivera, Mgr. Esperanza Coral Amasifuen y Lic. Enf. Ana Soplin García, por sus aportes en la presente investigación

A mis asesores el Médico Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla y la Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites, mil gracias por sus enseñanzas y paciencia; para mí fueron indispensables lumbreras en el desarrollo de mi tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada	I
Acta de sustentación de tesis	li
Constancia de originalidad del trabajo de investigación	lii
Hoja de aprobación	V
Dedicatoria	Vi
Agradecimiento	Vii
Índice de contenido	Viii
Índice de tablas	Ix
Índice de gráficos	X
Resumen y palabras claves	Xi
Abstract	Xii
Capítulo I: Marco teórico	
1.1. Antecedentes del estudio	13
1.2. Bases teóricas	20
1.3. Definición de términos básicos	28
Capítulo II: Planteamiento del problema	
2.1. Descripción del problema	29
2.2. Formulación del problema	30
2.2.1. Problema general	30
2.2.2. Problemas específicos	30
2.3. Objetivos	31
2.3.1. Objetivo general	31
2.3.2. Objetivos específicos	31
2.4. Hipótesis	32
2.5. Variables	32
2.5.1. Identificación de las variables	32
2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables	32
2.5.3. Matriz de operacionalización de las variables	35
Capítulo III: Metodología	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	37
3.2. Población y muestra	38
3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos	38
3.4. Procedimiento de recolección de datos	40
3.5. Procesamiento y análisis de datos	41
3.6. Protección de los derechos humanos	41
Capítulo IV: Resultados	43
Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones	54
Referencias bibliográficas	59
Anexos (instrumento y matriz de consistencia)	70

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	34
Tabla 2. Morbilidad sentida del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	36
Tabla 3. Capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	37
Tabla 4. Nivel de autocuidado según factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	39
Tabla 5. Nivel de autocuidado según factores de salud-enfermedad del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	41
Tabla 6. Nivel de autocuidado según la capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	43

INDICE DE GRAFICOS

	pág.
Gráfico 1. Salud autopercebida del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	35
Gráfico 2. Nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025	38

RESUMEN

Se desarrolló esta investigación observacional, descriptiva y transversal, con la finalidad de establecer los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que reside en una comunidad de la Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025. La muestra definida por conveniencia, estuvo constituida por 150 adultos mayores que residen en el Asentamiento Humano Iván Vásquez, de la Ipress I-4 Bellavista Nanay; a quienes se aplicó un cuestionario de factores sociodemográficos y de salud enfermedad del adulto mayor (validez de contenido de 0,92), el Índice de Katz (confiabilidad de 0,90), el índice Lawton (confiabilidad de 0,94) y la Escala de autocuidado de Leiton (confiabilidad de 0,957). Los hallazgos expresaron el perfil sociodemográfico del adulto mayor que vive en la comunidad, edad media de 70 ± 8 años, principalmente de sexo femenino, estado civil casado o divorciado, ama de casa, con instrucción primaria. En cuanto a la salud-enfermedad, se detectó que el 90% calificó la salud autopercebida como buena en los ítems “salud en general” y “salud en comparación con hace un año”. El 59,3% declaró padecer de alguna enfermedad, 40% de ellos con hipertensión arterial y 16,7% con diabetes mellitus; la mediana del tiempo de enfermedad fue de 05 años. El 95,3% y el 94,7% informaron independencia para la ejecución de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, respectivamente. El 80,7 % manifestó un nivel de autocuidado bueno. Las variables sociodemográficas que evidenciaron relación estadística significativa con el autocuidado, fueron el estado civil y la ocupación. La salud percibida, morbilidad sentida también mostraron relación estadística con el autocuidado ($p < 0,05$).

Palabras clave: autocuidado - adulto mayor - comunidad.

ABSTRACT

This observational, descriptive, and cross-sectional research was carried out with the purpose of establishing the factors that influence self-care of older adults residing in a community of the Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025. The sample, defined by convenience, consisted of 150 older adults residing in the Iván Vásquez Human Settlement, of the Ipress I-4 Bellavista Nanay; to whom a questionnaire of sociodemographic factors and health disease of the older adult was applied (content validity of 0.92), the Katz Index (reliability of 0,90), the Lawton index (reliability of 0.94) and the Leiton Self-Care Scale (reliability of 0.957). The findings expressed the sociodemographic profile of the older adult living in the community, mean age 70 ± 8 years, mainly female, marital status married or divorced, housewife, with primary education. Regarding health-illness, it was detected that 90% qualified self-perceived health as good in the items "health in general" and "health compared to a year ago". A total of 59.3% reported suffering from some disease, 40% of them with arterial hypertension and 16.7% with diabetes mellitus; the median time of illness was 05 years. 95.3% and 94.7% reported independence for the execution of instrumental and basic activities of daily living, respectively. A good level of self-care was reported by 80.7%. The sociodemographic variables that showed a statistically significant relationship with self-care were marital status and occupation. Perceived health and perceived morbidity also showed a statistical relationship with self-care ($p<0.05$).

Key words: self-care - elderly - community.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio

Ámbito internacional

Vázquez, Miranda, Sagaró, Blanco, Parra (Cuba 2025), determinaron la asociación de variables sociodemográficas con el autocuidado en adultos mayores; mediante una investigación descriptiva, participaron 84 adultos mayores, a quienes se aplicó el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor. El 68% presentó autocuidado parcialmente adecuado y hubo asociación significativa entre el sexo, el estado civil, el apoyo familiar y el autocuidado¹.

Medina-Fernández, Orozco-González, Torres-Soto, Cortes-Montelongo, Yam-Sosa, y Medina-Fernández (México, 2024) estudiaron el autocuidado y su relación con el autodistanciamiento, autotrascendencia y funcionamiento familiar, en 253 adultos mayores. La edad promedio fue de 68,02 años, con predominio del sexo femenino (60,1 %); escolaridad primaria o menor (51,4 %). Los adultos mayores con enfermedades crónicas presentaron menor autodistanciamiento, mayor autotrascendencia y autocuidado en comparación con los adultos sin enfermedades crónicas. La autotrascendencia, el autodistanciamiento y la funcionalidad familiar mostraron un efecto positivo del 37% sobre el autocuidado².

Lee, Freedland, Jaarsma, Strömberg, Vellone, Page et al. (USA, 2024) analizaron los factores asociados a la toma de decisiones de autocuidado en 430 adultos con enfermedades crónicas que viven en la comunidad. La edad media fue de $54,9 \pm 16,2$ años, 70,2 % fueron mujeres, 87 % caucásicos, número de enfermedades crónicas ($3,6 \pm 2,8$). La toma de decisiones de autocuidado fue clasificada en los dominios de externo, urgencia,

incertidumbre, cognitivo/afectivo, espera/competencia y ocultación. Se identificaron tres patrones de toma de decisiones de autocuidado, el patrón «mantenedor» (48,1%), seguido del patrón «muy incierto» (23%), patrón de «encubridores angustiados» (28,8%). La edad, la educación, la seguridad económica y los síntomas fueron significativamente diferentes entre los tres patrones en los modelos multivariantes³.

Amerzadeh, Shafiei, Senmar, Khatooni, Hosseinkhani, y Bahrami (Irán, 2024) determinaron los comportamientos de autocuidado, adherencia al tratamiento en adultos mayores con diabetes, mediante un estudio descriptivo en 374 mayores. La edad promedio de los participantes fue de $67,56 \pm 5,93$ años. La puntuación más alta de autocuidado correspondió a la adherencia a la dieta, mientras que, las puntuaciones más bajas fueron la escasa frecuencia de revisión del interior de los zapatos y el examen de los pies. Además, informaron que, con el aumento de la escolaridad, la automonitorización de la glucemia disminuyó significativamente⁴.

Bekele, Habtewold, Deybasso, y Mekuria (Etiopía, 2024) evaluaron las prácticas de autocuidado en 404 adultos mayores con diabetes. Informaron que el 54% de sujetos presentaron malas prácticas de autocuidado. Las variables relacionadas fueron el estar divorciado, tener bajo conocimiento, estar recibiendo insulina, tomar hipoglicemiantes orales, no ser consciente de la glucemia en ayunas, falta de apoyo social y tener baja percepción de los beneficios del autocuidado⁵.

Frazão, Viana, Ferreira, Pimenta, Silva, Madruga, et al. (Brasil, 2023) estudiaron la correlación entre síntomas depresivos y el autocuidado de personas mayores con diabetes. En 144 ancianos con diabetes, administraron la escala Yesavagge y un cuestionario de autocuidado. El 24,3% de los participantes presentaron síntomas depresivos y 93,8% actitudes negativas de

afrontamiento. Hubo mayor adhesión a actividades de autocuidado en medicación. Hubo asociación negativa entre la sintomatología depresiva y la actividad física ($p=0,010$) y el cuidado de los pies ($p=0,006$), así como entre la actitud y el cuidado de los pies ($p=0,009$)⁶.

González-González y Requena (España, 2023) analizaron las prácticas de autocuidado de adultos mayores sanos y establecieron la relación entre estas prácticas y los procesos cognitivos que intervienen en ellas. Aplicaron a 105 personas mayores sanas, un test de prácticas de autocuidado y midieron la función cognitiva. Registraron la frecuencia y diversidad de actividades que los adultos realizaron en un día de la semana en el que tenían menos obligaciones. Los hallazgos mostraron que, utilizaban 7 horas en siete actividades de supervivencia, 4 h y 30 min en tres actividades de mantenimiento de la independencia funcional y 1 hora en una acción que abordaba el desarrollo personal. Las personas mayores que efectuaron acciones de desarrollo personal mostraron mejor memoria (8,63 puntos) y niveles de atención, en comparación con las personas mayores que ejecutaron actividades con enfoque conservador (memoria: 7,43; nivel de atención: 6,40)⁷.

González-González, y Requena (España, 2023) analizaron la eficacia de intervenciones en el autocuidado físico y psicológico de adultos mayores sanos que residen en comunidad, a través de una revisión sistemática. De 1,866 estudios, 8 cumplieron los criterios de inclusión. Los hallazgos mostraron que las intervenciones de autocuidado se centraron en variables concernientes con la salud física, pero no psicológicas (visitas de atención, ingreso hospitalario, medicación y velocidad de marcha)⁸.

Mu, Xu, Dong, Zhou, Dai, y Shen (China, 2022) examinaron las asociaciones entre el autocuidado, el número de discapacidades y síntomas depresivos en adultos de mediana edad y mayores. La muestra estuvo conformada por

10808 adultos de 45 años a más. La prevalencia de síntomas depresivos y discapacidad de autocuidado fue de 45,1% y 23,4%, respectivamente. Encontraron asociación positiva entre la discapacidad de autocuidado y síntomas depresivos, especialmente en las actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, trasladarse a la cama y levantarse de ella, usar el baño y controlar la micción y defecación⁹.

Hauenstein, Davey, Clark, Daly, You y Merwin (USA, 2022) estudiaron la relación entre el autocuidado, edad y discapacidad y la percepción de bienestar en una cohorte de beneficiarios de un seguro privado. Los datos fueron extraídos de una encuesta de beneficiarios de Medicare; se establecieron cuatro grupos según la edad: mayores de 65 años; menores de 65 años y discapacitados debido a un trastorno físico o mental; y discapacitados. El autocuidado en las actividades instrumentales de la vida diaria y la participación en actividades sociales se relacionaron con la percepción de bienestar. Los adultos con discapacidad física informaron más limitaciones en las actividades de la vida diaria y mayor probabilidad de tener una percepción de salud negativa¹⁰.

Guo, Wang, Ge, y Jiang (China, 2022) analizaron la prevalencia de discapacidad de autocuidado en adultos mayores. Participaron 25,5 millones de adultos mayores de 60 años; el 48,2% eran hombres y el 51,8%, mujeres. La prevalencia de discapacidad de autocuidado fue del 2,34%, siendo más alta en las mujeres, adultos mayores rurales. Los adultos mayores solteros y viudos tuvieron mayor riesgo de discapacidad de autocuidado. Los adultos mayores con discapacidad de autocuidado dependen de su familia que cohabita con ellos¹¹.

Mielenz, Kanno, Xue (USA, 2021) analizaron la relación entre conductas de autocuidado y los riesgos de movilidad y actividades de la vida diaria, en un estudio longitudinal con 7609 beneficiarios de Medicare de 65 años o más, que

vivían en la comunidad. La edad promedio fue de 75 años, 57% mujeres, un 81% de blancos y un 78% con escolaridad secundaria o superior. Durante cinco años, observaron dos esquemas conductuales habituales de autocuidado basales (46 % favorables; 54 % desfavorables) y tres trayectorias de cambio en la movilidad y la discapacidad en las actividades de la vida diaria (desde la autonomía, adaptación/dificultad y cambio a la asistencia). Los adultos con patrón basal favorable presentaron riesgo reducido del 92 % de cambiar a la clase de asistencia y un riesgo reducido del 70 % de cambiar de la adaptación/dificultad a discapacidad de movilidad. Los adultos con patrones basales favorables mostraron riesgo reducido del 86 % de cambiar a la asistencia y riesgo reducido del 24% de cambio a adaptación/dificultad para la discapacidad en actividades de la vida diaria. Aquellos con patrón desfavorable tuvieron un riesgo 2,54 veces mayor de mortalidad al final del seguimiento de 5 años en comparación con aquellos con patrón favorable¹².

