



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Tesis

Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano
Melgar en Arequipa – 2024

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Autora: Suaña Ancco, Victoria


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4437-2994>

Asesor: Mg. Mori Castro, Jaime Alberto

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, **VICTORIA SUAÑA ANCCO**; bachiller de la facultad de ciencia salud y Escuela Académica PROFESIONAL DE ENFERMERIA de la universidad privada Norbert Wiener, declaro que el trabajo académico titulado: “**Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor del centro de salud de Mariano Melgar Arequipa 2024**”, Asesorado por el docente: **MG. Jaime Alberto Mori Castro** DNI:07537045 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2570-0401> tiene un índice de similitud de 11 % con **oid:14912:422862531** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autora
 VICTORIA SUAÑA ANCCO
 DNI: 29650357



.....
 Firma
 MG. Mori Castro Jaime Alberto
 DNI: 07537045

Lima 22 de Enero del 2025

Dedicatoria

Dedico esta tesis al único ser poderoso del mundo Dios, que me ha sabido guiar hasta donde he llegado ahora.

También me la dedico a mí misma pues no ha sido nada fácil para lograrlo.

Y a mi familia nuclear, mi esposo que siempre me apoyo y a mis dos hijos que son la razón de mi perseverancia.

Agradecimiento

Me siento muy agradecida primeramente con Dios, por permitirme lograr mis objetivos y a todas las personas que estuvieron involucrados en esta etapa de mi vida.

A mi asesor, quien me tuvo mucha paciencia a la universidad profesores, compañeros de clases amigos y familia querida todos ellos de alguna forma me apoyaron en este camino gracias totales.

Índice

Título	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.4.1 Teórica	5

1.4.2 Metodológica.....	6
1.4.3 Práctica.....	6
1.5. Limitaciones de la investigación.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases teóricas	11
1.3. Hipótesis de la investigación.....	19
1.3.1 Hipótesis general	19
1.3.2 Hipótesis específicas	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1. Método de investigación	20
3.2. Enfoque investigativo.....	20
3.3. Tipo de investigación	20
3.4. Diseño de la investigación.....	21
3.5. Población, muestra y muestreo.....	21
3.6. Variables y operacionalización.....	22
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.7.1 Técnica	25
3.7.2 Descripción.....	25
3.7.3 Validación.....	26
3.7.4 Confiabilidad.....	26
3.8. Procesamiento y análisis de datos	27

3.9. Aspectos éticos	28
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	30
4.1. Resultados	30
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	30
4.1.2 Prueba de hipótesis.....	38
4.2. Discusión de resultados	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
5.1. Conclusiones	51
5.2. Recomendaciones.....	52
REFERENCIAS	54
ANEXOS.....	63

Resumen

Introducción: la pesquisa se propuso como objetivo determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024. Metodología: Estudio cuantitativo de alcance correlacional transversal no experimental en una muestra por conveniencia de 80 adultos mayores a quienes se les aplicó una encuesta con 2 instrumentos universales válidos y confiables. Los resultados no mostraron relaciones estadísticamente significativas entre ninguna de las dimensiones del autocuidado y la calidad de vida ($p > 0.05$). Aunque se observaron tendencias débiles, como una ligera relación positiva entre alimentación y actividad física con la calidad de vida ($\rho = 0.109$ y 0.028 , respectivamente), y una ligera relación negativa entre hábitos nocivos y adherencia al cuidado con la calidad de vida ($\rho = -0.088$ y -0.136 , respectivamente), estas no fueron estadísticamente significativas. La ausencia de asociaciones significativas podría atribuirse a diversas limitaciones del estudio, como el tamaño de muestra reducido ($n=80$), la categorización ordinal de las variables y la posible influencia de otros factores no considerados, como el estado de salud, el apoyo social y el nivel socioeconómico.

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

Abstract

Introduction: the aim of the research was to determine how self-care is related to quality of life in older adults attending a health center in the district of Mariano Melgar, Arequipa - 2024.

Methodology: Quantitative study of non-experimental cross-sectional correlational scope in a convenience sample of 80 older adults to whom a survey was applied with 2 valid and reliable universal instruments. The results showed no statistically significant relationships between any of the dimensions of self-care and quality of life ($p > 0.05$). Although weak trends were observed, such as a slight positive relationship between diet and physical activity with quality of life ($\rho = 0.109$ and 0.028 , respectively), and a slight negative relationship between harmful habits and adherence to care with quality of life ($\rho = -0.088$ and -0.136 , respectively), these were not statistically significant. The absence of significant associations could be attributed to several limitations of the study, such as the small sample size ($n=80$), the ordinal categorization of the variables and the possible influence of other factors not considered, such as health status, social support and socioeconomic level.

Key words: self-care, quality of life, elderly, nursing.

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global que plantea desafíos para los sistemas de salud y bienestar social. En este contexto, la promoción de un envejecimiento saludable se ha convertido en una prioridad, y el autocuidado emerge como un componente crucial para lograrlo. El autocuidado, definido como el conjunto de acciones que las personas realizan para mantener su salud y bienestar, puede influir en la calidad de vida de los adultos mayores, permitiéndoles mantener su autonomía, independencia y satisfacción con la vida.

Diversos estudios han explorado la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores, con resultados variables. Algunos estudios han encontrado asociaciones positivas significativas, sugiriendo que un mayor autocuidado se asocia con una mejor calidad de vida. Otros estudios, sin embargo, no han encontrado relaciones significativas, lo que plantea interrogantes sobre la naturaleza y magnitud de esta asociación.

Esta investigación se propuso analizar la relación entre diferentes dimensiones del autocuidado (alimentación, actividad física, hábitos nocivos y adherencia al cuidado) y la calidad de vida en una muestra de adultos mayores. Se planteó la hipótesis de que existiría una relación positiva entre el autocuidado y la calidad de vida, es decir, que los adultos mayores con mejores prácticas de autocuidado reportarían una mejor calidad de vida.

El trabajo se divide en 5 capítulos en donde se despliegan cada uno de los componentes de la guía de elaboración de la tesis según la normativa de la universidad, detallando en cada paso los subcapítulos y apartados que corresponden. Lo invitamos a leer en detalle este importante trabajo que aporta evidencia científica respecto a estos fenómenos que se vive día a día las enfermeras en los servicios de salud de nuestro sistema sanitario peruano.

La autora.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel global, el envejecimiento poblacional ha traído implicancias significativas para el autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para 2050 la población mundial de personas de 60 años o más alcanzará los 2.000 millones, representando un aumento del 22%. Este incremento plantea desafíos para políticas públicas efectivas de autocuidado que mejoren su calidad de vida (1).

Con respecto a esto, aproximadamente el 40% de los adultos mayores europeos enfrenta dificultades para realizar actividades de autocuidado, afectando negativamente su calidad de vida, observándose hasta el 2023 un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que exige una mayor atención en la promoción del autocuidado y de programas comunitarios que han logrado mejorar la calidad de vida y reducir en un 15% las hospitalizaciones (2).

Por otra parte, en Japón hacia el 2021, el 28% de la población superaba los 65 años, y cerca del 35% de ellos reportaba limitaciones en el autocuidado debido a condiciones como la demencia y enfermedades cardiovasculares. Este escenario ha impulsado iniciativas gubernamentales que buscaron fortalecer el autocuidado y mejorar la calidad de vida, logrando una disminución del 10% en complicaciones asociadas (3).

Asimismo, en países africanos como Nigeria, hacia el 2021, el 50% de los adultos mayores vivía en zonas rurales con acceso limitado a servicios de salud, lo que dificultaba el autocuidado. Programas piloto de intervenciones comunitarias han demostrado que pueden aumentar en un 20% las prácticas de autocuidado y la mejora de la calidad de vida entre esta población (4).

En otro contexto, específicamente en Estados Unidos hacia el 2021, el 30% de los adultos mayores presentaba dificultades en el autocuidado debido a enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. A pesar de contar con sistemas de salud avanzados, las disparidades socioeconómicas afectan la calidad de vida de este grupo. Iniciativas como la educación en salud han mejorado en un 25% la adherencia a prácticas de autocuidado (5).

De igual manera, en Latinoamérica, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alrededor del 45% de los adultos mayores en la región tiene al menos una enfermedad crónica que limita su autocuidado. Programas gubernamentales orientados al envejecimiento activo han logrado mejoras del 18% en la calidad de vida percibida por los adultos mayores (6).

Del mismo modo, un estudio de revisión del 2023 revela que en muchos países latinoamericanos como Chile y Argentina existe alrededor de un 33% de adultos mayores que requieren de apoyo en actividades básicas de autocuidado; esta evidencia señala que la promoción de hábitos saludables puede reducir en un 12% las complicaciones asociadas a enfermedades crónicas, mejorando así su calidad de vida (7).

Sin embargo, otro estudio de revisión del 2024 desvela que naciones centroamericanas como Guatemala y Honduras presentan mayores retos debido a limitaciones económicas y de infraestructura. Allí, más del 60% de los adultos mayores carece de acceso a servicios básicos de salud, lo que impacta negativamente en su capacidad de autocuidado y, por ende, en su calidad de vida relacionada con la salud (8).

Como se ha dicho, la evidencia científica al 2023 respalda que la autoeficacia fortalece el autocuidado en los adultos mayores, facilitando la adopción de hábitos saludables. Promover un estilo de vida saludable mediante actividad física y una dieta adecuada mejora el envejecimiento y la calidad de vida. Se recomienda intervenciones multidisciplinarias para abordar integralmente la salud de los adultos mayores (9).

En el Perú al 2023 se reporta que el 40.5% de las familias cuenta con un adulto mayor, en la zona rural el 43.3% de las familias tiene un anciano, en las comunidades urbanas el 37.7% cuentan con un adulto mayor; y es el autocuidado una herramienta fundamental para promover la salud física y mental, la autonomía, la independencia, el bienestar general y calidad de vida de este grupo poblacional (10).