Li (China, 2021) estudió la asociación entre la autoeficacia, apoyo social y el autocuidado en los adultos mayores con dolor crónico. Las puntuaciones totales de autoeficacia, apoyo social y autocuidado fueron de $35,59 \pm 12,38$, $65,64 \pm 19,68$ y $50,52 \pm 15,26$. La autoeficacia se asoció en forma positiva con el autocuidado ($r=0,414$), también con el apoyo social ($r=0,293$) y el apoyo social se asoció positivamente con el autocuidado ($r= 0,322$). La autoeficacia juega un efecto mediador entre el apoyo social y el autocuidado en los adultos mayores con dolor crónico¹³.

Ferreira, Viana, Pimenta, Silva, Costa, Oliveira, et al. (Brasil, 2021) analizaron el autocuidado de adultos mayores con diabetes y su correlación con la relación interpersonal enfermera-paciente. En este estudio descriptivo, aplicaron a 144 ancianos un Cuestionario de Actividades de Autocuidado y de Relaciones Interpersonales en la Atención de Enfermería. Informaron mayor cumplimiento en las inyecciones de insulina (6,74), autoadministración de medicamentos según recomendaciones (6,55) y número de hipoglicemiantes

orales (6,52). La relación interpersonal fue moderada (80,6%). Se encontró asociación positiva entre el autocuidado y las relaciones interpersonales en la dimensión Alimentación específica¹⁴.

Antecedentes nacionales

Arteaga, Leiton y Villanueva (Trujillo, 2024) analizaron la autoestima y las prácticas de autocuidado en adultos mayores que asisten a un Programa del Adulto mayor de un hospital docente. A 80 adultos mayores se les aplicó una escala de autocuidado para la vejez con bienestar y un cuestionario de autoestima. El 72,5 % de los adultos mayores presentó autoestima alta; el 82,5 % informó práctica de autocuidado buena; sin embargo, no se encontró relación estadística significativa entre ambas variables¹⁵.

Bendezú-Sarcines, Sauñe-Oscoco, Nuñez-Mori, Dávila-Apuela, Oscoco-Torres (Ica, 2022) estudiaron factores condicionantes del estilo de vida y capacidad funcional de adultos mayores, a través de un estudio descriptivo, a 94 adultos mayores aplicaron el Cuestionario de condicionantes de salud y el Índice de Barthel. El 85% tenía entre 60 a 68 años, 74% de sexo femenino, 70% con instrucción secundaria 43% vive con su cónyuge. El 74% practicaba actividad física, 83% consumía sustancias psicoactivas. El 67% informó prácticas de autocuidado desfavorables especialmente en hábitos alimentarios. El 72% eran autónomos en actividades de la vida diaria, el 23% con dependencia leve¹⁶.

Silva y Mendoza (Perú, 2020), a través de un estudio observacional analizaron el autocuidado en 86 adultos mayores. El 80.2 % era dependiente, con mayor dependencia en el sexo masculino, los adultos 81 años a más mostraron mayor índice de dependencia. Se encontró que la responsabilidad de la medicación y medio de transporte fueron las dimensiones con mayor índice de dependencia con 83.7% y 75.6% respectivamente¹⁷.

Leitón-Espinoza, Villanueva-Benites, y Fajardo-Ramos (Perú, 2018) estudiaron la asociación entre las variables demográficas y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, mediante un estudio correlacional en 100 adultos mayores de 60 años. El 37% tuvo entre 66 y 70 años de edad, 55% mujeres, el 71 % con estudios primarios; el mayor tiempo de enfermedad fue de 5 años, 55 % tuvo un nivel de autocuidado bueno. Se encontró relación estadística entre la escolaridad y tiempo de enfermedad¹⁸.

Moloche, Galvez y Teque (Lambayeque, 2020) determinaron el efecto de un programa sobre autocuidado en la funcionalidad del adulto mayor; mediante un estudio cuasi experimental, a 40 adultos mayores aplicaron el test de Barthel, Lawton, mini examen cognitivo de Lobo. El 57.5% tiene entre 75 a 90 años, 87% eran mujeres, casi la mitad eran analfabetos y el 32.5% informó morbilidad por enfermedades agudas. El 50% presentaron dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria, el 52,5% dependencia severa en las actividades instrumentales de la vida diaria y el 57,5% fallas cognitivas graves. Después de la educación, el 40% tenían dependencia moderada en las ABVD, 60% presentaron dependencia ligera en las AIVD y 90% deterioro cognitivo leve¹⁹.

Antecedentes locales

No se han encontrado publicaciones similares en revistas arbitradas en el ámbito local, que aborden las variables estudiadas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Autocuidado del adulto mayor

2.2.1.1. Magnitud del proceso de envejecimiento

Proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que, en el año 2030 los adultos mayores de 60 años constituirán el 34% de la población total, y que el 2050 esta cifra se duplicará. En América Latina y el Caribe, las cifras se incrementarían en un 17% el 2030 y en el 2050 se aguarda un acrecentamiento de 25%²⁰. En Perú, en el 2022, el 13,3% fueron adultos mayores y se prevé que se incremente al 21,3% en el año 2050²¹.

Los datos anteriores muestran un cambio demográfico sin precedentes, especialmente para América Latina y países como el nuestro sin cambios sociales estructurales que promuevan el envejecimiento digno de la población mayor, con aumento de la dependencia funcional. En América Latina en su conjunto, más de ocho millones de adultos mayores son dependientes, y pronostica que en el 2050 esta cifra se triplicará. En Perú, del total de la población que padece discapacidad el casi la mitad de ellos (45,4%) son adultos mayores³, con limitaciones que les impide llevar a cabo de manera independiente al menos una actividad básica de la vida diaria²².

El envejecimiento produce disminución gradual de las funciones biológicas celulares e incrementa el riesgo de enfermedades relacionadas con la edad; entre ellas las enfermedades cardiovasculares, trastornos neurológicos, cáncer, y diabetes. Involucra daño a macromoléculas bioquímicas, incluido el ADN, proteínas y mitocondrias, al reducir la proliferación celular, ocasiona senescencia celular²³. En este ciclo vital, ocurre cambios progresivos además de la carga de enfermedad esencialmente las enfermedades crónicas no transmisibles.

En este contexto, existen desafíos, a medida que vivimos más, un mayor número de personas sufrirá enfermedades crónicas y discapacidad, a menudo vinculadas a factores del estilo de vida²⁴. Por lo que es importante estimular y empoderar en el autocuidado de los adultos mayores para que se cuiden a sí mismos y así reducir la carga sobre los sistemas de salud e incidir positivamente en los resultados de salud y la calidad de vida de los mismos²⁵.

2.2.1.2. El autocuidado del adulto mayor en el domicilio

Actualmente la atención domiciliaria es uno de las estrategias de mayor crecimiento en el sistema de salud de los países desarrollados, debido a que tienen altas proporciones de población envejeciente. Varios autores han informado que el cuidado domiciliario es un factor protector fomentador de altos niveles de capacidad de autocuidado; la atención domiciliaria desempeña un papel importante en la restauración y el fomento del autocuidado en los clientes con enfermedades crónicas²⁶.

El autocuidado es un componente sustancial de los servicios de atención domiciliaria en el contexto del manejo de enfermedades crónicas.; sin embargo, las tendencias actuales sobre todo en los países en desarrollo como el nuestro, existen escasos recursos de atención domiciliaria porque generalmente los recursos se asignan a la atención hospitalaria en enfermos crónicos de larga estancia. Por lo que, los adultos mayores, tienen riesgo de pérdida de la independencia en el autocuidado.

Respecto al entorno del adulto mayor, el hogar ejerce importancia en la vida cotidiana de los adultos, sobre su autonomía y calidad de vida. Durante el envejecimiento los adultos mayores necesitan más tiempo para adaptarse a nuevos espacios y requieren puntos de referencia estables y reconocibles, tanto físicos como personales. El sentirse “en casa”, es una respuesta mecanizada que provee sensación de seguridad, el entorno físico es familiar y está vinculado a la historia personal del adulto mayor²⁷.

Promover actividades de autocuidado en el entorno domiciliario puede ser un desafío cuando los servicios de atención domiciliaria tienen una capacidad limitada para brindar el apoyo adecuado a los adultos mayores y familias.

2.2.1.3. El autocuidado del adulto mayor: dimensiones del cuidado

Cuando se habla del autocuidado, es preciso pensar sobre este constructo desde el inicio de la humanidad, las personas han efectuado medidas para asegurar su seguridad, por lo tanto, han desarrollado habilidades para enfrentar las enfermedades, limitar la enfermedad o restaurar la salud^{28, 29}.

Una de las teoristas de enfermería estudias del autocuidado es Orem considera al autocuidado como los cuidados que uno realiza para sí mismo cuando ha alcanzado un estado de madurez que le habilita acciones de forma efectiva y determinada³⁰. Sin embargo, Dean²⁶ señala que no todas las actividades de autocuidado son racionales, dado que, varias de ellas devienen del aprendizaje social. Es decir, considerando las interacciones del cuidado de sí mismo con las influencias socioculturales³¹.

En 1979, Levin³² puntualizó que el autocuidado es un proceso en el que las personas asumen la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Posteriormente. En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó al autocuidado como «la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, mantener la salud y enfrentar la enfermedad y discapacidad con o sin el apoyo de profesionales sanitarios»³³.

El autocuidado también ha sido definido como el conjunto de prácticas humanas físicas, mentales y psicológicas encaminadas a mantener y/o restablecer la salud y el bienestar de las personas en la comunidad³⁴. Teorías del ciclo vital sustentan que la edad adulta es una etapa de mitigación de pérdidas y priorización de metas concernientes con el mantenimiento de la

independencia funcional³⁵, aspectos a considerar en la promoción del autocuidado del adulto mayor.

Según la teoría de rango medio del autocuidado en enfermedades crónicas, el autocuidado puede conceptualizarse como proceso de mantenimiento de prácticas que promuevan la salud y el manejo de la enfermedad. Según esta teoría, el autocuidado demanda de habilidades en tres dominios: mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y manejo del autocuidado (estrategias para responder a signos y síntomas) (Riegel et al., 2012)³⁶. Involucra la capacidad de detección, interpretación y manejo de síntomas, así como habilidades, experiencia, autoeficacia, capacidades cognitivas y funcionales, apoyo social y acceso a la atención de salud.

Medición del autocuidado

Los instrumentos que valoran el autocuidado permiten la evaluación de la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas, de modo que, el profesional de salud pueda proporcionar el nivel adecuado de apoyo en el momento adecuado en los ámbitos hospitalarios y comunitarios. Entre ellos tenemos a los siguientes:

- A. **Inventario de autocuidado (SCI, Self-care Self-Efficacy)**: es un autoinforme de 20 ítems fundamentado en la teoría de rango medio de autocuidado, con tres dimensiones que valoran el mantenimiento, monitoreo y gestión del autocuidado. Cada dimensión se califica por separado y se estandariza de 0 a 100, las puntuaciones más altas indican mejor autocuidado. Los ítems se clasifican en tres dimensiones 1) mantenimiento del autocuidado (8 ítems), 2) monitoreo del autocuidado (6 ítems) y 3) gestión del autocuidado (6 ítems). Consta de cinco opciones de respuesta tipo Likert. Las puntuaciones totales para las tres dimensiones son de 1 a 100; las puntuaciones de ≥ 70 indican un autocuidado adecuado. Cuenta con altos niveles de confiabilidad α Cronbach del mantenimiento del autocuidado, el monitoreo del autocuidado y el manejo del autocuidado fueron 0.82, 0.86 y 0.83, respectivamente³⁷.

Otro investigador ha reportado un coeficiente alfa de Cronbach de la escala de monitoreo del autocuidado fue de 0,88. La confiabilidad test-retest fue de 0,81 (mantenimiento del autocuidado), 0,91 (monitoreo del autocuidado) y 0,76 (gestión del autocuidado)³⁸.

- B. **Escala SDSCA** (Actividades de autocuidado de la diabetes) es un breve cuestionario de autoinforme sobre el autocuidado en caso de padecer diabetes. incluye ítems que evalúan los siguientes aspectos del régimen de la diabetes: dieta general, dieta específica, ejercicio, análisis de glucosa en sangre, cuidado de los pies y tabaquismo³⁹.
- C. **Escala de Evaluación de la capacidad de autocuidado (ASA)** está diseñada para medir la capacidad de autocuidado de acuerdo con la teoría de Orem sobre el déficit de autocuidado en enfermería. Contiene 24 ítems con respuestas de cinco alternativas donde el valor 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el puntaje más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,59 para las puntuaciones ASA-A, 0,77⁴⁰.
- D. **Escala de la Agencia de Autocuidado (ESCAS)**: desarrollada con base en la teoría de Orem, ha demostrado tener alta confiabilidad y validez en varios estudios internacionales. Es un instrumento de autoinforme de 43 ítems que se utiliza para medir la capacidad de un individuo para participar en actividades de autocuidado. Consta de cuatro dimensiones: respuesta activa vs. pasiva a situaciones, motivación, base de conocimientos y autoestima. Cada ítem se califica en una escala Likert de 5 puntos que va de 0 (muy poco característico de mí) a 4 (muy característico de mí). Las puntuaciones totales de la escala van de 0 a 172, las puntuaciones más altas indican mayor percepción de autocuidado. El alfa Cronbach informados para consistencia interna y las

correlaciones test-retest variaron de 0,86 a 0,92 y de 0,8 a 0,91, respectivamente⁴¹.

- E. **Escala de Capacidad de autocuidado de Lorensen:** evalúa la capacidad de autocuidado de las personas mayores, tanto en el hogar o en instituciones. Contiene 56 ítems y 13 dimensiones organizados en tres constructos de la teoría de Orem (autocuidado universal, autocuidado del desarrollo y autocuidado de las desviaciones de la salud). Involucra las capacidades de conocimiento, las capacidades de toma de decisiones, las capacidades operativas y las capacidades de acción que permiten a las personas mayores quedarse en casa. El coeficiente alfa de Cronbach es de 0,97⁴².
- F. **Inventario de Autocuidado de la Diabetes:** consta de 15 ítems sobre las conductas de autocuidado en el tratamiento de la diabetes, los cuales se puntúan en una escala Likert que va de 1 = “nunca” a 5 = “siempre”. Las puntuaciones se convierten con una fórmula y las respuestas van de 0 a 100; las puntuaciones más altas indican mayores niveles de autocuidado. Confiabilidad del 0,87⁴³.

2.2. Factores que influyen en el autocuidado

2.2.1. Factores relacionados con el paciente

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su naturaleza a largo plazo, su recurrencia y su incurabilidad, lo que requiere estrategias de gestión eficaces. Se ha descrito que algunos factores demográficos y psicológicos se han asociado con el autocuidado del adulto mayor.

El sexo es uno de los factores de riesgo para la falta de adherencia a las prácticas de autocuidado. Se ha informado que los varones mayores con enfermedad crónica como la diabetes tienen dificultades en la adherencia al autocuidado en mayor proporción que las mujeres; en cambio, ser viudo, residir en zonas urbanas y tener ingresos medios se asocian significativamente

con mejor conocimiento del autocuidado. Por el contrario, tomar insulina e hipoglucemiantes orales juntos se asoció con una mala actitud. Vivir en zonas urbanas y tener unos ingresos altos fueron determinantes de una buena práctica de autocuidado⁴⁴.

También se ha descrito que la motivación, la información en el manejo de la enfermedad, las creencias sobre la enfermedad y la autoeficacia son los principales contribuyentes a la adherencia a las conductas de autocuidado. Las creencias sobre la salud también pueden afectar el grado en que las personas se involucran en el cuidado de su enfermedad. Los pacientes que tienen una mayor conciencia de su enfermedad y le atribuyen importancia, muestran mayor nivel de adherencia al autocuidado y mejor control de la enfermedad. De hecho, la falta de conciencia puede ser un factor subyacente que afecta las actitudes y prácticas de autocuidado⁴⁵

De otra parte, Se ha informado que un alto nivel de angustia por diabetes reduce la adherencia a las recomendaciones sobre dieta, ejercicio y medicación. Un alto nivel de angustia emocional relacionada con la enfermedad reduce la probabilidad de hacer ejercicio entre las personas⁴⁶.

El deterioro cognitivo tiene el potencial no solo de interferir, sino también de dificultar, el autocontrol de la presión arterial. Por lo tanto, evaluar la función cognitiva es importante para identificar la capacidad de autocuidado de los adultos mayores⁴⁷.

2.2.2. Factores relacionados con la enfermedad

Algunos factores clínicos como la comorbilidad, la carga de medicación, el nivel de glucosa plasmática no controlado, el nivel de adherencia a la medicación y el consumo de alcohol, modalidad de tratamiento, complicaciones y satisfacción con la atención médica), la autoeficacia, el apoyo social y la educación para el autocuidado⁴⁸.

En el caso del adulto mayor con enfermedad crónica, es necesario concertar el autocuidado durante el curso de la enfermedad, por ejemplo, con exacerbación de la enfermedad, o en comorbilidades. El objetivo del autocuidado es mantener la salud y prevenir exacerbaciones de los síntomas, reconocimiento de signos tempranos de complicaciones y el tratamiento de los síntomas⁴⁹.

2.3. Definición de términos básicos

- **Adulto mayor:** es la persona de 60 años a más (Organización Mundial de la Salud, 2015)⁵⁰
- **Autocuidado:** proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas que promueven la salud y el manejo de la enfermedad (OMS, 2022)⁵¹
- **Salud percibida:** opinión subjetiva del adulto mayor sobre la percepción de la salud en general, en comparación con los de su edad y en comparación de hace un año (Abellán, 2003)⁵²
- **Capacidad funcional:** Es la condición en la que un adulto mayor es capaz de ejecutar las actividades de la vida diaria sin fatigarse y de forma segura. Según la OMS, significa tener las capacidades que permiten a todas las personas ser y hacer lo que valoran (OMS, 2015)

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

En América Latina existen casi ocho millones de personas de 60 años o más que necesitan ayuda para ejecutar alguna actividad de la vida diaria, se predice que aumentará a veintitrés millones en el 2050⁵³; así mismo, el 40% de los adultos mayores requieren cuidados a largo plazo, y este número se triplicará en los próximos treinta años⁵⁴.

La casuística descrita y sus efectos en los niveles de dependencia en el envejecimiento son un aspecto preocupante en el ámbito nacional y regional. La esperanza de vida en nuestro país en el periodo comprendido entre 2015 y 2020 fue de 75,3 años, y se pronostica que entre 2045 y 2050 será de 82,1 años, para luego incrementar a 88,1 en el periodo 2095-2100 (Organización de las Naciones Unidas, 2017)⁵⁵.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INEI), el 39,5% de los hogares de Perú tiene a un adulto mayor⁵⁶. Para que las personas mayores puedan llevar una vida activa, hay que tener en cuenta su capacidad funcional, su grado de independencia y su autonomía⁵⁷.

Estudios previos sugieren que las prácticas de autocuidado podrían mejorar los síntomas, las complicaciones, las hospitalizaciones^{58,59}, así como, la salud mental, el apoyo social y la calidad de vida⁶⁰ de las personas mayores que viven en la comunidad. En el ámbito regional, no existen estudios relacionados al autocuidado del adulto mayor que reside en la comunidad, por lo que, la presente investigación trató de dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025?

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?
- ¿Cuáles son los factores de salud enfermedad del adulto mayor: que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?
- ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?
- ¿Cuál es el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?
- ¿Qué asociación existe entre los factores identificados con el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Establecer los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que reside en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay en términos de edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción.
- Identificar los factores de salud-enfermedad del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay: salud autopercebida, morbilidad sentida, tipo de enfermedad y tiempo de enfermedad.
- Valorar la capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.
- Valorar el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.
- Relacionar los factores identificados con el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.

2.4. Hipótesis

Hipótesis alterna: H_1

Existe relación estadística significativa entre algunos factores sociodemográficos, factores de salud-enfermedad, capacidad funcional y el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.

Hipótesis nula: H_0

No existe relación estadística significativa entre algunos factores sociodemográficos, factores de salud-enfermedad, capacidad funcional y el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.

2.5. Variables

2.5.1. identificación de las variables

2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables

Variable Dependiente

Autocuidado del adulto mayor: definido como, el proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas que promueven la salud y el manejo de la enfermedad. Estas conductas se realizan tanto en estados saludables como enfermos. Contiene tres dimensiones: a) mantenimiento del autocuidado (adherencia a conductas de autocuidado, tomar la medicación según prescripción), b) monitoreo del autocuidado (medición regular de cambios, pruebas de rutina) y c) manejo del autocuidado

Definición Operacional: constituido por la puntuación de la Escala de Autocuidado de Leiton.

Nivel de autocuidado deficiente: 185-203 puntos.

Nivel de autocuidado regular: 204–222 puntos

Nivel de Autocuidado bueno: 223 – 295 puntos

Variables Independientes

A. Factores demográficos del adulto mayor

Indicadores

- Edad: número de años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de datos.
- Sexo: masculino, femenino
- Estado civil: soltero, conviviente, casado, separado, viudo
- Ocupación: ama de casa, trabajador independiente, trabajador dependiente
- Escolaridad: sin instrucción, primaria, secundaria, superior

B. Factores de la salud-enfermedad del adulto mayor

Indicadores

- Salud percibida: opinión subjetiva del adulto mayor sobre la percepción de la salud en general, en comparación con los de su edad y en comparación de hace un año (buena, regular y mala)
- Morbilidad sentida: Si- No
- Tipo de enfermedad: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular.
- Tiempo de enfermedad: número de años de enfermedad desde el diagnóstico médico, informado por profesional de salud al adulto mayor

C. Capacidad funcional:

Definida como la condición en la que un adulto mayor es capaz de ejecutar las actividades de la vida diaria sin fatigarse y de forma segura.

Definición Operacional: constituido por la puntuación de la escala de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la escala de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Consta de los siguientes indicadores:

- a) Capacidad funcional en ABVD: puntuación de la Escala de Katz en las áreas de Bañarse, Vestirse, Utilizar el servicio, Movilidad mínima, Controlar esfínteres, y Comer:
 - 0 a 2 puntos= Dependiente
 - 3 a 13 puntos= Moderadamente Independiente
 - 14 puntos= Independiente

- b) Capacidad funcional en AIVD: puntuación de la escala de Lawton en las áreas: uso de teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar los medios de transporte, responsabilizarse de sus medicamentos y manejar sus asuntos económicos.
 - 0 a 2 puntos= Dependiente
 - 3 a 11 puntos= Moderadamente Independiente
 - 12 puntos= Independiente

2.5.3. Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad	Es el proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas que promueven la salud y el manejo de la enfermedad, como: la adherencia a conductas de autocuidado, tomar la medicación según prescripción, monitoreo del autocuidado y manejo del autocuidado	Nivel de Autocuidado deficiente:	185 a 203 puntos.	Ordinal	Escala de autocuidado de Leitón
		Nivel de Autocuidado regular:	204 a 222 puntos.		
		Nivel de Autocuidado bueno:	223 – 295 puntos		
Factores demográficos del adulto mayor	Son los atributos que caracterizan a los sujetos de estudio	Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de datos.	Razón	Cuestionario: factores demográficos y factores de salud enfermedad
		Sexo	Masculino. Femenino	Nominal	
		Estado civil	Soltero, conviviente, casado, separado, viudo	Nominal	
		Instrucción	Sin instrucción, primaria, secundaria y superior	Nominal	

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Factores de salud enfermedad	Comprende el conjunto de indicadores subjetivos y objetivos que miden la presencia o ausencia de enfermedad en el momento del estudio	Salud percibida	Opinión subjetiva del adulto mayor sobre la percepción de a) salud en general, b) en comparación con los de su edad y c) en comparación de hace un año Buena salud percibida Regular salud percibida Mala salud percibida	Ordinal	Cuestionario factores de salud enfermedad
		Morbilidad sentida	Si, No	Nominal	
		Tipo de enfermedad	Referencia de padecer hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, u otro.	Nominal	
		Tiempo de enfermedad	número de años de enfermedad desde el diagnóstico médico, informado por el sujeto de estudio	Razón	
				I	
Capacidad funcional	Condición en la que un adulto mayor es capaz de ejecutar las actividades de la vida diaria sin fatigarse y de forma segura.	Capacidad funcional en Actividades básicas: Bañarse, Vestirse, Utilizar el servicio, Movilidad mínima, Controlar esfínteres, y Comer	Dependiente: 0 a 2 puntos	ordinal	Indice de Katz
			Moderadamente Independiente: 3 -13 puntos		
			Independiente: 14 puntos		
		Capacidad funcional en actividades instrumentales: en las áreas: uso de teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar los medios de transporte, responsabilizarse de sus medicamentos y manejar sus asuntos económicos	Dependiente: 0 a 2 puntos	ordinal	Indice de Lawton
			Moderadamente Independiente: 3 -11 puntos		
			Independiente: 12 puntos		

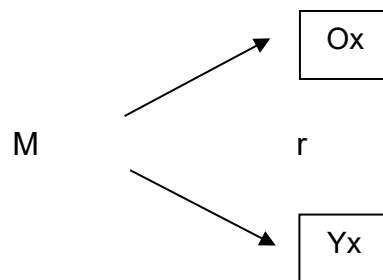
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Se trata de un estudio cuantitativo debido a que las variables fueron tratadas en forma numérica y procesadas mediante el uso de estadísticos descriptivos e inferenciales. Fue observacional, prospectivo, transversal.

- **Observacional:** las variables fueron analizadas en su contexto real o natural y no se manipularon las variables de investigación.
- **Prospectivo:** los datos han sido recogidos a intención del investigador.
- **Transversal:** se hizo un corte en el tiempo.

Diagrama del estudio:



Descripción:

M: Muestra

Ox: Observaciones

Yx: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r: es la relación estadística entre las variables independientes y dependiente

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo constituida por 4260 adultos mayores que residen en la comunidad, jurisdicción de la Ipress I-4 Bellavista Nanay.

3.2.2. Muestra: La muestra determinada por conveniencia estuvo conformada por 150 adultos mayores que residen en el Asentamiento Humano Iván Vásquez, de la Ipress I-4 Bellavista Nanay.