De manera que, y concretamente en Arequipa, y más puntualmente en el Centro de Salud Mariano Melgar, se ha observado que un alto porcentaje de los adultos mayores que se atienden a diario en este establecimiento de salud tiene problemas relacionados con el autocuidado y refieren que no tienen una buena calidad de vida.

Además, se ha observado que factores como la falta de educación en salud, recursos limitados y escaso apoyo familiar contribuyen a esta situación. Por lo tanto, es fundamental investigar cómo el autocuidado se relaciona con su calidad de vida para diseñar intervenciones efectivas que aborden estas necesidades.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cómo el autocuidado en su dimensión alimentación se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024?

¿Cómo el autocuidado en su dimensión actividad física se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024?

¿Cómo el autocuidado en su dimensión hábitos nocivos se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024?

¿Cómo el autocuidado en su dimensión adherencia al cuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar cómo el autocuidado en su dimensión alimentación se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Determinar cómo el autocuidado en su dimensión actividad física se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Determinar cómo el autocuidado en su dimensión hábitos nocivos se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Determinar cómo el autocuidado en su dimensión adherencia al cuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Si bien se sabe que el autocuidado es uno de los factores que contribuye a la calidad de vida en los adultos mayores, se necesita una investigación más profunda para describir y comprender los mecanismos exactos por los cuales esto ocurre en situaciones particulares.

En ese sentido, el estudio explora cómo las diferentes dimensiones del autocuidado (físico, mental y social) se conectan en distintos aspectos de la calidad de vida (salud física, salud mental, bienestar social, etc.); sobre todo, desde la mirada de los servicios de salud.

Asimismo, esta pesquisa se orienta hacia dos teorías y teóricos de la Enfermería que ofrecen marcos conceptuales y perspectivas valiosas para comprender este fenómeno complejo en los adultos mayores.

En primer lugar, a la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que conceptualiza el autocuidado como una serie de acciones que las personas realizan para mantener su salud y bienestar y proporciona un marco para evaluar las capacidades de autocuidado de los individuos y diseñar intervenciones personalizadas.

En segundo lugar, al Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que se centra en factores que influyen en las personas para que adopten comportamientos saludables. Si bien no se centra específicamente en el adulto mayor, su aplicación en este grupo etario tiene un impacto significativo en su calidad de vida.

1.4.2 Metodológica

En este estudio se empleó la ruta del enfoque cuantitativo, utilizando el método científico para investigar e interpretar el fenómeno desde una perspectiva específica a una general. El método hipotético deductivo sirvió como herramienta de investigación.

Para recopilar datos sobre ambos fenómenos se utilizaron dos instrumentos documentales universales adaptados y validados al contexto nacional, el “Test de CYPAC-AM” de Millán-Méndez 2010, para medir el autocuidado y el “Cuestionario WHOQOL-BREF” de la OMS 2004 para medir la calidad de vida.

Además, se analizó información y documentos de antecedentes para recopilar datos relevantes, que se correlacionaron en un momento específico para obtener una comprensión integral del fenómeno en cuestión.

1.4.3 Práctica

Los resultados de este estudio contribuyen a comprender el comportamiento del autocuidado y la calidad de vida en esta población vulnerable, para que a partir de esta evidencia se puedan desarrollar estrategias e intervenciones efectivas para promover hábitos de autocuidado saludables en los adultos mayores. Esto puede contribuir a prevenir enfermedades crónicas, mejorar la funcionalidad física, reducir la dependencia y disminuir la carga sobre el sistema de salud.

Asimismo, los resultados de esta investigación ayudan a identificar mejor los factores que pueden contribuir a un envejecimiento activo y saludable, permitiendo desarrollar programas y políticas públicas que promuevan el bienestar de los adultos mayores en todas las etapas del envejecimiento.

Por último, contribuye a identificar las necesidades y preferencias específicas de diferentes grupos de adultos mayores que hacen uso de los servicios de salud, como es nuestro caso, permitiendo el desarrollo de intervenciones de autocuidado personalizadas y culturalmente sensibles.

1.5. Limitaciones de la investigación

La investigación sobre la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores es un campo complejo y desafiante, y como tal, existen diversas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos de ese estudio. Uno de ellos fue la poca o limitada comprensión lectora y auditiva que tienen los adultos mayores al momento de la aplicación de los instrumentos o cuestionarios que pueden originar sesgos o errores durante el proceso de recolección de datos; lo cual, conlleva a retrasos en la técnica y diligencia de la encuesta y al uso de mayores recursos de tiempo o de dinero para poder obtener mejores respuestas.

Asimismo, la falta de recursos económicos limitó la capacidad de llevar a cabo la investigación de manera efectiva. Esto incluye escasos fondos para impresión de encuestas, materiales para las encuestas, equipamiento para recopilar datos (tabletas, grabadoras, etc.). Además, muchas veces el desplazamiento al asentamiento humano para la recolección de datos y visitas a los adultos mayores que respondieron mal a las encuestas limitó la factibilidad de avanzar. Del mismo modo, muchos de los adultos mayores manifestaron su incomodidad al ser encuestados y eran renuentes de contestar, sumado a las limitaciones de su tiempo en el servicio fueron las cuestiones que limitaron la aplicación de los cuestionarios.

Es importante tener en cuenta estos factores al diseñar y desarrollar una tesis sobre autocuidado y calidad de vida en adultos mayores en un asentamiento humano de Arequipa. Superar estas limitaciones requiere de una planificación cuidadosa, gestión eficiente de los recursos y adaptación a las circunstancias.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Vallejo (11), en Quito - Ecuador 2021, su objetivo fue “Determinar el nivel de autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores de un barrio perteneciente a la comuna 3 de la ciudad de Armenia, Quito”. Fue una investigación de tipo cuantitativo la aplicación de la muestra fue no probabilístico, la población, contaba con 30 pacientes; los instrumentos fueron: el cuestionario, test de Cypac-AM y la escala Gencat. Resultados: se encontró que el 56% de la población es de sexo femenino, donde ellas son quienes más participan en los programas sociales; así mismo el 43% de los participantes se encuentran satisfechos consigo mismo y que la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores es adecuada, pero su calidad de vida es moderada. Conclusión: no se encontró evidencia de una correlación significativa ($p > 0.05$) entre las variables.

Torres et al. (12), en Puebla – México 2019, su objetivo fue “Determinar la relación entre la calidad de vida y la capacidad de autocuidado en pacientes adultos mayores”. Fue una investigación de método: estudio correlacional, analítico, no probabilístico por conveniencia con una población de 51 pacientes de una casa de reposo, el instrumento utilizado para dicho estudio fue para calidad de vida WHOQOL- BREF y capacidad de autocuidado. Los resultados

encontrados fueron que, en cuanto a calidad de vida, el 54% fue mala y la capacidad de autocuidado el 82% fue regular o suficiente. Concluyeron que hay relación positiva baja a moderada ($Rho= 0,320$ y $p= 0,045$) entre la calidad de vida y la capacidad de autocuidado del adulto mayor.

Ñonthe (13), en Tlahuelilpan, Hidalgo - México 2019, efectuaron una investigación con el objetivo de “Analizar el nivel de autocuidado y la calidad de vida de los ancianos con diabetes mellitus tipo 2 luego de platicas educativas en el centro de salud de Tetepango, Hidalgo”. Fue un estudio de tipo cuantitativo, con diseño longitudinal prospectivo y correlacional, la población estuvo formada por 35 pacientes de ambos sexos y para la recolección de datos fue por medio de la encuesta mediante la prueba de CYPAC-AM. Resultados: se encontró que el nivel de autocuidado fue inadecuado con un 53.3% y la calidad de vida fue moderada en el 60.2% en primera instancia; después de las pláticas estos valores mejoraron. Sin embargo, las correlaciones no fueron significativas durante el estudio. Se concluye que esta relación entre el autocuidado y la calidad de vida es ambigua.

Trejo et al. (14), en Hidalgo - México 2022, la finalidad fue “Determinar la relación entre el nivel del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor que trabaja” con un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo con alcance correlacional, la muestra fue no probabilística con una población de 72 adultos mayores, el instrumento que se utilizó fue la escala de calidad de vida GENCAT y el test de CYPAC- AM para capacidad de autocuidado en adultos mayores; como principales resultados fue que el 43.1% de la muestra tuvo un nivel parcialmente adecuado en autocuidado y el 44.4% presentó una mala calidad vida. Concluyeron que no hay relación entre autocuidado y calidad de vida del adulto mayor que trabaja.

Antecedentes nacionales

Caballero (15), en Abancay – Apurímac 2022, realizó un estudio con el fin de “Establecer la relación del autocuidado y la percepción de calidad de vida en el adulto mayor del Hogar de Ancianos Madre Celina Del Niño Jesús de Abancay” con un enfoque cuantitativo, de diseño correlacional, prospectivo y transversal no experimental con una población conformada de 52 pacientes, el instrumento utilizado fue una ficha de observación de la dismovilidad y dos cuestionarios universales validados universalmente para medir las variables. Los resultados fueron que el 51.9% refieren que no atienden en la mayoría de sus necesidades, y que los pacientes en su mayoría perciben que la calidad de vida que llevan es mala frente al autocuidado regular en dicho hogar. Conclusión: No hay evidencia suficiente para confirmar la relación entre las variables.

Santamaria (16), en Lima 2022, su finalidad fue “Determinar la relación que existe entre calidad de vida y capacidad de autocuidado en el adulto mayor, que acude al consultorio externo de geriatría, Hospital María Auxiliadora” el enfoque fue cuantitativo, descriptivo- correlacional, de diseño no experimental, corte transversal, nivel aplicado, con una población de 192 pacientes el instrumento que se utilizó fue el test de CYPAC-AM y WHOOL BREF adaptándolo a las necesidades de su población; los resultados muestran que en cuanto a calidad de vida 44,2% de nivel medio y en cuanto al autocuidado con un nivel adecuado 51,9% donde concluyen que existe relación directa, positiva y significativa entre calidad de vida y capacidad de autocuidado en el adulto mayor.