Criterios de Inclusión:

Adultos mayores de 60 años a más

Adultos que aceptan el consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

Adultos mayores que no aceptan el consentimiento informado

3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas:

Se aplicó la entrevista en forma personalizada con el adulto mayor que vive en la comunidad. En la investigación cuantitativa, la entrevista es una de las estrategias más utilizadas para conseguir la información de los sujetos de estudio. Se caracteriza por un alto grado de organización y sistematización, donde las preguntas están predeterminadas con una secuencia clara y constan de categorías cerradas de respuestas, que facilitan la inclusión de datos y la comparación estadística entre subgrupos (Polit, 2018)⁶¹.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

a) **Cuestionario de factores sociodemográficos y de Salud/Enfermedad del adulto mayor:** contiene los datos generales de los adultos mayores. Asimismo, características de la salud y enfermedad. Tuvo una validez de contenido de 0,92

b) **Índice de Katz:** es una de las escalas más estudiadas en la evaluación de las habilidades de la vida diaria. Fue diseñada para uso concreto en adultos mayores de 60 años. Consta de seis secciones: Bañarse, Vestirse, Utilizar el servicio, Movilidad mínima, Controlar esfínteres, y Comer⁶². Estas se valoran de acuerdo a definiciones específicas y claras de la independencia y dependencia funcional, asignándose un punto por cada actividad que se considera realizada de forma dependiente por el sujeto evaluado.

c) **Índice de Lawton:** evalúa la autonomía física e instrumental en actividades de la vida diaria más complejas: uso del teléfono, hacer la compra, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, usar los medios de transporte, responsabilizarse de sus medicamentos y manejar sus asuntos económicos. Se puntúa 1 para los considerados como independientes y 0 para los dependientes. La máxima puntuación será 8 para mujeres, 5 para hombres (excluyendo preparación de comida, lavar ropa y tareas domésticas). El tiempo requerido es de cinco minutos. Tiene un coeficiente de confiabilidad de 0.94⁶³.

d) **Escala de Autocuidado de Leiton:**

Esta escala fue elaborada por Leiton, según el sustento teórico de Orem (1983), y los cambios del envejecimiento normal. Dicho instrumento permite evaluar la práctica de autocuidado para una vejez con bienestar en sus dimensiones: biológicas, psicosociales y espirituales. El instrumento consta de 80 items. La **Dimensión biológica** con 54 items (Cuidado con los ojos,

cuidado con los oídos, Cuidado de piel y anexos, cuidado con los pies, cuidado con la boca, cuidado nutricional, cuidado con la eliminación, cuidado en el sueño y cuidado con la memoria. La **Dimensión psicosocial y espiritual** consta de 26 ítems (participación en actividades de ocio, estado emocional, autoestima, familia, adaptación, espiritualidad y muerte).

La escala tiene tres alternativas: Siempre (S), a veces (AV) y nunca (N), con un puntaje de 3, 2, 1 respectivamente. Tiene un índice de confiabilidad de 0,957. Se categoriza así:

- Nivel de Autocuidado deficiente: 80 - 133 pts.
- Nivel de Autocuidado regular: 134 - 186 pts.
- Nivel de Autocuidado bueno: 187 – 240 pts.

Tiene un índice de fiabilidad de 0.94

Prueba piloto: la prueba piloto se desarrolló antes de la recogida de datos, con la finalidad de observar el comportamiento de la secuencia de los instrumentos mencionados. Participaron 10 adultos con características similares de la Ipress I-4 de San Juan Bautista.

3.4. Procedimiento de recolección de datos

- Se aplicó la solicitud de autorización del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Perú; obteniéndose la autorización correspondiente
- Posteriormente se solicitó y consiguió la autorización de la Geresa Loreto y Jefatura de la Ipress I-4 Bellavista Nanay, para la selección de la muestra y ejecución del estudio.
- Se coordinó con los líderes comunitarios de las manzanas seleccionadas a fin de que la comunidad tenga conocimiento del objetivo de esta investigación
- Se efectuaron visitas domiciliarias en el Asentamiento Humano seleccionado, siguiendo las agujas del reloj. Localizados los adultos

mayores, se les solicitó el consentimiento informado. Además, se pactó la fecha y hora de la visita domiciliaria para la recolección de datos.

- Los datos se recogieron en el turno de la mañana y tarde durante 4 semanas en el horario de 7:00 am – 5:00pm.
- Durante la recolección de datos, el investigador hizo uso del uniforme de salud comunitaria.
- En la recolección de los datos se manejaron los principios éticos y bioéticos.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

En primera instancia, los datos fueron codificados; se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26.0. Se obtuvieron medidas de resumen para variables cuantitativas como las medidas de tendencia central y dispersión, y en el caso de variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Para comprobar la relación estadística entre los factores estudiados y el nivel de autocuidado, en el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística denominada Coeficiente de contingencia, por tratarse de variables categóricas dicotómicas y politómicas, teniendo en cuenta un nivel de significancia de 0,05.

3.6. Protección de los derechos humanos

La obtención de la autorización del Comité de Ética Institucional de la UCP cotejó que esta investigación no involucra riesgo para los sujetos de estudio, puesto que no se efectuaron procedimientos invasivos. Durante la ejecución y análisis de la información, se garantizó el respeto de los derechos humanos y la práctica de los principios bioéticos de los sujetos de estudio de la siguiente manera:

Beneficencia:

Los hallazgos de la investigación están dirigidos al beneficio común de la sociedad con énfasis en el grupo de adultos mayores; de esta forma, se contribuye con información para establecer estrategias de promoción del bienestar y del envejecimiento saludable.

No maleficencia:

la salud física, psicológica y social de los participantes mayores de 60 años no se menoscabó durante la investigación; los instrumentos eran anónimos; se garantizó la confidencialidad de la información.

Justicia:

todos los adultos mayores tuvieron la misma probabilidad de participación en la investigación, con las mismas garantías de protección física y dignidad humana sin distinción de género, raza, o status económico.

Autonomía:

la participación de los adultos mayores fue libre y voluntaria, el respeto a la autodeterminación, de actuación libre y consciente, sin factores externos; se demuestra con la firma del consentimiento informado.

Capítulo IV: RESULTADOS

1. Factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad

Tabla 1. Factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025

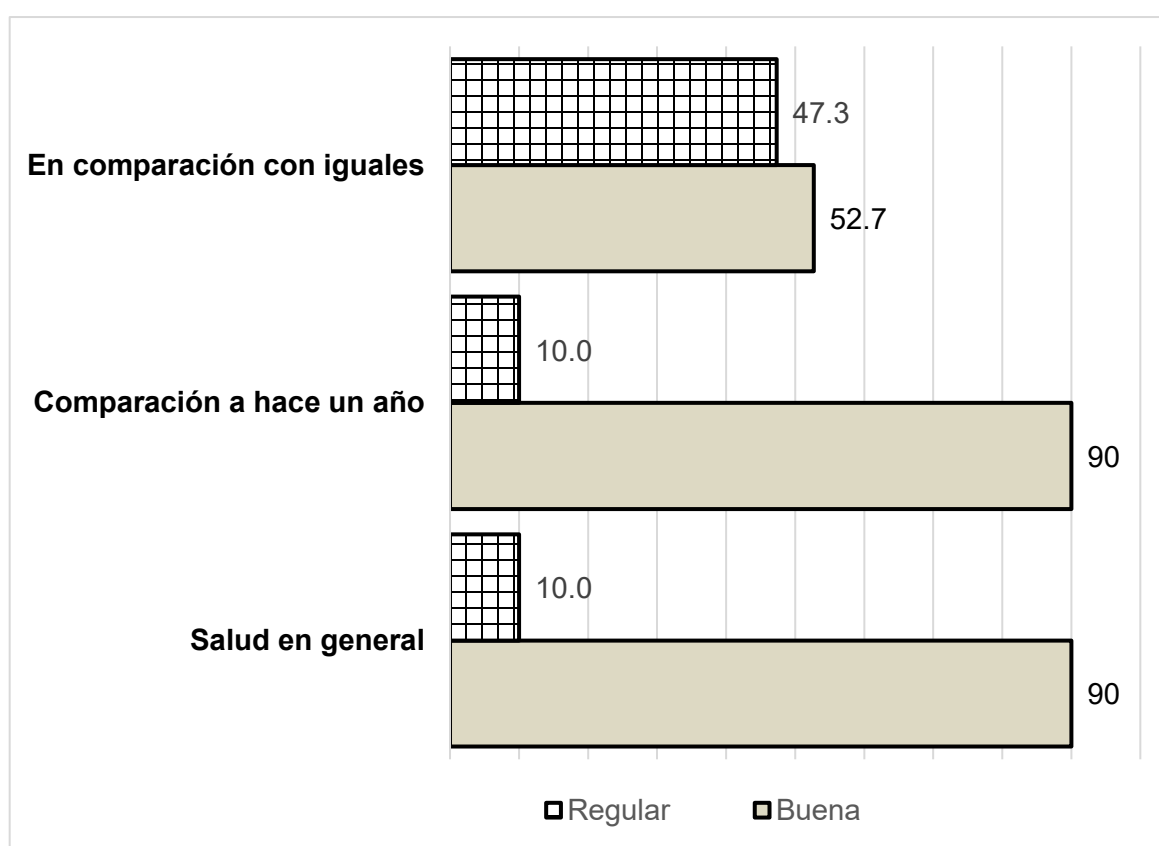
Factores sociodemográficos	60 a 74 años		75 años a mas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
Media (M, DS)	66,0	(4,0)	81,0	(4,0)	70,0	(8,0)
Edad agrupada*	111	(74,0)	39	(26,0)	150	(100,0)
Sexo						
Masculino	19	12,7	12	8,0	31	20,7
Femenino	92	61,3	27	18,0	119	79,3
Estado civil						
Casado	43	28,7	15	10,0	58	38,7
Divorciado	38	25,3	14	9,3	52	34,7
Soltero	26	17,3	9	6,0	35	23,3
Conviviente	4	2,7	1	0,7	5	3,3
Ocupación						
Ama de casa	94	62,7	29	19,3	123	82,0
Trabajador independiente	17	11,3	9	6,0	26	17,3
Trabajador dependiente	0	0,0	1	0,7	1	0,7
Escolaridad						
Sin instrucción	18	12,0	7	4,7	25	16,73
Primaria	55	36,7	16	10,7	71	47,3
Secundaria	30	20,0	13	8,7	43	28,7
Superior	8	5,3	3	2,0	11	7,3

*M: promedio; DS: desviación estándar; *: valores en porcentaje*

La tabla 1 describe los factores sociodemográficos estudiados en la población adulta mayor que participó en el estudio; en general, la edad media fue de 70 ± 8 años; el 74% de ellos tenían entre 60 y 74 años y el 26% tenían 75 años o más. En cuanto al sexo, el 79,3% eran de sexo femenino y el 20,7% de sexo masculino, predominando el sexo femenino según el ciclo vital (61,3% con edades entre 60 y 74 años y 18% con edades comprendidas entre 75 años y más). Respecto al estado civil, el 38,7% informó ser casado y un porcentaje similar declaró estar divorciado (34,7%); en todas las categorías que mide el estado civil, fue el grupo de 60 a 74 años el que predominó. De otro lado, el 82% informaron ser ama de casa y solo un 17,3% trabajador independiente, predominando también el grupo entre 60 y 74 años de edad. Asimismo, el 47,3% informó grado de instrucción primaria y el 28,7% instrucción secundaria, apreciándose que el grupo con edades entre 75 años y más informó nivel más bajo de escolaridad.

2. Factores de salud enfermedad del adulto mayor que vive en la comunidad

Gráfico 1. Salud autopercebida del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025



El gráfico 1 presenta la comparación de la salud percibida del adulto mayor que reside en la comunidad, apreciándose que, el 90% de ellos informaron buena salud autopercebida en dos de los tres ítems evaluados “salud en general” y “salud en comparación a hace un año”, mientras que, solo el 52,7% calificaron como regular al ítem “salud en comparación con iguales”.

Tabla 2. Morbilidad sentida del adulto mayor que vive en la comunidad.
Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025

Morbilidad sentida	Total	
	n	%
Morbilidad		
Si	89	59,3
No	61	40,7
Tipo de enfermedad		
Ninguna	61	40,7
Hipertensión arterial	61	40,7
Diabetes mellitus	25	16,7
Enfermedad cerebrovascular	1	0,7
Otros	2	1,3
Tiempo de enfermedad		
Mediana (años)	5	
1 a 10 años	64	42,7
11 a 20 años	22	14,7
21 a 33 años	3	2,0

La tabla 2 describe la morbilidad reportada por los participantes, observándose que el 59,3% de los adultos mayores informaron padecer alguna enfermedad. El 40,7% padece hipertensión arterial y el 16,7% manifestó tener diabetes mellitus. Respecto al tiempo de enfermedad, la mediana fue de cinco años; del total de ellos, el 42% informó entre 01 y 10 años, el 14% entre 11 y 20 años.

3. Capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad

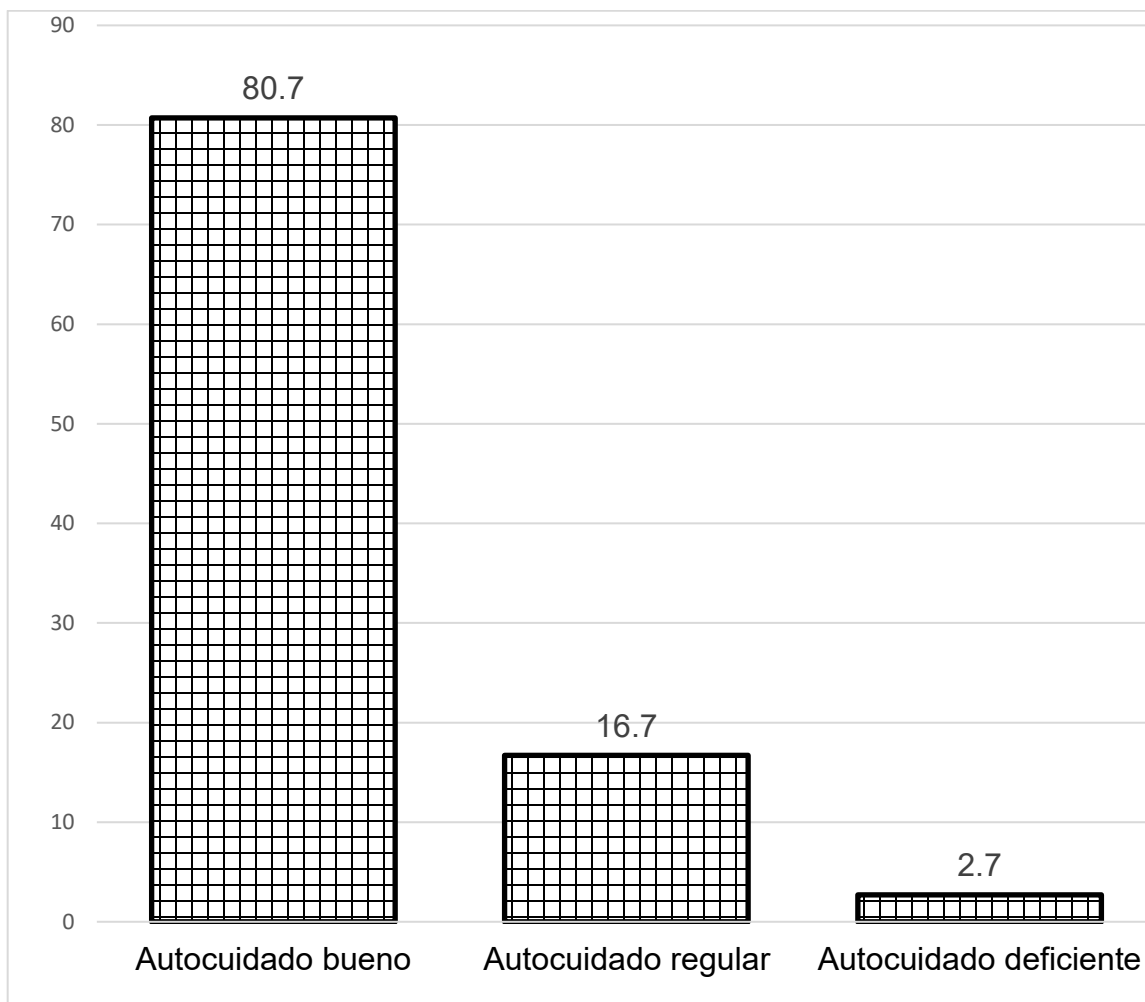
Tabla 3. Capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad.
Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025

Capacidad funcional	Total	
	n	%
Actividades básicas (ABVD)		
<i>Media (M, DS)</i>		14.0 (2.0)
Dependiente	0	0.0
Moderadamente independiente	8	5,3
Independiente	142	94,7
Actividades instrumentales (AIVD)		
<i>Media (M, DS)</i>		12.0 (1.0)
Dependiente	1	0,7
Moderadamente independiente	6	4,0
Independiente	143	95,3

En la tabla 3 se aprecia que el 94,7% de los adultos mayores evaluados informaron independencia en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria y el 95% de ellos mostraron independencia en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria

4. Nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad

Gráfico 2. Nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad.
Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025



En el gráfico 2 se observa que, en forma mayoritaria, el 80,7% de los adultos mayores presentó un nivel de autocuidado bueno (223 a 295 puntos), seguido del 16,7% que presentó nivel de autocuidado regular (204 a 222 puntos) y solo el 2,7% informó autocuidado deficiente (185 a 203 puntos).

5. Relación entre factores sociodemográficos, salud enfermedad y capacidad funcional, con el nivel de autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad

5.1. Factores sociodemográficos versus autocuidado

Tabla 4. Nivel de autocuidado según factores sociodemográficos del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025

Factores sociodemográficos	Autocuidado deficiente	Autocuidado regular	Autocuidado bueno	Total	p
Edad					
60 a 74 años	2 (1,3)	19 (12,7)	90 (60,0)	111 (74,0)	CC=0,091 p= 0,533
75 años a mas	2 (1,3)	6 (4,0)	31 (20,7)	39 (26,0)	
Sexo					
Masculino	2 (1,3)	6 (4,0)	23 (15,3)	31 (20,7)	CC=0,127 p= 0,291
Femenino	2 (1,3)	19 (12,7)	98 (65,3)	119 (79,3)	
Estado civil					
Casado	1 (0,7)	8 (5,3)	49 (32,7)	58 (38,7)	CC=0,302 p= 0,020
Divorciado	0 (0,0)	6 (4,0)	46 (30,7)	52 (34,7)	
Soltero	2 (1,3)	9 (6,0)	24 (16,0)	35 (23,3)	
Conviviente	1 (0,7)	2 (1,3)	2 (1,3)	5 (3,3)	
Ocupación					
Ama de casa	1 (0,7)	21 (14,0)	101 (67,3)	123 (82,0)	CC=0,462 p= 0,000
Trabajador independiente	2 (1,3)	4 (2,7)	20 (13,3)	26 (17,3)	
Trabajador dependiente	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Escolaridad					
Sin instrucción	1 (0,7)	7 (4,7)	17 (11,3)	25 (16,7)	CC=0,188 p=0,484
Primaria	3 (2,0)	9 (6,0)	59 (39,3)	71 (47,3)	
Secundaria	0 (0,0)	7 (4,7)	36 (24,0)	43 (28,7)	
Superior	0 (0,0)	2 (1,3)	9 (6,0)	11 (7,3)	

CC: coeficiente contingencia

Al analizar el nivel de autocuidado de los participantes según los factores sociodemográficos, se observó que, del total de adultos mayores con edades comprendidas entre los 60 a 74 años (74%), el 60% de ellos reportó un nivel de autocuidado bueno; mientras que, del total de adultos

que informaron nivel de autocuidado deficiente (2,7%), la mitad de ellos tenían entre 60 a 74 años y la otra mitad con edades entre 75 años a más. El coeficiente de contingencia indicó que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de autocuidado ($CC=0,091$; $p=0,533$).

En cuanto al sexo, el 79,3% de los adultos mayores fueron de sexo femenino; de estos, el 65,3% informó un nivel de autocuidado bueno; similar situación se observó en el grupo de adultos mayores de sexo masculino (20,7%), el 15,3% de ellos también informó un nivel de autocuidado bueno. El coeficiente de contingencia confirmó que no existe relación estadística significativa entre el sexo y el nivel de autocuidado ($CC=0,127$; $p=0,291$).

Respecto al estado civil, del 38,7% de adultos mayores de estado civil casado, en forma mayoritaria (32,7%) comunicó nivel de autocuidado bueno; asimismo, del 34,7% que informaron estado civil divorciado, el 34,7% informó nivel de autocuidado bueno. Mientras que, del total de adultos con autocuidado regular, el 6% eran solteros, 5,3% casados, 4% divorciados y el 1,3% convivientes. La prueba coeficiente de contingencia, señaló que existe relación estadística significativa ($CC=0,302$; $p=0,020$).

Referente a la ocupación, el 82% declararon ser amas de casa; el 67,3% de ellos expresó buen nivel de autocuidado, seguido por los trabajadores independientes (13,3%). El coeficiente de contingencia corroboró la existencia de relación estadística significativa entre la ocupación y el nivel de autocuidado ($CC=0,462$; $p=0,000$).

En cuanto a la escolaridad, del 47,3% de adultos con instrucción primaria, el 39,3% señaló un nivel de autocuidado bueno; de otro lado, del total que presentó autocuidado deficiente (3,7%), se trató de adultos mayores de instrucción primaria y sin instrucción. El coeficiente de contingencia mostró

ausencia de relación estadística significativa entre ambas variables (CC=0,188; p=0,484).

5.2. Factores salud-enfermedad versus autocuidado

Tabla 5. Nivel de autocuidado según factores de salud enfermedad del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025

Factores Salud-enfermedad	Autocuidado deficiente	Autocuidado regular	Autocuidado bueno	Total	p
Salud percibida					
Salud en general					
Buena	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	CC=0,225 p= 0,018
Regular	1 (0,7)	6 (4,0)	8 (5,3)	15 (10,0)	
Mala	3 (2,0)	19 (12,7)	113 (75,3)	135 (90,0)	
En comparación con iguales					
Buena	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	CC=0,190 p= 0,060
Regular	0 (0,0)	9 (6,0)	62 (41,3)	71 (47,3)	
Mala	4 (2,7)	16 (10,7)	59 (39,3)	79 (52,7)	
Comparación a hace un año					
Buena	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	CC=0,379 p= 0,000
Regular	2 (1,3)	8 (5,3)	5 (3,3)	15 (10,0)	
Mala	2 (1,3)	17 (11,3)	116 (77,3)	135 (90,0)	
Morbilidad					
Si	1 (0,7)	10 (6,7)	78 (52,0)	89 (59,3)	CC=0,213 p=0,028
No	3 (2,0)	15 (10,0)	43 (28,7)	61 (40,7)	
Tipo de enfermedad					
Hipertensión arterial	1 (1,1)	7 (7,9)	53 (59,6)	61 (68,5)	CC=0,408 p= 0,007
Diabetes mellitus	0 (0,0)	1 (1,1)	24 (27,0)	25 (28,1)	
Enfermedad cerebrovascular	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (1,1)	
Otros	0 (0,0)	2 (2,2)	0 (0,0)	2 (2,2)	
Tiempo enfermedad					
1 a 10 años	1 (1,1)	6 (6,7)	57 (64,0)	64 (71,9)	CC=0,154 p=0,704
11 a 20 años	0 (0,0)	3 (3,4)	19 (21,3)	22 (24,7)	
21 a 33 años	0 (0,0)	1 (1,1)	2 (2,2)	3 (3,4)	

CC: coeficiente contingencia

La salud percibida fue medida a través de tres indicadores que describen la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su salud. En el ítem “salud en general”, del 90% que la calificaron como mala, el 75,3% mostró un nivel de autocuidado bueno; mientras que, del 15% que la consideró

como regular, el 5,3% y el 4% informaron niveles de autocuidado bueno y regular, respectivamente. El coeficiente de contingencia corroboró que la “*salud en general*” tiene relación estadística significativa con el nivel de autocuidado (CC=0,225; p=0,018).

En cuanto al ítem “*En comparación con iguales*”, del 52,7% que consideró como “*mala*”, el 39,3% de ellos mostró autocuidado bueno; y del total (47,3%) de adultos que calificaron como regular, el 41,3% señaló autocuidado bueno. La prueba estadística coeficiente de contingencia demostró ausencia de relación estadística significativa entre ambas variables (CC=0,190; p=0,060).

Sobre el ítem “*Salud en comparación a hace un año*”, del total que estimaron como mala, el 77,3% informó nivel de autocuidado bueno. Así mismo, del 10% que la consideró como regular, el 5,3% de ellos comunicó nivel de autocuidado regular. La prueba de contingencia corroboró relación estadística significativa entre ambas variables (CC=0,379; p=0,000)

Con respecto a la morbilidad, el 59,3% de adultos mayores reportó padecer de alguna enfermedad en el momento del estudio; de ellos, el 52% señaló tener un nivel de autocuidado bueno y solo el 6,7% autocuidado regular; mientras que aquellos que negaron tener alguna enfermedad (40,7%), el 28,7% informó autocuidado bueno y el 10% autocuidado regular. Se detectó relación estadística significativa entre ambas variables (CC=0,213; p=0,028).

También se analizó el tipo de enfermedad y su relación con el nivel de autocuidado, observándose que del 68,1% que reportó tener hipertensión arterial, la mayoría de ellos (59,6%) informaron nivel de autocuidado bueno y 7,9% autocuidado regular; de otra parte, del 28,1% que informó diabetes mellitus, el 27% informó autocuidado bueno y un 10% autocuidado regular. También se corroboró relación estadística significativa entre ambas variables (CC=0,408; p=0,007).

A su vez, cuando se discriminó el tiempo de enfermedad, se observó que del 71,9% que informaron un tiempo de enfermedad de 1 a 10 años, el 64% señaló autocuidado bueno y el 6,7% autocuidado regular. Se comprobó ausencia de relación estadística entre ambas variables (CC=0,154; p=0,704).

5.3. Capacidad funcional versus autocuidado

Tabla 6. Nivel de autocuidado según la capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. 2025

Capacidad funcional	Autocuidado deficiente	Autocuidado regular	Autocuidado bueno	Total	p
Actividades básicas (ABVD)					
Dependiente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	p = 0,537
Moderadamente independiente	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (5,3)	8 (5,3)	
Independiente	0 (0,0)	1 (0,7)	141 (94,0)	142 (94,7)	
Actividades instrumentales (AIVD)					
Dependiente	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,7)	p = 0,967
Moderadamente independiente	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (4,0)	6 (4,0)	
Independiente	0 (0,0)	1 (0,7)	142 (94,7)	143 (95,3)	

La tabla 6 describe el nivel de autocuidado de acuerdo al nivel capacidad funcional del adulto mayor evaluado, observándose que, el 95,3% mostró independencia en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria, de estos, el 94,7% comunicó autocuidado bueno; mientras que, del 94% de adultos independiente para las actividades básicas de la vida diaria, casi la totalidad de ellos mostraron autocuidado bueno (94%). La prueba estadística coeficiente de contingencia corroboró ausencia de relación estadística entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado ($p>0,05$).

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSION

En el ámbito de la enfermería comunitaria, el fomento y monitoreo del autocuidado del adulto mayor implica la promoción de la autonomía y el bienestar de los adultos mayores aparentemente sanos o con enfermedades crónicas; esto requiere cambios en el comportamiento de los mismos, en sus familias y en el sistema de salud. Desde esta perspectiva, esta investigación tuvo como objetivo fundamental establecer los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que reside en la comunidad.

Los hallazgos indicaron que dos de las variables sociodemográficas estudiadas (estado civil y ocupación) y las referidas al proceso salud-enfermedad del adulto mayor (salud percibida, morbilidad sentida) tienen relación estadística significativa con el nivel de autocuidado notificado por el adulto mayor; observándose ausencia de relación estadística entre la capacidad funcional y el nivel de autocuidado.