Cárdenas (17), en Chorrillos – Lima 2022, realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la relación que existe entre nivel de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores, del centro del Adulto mayor Chorrillos” Fue una investigación de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, con una población de 124 participantes, el instrumento que se empleó fueron dos cuestionarios universales validados en diferentes contextos. Dieron como

resultados que el autocuidado de los pacientes es muy adecuado 53.2 en cuanto a calidad de vida es de nivel medio con un 71.9% y concluyeron que existe relación directa moderada entre niveles de autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor.

Chávez et al. (18), en Barranca – Lima 2021, realizaron un estudio con la finalidad de “Determinar la relación entre la capacidad de autocuidado calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el centro de salud Lauriama, Barranca” es de tipo prospectivo, transversal, relacional, de diseño no experimental, con una población de 48 pacientes, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de autocuidado en personas con hipertensión arterial elaborado por Ochoa Mallma Maibi y Ponce Macassi Jackeline y para la variable calidad de vida el cuestionario de salud SF -36 de Ware y Sherbourne. Los resultados encontrados fueron, para el autocuidado de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial fue buena con un 56,3% y un 43,8% tenían una buena calidad de vida. Evidenciaron que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Variable 1: Autocuidado

Definición conceptual y contextualización

El autocuidado se define como un conjunto de acciones que las personas realizan de manera voluntaria y responsable para mantener su salud física, mental y social, y para prevenir la aparición de enfermedades (19).

Desarrollar hábitos de autocuidado promueve un envejecimiento saludable y sustenta el bienestar de la personas a lo largo de la vida, por otro lado también influye en el bienestar las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y de género; el proceso de la edad adulta es

heterogéneo, constante e irreversible , determinado cambios físicos en el cuerpo y el riesgo a diferentes enfermedades, los pacientes de la tercera edad tienen derecho a la salud y a recibir capacitaciones en nutrición, higiene y todo los demás aspectos del cuidado personal (20).

Enfoque teórico del Autocuidado

El estado de salud de las personas mayores es generalmente la consecuencia de medidas o hábitos saludables tomados a lo largo de su vida, en esta etapa de la vida, la ancianidad es necesario como un proceso natural que produce una serie de cambios estructurales y funcionales que afectan los estados físicos psicológicos y sociales, afectando la capacidad de cuidarse a sí mismo por ello es indispensable educar y promover la adaptación de hábitos de vida saludable para el control y disminución de riesgo que puedan presentar alguna enfermedad crónica no transmisible (21).

Por autocuidado nos referimos a las distintas actividades que desarrolla cada ser humano involucrando a los familiares y a los de su entorno para la vigilancia del cuidado integral de la salud generando satisfacción a ello aumenta la posibilidad de crecer en las condiciones de vida incluyendo la enfermedad (22).

El autocuidado en la tercera edad se caracteriza por el desenvolvimiento del paciente, familia y sociedad frente a las necesidades de las actividades diarias ya que la función es compartida y es necesario dar una orientación general sobre el tipo de alimentación, los ejercicios, la actividad física, el tratamiento requerido para un bienestar adecuado a las necesidades diarias (23).

El autocuidado en el adulto mayor se refiere a la capacidad de la persona de mantener su independencia y bienestar mediante la adopción de hábitos saludables y la gestión de sus propias necesidades físicas, mentales y sociales (24).

El autocuidado es un factor significativo en la salud del adulto mayor por lo que es fundamental cómo ellos perciben este componente, el autocuidado debe ser orientado a mantener, reducir, y atenuar el deterioro general y natural que se procede al paso del tiempo, para llegar a un envejecimiento plano y saludable (25).

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

Esta teoría conceptualiza el autocuidado como una serie de acciones que las personas realizan para mantener su salud y bienestar. Orem identifica tres tipos de déficit de autocuidado: total, parcial y de desarrollo. La teoría proporciona un marco para evaluar las capacidades de autocuidado de los individuos y diseñar intervenciones personalizadas (26).

Dimensiones del autocuidado:

Dimensión 1: Alimentación

La alimentación saludable son el consumo de nutrientes como proteínas, líquidos y vitaminas es necesario consumir variedad de nutrientes y no cantidad es la mejor manera de proporcionar al cuerpo los nutrientes que necesita es comer es necesario consumir bebidas tal como frutas, verduras, legumbres y cereales y así mantener un estilo de vida saludable una alimentación adecuada y prevenir enfermedades no transmisibles (27).

En una adecuada alimentación de toda la vida son los mismos nutrientes que se deben consumir de manera variable, estos cambian la cantidad según la edad y las necesidades físicas de cada individuo; la correcta absorción de los alimentos puede verse afectada por algunas enfermedades como la alimentación de los ancianos porque necesitan diferentes nutrientes (28).

Dimensión 2: Actividad física

La Organización Mundial de la Salud, determina que la actividad física es el movimiento del cuerpo ocasionado por los músculos esquelético. La actividad física se refiere a cualquier movimiento incluso durante el tiempo libre, el trasladarse de un lugar a otro, la actividad física de intensidad moderada a vigorosa entre ellos está como practicar deporte, participar en juegos recreativos, por ende, la actividad física ayuda a mejorar la salud y previene problemas cardiovasculares (29).

Realizar actividad física es de suma importancia porque previene el riesgo de sufrir enfermedades y trastornos no transmitibles tal como los accidentes cerebrovasculares e hipertensión arterial, obesidad, etc. La actividad física permite quemar calorías, el buen funcionamiento del corazón reduce los casos de depresión, por otro lado, la inactividad física es reconocida como causas de mortalidad en el mundo (30).

Dimensión 3: Hábitos nocivos

Los hábitos nocivos propio en este grupo de población son comportamientos o prácticas que tienen un impacto negativo hábitos nocivos en el adulto mayor son comportamientos o prácticas que tienen un impacto negativo en su salud y bienestar esto conlleva al riesgo de desarrollar enfermedades, disminuir la calidad de vida y afectar la capacidad funcional (31).

Los hábitos nocivos como el fumar tabaco aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer. Además, fumar puede acelerar el envejecimiento y empeorar los síntomas de enfermedades crónicas (32).

Dimensión 4: Adherencia al cuidado

La adherencia al cuidado en el adulto mayor se refiere a la capacidad de seguir y cumplir con las recomendaciones y pautas de cuidado médico, terapéutico y de autocuidado para mantener y mejorar la salud y el bienestar en esta etapa de la vida (33).

La adherencia al cuidado implica seguir de manera constante y consistente las indicaciones médicas, como tomar los medicamentos según lo prescrito, asistir a las citas médicas y seguir las recomendaciones dietéticas y de actividad física. También implica participar activamente en el cuidado personal, como realizar ejercicios de rehabilitación, llevar un estilo de vida saludable y adoptar medidas preventivas (34).

Implicancias

La higiene personal no es solo sinónimo de limpieza sino también de autocuidado, las diferencias de higiene no pasan desapercibidas, esta práctica debe ser importante en la vida de una persona, porque su ausencia puede tener un impacto negativo y significativo en el cuerpo y la sociedad en su conjunto. Gracias al concepto de la higiene como ciencia se previenen muchas enfermedades y en muchos casos el porcentaje ha disminuido notablemente (35).

El baño o higiene de las personas mayores es una actividad importante en la vida cotidiana con un gran beneficio en la salud física psicológica y mental. Los objetivos de la higiene para los adultos mayores incluyen: mantener una limpieza de la piel; en general les permite permanecer en bienestar y satisfacción, así mismo se previene las infecciones (36).

La higiene personal en el anciano es una norma muy importante ya sea para la prevención de enfermedades o para ayudar a mejorar su autoestima, por eso la importancia de fomentar el aseo personal en el adulto mayor, debido que por su edad a veces lo descuidan un poco por diferentes motivos, la higiene le permite la comodidad y bienestar integral de su persona (37).

Instrumentos de medición

Existen diversos instrumentos documentales para medir la percepción del autocuidado en adultos mayores, cada uno con sus propias características, ventajas y limitaciones. Algunos

de los instrumentos más confiables y ampliamente utilizados son: la Escala de Autocuidado de Orem (Orem Self-Care Scale - OSC), el Cuestionario de Autocuidado en Adultos Mayores (CIAM), el Inventario de Autocuidado de Calgary (Calgary Self-Care Inventory - CSI), la Escala de Autocuidado de Lawton y Brody (Lawton and Brody Self-Care Scale), la Escala de Autocuidado de Katz (Katz Self-Care Scale) (38).

2.2.2. Variable 2: Calidad de vida

Definición conceptual y contextualización de la Calidad de vida

Por calidad de vida suele definirse como satisfacción expresada en los aspectos ambientales, sociales, psicológicos y físico; para los adultos mayores todos estos aspectos son desafiantes principalmente por la circunstancia de su vida diaria (39).

La calidad de vida es el nivel en que la persona está sana, cómoda y es capaz de participar y disfrutar de los sucesos de la vida, es una vivencia subjetiva e individual de cada individuo (40).

Implicancias actuales

El significado de calidad de vida se ha convertido en un área de especial interés para las aplicaciones prácticas e intervenciones en el campo de la salud física, mental, educación y familias. Una persona puede tener calidad de vida cuando sus necesidades personales están satisfechas y tienen la oportunidad de enriquecer su vida en las principales áreas de la actividad vital para cualquier persona (41).

Dimensiones de la calidad de vida

Dimensión 1: Bienestar físico

Se refiere a la salud física que percibe el adulto mayor. En esta dimensión se recoge el estado de salud física, incluyendo la presencia o ausencia de enfermedades, la capacidad funcional y la independencia en las actividades de la vida diaria (42).

Dimensión 2: Bienestar psicológico

La calidad de vida es un conjunto de elementos que proporciona al individuo paz tanto física como psicológica. Incluye varias condiciones con las que una persona tiene que compensar sus carencias para vivir una vida cómoda y digna en la sociedad en la que vive y en los adultos mayores más aun esto se ve reflejado que por su estado muchos de ellos se ven aquejados no solo por su edad sino también por las enfermedades que son diagnosticados (43).

Dimensión 3: Bienestar social

La calidad de vida del adulto mayor se vio muy afectada por la pandemia del COVID 19 no solo porque se contagiaron sino también porque muchos de ellos no contaban con recursos económicos necesarios para afrontar el síndrome respiratorio agudo severo que era consecuencia del contagio vivo, el mismo hecho del aislamiento social generó también gran impacto en el adulto mayor pues ya no tenían contacto ni con su familia y peor con los amigos de siempre, esta compleja situación sanitaria los adultos mayores son considerados como el grupo más vulnerable por la morbilidad padecida (44).

Dimensión 4: Bienestar económico

La calidad de vida de los adultos mayores es las interacciones, funciones como la vivienda, la ropa, educación, alimentación y libertad humana en un estado óptimo de bienestar, teniendo en cuenta los procesos evolutivos del envejecimiento y se tiene que adaptar porque también se darán los cambios biológicos y afectan su salud física y pérdida de la memoria, miedo al abandono, la muerte y pues su ambiente se vuelve más incómodo y difícil (45).

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Es el modelo teórico ofrece un marco conceptual valioso para comprender la relación entre los comportamientos de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores. Este modelo propone que la motivación y el comportamiento de salud están influenciados por una serie de factores determinantes, los cuales interactúan entre sí para afectar las decisiones y acciones de las personas (46).

El MPS motiva al adulto mayor a realizar actividad física regular adaptada a sus capacidades. Esto mejora su movilidad, fuerza muscular, equilibrio y reduce el riesgo de caídas, impactando positivamente en su independencia y bienestar físico. Asimismo, promueve una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras y baja en grasas saturadas. Esto ayuda a prevenir enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas, mejorando la salud cardiovascular y la calidad de vida en general. Además, fomenta la adherencia a controles médicos periódicos, vacunación y detección temprana de enfermedades. Esto permite un manejo oportuno de condiciones de salud y previene complicaciones, mejorando el pronóstico y la calidad de vida. Finalmente, el MPS incluye estrategias para el manejo del estrés, como técnicas de relajación, meditación o actividades recreativas. Esto contribuye a la salud mental del adulto mayor, reduce la ansiedad y la depresión, mejorando su bienestar emocional (47).

Instrumentos de medición

Existen diversos instrumentos documentales para medir la percepción de la calidad de vida en adultos mayores, cada uno con sus propias características, ventajas y limitaciones. Algunos de los instrumentos más confiables y ampliamente utilizados son: el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-OLD), la Escala de Calidad de Vida en Adultos Mayores (CAVI), la Escala de Calidad de Vida de Ferrans y Filippini (Ferrans & Filippini Quality of Life Scale), la Escala de Calidad de Vida de Lederer

(Lederer Quality of Life Scale), la Escala de Calidad de Vida de Kane (Kane Quality of Life Scale) (48).

2.3. Hipótesis de la investigación

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

HiE1: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

HiE2: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión actividad física y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

HiE3: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión hábitos nocivos y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

HiE4: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión adherencia al cuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El enfoque utilizado en este estudio fue el método hipotético deductivo, que consiste en formular una hipótesis para dar una explicación al tema bajo investigación. Posteriormente, esta hipótesis se prueba mediante un experimento con el fin de descubrir una solución al problema inicial. Además, este método de investigación incorpora teorías y conceptos fundamentales que ayudan a recopilar información deductiva sobre los resultados experimentales del estudio (41).

3.2. Enfoque investigativo

Incorporando un enfoque cuantitativo, la presente investigación se centra en fenómenos que se prestan a la cuantificación, es decir, que pueden medirse o asignarse valores numéricos. Esta metodología se emplea comúnmente en diversas disciplinas como la biología, la química, la física, la psicología y las ciencias naturales. Además, el estudio utilizará diversas técnicas estadísticas para recopilar y analizar datos, facilitando la descripción, explicación, predicción y extracción de conclusiones (49).

3.3. Tipo de investigación

El estudio actual entra en la categoría de investigación aplicada, ya que tiene como objetivo adquirir conocimientos novedosos y actualizados que puedan utilizarse para abordar problemas específicos en diversas situaciones de la vida real (50).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño fue no experimental, el cual se basa en rangos, conceptos, variables y hechos. Además, el estudio se realizó en un entorno natural y se llevó a cabo sin que el investigador intervenga o altere el objetivo de la investigación. Además, el nivel de esta investigación fue correlacional, puesto que permitió estudiar la relación que existe entre las dos variables y es transversal porque se estudió los fenómenos en un solo momento (51).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población estuvo constituida por adultos mayores que asisten y se atienden de forma regular en el programa de envejecimiento saludable del Centro de Salud Mariano Melgar del distrito Mariano Melgar de la provincia de Arequipa que fueron en total 85 personas empadronadas.

Muestra y muestreo

De la población de 85 individuos, se tomó una muestra por conveniencia de 80 adultos mayores dado que 5 adultos no quisieron participar en el estudio. El muestreo se realizó de manera aleatoria simple de forma intencional, debido a que cumplimos con los criterios estipulados en la guía de elaboración de la tesis de la universidad en dónde se precisa que para estudios correlacionales cuando la población es finita se recomienda 80 unidades muestrales (52), siempre y cuando cumplan con los criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 65 años que se atiende en el CS Mariano Melgar.
- Que tuvo capacidad para leer y escribir.

- Que aceptó voluntariamente a ser parte de la encuesta.
- Que residieron en el distrito de Mariano Melgar.

Criterios de exclusión:

- Paciente que decidió voluntariamente no participar en la investigación.
- Paciente que presentó déficit de lectura y escritura.
- Paciente que presentó discapacidad mental.
- Paciente que se encontraba postrado.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla a. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1. Autocuidado	Se define como un conjunto de acciones que las personas mayores realizan de manera voluntaria, responsable e informada para mantener y mejorar su salud física, mental, social y emocional a lo largo del proceso de envejecimiento (19).	El autocuidado del adulto mayor es medido con la Escala CYPAC-AM de 4 dimensiones, las cuales son: que se adapta a las necesidades y circunstancias cambiantes de cada persona a medida que envejece.	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de sal - Alimentos muy condimentados - Consumo de frutas y verduras - Comida chatarra - Alimentos envasados 	Cualitativa Ordinal	Bueno (60-100 puntos)
			Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios - Siesta diaria - 8 horas de descanso 		Moderado (21-59 puntos)
			Hábitos nocivos	<ul style="list-style-type: none"> - Bebidas alcohólicas - Consumo excesivo de café - Fumar tabaco 		Malo (0-20 puntos)
			Adherencia al cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Chequeo médico - Control de peso - Presión arterial 		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V2. Calidad de vida	La calidad de vida en el adulto mayor se define como un concepto multidimensional y subjetivo que refleja la percepción individual de bienestar físico, mental, social y emocional en el contexto del proceso de envejecimiento (35).	La medición de la calidad de vida en los adultos mayores se realizará con el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-OLD) de autoevaluación en 4 dimensiones del bienestar: físico, psicológico, social y económico.	Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> - Movilizarse - Incontinencia - Escucha - Olvido 	Cualitativa Ordinal	<p>Bajo (0 – 20 puntos)</p> <p>Medio (21 – 59 puntos)</p> <p>Alto (60 – 100 puntos)</p>
			Bienestar psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción de la vida - Realiza las tareas propias - Tristeza - Satisfacción personal - Problemas con los hijos - Soporte emocional 		
			Bienestar social	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en actividades - Comunidad de apoyo - Comunicarse - Comodidades 		
			Bienestar económico	<ul style="list-style-type: none"> - Pensión - Medicamentos - Servicios básicos - Diversión y ocio 		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Tanto para la variable 1 “autocuidado y variable 2 “calidad de vida”, la técnica que se utilizó fue la encuesta. La encuesta es una forma de procedimiento sistemático que permite obtener datos por medio de respuestas a cuestionarios realizados a fin de especificar las diferentes características de dicha población.

3.7.2 Descripción

Instrumento 1 – Autocuidado: Es un cuestionario titulado “Test de CYPAC-AM”, cuyo autor es Millán en 2010 (32). Es un cuestionario integrado por 8 categorías ordenadas de las letras A hasta la letra H conformado por 32 preguntas. En el 2018 este cuestionario fue adaptado por Cárdenas (25) este está dividido en cuatro dimensiones de alimentación con 9 ítems, actividad física y descanso con 4 ítems, hábitos nocivos con 3 ítems y adherencia al cuidado con 4 ítems. Su escala valorativa se presenta a continuación:

Rango	Nivel de Autocuidado
20 – 33 puntos	Malo
34 a 47 puntos	Regular
48 a 60 puntos	Bueno

Instrumento 2 – Calidad de vida: Es el cuestionario de calidad de vida del adulto mayor titulado WHOQOL- BREF elaborado por la Organización Mundial de la Salud 2004, fue adaptado por Cárdenas (25), las preguntas se dividen en dimensiones: bienestar físico 6 ítems, bienestar psicológico con 8 ítems, bienestar social con 9 ítems y bienestar económico con 7 ítems. Su escala valorativa se presenta a continuación:

Rango	Nivel de Calidad de vida
30 a 50 puntos	Bajo
51 a 70 puntos	Medio
71 a 90 puntos	Alto

3.7.3 Validación

Instrumento 1.

El Cuestionario “Test de CYPAC-AM”, es un instrumento que ha sido validado en Perú por Cárdenas (25) mediante juicio de expertos, el cual obtuvo una V de Aiken de 0,90 que demostró que el instrumento es válido.

Instrumento 2.

El Cuestionario WHOQOL- BREF ha sido validado en Perú por Cárdenas (25) mediante juicio de expertos, el cual obtuvo una V de Aiken de 0,95 que demostró que el instrumento es válido.

3.7.4 Confiabilidad

Instrumento 1.

Según Cárdenas (42), la confiabilidad se halló mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, dando como resultado una fiabilidad de 0,834; lo que indica una fuerte fiabilidad.

Asimismo, se realizó la prueba de fiabilidad al instrumento con la muestra estudiada, obteniendo una buena confiabilidad, tal como lo demuestra el siguiente resultado:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,817	20

Instrumento 2.