En primera instancia, los factores sociodemográficos detectados como relacionados estadísticamente con el nivel de autocuidado fueron el estado civil y la ocupación. En cuanto al estado civil, cuatro de cada diez adultos mayores eran casados o divorciados y tres de cada diez de ellos mostraron autocuidado bueno ($p < 0,05$). Estos hallazgos son similares a los informados a otros autores en contextos latinoamericanos, como el estudio de Vázquez et al. (2025), quienes, en su estudio sobre autocuidado en población adulta mayor cubana, notificaron predominio de adultos mayores casados (48,8%), seguido de divorciados (20,2%)¹.

En cuanto a la ocupación, ocho de cada diez declararon ser amas de casa; siete de ellos informaron que su nivel de autocuidado era bueno; además, esta variable reveló relación estadística con el autocuidado. Un estudio efectuado por Miyashita et al. (2025) en 901 adultos mayores de Tanzania reportó relación estadística entre ambas variables⁶⁴

Referente a la salud percibida, dos de tres ítems evaluados presentaron relación estadística significativa, el ítem “salud en general” y el ítem “en comparación a hace un año”; a pesar de expresar mala salud en general (90%), informaron en mayor proporción un buen nivel de autocuidado (75,3%); asimismo, otra proporción similar que calificó mala “salud en comparación a hace un año”, el 77% informó buen nivel de autocuidado ($p<0,05$).

En este estudio, más del 80% de los adultos mayores informaron un nivel de autocuidado bueno. Estos resultados son similares al estudio de Arteaga, Leiton y Villanueva (2024), quienes estudiaron las prácticas de autocuidado en 80 adultos mayores que asisten a un programa del adulto mayor peruano; el 82,5 % informó un nivel de autocuidado bueno¹⁵. Asimismo, es superior a otro estudio efectuado por Leitón-Espinoza (2018) en 100 adultos mayores peruanos; el 75% tuvo un nivel de autocuidado bueno¹⁸. También el estudio desarrollado en Tanzania, reveló que 52,7% de adultos mayores presentó autocuidado deficiente (Miyashito, 2024)⁶³.

En cuanto a la morbilidad, los hallazgos de este estudio revelaron que los adultos mayores que declararon padecer de alguna enfermedad, especialmente hipertensión arterial (68,5%), la gran mayoría de ellos informaron autocuidado bueno (59,6%). Es decir, en nuestro estudio, factores como el padecer de hipertensión arterial y diabetes se relacionaron estadísticamente significativamente con el autocuidado ($p<0,05$).

Cotejando con la literatura, estos hallazgos difieren del estudio de Medina-Fernández et al., quienes evaluaron a 253 adultos mayores mexicanos que viven en la comunidad; el 78,3 % tenía alguna enfermedad crónica, como la diabetes mellitus (41,7 %) y la hipertensión arterial (29,1 %), y que la funcionalidad familiar predice el 37% del nivel de autocuidado del adulto mayor con o sin enfermedad crónica².

Del mismo modo, otros investigadores en otras latitudes, como Devi et al. (2025), quienes analizaron el autocuidado de 255 personas mayores de 60 años que residían en las zonas rurales de la India, encontraron que el 62% de los ancianos practicaba un nivel de autocuidado bueno⁶⁵.

Los hallazgos descritos están bastante documentados, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles son factores que subyacen en la persona y que tienen que ver con la aceptación de dichas enfermedades, mecanismos de resiliencia para afrontar estrategias de autocuidado, dado que involucra decisiones personales sobre el cumplimiento de medicamentos, mayor carga de morbilidades, aspectos que pueden obstaculizar la capacidad de desarrollar prácticas de autocuidado en su vida cotidiana. Participar en el autocuidado efectivo requiere motivación y la capacidad de implementar decisiones relacionadas con la salud de forma consistente; por lo que las relaciones observadas entre la presencia de enfermedades y el autocuidado, también son consistentes⁶⁶.

Lee et al. (2024) señalan que, el autocuidado en los adultos mayores con enfermedad crónica, involucra el desarrollo de comportamientos de mantenimiento de autocuidado, cómo monitorean los síntomas (es decir, comportamientos de monitoreo de autocuidado) y cómo responden a los síntomas cuando ocurren (es decir, comportamientos de manejo de autocuidado), es decir, que precisa de componentes esenciales que se relacionan con el manejo de la enfermedad en general³.

Estas diferencias observadas pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas de los participantes del estudio, la accesibilidad geográfica y el acceso a los servicios de salud, así como con el nivel de resiliencia psicológica y el apoyo social percibido, que pueden empoderar al adulto mayor que vive en la comunidad y así aprovechar sus fortalezas y potencial⁶⁷.

Finalmente, señalar que la capacidad funcional no estuvo relacionada con el nivel de autocuidado ($p>0,05$). Una probable explicación es que la mayoría de la muestra estudiada mostró autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

Si bien este estudio ofrece información valiosa, no está exento de limitaciones, como el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Como se trata de datos autoinformados de adultos mayores, existe posibilidad de sesgo de recuerdo, sesgo de conveniencia social y error de medición.

5.2. CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico del adulto mayor que reside en la comunidad, de la jurisdicción de la Ipress I-4 Bellavista Nanay es el siguiente: la edad promedio de los adultos mayores es de 70 ± 8 años, en forma mayoritaria son de sexo femenino, estado civil casado o divorciado, de ocupación principal ama de casa y con instrucción primaria.
- En los factores de salud-enfermedad del adulto mayor, se observó que el 90% declaró su salud autopercebida como buena en los ítems “*salud en general*” y “*salud en comparación con hace un año*”. El 59,3% informó que padece de alguna enfermedad, 40% de ellos con hipertensión arterial

y 16,7% con diabetes mellitus; la mediana del tiempo de enfermedad fue de 05 años.

- El 95,3% y el 94,7% de los adultos mayores evaluados manifestaron independencia para la ejecución de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, respectivamente.
- El 80,7 % de los adultos mayores notificó un nivel de autocuidado bueno.
- Los factores sociodemográficos que demostraron relación estadística significativa con el autocuidado, fueron el estado civil y la ocupación ($p>0,05$)
- La salud percibida, morbilidad sentida y tipo de enfermedad, mostraron relación estadística con el autocuidado ($p<0,05$).

5.3. RECOMENDACIONES

En estudios de investigación posteriores se sugiere:

- Ampliar el tamaño de la muestra, que permita la generalización de los hallazgos
- Utilizar metodologías cualitativas, para profundizar el estudio de la variable autocuidado en el adulto mayor.
- En estudios cuantitativos, incorporar otras variables como el apoyo social y la resiliencia, que permitan comprender la toma de decisiones del adulto mayor en el proceso del autocuidado y sus formas de afrontamiento en caso de enfermedad.
- Relacionar el nivel de autocuidado con la calidad de vida relacionada con la salud en este grupo poblacional vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Vázquez Nold L, Miranda Castellanos KN, Sagaró del Campo NM, Blanco Tamayo I, Parra Vázquez N. Autocuidado en adultos mayores de una comunidad en Santiago de Cuba. MEDISAN 2025; 29:e5085. <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/5085>
- ² Medina-Fernández, J., Orozco-González, C. N., Torres-Soto, N. Y., Cortes-Montelongo, D., Yam-Sosa, A., Medina-Fernández, I. Effect of Self-transcendence, Self-distancing, and Family Functionality on Self-care Agency in Older Adults. Investigación y educación en enfermería 2024; 42(2), e08. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n2e08>
- ³ Lee, C. S., Freedland, K. E., Jaarsma, T., Strömberg, A., Vellone, E., Page, S. D., Westland, H., Pettersson, S., van Rijn, M., Aryal, S., Belfiglio, A., Wiebe, D., & Riegel, B. Patterns of self-care decision-making and associated factors: A cross-sectional observational study. International journal of nursing studies, 2024; 150, 104665. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104665>
- ⁴ Amerzadeh, M., Shafiei Kisomi, Z., Senmar, M., Khatooni, M., Hosseinkhani, Z., Bahrami, M. Self-care behaviors, medication adherence status, and associated factors among elderly individuals with type 2 diabetes. Scientific reports, 2024; 14(1), 19118. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70000-w>
- ⁵ Bekele, N. T., Habtewold, E. M., Deybasso, H. A., Mekuria Negussie, Y. Poor self-care practices and contributing factors among adults with type 2 diabetes in Adama, Ethiopia. Scientific reports, 2024; 14(1), 13660. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-63524-8>

⁶ Frazão, M. C. L. O., Viana, L. R. C., Ferreira, G. R. S., Pimenta, C. J. L., Silva, C. R. R. D., Madruga, K. M. A., Batista, P. S. S., Costa, K. N. F. M. Correlation between symptoms of depression, attitude, and self-care in elderly with type 2 diabetes. *Revista brasileira de enfermagem* 2023; 76(3), e20220741. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0741>

⁷ González-González E, Requena C. Practices of Self-Care in Healthy Old Age: A Field Study. *Geriatrics (Basel)*. 2023 13;8(3):54. [doi: 10.3390/geriatrics8030054](https://doi.org/10.3390/geriatrics8030054).

⁸ González-González, E., Requena, C. Self-care interventions of community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 2023; 11, 1254172. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1254172>

⁹ Mu, T. Y., Xu, R. X., Xu, J. Y., Dong, D., Zhou, Z. N., Dai, J. N., Shen, C. Z. Association between self-care disability and depressive symptoms among middle-aged and elderly Chinese people. *PloS one* 2022, 17(4), e0266950. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266950>

¹⁰ Hauenstein EJ, Davey A, Clark RS, Daly S, You W, Merwin EI. Self-Care Capacity and Its Relationship to Age, Disability, and Perceived Well-Being in Medicare Beneficiaries. *Nurs Res*. 2022;71(1):21-32. [doi: 10.1097/NNR.0000000000000551](https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000551).

¹¹ Guo, Y., Wang, T., Ge, T., Jiang, Q. Prevalence of self-care disability among older adults in China. *BMC geriatrics*, 2022; 22(1), 775. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03412-w>

¹² Mielenz TJ, Kanno S, Xue QL. Patterns of Self-Care Behaviors and Their Influence on Maintaining Independence: The National Health and Aging Trends Study. *Front Aging*. 2021; 2:770476. [doi: 10.3389/fragi.2021.770476](https://doi.org/10.3389/fragi.2021.770476). PMID: 35822035.

-
- ¹³ Li S. Y. The relationships among self-efficacy, social support, and self-care behavior in the elderly patients with chronic pain (a STROBE-compliant article). *Medicine*, 2021;100(9), e24554. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024554>
- ¹⁴ Ferreira, G. R. S., Viana, L. R. C., Pimenta, C. J. L., Silva, C. R. R. D., Costa, T. F. D., Oliveira, J. D. S., Costa, K. N. F. M. Self-care of elderly people with diabetes mellitus and the nurse-patient interpersonal relationship. *Revista brasileira de enfermagem* 2021; 75(1), e20201257. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>
- ¹⁵ Arteaga, N. ., Leiton, Z. ., & Villanueva, B. . (2024). Autoestima y práctica de autocuidado en personas adultas mayores. *SCIÉENDO*, 27(2), 219-226. <https://doi.org/10.17268/sciendo.2024.032>
- ¹⁶ Bendezú-Sarcines, C., Sauñe-Oscco, W. E., Nuñez-Mori, I., Dávila-Apuela, S., Oscco-Torres, O. Condicionantes de la salud del estilo de vida y capacidad funcional de adultos mayores atendidos en una microrred de salud de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 2022; 11(2), 65-70.
- ¹⁷ Silva Díaz, Y. A., Mendoza Quijano, E. Capacidad de autocuidado en adultos mayores para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria Centro Poblado el Ron Cajaruro. *Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades*, 2020; 2(2), 09–14. <https://doi.org/10.25127/rcsh.20192.537>
- ¹⁸ Leitón Espinoza, Zoila Esperanza, Villanueva Benites, Maritza Evangelina y Fajardo Ramos, Elizabeth. Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. *Revista Salud Uninorte*, 2018; 34 (2), 443-454. <https://doi.org/10.14482/sun.34.2.616.46>

-
- ¹⁹ Moloche C., Galvez N. y Teque M. impacto del programa “autocuidado para una vejez activa” en la funcionalidad del adulto mayor peruano. TZHOECOEN, 2020; 12(2), 228-237. <https://doi.org/10.26495/tzh.v12i2.1261>
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas. Década de la ONU, Envejecimiento Saludable, Plan de Acción 2021-2030. 2021.
- ²¹ Instituto Nacional Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe Técnico No 4 - diciembre 2022 - Julio-Agosto-Septiembre 2022.
- ²² Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín, N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. 2018.
- ²³ Pyo, I. S., Yun, S., Yoon, Y. E., Choi, J. W., Lee, S. J. Mechanisms of Aging and the Preventive Effects of Resveratrol on Age-Related Diseases. *Molecules* (Basel, Switzerland), 2020; 25(20), 4649. <https://doi.org/10.3390/molecules25204649>
- ²⁴ Navarro-Pardo, E., Suay, F., Murphy, M. Ageing: Not only an age-related issue. *Mechanisms of ageing and development*, 2021;. 199, 111568. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2021.111568>
- ²⁵ Milavec Kapun M, Drnovšek R, Rajkovič V, Rajkovič U. A multi-criteria decision model for assessing health and self-care ability. *Cent Eur J Oper Res*. 2022 Oct 28:1-16. [doi: 10.1007/s10100-022-00823-3](https://doi.org/10.1007/s10100-022-00823-3).
- ²⁶ Sun, W., Doran, DM, Wodchis, WP et al. Examen de la relación entre el autocuidado terapéutico y los eventos adversos para los clientes de atención domiciliaria en Ontario, Canadá: un estudio de cohorte retrospectivo. *BMC Health Serv Res* 2017; 17, 206. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2103-9>

-
- ²⁷ Rojas-Ocaña MJ, Araujo-Hernández M, Romero-Castillo R, García Navarro EB. Educational interventions by nurses in caregivers with their elderly patients at home. *Prim Health Care Res Dev*. 2021 Jun 7;22:e26. [doi: 10.1017/S1463423621000086](https://doi.org/10.1017/S1463423621000086).
- ²⁸ McCormack D. An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing leadership*, 2003; 16(4), 48–62. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2003.16342>
- ²⁹ Stearns, S. C., Bernard, S. L., Fasick, S. B., Schwartz, R., Konrad, T. R., Ory, M. G., DeFries, G. H. The economic implications of self-care: the effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of Medicare beneficiaries. *American journal of public health*, 2000; 90(10), 1608–1612. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.10.1608>
- ³⁰ Orem D. *Enfermería: conceptos de práctica*. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001
- ³¹ Campos-García, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L., Gutiérrez, M. Self-care: New evidence for its measurement in older adults]. *Revista española de geriatría y gerontología*; 53(6), 326–331. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.01.010>
- ³² Levin LS. Autocuidado: un nuevo desafío para la salud individual. *J Am Coll Health Assoc*. 1979; 28(2):117–120. [doi:10.1080/01644300.1979.10392909](https://doi.org/10.1080/01644300.1979.10392909)
- ³³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Consideraciones económicas y financieras de las intervenciones de autocuidado para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Informe resumido. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2020:28. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331195/WHO-SRH-20.2-eng.pdf?sequence=1>.