Según Cárdenas (25), la confiabilidad se halló mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, dando como resultado una fiabilidad de 0,932; lo que significa que el cuestionario tiene una buena fiabilidad.

Asimismo, se realizó la prueba de fiabilidad al instrumento con la muestra estudiada, obteniendo una buena confiabilidad, tal como lo demuestra el siguiente resultado:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,816	30

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Después de recolectados los datos se procedió a realizar el procesamiento a través de la confección de una matriz o base de datos en el programa Excel donde se clasificaron los datos según su naturaleza, los datos cualitativos fueron codificados y la matriz se organizó de acuerdo con las dimensiones de las variables, fue una matriz de doble entrada por las filas estuvieron la muestra y por las columnas los ítems del instrumento con sus respectivas respuestas.

Después de la transcripción se hizo el análisis estadístico utilizando el programa SPSS primero se hizo un análisis descriptivo de cada variable y luego se realizó el análisis inferencial para la comprobación de las hipótesis utilizando la prueba de correlación de Spearman; finalmente los resultados se presentaron en tablas de doble entrada para darle una mejor visión a los objetivos y a las variables con sus dimensiones y la respuesta de cada hipótesis planteada.

Además, se ejecutó las pruebas de normalidad que se muestran a continuación en la Tabla b, los cuales arrojaron que los datos no siguen una distribución normal. Por lo que, se

optó por usar la prueba no paramétrica, coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para el análisis de correlación y pruebas de hipótesis.

Tabla b. Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Alimentación	,479	80	,000	,524	80	,000
Actividad física	,341	80	,000	,750	80	,000
Hábitos nocivos	,377	80	,000	,694	80	,000
Adherencia al cuidado	,221	80	,000	,808	80	,000
V1. Autocuidado	,432	80	,000	,623	80	,000
Bienestar físico	,328	80	,000	,745	80	,000
Bienestar psicológico	,425	80	,000	,536	80	,000
Bienestar social	,490	80	,000	,490	80	,000
Bienestar económico	,241	80	,000	,807	80	,000
V2. Calidad de vida	,426	80	,000	,620	80	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

3.9. Aspectos éticos

La investigadora mantuvo una conducta ética apropiada y apegada a los principios éticos respetando la **autonomía** y autodeterminación a través del consentimiento informado, el trabajo no perjudica a la persona (**no maleficencia**), solo trae beneficios a la muestra y a la institución a través de sus resultados (**beneficencia**), los participantes no corrieron ningún riesgo de tipo social, emocional o físico, fueron tratados de manera respetuosas y justa independientemente de su raza, genero, credo religioso o político (**justicia**).

Por otra parte se aseguró la confidencialidad de los datos y estos fueron utilizados solo con fines de investigación; los resultados fueron informados a la institución objeto de estudio y serán publicados para que otros puedan tomar en cuenta y utilizar la investigación como antecedente o referente metodológico; asimismo se respetó el derecho a la propiedad intelectual ya que todos los autores consultados se encuentran debidamente citados asimismo se utilizó el detector de similitud que en este caso es el programa Turnitin.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

a. Tablas descriptivas generales

Tabla 1. Datos generales de la población de estudio (m= 80 adultos mayores)

Característica	Frecuencia	
	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	16	20,0
Femenino	64	80,0
Edades en años		
De 65 a 75	50	62,5
De 76 a 85	19	23,8
De 86 a más	11	13,8
Procedencia		
Urbana	61	76,3
Urbano marginal	13	16,3
Rural	6	7,5
Grado de educación		
Analfabeto	6	7,5
Primaria	25	31,0

Secundaria	28	35,0
Superior	21	26,3

Interpretación. - Los datos muestran una clara predominancia del género femenino con un 80,0%, el 76,3% fueron de procedencia urbana; por otro lado, el 62,5% tuvieron de 65 - 75 años y el 35,0% con educación secundaria.

Tabla 2. Distribución de frecuencias del autocuidado y sus dimensiones en el adulto mayor

Dimensiones	Niveles o rangos					
	Malo		Regular		Bueno	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alimentación	63	78,8	16	20,0	1	1,3
Actividad física	24	30,0	49	61,3	7	8,8
Hábitos nocivos	49	61,3	22	27,5	9	11,3
Adherencia al cuidado	25	31,3	35	43,8	20	25,0
Autocuidado	14	17,5	62	77,5	4	5,0

Interpretación. - La mayoría de los adultos mayores (78.8%) tienen un nivel malo de autocuidado en alimentación, lo que indica una alimentación inadecuada o poco saludable. Predomina un nivel regular (61.3%), seguido de un nivel malo (30%) de actividad física, esto sugiere que muchos adultos mayores no realizan suficiente actividad física para mantener una buena salud. Más de la mitad (61.3%) de los adultos mayores presentan un nivel malo en hábitos nocivos, lo que implica que consumen tabaco, alcohol u otras sustancias nocivas para la salud. En cuanto a la adherencia al cuidado, se distribuyen de manera más equitativa entre los niveles malo (31.3%), regular (43.8%) y bueno (25%), esto indica que una proporción considerable de adultos mayores no siguen adecuadamente sus tratamientos médicos. La mayoría (77.5%) de

los adultos mayores tienen un nivel regular de autocuidado general, y solo un 5% reporta un nivel bueno.

Los adultos mayores suelen consumir una variedad de alimentos que promueven su salud y bienestar. Entre los principales se encuentran las proteínas magras, como pollo, pescado y legumbres, que ayudan a mantener la masa muscular. También es esencial el consumo de frutas y verduras, ricas en vitaminas y fibra, que favorecen una buena digestión. Los granos enteros, como la avena y el arroz integral, proporcionan energía sostenida. Además, los lácteos bajos en grasa, como el yogur y el queso, son importantes para la salud ósea. Finalmente, las grasas saludables, presentes en la palta y los frutos secos, contribuyen a la salud cardiovascular.

La mala alimentación y los hábitos nocivos en adultos mayores son un problema complejo con causas multifactoriales como sus enfermedades propias de la edad, sus cambios en el cuerpo y medicamentos que pueden dificultar su estado funcional. Además, la depresión, el aislamiento y la pérdida de independencia pueden llevar a esos malos hábitos. Socialmente, el entorno, hábitos de toda la vida y la falta de información influyen. Económicamente, los bajos ingresos limitan el acceso a opciones saludables y buena alimentación. Para promover el cambio, es vital un enfoque integral que considere todos estos aspectos.

Tabla 3. Distribución de frecuencias la calidad de vida y sus dimensiones en el adulto mayor

Dimensiones	Niveles o rangos					
	Bajo		Medio		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bienestar físico	42	52,5	28	35,0	10	12,5
Bienestar psicológico	6	7,5	68	85,0	6	7,5
Bienestar social	64	80,0	16	20,0	0	0

Bienestar económico	18	22,5	38	47,5	24	30,0
Calidad de vida	12	15,0	63	78,8	5	6,3

Interpretación. - La mayoría de los adultos mayores (52.5%) reportan un nivel bajo de bienestar físico. La gran mayoría (85.0%) de los adultos mayores reporta un nivel medio de bienestar psicológico. Un 80% de los adultos mayores reporta un nivel bajo de bienestar social. En cuanto al bienestar económico la distribución es más equilibrada en esta dimensión, con un 47.5% reportando un nivel medio, seguido de un 30.0% con nivel alto y un 22.5% con nivel bajo.

En resumen, los resultados sugieren que los niveles de bienestar físico y social son bajos en la mayoría de los adultos mayores, lo que indica que estas áreas pueden requerir mayor atención e intervención. El bienestar psicológico parece ser un punto fuerte, ya que la mayoría de los adultos mayores reportan un nivel medio en esta dimensión. Aunque la mayoría reporta un nivel medio de calidad de vida, es importante considerar que un porcentaje considerable (15.0%) reporta un nivel bajo, lo que sugiere que aún hay margen para mejorar la calidad de vida global en esta población.

Es importante destacar que el bajo bienestar físico y social en los adultos mayores es el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, sociales, económicos y psicológicos. Abordar este problema requiere de un enfoque integral que promueva el envejecimiento activo, la inclusión social, el acceso a servicios de salud y el apoyo psicosocial como factores clave para mejorar esta percepción.

Asimismo, los adultos mayores a menudo reportan un nivel bajo de bienestar físico y social debido a una combinación de factores. En el ámbito físico, las enfermedades crónicas, la disminución de la movilidad y la fragilidad general pueden limitar su capacidad para realizar actividades diarias. Socialmente, la soledad y el aislamiento son problemas comunes,

exacerbados por la pérdida de seres queridos y la reducción de las interacciones sociales. Además, factores como la baja escolaridad, el deterioro cognitivo y las limitaciones económicas también contribuyen a una percepción negativa de su calidad de vida.

b. Tablas de contingencias

Tabla 3. Tabla cruzada entre la variable 1 autocuidado con la variable 2 calidad de vida en el adulto mayor

		Calidad de vida			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Autocuidado	Malo	Recuento	2	10	2	14
		% del total	2,5%	12,5%	2,5%	17,5%
	Regular	Recuento	8	51	3	62
		% del total	10,0%	63,7%	3,8%	77,5%
	Bueno	Recuento	2	2	0	4
		% del total	2,5%	2,5%	0,0%	5,0%
	Total	Recuento	12	63	5	80
		% del total	15,0%	78,8%	6,3%	100,0%

Interpretación. - La mayoría de los adultos mayores con mal autocuidado (12,5%) reportan una calidad de vida media, aunque un porcentaje considerable (10%) también reporta una calidad de vida baja. Ninguno reporta una calidad de vida alta. La gran mayoría (63,7%) de los adultos mayores con autocuidado regular reporta una calidad de vida media. Un porcentaje menor (10%) reporta una calidad de vida baja, y solo un 3,8% reporta una calidad de vida alta. La muestra de adultos mayores con buen autocuidado es muy pequeña (4 individuos), lo que limita las conclusiones que podamos realizar.

Tabla 3.1. Tabla cruzada entre la dimensión alimentación del autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor

		Calidad de vida			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Alimentación	Malo	Recuento	10	48	5	63
		% del total	12,5%	60,0%	6,3%	78,8%
	Regular	Recuento	2	14	0	16
		% del total	2,5%	17,5%	0,0%	20,0%
	Bueno	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
	Total	Recuento	12	63	5	80
		% del total	15,0%	78,8%	6,3%	100,0%

Interpretación. - La gran mayoría (60%) de los adultos mayores con mala alimentación reporta una calidad de vida media. Un porcentaje considerable (12,5%) reporta una calidad de vida baja, y un porcentaje menor (6,3%) reporta una calidad de vida alta. La mayoría (17,5%) de los adultos mayores con alimentación regular reporta una calidad de vida media. Un porcentaje menor (2,5%) reporta una calidad de vida baja, y ninguno reporta una calidad de vida alta. La muestra de adultos mayores con buena alimentación es muy pequeña (1 individuo), lo que limita las conclusiones que podemos hacer.

Tabla 3.2. Tabla cruzada entre la dimensión actividad física del autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor

Calidad de vida	Total
-----------------	-------

		Bajo	Medio	Alto		
Actividad física	Malo	Recuento	5	16	3	24
		% del total	6,3%	20,0%	3,8%	30,0%
	Regular	Recuento	7	40	2	49
		% del total	8,8%	50,0%	2,5%	61,3%
	Bueno	Recuento	0	7	0	7
		% del total	0,0%	8,8%	0,0%	8,8%
Total		Recuento	12	63	5	80
		% del total	15,0%	78,8%	6,3%	100,0%

Interpretación. - Un 20% de los adultos mayores con mala actividad física reporta una calidad de vida media, seguido de un 6,3% con calidad de vida baja y un 3,8% con calidad de vida alta. La mayoría (50%) de los adultos mayores con actividad física regular reporta una calidad de vida media. Un porcentaje menor (8,8%) reporta una calidad de vida baja y un 2,5% reporta una calidad de vida alta. Un 8,8% de los adultos mayores con buena actividad física reporta una calidad de vida media. Ninguno reporta una calidad de vida baja o alta.

Tabla 3.3. Tabla cruzada entre la dimensión hábitos nocivos del autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor

		Calidad de vida			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Hábitos nocivos	Malo	Recuento	7	38	4	49
		% del total	8,8%	47,5%	5,0%	61,3%
	Regular	Recuento	2	20	0	22
		% del total	2,2%	23,8%	0,0%	26,0%

	% del total	2,5%	25,0%	0,0%	27,5%
Bueno	Recuento	3	5	1	9
	% del total	3,8%	6,3%	1,3%	11,3%
Total	Recuento	12	63	5	80
	% del total	15,0%	78,8%	6,3%	100,0%

Interpretación. - La mayoría (47,5%) de los adultos mayores con malos hábitos nocivos reporta una calidad de vida media, seguido de un 8,8% con calidad de vida baja y un 5% con calidad de vida alta. La mayoría (25%) de los adultos mayores con hábitos nocivos regulares reporta una calidad de vida media, seguido de un 2,5% con calidad de vida baja. Ninguno reporta una calidad de vida alta. La mayoría (6,3%) de los adultos mayores con buenos hábitos nocivos reporta una calidad de vida media, seguido de un 3,8% con calidad de vida baja y un 1,3% con calidad de vida alta.

Tabla 3.4. Tabla cruzada entre la dimensión adherencia al cuidado del autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor

		Calidad de vida			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Adherencia al cuidado	Malo	Recuento	1	22	2	25
		% del total	1,3%	27,5%	2,5%	31,3%
	Regular	Recuento	5	29	1	35
		% del total	6,3%	36,3%	1,3%	43,8%
	Bueno	Recuento	6	12	2	20
		% del total	7,5%	15,0%	2,5%	25,0%

Total Recuento	12	63	5	80
% del total	15,0%	78,8%	6,3%	100,0%

Interpretación. - La mayoría (27,5%) de los adultos mayores con mala adherencia al cuidado reporta una calidad de vida media, seguido de cerca por un 25% que reporta una calidad de vida baja y un 2,5% con calidad de vida alta. La mayoría (36,3%) de los adultos mayores con adherencia regular al cuidado reporta una calidad de vida media, seguido de un 6,3% que reporta una calidad de vida baja y un 1,3% con calidad de vida alta. La mayoría (15%) de los adultos mayores con buena adherencia al cuidado reporta una calidad de vida media, pero un porcentaje considerable (7,5%) reporta una calidad de vida baja y un 2,5% reporta una calidad de vida alta.

4.1.2 Prueba de hipótesis

“Consideraciones previas y pasos que se usaron para analizar las correlaciones”:

1°. Identificar la prueba de hipótesis estadística

Ha: existe relación significativa entre dos variables de estudio.

Ho: no existe una relación significativa entre dos variables de estudio.

2°. Nivel de significancia

El nivel de significancia teórica es de $\alpha = 0,05$, que corresponde a un nivel de confiabilidad de 95%.

3°. Función de prueba

La prueba de hipótesis se ejecuta con el coeficiente de correlación Rho de Spearman de acuerdo con la prueba de normalidad realizada, a fin de determinar si se rechaza la H_0 en función al valor de la significancia obtenida (*p-valor*) de la prueba.

4°. Regla de decisión

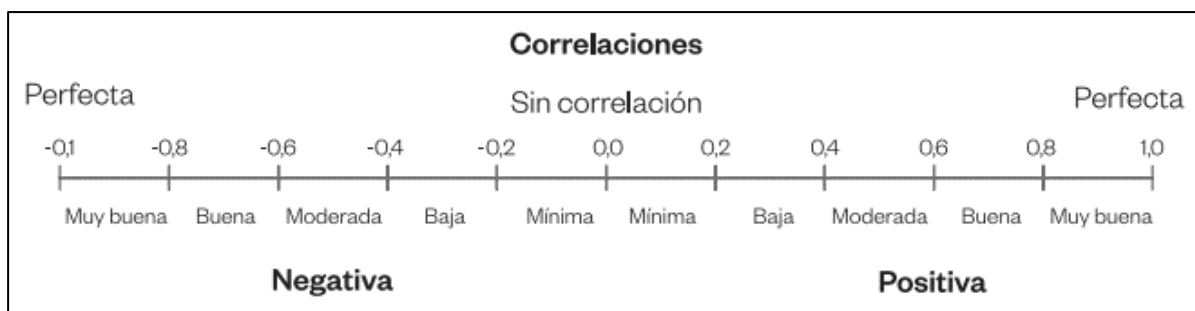
Sig. Valor p del coeficiente de correlación $< \alpha$ Se rechaza la H_0 .

Sig. Valor p del coeficiente de correlación $\geq \alpha$ No se rechaza la H_0 .

5°. Interpretación de los coeficientes de correlación

Se identifica si las dos variables de indagación se correlacionan significativamente, luego se verificó qué tan fuerte era la relación entre éstas. “Cuanto más cerca es de -1 y 1 es óptimo. Lo contrario ocurre con el 0, ya que más cerca representa que la fuerza de asociación es nula”.

Para ello, se toma en cuenta la siguiente regla:



6°. Se ejecutan los análisis y se interpretan sus resultados

Para cada una de las hipótesis, tanto general como específicas se realizan los mismos procedimientos.

a. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Tabla 4. Análisis de correlación con prueba de hipótesis entre el autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor

		Correlaciones	
		Autocuidado	Calidad de vida
Rho de Spearman	Autocuidado	Coefficiente de correlación	,038
		Sig. (bilateral)	,740
		N	80
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	80

Grado de relación entre las variables

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) de 0.038 indica una relación positiva muy débil o prácticamente inexistente entre el autocuidado y la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores. Esto significa que, en general, no se observa una tendencia clara a que los adultos mayores con mayores niveles de autocuidado reporten una mejor calidad de vida, ni viceversa.

Decisión estadística

El valor p de 0.740 es mayor que el nivel de significancia convencional de 0.05. Esto indica que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de no correlación. En otras palabras, la correlación observada de 0.038 podría deberse al azar y no a una verdadera relación entre las variables.

Interpretación

Basándonos en este análisis, podemos concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores. Aunque la correlación es positiva, es muy débil y no es estadísticamente significativa.

b. Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión alimentación y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Tabla 5. Análisis de correlación con prueba de hipótesis entre la dimensión alimentación del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor

		Correlaciones	
		Alimentación	Calidad de vida
Rho de Spearman	Alimentación	Coefficiente de correlación	1,000 ,109

	Sig. (bilateral)	.	,336
	N	80	80
Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,109	1,000
	Sig. (bilateral)	,336	.
	N	80	80

Grado de relación entre las variables

El coeficiente de correlación de Spearman (ρ) de 0.109 indica una relación positiva muy débil entre la alimentación y la calidad de vida en esta muestra. Esto significa que, en general, hay una ligera tendencia a que los adultos mayores con mejor alimentación reporten una mejor calidad de vida. Sin embargo, esta relación es muy débil y puede no ser clínicamente significativa.

Decisión estadística

El valor p de 0.336 es mayor que el nivel de significancia convencional de 0.05. Esto indica que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de no correlación. En otras palabras, la correlación observada de 0.109 podría deberse al azar y no a una verdadera relación entre las variables.

Interpretación

Basándonos en este análisis, podemos concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión "Alimentación" del autocuidado y la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores. Aunque la correlación es positiva, es muy débil y no es estadísticamente significativa.

Hipótesis específica 2:

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión actividad física y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión actividad física y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Tabla 6. Análisis de correlación con prueba de hipótesis entre la dimensión actividad física del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor

		Correlaciones		
		Actividad física	Calidad de vida	
Rho de Spearman	Actividad física	Coefficiente de correlación	1,000	,028
		Sig. (bilateral)	.	,803
	N	80	80	
Rho de Spearman	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,028	1,000
		Sig. (bilateral)	,803	.
	N	80	80	

Grado de relación entre variables

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) de 0.028 indica una relación positiva extremadamente débil o prácticamente inexistente entre la actividad física y la calidad de vida en esta muestra. Esto significa que, en general, no se observa una tendencia a que los adultos mayores con mayor actividad física reporten una mejor calidad de vida.