-
- ³⁴ Orem D. Enfermería: conceptos de práctica. St. Louis, Missouri: Mosby; (2001)
- ³⁵ Nguyen C, Leanos S, Natsuaki MN, Rebok GW, Wu R. Adaptación para el crecimiento a través del aprendizaje de nuevas habilidades como medio para la independencia funcional a largo plazo en la adultez mayor: perspectivas desde la adultez emergente. *Gerontólogo*. 2018; 60:4–11. [doi: 10.1093/geront/gny128](https://doi.org/10.1093/geront/gny128).
- ³⁶ Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in nursing science*. 2012; 35(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- ³⁷ Rababah JA, Al-Hammouri MM, Luciani M. Psychometric properties and measurement invariance of the Arabic Self-Care Inventory. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291904. [doi: 10.1371/journal.pone.0291904](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291904).
- ³⁸ Luciani, M., De Maria, M., Page, S. D., Barbaranelli, C., Ausili, D., Riegel, B. (2022). Measuring self-care in the general adult population: development and psychometric testing of the Self-Care Inventory. *BMC public health*, 22(1), 598. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12913-7>
- ³⁹ Toobert, D. J., Hampson, S. E., Glasgow, R. E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 2000. 23(7), 943–950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
- ⁴⁰ Söderhamn, O., Evers, G., Hamrin, E. A Swedish version of the appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale. *Scandinavian journal of caring sciences*, 1996. 10(1), 3–9. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1996.tb00302.x>
- ⁴¹ Wong, C. L., Ip, W. Y., Shiu, T. Y. Translation and validation of the Chinese-Cantonese version of the Exercise of Self-Care Agency

Scale. *International journal of nursing studies*, 2012; 49(9), 1122–1137.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.004>

⁴² Dale, B., Saevareid, H. I., & Söderhamn, O. Testing reliability and validity of Lorensen's Self-care Capability Scale (LSCS) among older home-living, care-dependent individuals in Norway. *International journal of older people nursing*. 2013; 8(2), 166–173.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00339.x>

⁴³ Alvarado-Martel D, Ruiz Fernández MÁ, Cuadrado Vigaray M, Carrillo A, Boronat M, Expósito Montesdeoca A, Wägner AM. Identification of Psychological Factors Associated with Adherence to Self-Care Behaviors amongst Patients with Type 1 Diabetes. *J Diabetes Res*. 2019; 14:6271591. [doi: 10.1155/2019/6271591](https://doi.org/10.1155/2019/6271591).

⁴⁴ Niguse H, Belay G, Fisseha G, Desale T, Gebremedhn G. Self-care related knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with diabetes in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, North Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019 Jan 18;12(1):34. [doi: 10.1186/s13104-019-4072-z](https://doi.org/10.1186/s13104-019-4072-z).

⁴⁵ Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Stuckey, H., Tarkun, I., Vallis, M., Wens, J., Peyrot, M., DAWN2 Study Group Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association* 2013, 30(7), 767–777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>

⁴⁶ Opoku R, Ackon SK, Kumah E, Botchwey CO, Appiah NE, Korsah S, Peprah M. Self-care behaviors and associated factors among individuals with type 2 diabetes in Ghana: a systematic review. *BMC Endocr Disord*. 2023;23(1):256. [doi: 10.1186/s12902-023-01508-x](https://doi.org/10.1186/s12902-023-01508-x).

⁴⁷ Jung SY, Moon KJ. Factors affecting self-care among community-dwelling hypertensive older adults: A cross-sectional study. *Nurs Open*. 2023 Jun;10(6):3892-3905. [doi: 10.1002/nop2.1647](https://doi.org/10.1002/nop2.1647).

⁴⁸ Abate TW, Dessie G, Workineh Y, Gedamu H, Birhanu M, Ayalew E, Tirfie M, Endalamaw A. Non-adherence to self-care and associated factors among diabetes adult population in Ethiopian: A systemic review with meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Feb 10;16(2): e0245862. [doi: 10.1371/journal.pone.0245862](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245862).

⁴⁹ Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., Strömberg, A. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS. Advances in nursing science*, 2019: 42(3), 206–215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

⁵¹ Organización Mundial de la salud. WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Geneva: World Health Organization; 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357828/9789240052192-eng.pdf?sequence=1>

⁵² Abellán, A. Percepción del estado de salud. *Rev. Multigerontologia* 2003; 13(5): pp. 340-342. <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/q-13-5-007.pdf>

⁵³ Sabetsarvestani, P., Mohammadi, F., Tehranineshat, B., Bijani, M., Fereidouni, Z. Barriers to efficient management of in-home care: A qualitative content analysis. *Nursing open*. 2022; 9(2), 1200–1209. <https://doi.org/10.1002/nop2.1161>

⁵⁴ Ceccon RF, Vieira LJE de S, Brasil CCP, Soares KG, Portes V de M, Garcia Júnior CAS, et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciênc saúde coletiva* 2021;26(1):17–26.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>

⁵⁵ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings, and Advance Tables*. ESA/P/WP/248, p. 40. <https://bit.ly/2WeU77g>

⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística del Perú. *Situación de la población adulta mayor*. 2022.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf

⁵⁷ Souza, E. M., Silva, D. P. P., Barros, A. S. Popular education, health promotion and active aging: an integrative literature review. *Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: uma revisão bibliográfica integrativa*. *Ciencia & saude coletiva*, 2021; 26(4), 1355–1368. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.09642019>

⁵⁸ Calero-Molina, E., Hidalgo, E., Rosenfeld, L., Verdú-Rotellar, J. M., Verdú-Soriano, J., Garay, A., Alcoberro, L., Jimenez-Marrero, S., Garcimartin, P., Yun, S., Guerrero, C., Moliner, P., Delso, C., Alcober, L., Enjuanes, C., Comin-Colet, J. The relationship between self-care, long-term mortality, and heart failure hospitalization: Insights from a real-world cohort study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2022; 21(2), 116-126. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab011>

⁵⁹ Caro-Bautista, J., Kaknani-Uttumchandani, S., García-Mayor, S., Villa-Estrada, F., Morilla-Herrera, J. C., León-Campos, Á., Gómez-González,

A. J., Morales-Asencio, J. M. Impact of self-care programmes in type 2 diabetes mellitus population in primary health care: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29(9-10), 1457-1476. <https://doi.org/10.1111/jocn.15186>

⁶⁰ Chica-Pérez, A., Dobarrío-Sanz, I., Correa-Casado, M., Fernández-Sola, C., Ruiz-Fernández, M. D., Hernández-Padilla, J. M. Spanish version of the self-care self-efficacy scale: A validation study in community-dwelling older adults with chronic multimorbidity. *Geriatric Nursing*, 2023; 53, 181-190. <https://doi.org/10.1111/jocn.16294>

61 Polit D, Chachabo T. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería. 9va. Ed. México: Edit. Wolters Kluwer. Philadelphia. 2018.

62 Katz S., Ford A. y Moskowitz, R. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963., 185, 914-9.

63 Lawton, M. y Brody E. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of dailing living. *Gerontologist*; 9:179-186. En Menéndez, M. y San José, A. Valoración geriátrica funcional. Instrumentos de evaluación funcional y sistema de información para centros asistenciales. Madrid: Fundación Caja. 1995.

64 Miyashita, A., Nakamura, K., Kibusi, S. M., Meshi, E. B., Bendera, A., Sato, H., Al-Sobaihi, S., Tashiro, Y., Ramaiya, K. L., Sunguya, B. F., Seino, K. Health insurance in rural Tanzania promotes self-care for among patients with non-communicable diseases via their disease management behaviours. *International health* 2025; 17(3), 342–350. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihae070>

65 Devi R, S., V M, A. E., Pandian, S., Albert Sekhar, M. Assessment of Self-Care in Promoting Healthy Aging Among the Elderly in Rural Areas

of Kancheepuram, Tamil Nadu. *Cureus* 2025; 17(5), e84171.
<https://doi.org/10.7759/cureus.84171>

66 Salmanpour, N., Salehi, A., Nemati, S., Rahmanian, M., Zakeri, A., Drissi, H. B., Shadzi, M. R. The effect of self-care, self-efficacy, and health literacy on health-related quality of life in patients with hypertension: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2025; 25(1), 2630.
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-23914-7>

67 Yang, L. H., Qu, L. The mediating role of psychological resilience in the relationship between feelings of alienation and self-care ability among rural elderly living alone: A cross-sectional study. *Medicine* 2025; 104(42), e45053. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000045053>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. IPRESS I-4 BELLAVISTA NANAY.2025

PRESENTACIÓN.

Sr, Sra, Srta Muy buenos días, soy el Bach. Enf. Angel Román William Taminche Macedo

de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica Perú. Solicito su inapreciable colaboración respondiendo algunas preguntas que servirán para analizar los factores que influyen en el autocuidado de las personas mayores que viven en la comunidad.

ELECCION DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Su participación en el presente estudio es VOLUNTARIA. Usted libremente puede consentir en integrar o no ingresar al estudio, también si más tarde cambia de opinión, puede abandonar el estudio. Toda la información que comunique a nosotros será tratada con CONFIDENCIALIDAD y guardada diligentemente. Usted NO recibirá asignación monetaria.

El conocimiento que se consiga del estudio se compartirá con usted antes de que se publique, a través de un pequeño encuentro en la comunidad.

Después se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de la investigación.

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Si Usted considera que su participación le ha causado daño físico o emocional, le rogamos por favor contacte con la Facultad de Ciencias de Salud de la UCP o al teléfono 925956821

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído toda la información proveída anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas las que han sido contestadas en forma satisfactoria.

Se me ha cedido una copia de este consentimiento. Al firmar este documento estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Es conforme.

Nombre:.....

Lugar, fecha,

hora:.....

Firma del participante.....,,,

Nombre, Firma y huella del participante

DNI N°:

INSTRUMENTO

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO DE ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LA COMUNIDAD. IPRESS I-4 BELLAVISTA NANAY.2025

Instrucciones:

Este instrumento se aplica al adulto mayor que vive en la comunidad. El evaluador debe garantizar la confidencialidad y para ello, previamente debe obtener el consentimiento informado. La primera sección corresponde a la caracterización sociodemográfica, y de la salud enfermedad del adulto mayor, la segunda secciona a la capacidad funcional y en la última parte la evaluación del autocuidado del adulto mayor.