Decisión estadística

El valor p de 0.803 es mucho mayor que el nivel de significancia convencional de 0.05. Esto indica que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de no correlación. En otras palabras, la correlación observada de 0.028 podría deberse al azar y no a una verdadera relación entre las variables.

Interpretación

Basándonos en este análisis, podemos concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre la actividad física y la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores.

Hipótesis específica 3:

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión hábitos nocivos y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión hábitos nocivos y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Tabla 7. Análisis de correlación con prueba de hipótesis entre la dimensión hábitos nocivos del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor

		Correlaciones	
		Hábitos nocivos	Calidad de vida
Rho de Spearman	Hábitos nocivos	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	-,088
			.
			,435

	N	80	80
Calidad de vida	Coefficiente de correlación	-,088	1,000
	Sig. (bilateral)	,435	.
	N	80	80

Grado de relación entre variables

El coeficiente de correlación de Spearman (ρ) de -0.088 indica una relación negativa muy débil entre los hábitos nocivos y la calidad de vida en esta muestra. Esto significa que, en general, hay una ligera tendencia a que los adultos mayores con peores hábitos nocivos reporten una mejor calidad de vida, aunque esta relación es muy débil y puede no ser clínicamente significativa.

Decisión estadística

El valor p de 0.435 es mayor que el nivel de significancia convencional de 0.05. Esto indica que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de no correlación. En otras palabras, la correlación observada de -0.088 podría deberse al azar y no a una verdadera relación entre las variables.

Interpretación

Basándonos en este análisis, podemos concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión "Hábitos Nocivos" del autocuidado y la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores. Aunque la correlación es negativa, es muy débil y no es estadísticamente significativa.

Hipótesis específica 4:

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión adherencia al cuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado en su dimensión adherencia al cuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.

Tabla 8. Análisis de correlación con prueba de hipótesis entre la dimensión adherencia al cuidado del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor

		Correlaciones		
		Adherencia al cuidado	Calidad de vida	
Rho de Spearman	Adherencia al cuidado	Coefficiente de correlación	1,000	-,136
		Sig. (bilateral)	.	,230
		N	80	80
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	-,136	1,000
		Sig. (bilateral)	,230	.
		N	80	80

Grado de relación entre variables

El coeficiente de correlación de Spearman (rho) de -0.136 indica una relación negativa débil entre la adherencia al cuidado y la calidad de vida en esta muestra. Esto significa que, en general, hay una ligera tendencia a que los adultos mayores con peor adherencia al cuidado reporten una

mejor calidad de vida. Sin embargo, esta relación es débil y puede no ser clínicamente significativa.

Decisión estadística

El valor p de 0.230 es mayor que el nivel de significancia convencional de 0.05. Esto indica que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de no correlación. En otras palabras, la correlación observada de -0.136 podría deberse al azar y no a una verdadera relación entre las variables.

Interpretación

Basándonos en este análisis, podemos concluir que no existe una relación estadísticamente significativa entre la dimensión "Adherencia al Cuidado" del autocuidado y la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores. Aunque la correlación es negativa, es débil y no es estadísticamente significativa.

4.2. Discusión de resultados

El presente estudio exploró la relación entre diferentes dimensiones del autocuidado (alimentación, actividad física, hábitos nocivos y adherencia al cuidado) y la calidad de vida en adultos mayores. Los resultados de los análisis de correlación de Spearman no revelaron relaciones estadísticamente significativas entre ninguna de las dimensiones del autocuidado y la calidad de vida. Aunque se observaron algunas tendencias, como una ligera relación positiva entre la alimentación y la actividad física con la calidad de vida, y una ligera relación negativa entre los hábitos nocivos y la adherencia al cuidado con la calidad de vida, estas relaciones fueron débiles y no alcanzaron significancia estadística. La ausencia de correlaciones significativas entre las dimensiones del autocuidado y la calidad de vida en esta muestra puede deberse a varios factores. Entre ellos se encuentran las diferencias individuales en la percepción de la calidad de vida, las variaciones en las condiciones de salud y el contexto socioeconómico de cada persona. Además, la falta de apoyo social y las limitaciones cognitivas pueden influir en la capacidad de autocuidado y, por ende, en la calidad de vida. También es posible que existan factores culturales que afecten la manera en que los adultos mayores practican el autocuidado (21, 22).

En primer lugar, el tamaño de la muestra (80 individuos) puede ser insuficiente para detectar relaciones débiles o moderadas. Estudios con muestras más grandes podrían tener mayor poder estadístico para identificar asociaciones significativas. En segundo lugar, la medición de las variables puede haber influido en los resultados. Tanto el autocuidado como la calidad de vida se midieron en categorías ordinales, lo que puede limitar la capacidad de detectar relaciones más sutiles. Utilizar medidas continuas o más detalladas de estas variables podría proporcionar una imagen más precisa de su relación. En tercer lugar, es posible que otros factores, como el

estado de salud, el apoyo social y el nivel socioeconómico, estén influyendo en la calidad de vida y enmascarando una posible relación con el autocuidado.

En ese sentido, estos factores pueden actuar como variables mediadoras o moderadoras, y su inclusión en futuros análisis podría ayudar a comprender mejor la complejidad de la relación entre el autocuidado y la calidad de vida. Los hallazgos de este estudio son inconsistentes con algunos estudios previos que han encontrado relaciones significativas entre el autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores. Sin embargo, otros estudios también han reportado resultados no significativos, lo que sugiere que la relación entre estas variables puede ser compleja y depender de diversos factores contextuales y metodológicos.

A pesar de la falta de significancia estadística, los resultados de este estudio tienen implicaciones importantes para la práctica y la investigación. Se resalta la necesidad de realizar estudios más amplios y rigurosos para comprender mejor la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores. Del mismo modo, los resultados sugieren que el autocuidado puede no ser el único factor determinante de la calidad de vida en esta población. Es importante considerar otros factores, como el estado de salud, el apoyo social y el nivel socioeconómico, al diseñar intervenciones para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Empero, los hallazgos pueden ser útiles para informar el desarrollo de programas de promoción del autocuidado en adultos mayores. Aunque no se encontró una relación significativa con la calidad de vida en este estudio, el autocuidado sigue siendo un componente importante del envejecimiento saludable y puede tener otros beneficios para la salud y el bienestar.

El estudio tiene varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El tamaño de la muestra es pequeño, lo que limita la generalización de los hallazgos. Además, el diseño transversal del estudio no permite establecer causalidad. Finalmente, la medición de las

variables puede haber sido limitada por la categorización ordinal utilizada. Futuros estudios deberían abordar las limitaciones de este estudio y explorar más a fondo la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores. Se recomienda utilizar muestras más grandes y diversas, medidas continuas de las variables, y diseños longitudinales para evaluar el impacto del autocuidado en la calidad de vida a lo largo del tiempo. Además, sería importante investigar el papel de otros factores, como el estado de salud, el apoyo social y el nivel socioeconómico, en esta relación.

Finalmente, la teoría de Nola Pender, conocida como el Modelo de Promoción de la Salud, se puede vincular al autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor al enfatizar la motivación y autonomía en la adopción de comportamientos saludables, adaptando estrategias a las necesidades individuales, y destacando la importancia del entorno de apoyo y la educación en salud. Al fomentar la participación activa de los adultos mayores en decisiones sobre su salud, proporcionar un entorno de apoyo sólido y ofrecer información y recursos sobre el autocuidado, se puede mejorar significativamente su calidad de vida.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera. – Se determina que, el nivel de autocuidado del adulto mayor en el Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 es regular en el 77,5%, siendo la dimensión de alimentación el que presenta el nivel más bajo con un 78,8%, seguido de la dimensión hábitos nocivos con un 61,3%. Del mismo modo, el nivel de calidad de vida está en un nivel medio en un 78,8%, siendo la dimensión bienestar social el presenta los niveles más bajos con un 80,0% seguido por la dimensión bienestar físico con un 52,5%.

Segunda. – Se determina que, la relación entre el autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 es baja ($Rho= 0,38$) y no es estadísticamente significativa ($p= 0,740$); por lo tanto, no existe relación entre las variables.

Tercera. – Se determina que, la relación entre la dimensión alimentación del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 es baja ($Rho= 0,109$) y no es estadísticamente significativa ($p= 0,336$); por lo tanto, no existe relación entre las variables.

Cuarta. – Se determina que, la relación entre la dimensión actividad física del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 es baja ($Rho= 0,028$) y no es estadísticamente significativa ($p= 0,803$); por lo tanto, no existe relación entre las variables.

Quinta. – Se determina que, la relación entre la dimensión hábitos nocivos del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 es baja y negativa ($Rho= -0,088$) y no es estadísticamente significativa ($p= 0,435$); por lo tanto, no existe relación entre las variables.

Sexta. – Se determina que, la relación entre la dimensión adherencia al cuidado del autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 es negativa y baja ($Rho= -0,136$) y no es estadísticamente significativa ($p= 0,230$); por lo tanto, no existe relación entre las variables.

5.2. Recomendaciones

1. Se recomienda al director del Centro de Salud Mariano Melgar revisar y fortalecer los programas de promoción del autocuidado en adultos mayores. Incluir talleres educativos sobre hábitos saludables, sesiones de ejercicio físico adaptado y campañas de sensibilización para mejorar la actividad física, reducir los hábitos nocivos y fomentar la adherencia al tratamiento, impactando positivamente en su calidad de vida.

2. Se recomienda a los profesionales de enfermería del Centro de Salud Mariano Melgar capacitarse en enfoques innovadores y personalizados para la promoción del autocuidado en adultos mayores. Es crucial explorar nuevas metodologías que aborden las necesidades específicas de esta población, promoviendo la actividad física segura, la reducción de hábitos nocivos y el seguimiento adecuado de los tratamientos médicos.