Colocar fecha, hora de inicio y final de la entrevista en los recuadros correspondientes

Fecha:	Hora inicio:	Hora final:
--------	--------------	-------------

I. CARACTERIZACION SOCIODEMOCRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

1. Edad 	2. Sexo <table border="1"> <tr> <td>Masculino</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Femenino</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Masculino	☐	Femenino	☐												
Masculino	☐																
Femenino	☐																
3. Estado civil <table border="1"> <tr> <td>Soltero</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Conviviente</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Casado</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Separado- viudo</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Soltero	☐	Conviviente	☐	Casado	☐	Separado- viudo	☐	4. Ocupación <table border="1"> <tr> <td>Ama de casa</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Trabajador dependiente</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Trabajador independiente</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Ama de casa	☐	Trabajador dependiente	☐	Trabajador independiente	☐		
Soltero	☐																
Conviviente	☐																
Casado	☐																
Separado- viudo	☐																
Ama de casa	☐																
Trabajador dependiente	☐																
Trabajador independiente	☐																
5. Escolaridad <table border="1"> <tr> <td>Sin instrucción</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Sin instrucción	☐	Primaria	☐	Secundaria	☐	Superior	☐	6. Procedencia <table border="1"> <tr> <td>Maynas</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Loreto</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Ramon Castilla</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Daten del Marañón</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Maynas	☐	Loreto	☐	Ramon Castilla	☐	Daten del Marañón	☐
Sin instrucción	☐																
Primaria	☐																
Secundaria	☐																
Superior	☐																
Maynas	☐																
Loreto	☐																
Ramon Castilla	☐																
Daten del Marañón	☐																

II. FACTORES DE LA SALUD ENFERMEDAD DEL ADULTO MAYOR

7. Salud percibida			
Items	Buena	Regular	Mala
¿Cómo siente su estado de salud en general?	2	1	0
¿En comparación con personas de su edad?	2	1	0
¿Si la compara con su estado hace un año?	2	1	0

8. ¿Sufre de alguna enfermedad actualmente?	9. ¿De cual enfermedad se trata?				
<table border="1"> <tr> <td>Si</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td></td> </tr> </table>	Si		No		
Si					
No					

10. Tiempo de enfermedad	11. Enfermedades asociadas												
	<table border="1"> <tr> <td>Hipertensión arterial</td> <td></td> <td>Enf. Parkinson</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td></td> <td>Enf. cerebrovascular</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Artrosis</td> <td></td> <td>Otro</td> <td></td> </tr> </table>	Hipertensión arterial		Enf. Parkinson		Diabetes		Enf. cerebrovascular		Artrosis		Otro	
Hipertensión arterial		Enf. Parkinson											
Diabetes		Enf. cerebrovascular											
Artrosis		Otro											

III. CAPACIDAD FUNCIONAL

Le voy a leer la lista de las actividades, después dígame si las puede realizar sin ayuda (SA), con alguna ayuda (AA) o con total ayuda (TA)

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD): TEST DE KATZ	SA	AA	TA
Puede usted:			
1. ¿Lavarse y bañarse?	2	1	0
2. ¿Vestirse y desvestirse?	2	1	0
3. Ir al baño: ¿Llega a tiempo, se limpia y se coloca la ropa?	2	1	0
4. ¿Levantarse y acostarse de la cama?	2	1	0
5. ¿Puede Ud. comer sus alimentos?	2	1	0
6. ¿Subir, bajar gradas y caminar dentro de la casa?	2	1	0
7. ¿Controlar la orina y defecación?			
PUNTAJE TOTAL:			
a) 0 – 2 = Dependiente ()			
b) 3 – 13 = Moderadamente Independiente ()			
c) 14 = Independiente ()			

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD): TEST DE LAWTON			
Puede usted:	2	1	0
1. Realizar tareas domésticas: limpiar, ordenar, barrer, hacer las camas, arreglar y lavar ropa o cocinar.	2	1	0
2. Realizar las compras cerca de la casa (ir al mercado, etc.).	2	1	0
3. Usar la movilidad (viaja en micro, taxi a lugares cercanos).	2	1	0
4. Usar la movilidad (viaja en ómnibus, taxi a lugares distantes)	2	1	0
5. Controlar su dinero (cambiar dinero, ahorra y paga cuentas).	2	1	0
6. Tomar sus medicinas (nombre, hora, cantidad).			
PUNTAJE TOTAL			
a) 0 – 2 = Dependiente ()			
b) 3 – 11 = Moderadamente Independiente ()			
c) 12 = Independiente ()			

IV. ESCALA DE AUTOCUIDADO DE LEITON

Instrucciones: El presente instrumento tiene el propósito de conocer la práctica del autocuidado en su vida diaria. A continuación, se le leerá unas preguntas y usted debe responder con sinceridad, si las realiza siempre (S), a veces (AV) o nunca (N).

A. ASPECTO BIOLÓGICO	S	AV	N
CUIDADO CON LOS OJOS			
1. Realiza manualidades o lecturas en sitios bien iluminados (luz artificial o natural).	3	2	1
2. Ilumina bien su hogar, especialmente por las noches.	3	2	1
3. Evita pasar bruscamente de la oscuridad a la luz, esperando hasta que se adapte a los cambios de luz antes de seguir caminando.	3	2	1
4. Tiene ayudas visuales como lentes de aumento, libros, calendarios y juegos de letras grandes.	3	2	1
5. Visita al oculista por lo menos una vez al año	3	2	1
6. Acude al médico inmediatamente si presenta pérdida brusca de la visión, dolor, visión doble, inflamación, lagrimeo, etc	3	2	1
CUIDADO CON LOS OIDOS	S	AV	N
7. Limpia el cerumen del oído usando hisopos de algodón, ganchos de cabello, palitos de fósforos, etc.	1	2	3
8. Evita los ruidos fuertes.	3	2	1

9. Usa remedios caseros o gotas indicados por el farmacéutico, familiares o amigos en caso de mareos, pérdida del equilibrio, zumbido de oído, etc.	1	2	3
10. Se levanta rápidamente de la cama (de estar acostado a ponerse de pie)	1	2	3
11. Visita al médico de los oídos por lo menos una vez al año	3	2	1
12. Acude al médico inmediatamente si presenta dificultades para oír, no comprende las palabras que le dicen o pide que le repitan.	3	2	1
CUIDADO DE PIEL	S	AV	N
13. Se da un baño completo por lo menos 3 veces por semana.	3	2	1
14. Se da masajes por todo el cuerpo de preferencia en codos, coxis y rodillas.	3	2	1
15. Utiliza crema o aceite de bebe para su piel.	3	2	1
16. Seca su piel suavemente sin frotar y se asegura que los pliegues del cuerpo queden bien secos, especialmente entre los dedos de los pies.	3	2	1
17. Examina su piel por lo menos 1ves/mes en busca de lesiones, grietas, manchas, enrojecimiento o aparición o cambio en lunares.	3	2	1
18. Usa compresas o botellas de agua caliente para calentarse.	1	2	3
CUIDADO CON LOS PIES	S	AV	N
19. Examina sus pies todos los días buscando heridas, enrojecimientos, ampollas, callos o uñas incrustadas.	3	2	1
20. Usa generalmente zapatos cómodos (no apretados, de taco bajo, suaves).	3	2	1
21. Realiza ejercicios de piernas y pies por lo menos 3/v por semana	3	2	1
22. Se cambia de medias todos los días.	3	2	1
23. Camina sin zapatos.	1	2	3
24. Corta y lima las uñas de sus pies en línea recta, sin redondear las esquinas.	3	2	1
CUIDADO CON LA BOCA	S	AV	N
25. Se cepilla los dientes o dentadura postiza después de cada comida.	3	2	1
26. Usa hilo dental para retirar los restos de alimentos.	3	2	1
27. Visita al dentista por lo menos cada año.	3	2	1
28. Visita al médico cuando presenta dolor, caries, encías rojas, mal aliento, o sangrado al cepillarse, etc)	3	2	1
29. Usa pasta dental o bicarbonato para el cepillado de sus dientes	3	2	1
30. Cambia de cepillo cuando las cerdas están gastadas o abiertas. (Se confirma la respuesta, si se pregunta después de cuanto tiempo cambia su cepillo = máximo cada 6 meses.	3	2	1

CUIDADO NUTRICIONAL	S	AV	N
31. Ingiere una dieta balanceada y variada todos los días (por lo menos 10 alimentos diferentes: carnes (pollo, pescado, res, soya), productos lácteos descremados (queso, leche, yogurt), quaker, fruta, jugos naturales, verduras (3), pan, fideos, mantequilla, papas, yuca, camote, menestras, etc	3	2	1
32. Le gusta comer papas fritas, pollo a la brasa, hotdog, etc.	1	2	3
33. Ingiere 1 a 2 litros de líquidos diários.	3	2	1
34. Consume dulces, postres, chocolates o más de 10 cucharaditas diarias de azúcar en sus alimentos.	1	2	3
35. Evita el consumo excesivo de alcohol (más de 30ml/día).	3	2	1
36. Mantiene su peso ideal o el recomendado.	3	2	1
CUIDADO EN EL SUEÑO	S	AV	N
37. Duerme por lo menos 4 horas seguidas en la noche.	3	2	1
38. Se levanta y se acuesta todos los días a la misma hora.	3	2	1
39. Consume una dieta liviana por las noches	3	2	1
40. Consume alcohol, tabaco, café cerca de la hora de dormir.	1	2	3
41. Antes de dormir: lee, escucha música, ve películas agradables, medita o reza para favorecer su sueño.	3	2	1
42. Toma algún medicamento para dormir sin indicación médica.	1	2	3
CUIDADO CON LA MEMORIA	S	AV	N
43. Realiza algún ejercicio o alguna ayuda para mejorar su memoria como: Intenta memorizar, visualizando los rostros de personajes de la TV, revistas o personas que han sido presentadas recientemente.	3	2	1
44. Cuando le presentan a una persona intenta recordar su nombre asociándolo con algo conocido.	3	2	1
45. Tiene un lugar fijo para colocar sus llaves, medicinas, dinero, etc	3	2	1
46. Al acostarse visualiza a "modo de película" todo lo que ha realizado durante el día.	3	2	1
47. Le gusta comentar noticias o cosas que ha visto, leído o escuchado	3	2	1
48. Está al día con las noticias o novedades	3	2	1
CUIDADO CON LA ELIMINACION	S	AV	N
49. Va a orinar al levantarse, antes de acostarse y antes o después de las comidas.	3	2	1
50. Realiza ejercicios para mejorar su micción (como contraer los músculos alrededor del ano, manteniéndolos en tensión un momento (cuenta hasta diez y luego los relaja los músculos)	3	2	1
51. Consume todos los días bebidas como café, Coca-Cola, te, alcohol, o bebidas con edulcorantes artificiales.	1	2	3
52. Mantiene un horario fijo para hacer su deposición	3	2	1

53. Usa laxantes, enemas o aceites sin indicación médica para favorecer la defecación.	1	2	3
54. Consume diariamente frutas, jugos, verduras, frijoles, brócoli, pan integral ,etc	3	2	1
B. ASPECTO PSICOSOCIAL	S	AV	N
55. Se reúne con sus amigos/as, vecinos/as para conversar y pasar momentos agradables.	3	2	1
56. Realiza actividades sociales recreativas (paseos, fiestas, cumpleaños, visitas, juego de cartas, etc)	3	2	1
57. Realiza actividades productivas (jardinería, pintura, carpintería, manualidades, etc)	3	2	1
58. Se reúne con sus familiares (pareja, hijos, nietos, hermanos, etc) para conversar, aconsejar o disfrutar de su tiempo libre.	3	2	1
59. ¿Ha dejado de interesarle cosas y actividades que antes hacía?	1	2	3
60. Tiene deseos de seguir viviendo.	3	2	1
61. Está satisfecho con su vida?	3	2	1
62. Transmite su experiencia, habilidades y talentos a sus familiares, amigos o a quien se lo pida.	3	2	1
63. Hace todo lo posible para adaptarse ante algo nuevo o cambio.	3	2	1
64. Acepta su vida con sus triunfos y fracasos.	3	2	1
65. Se enfrenta con valor y entusiasmo a los cambios y disminuciones que se presentan en la vejez.	3	2	1
66. Mantiene un buen sentido del humor, ríe, es optimista y vive con alegría.	3	2	1
67. Brinda muestras de cariño a sus familiares y amigos	3	2	1
68. Está insatisfecho o inconforme por la vida sexual que tiene ahora.	1	2	3
69. Se adapta ante la ausencia o pérdida de su pareja, hijos, familiares o amigos.	3	2	1
70. Acepta de buen agrado su nuevo rol dentro de su familia.	3	2	1
71. Permite que sus familiares u otras personas tomen decisiones por usted.	1	2	3
72. Expresa sus sentimientos de amor, alegría, cólera, pena, etc	3	2	1
73. Permite que sus familiares u otras personas se burlen, le insulten o le falten el respeto.	1	2	3
74. Se preocupa por mantener una buena apariencia personal (limpio/a, arreglado/a., etc)	3	2	1
75. Realiza actividades para ayudar a sus familiares, amigos o vecinos.	3	2	1
76. Se mantiene interesado en aprender cosas nuevas.	3	2	1
77. Se siente valioso, útil e importante a pesar de los cambios de su edad	3	2	1
78. Tiene miedo a la muerte.	1	2	3
79. Cuando piensa en la muerte la acepta como algo natural de la vida.	3	2	1
80. Fortalece su espiritualidad y su fe meditando, orando o participando en su iglesia o grupo religioso.	3	2	1

PUNTAJE TOTAL:

Anexo 2.

Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUMENTO
Factores que influyen en el autocuidado de adultos mayores que viven en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025	¿Cuáles son los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que vive en la comunidad? Ipress I-4 Bellavista Nanay.2025?	Objetivo general: Establecer los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor que reside en la comunidad. Ipress I-4 Bellavista Nanay. Objetivos específicos: - Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor que reside en la comunidad: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción. - Identificar los factores de salud-enfermedad del adulto mayor que reside en la comunidad: salud percibida, morbilidad sentida, tipo de enfermedad, tiempo de enfermedad. - Valorar la capacidad funcional del adulto mayor que vive en la comunidad - Valorar el nivel de autocuidado del adulto mayor que reside en la comunidad - Relacionar los factores identificados con el nivel de autocuidado del adulto mayor que reside en la comunidad.	Hipótesis alterna: Existe relación estadística significativa entre algunos factores sociodemográficos, salud-enfermedad, capacidad funcional con el nivel de autocuidado de los adultos mayores que residen en la comunidad Hipótesis nula: No existe relación estadística significativa entre algunos factores sociodemográficos, salud-enfermedad, capacidad funcional con el nivel de autocuidado de los adultos mayores que residen en la comunidad	Cuantitativo Observacional, descriptivo, transversal	Población: 4260 adultos mayores que residen en la comunidad, jurisdicción de la Ipress I-4 Bellavista Nanay. Muestra: Por conveniencia. 150 adultos que residen en el Asentamiento Humano Iván Vásquez, de la Ipress I-4 Bellavista Nanay.	- Cuestionario factores sociodemográficos, y factores de salud-enfermedad. - Índice de Katz y Lawton - Escala de autocuidado de Leiton