3. Se recomienda a las autoridades sanitarias del departamento de Arequipa diseñar e implementar políticas que integren programas multidisciplinarios para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se deben incentivar investigaciones adicionales para identificar los factores que influyen en el autocuidado y destinar recursos para implementar intervenciones efectivas que aborden las dimensiones de autocuidado.

4. Se recomienda a las familias y cuidadores de los adultos mayores involucrarse activamente en el apoyo al autocuidado. Fomentar un ambiente que facilite la actividad física regular, desaliente los hábitos nocivos y promueva la adherencia al cuidado médico puede tener un impacto positivo en su bienestar. La participación familiar es esencial para superar barreras y motivar cambios en el estilo de vida.

5. Se sugiere al Colegio de Enfermeros del Perú promover el desarrollo de programas comunitarios que ofrezcan recursos y actividades orientadas al autocuidado de los adultos mayores. Es importante continuar promoviendo iniciativas que faciliten el acceso a actividades físicas adaptadas, educación sobre hábitos saludables y seguimiento médico, contribuyendo así al mejoramiento de su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2021. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> .
2. Seid SS, Amendoeira J, Ferreira MR. Self-care and quality of life among adult patients with heart failure: Scoping review. SAGE Open Nurs [Internet]. 2023; 9:23779608231193719. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/23779608231193719>
3. Yoshimura J, Tanimura C, Matsumoto H, Tokushima Y, Inoue K, Park D, et al. Relationship of physical activity to self-care agency and physical condition among older adults in a rural area. Yonago Acta Med [Internet]. 2021;64(1):18–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33160/yam.2021.02.004>
4. Jackson IL, Onung SI, Oiwoh EP. Self-care activities, glycaemic control and health-related quality of life of patients with type 2 diabetes in a tertiary hospital in Nigeria. Diabetes Metab Syndr [Internet]. 2021;15(1):137–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.027>
5. Sabo K, Chin E. Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. Geriatr Nurs [Internet]. 2021;42(2):570–81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.10.013>
6. OPS. Envejecimiento Saludable: Datos y Visualizaciones [Internet]. Sitio Web Oficial de la Organización Panamericana de la Salud. 2021 [citado el 3 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones>
7. Solórzano L, Quiroz Z, Gutiérrez S. Adulto mayor: una revisión de su asociación entre autocuidado y la calidad de vida. Revista Torreón Universitario [Internet]. 2023;12(34):99–106. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9030453>

8. Quemag CB, Alba HGP. Revisión sistemática: Autocuidado en adultos mayores diabéticos tipo 2 con obesidad. Conecta Libertad [Internet]. 2024;8(3):74–93. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/390>
9. Zepeda-Gómez BG, Castro Pérez R, Hernández Murúa JA. Autoeficacia, Estilo de Vida y Calidad de Vida en Adultos Mayores. Una Revisión Literaria. Afdh [Internet]. 2023 [citado 4 de noviembre de 2024];12(1):1-14. Disponible en: <https://ojs.unipamplona.edu.co/index.php/afdh/article/view/1065> .
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor abril – mayo – junio 2023. [consultado 10 de octubre 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-adulto-mayor-ii-trimestre-2023.pdf>
11. Vallejo D. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a un barrio de la comuna 3 de Armenia, Quindío. [Trabajo de grado - Pregrado]. Quindío: universidad del Quindío Facultad de ciencias de la salud Programa gerontología; 2021 [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://bdigital.uniquindio.edu.co/bitstream/handle/001/6187/PROYECTO%20DE%20GRADO%20DANIELA%20VALLEJO%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Torres A, Tenahua I, García M, Pérez E, Cordero C, Ramos Duran, et al. Relación de calidad de vida y autocuidado en pacientes adultos con cáncer, 2020 v. 4 no. 1: enero-junio. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3123>
13. Ñonthe E. Nivel de Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 posterior a apoyo educativo del centro de salud de Tetepango Hgo [Tesis que para obtener el grado de licenciada en enfermería]. Tlahuelilpan Hidalgo: Universidad autónoma del estado de Hidalgo. 2019 [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2232/Nivel>

[%20de%20autocuidado%20y%20calidad%20de%20vida%20del%20adulto%20mayor%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%202%20posterior%20a%20apoyo%20educativo%20del%20centro%20de%20salud%20de%20Tetepango%2c%20Hgo..pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ciberindex.com/c/ec/e13281)

14. Trejo A, Cano A, Maldonado G. Relación entre autocuidado y calidad de vida del adulto mayor que trabaja. *Enfermería Comunitaria*. 2022; v18: e1 3281. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e13281> [acceso: 28/06/2023] <https://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e13281>
15. Caballero E. Relación del Autocuidado y la percepción de calidad de vida en el adulto mayor del Hogar de Ancianos Madre Celina del Niño Jesús de Abancay, 2021 [Tesis para optar el Título profesional en: licenciada en enfermería]. Abancay- Apurímac- Perú: Universidad Tecnológica de los Andes. 2021. Disponible en: <https://repositorio.utea.edu.pe/bitstream/utea/332/5/Relaci%C3%B3n%20del%20autocuidado%20y%20la%20percepci%C3%B3n%20de%20calidad%20de%20vida%20en%20el%20adulto%20mayor%20del%20Hogar%20de%20Ancianos%20Madre%20Celina%20del%20Ni%C3%B1o%20Jes%C3%BA.pdf>
16. Santamaria E. calidad de vida y capacidad del autocuidado en adultos mayores, hospital María Auxiliadora, 2019 [tesis para optar el título de licenciada en enfermería] lima-Perú universidad Inca Garcilaso de la Vega 2019. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4961/TESIS_SANTAMARIA%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Cárdenas A. Nivel de Autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor, del centro del adulto mayor Chorrillos, 2018 [Tesis para optar el Título de licenciada en enfermería]. Lima- Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2019 [consultado 2023 octubre 04]. Disponible en:

- http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4722/TESIS_CARDENAS_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Chávez M, Chumbes A. Capacidad de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el centro de salud Lauriama, Barranca [tesis para optar el título profesional de licenciatura en enfermería] Lima Universidad nacional de Barranca 2023. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6528931>
 19. Carbajo N. Percepción de la capacidad del autocuidado en el adulto mayor del hogar geriátrico Señor de la Ascensión [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019. [consultado 2023 septiembre 20]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3269/TESIS%20Carbajo%20Nelly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 20. García A, Horta L, Bautista M, Ibáñez E, Cobo E. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev Salud Bosque [Internet]. 2022;12(1):1–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v12i1.3278>
 21. Alarcón N. Capacidad De Autocuidado En Los Adultos Mayores Del Albergue Casa De Todos – Palomino – 2022 [Tesis para optar el grado en enfermería]. Lima- Perú: Universidad Norbert Wiener 2022. [consultado 2023 octubre 04]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/6418/T061_70330004_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 22. Gobierno de México. Autocuidado: clave para envejecer saludablemente [Online].; 3 de marzo de 2022. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-clave-para-envejecer-saludablemente#:~:text=E1%20autocuidado%20permite%20envejecer%20con,factores%20biol%C3%B3gicos%20sociales%20y%20culturales>

23. Castiblanco M, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. Salud, Barranquilla [Internet]. abril de 2017 [citado el 9 de octubre de 2023]; 33(1): 58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000100058&lng=en .
24. Cancio C, Ruiz A, Alarcón G. Autocuidado: una aplicación teórica al concepto. Dialnet 2020 vol.20 N°2. págs. 119-138 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8340239>
25. Cárdenas M. Nivel de autocuidado y calidad de vida en adulto mayor, del centro del adulto mayor chorrillos, 2018". [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Lima: universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019 [[consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4722/TESIS_CARDENAS_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. Diciembre de 2017 [consultado el 10 de octubre de 2023]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es .
27. Organización Mundial de la Salud. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo [Online].; 2022 [cited 2022 octubre 09. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> .
28. Ventura A, Zevallos A. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimiento del primer nivel, Lambayeque,

2017. Acc Cietna [Internet]. junio de 2019; [citado 09 octubre. 2023] 6(1):60-70. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/218>
29. Organización Mundial de la Salud. Actividad física [Online].; 5 de octubre de 2022. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#:~:text=La%20actividad%20f%C3%ADsica%20hace%20referencia,como%20intensidad%20mejora%20la%20salud> .
30. Salazar M. Hábitos alimentarios y actividad física en adultos mayores con enfermedad crónica. Ciencias enfermo [Internet]. 2020 [citado el 9 de octubre de 2023]; 26:23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532020000100216&lng=es. Epub 22-dic-2020. <http://dx.doi.org/10.29393/ce26-16hame60016> .
31. Ebrad M, Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente [Online].; 2014. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
32. Millán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Dic [citado 2023 Oct 10] ; 26(4): 202-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007&lng=es .
33. Aprender a Vivir escuela Cántabra de salud. Conductas saludables hábitos de higiene básicos. [Online].; 2019. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.escuelacantabradesalud.es/habitos-higiene-basicos>
34. Juan V, Tello E, Orihuela E, Cruz J. De La. Validación de escala de cambios en los estilos de vida durante el periodo de cuarentena en una población de estudiantes universitarios

- de Lima, Perú. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020; 20(4): 614-623. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230805312020000400614](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230805312020000400614&lng=es) <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3193>
35. Vilugrón F. Calidad de vida relacionada con la salud y rol físico en personas trasplantadas. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2018 [citado 9 de octubre 2023]; 44(04): 84-96. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/84-96/>
36. Azpur A, “Relación entre el nivel de dependencia física y la calidad de vida del adulto mayor en Pillco Marca, Huánuco 2021. [tesis para optar el título de licenciado(a) en enfermería: especialista en nefrología]. Chiclayo: Universidad Nacional Emilio Valdizan; 2022 [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/7150>
37. Iraizoz A. Salud mental, seguridad y calidad de vida del adulto mayor en tiempos de COVID-19 [Internet]. 2021 [citado el 9 de octubre de 2022]; 26:23. Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2056/500>
38. Velasco J, Cajape J, Cunalema J, Vargas G. “Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud”. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado 2023 Oct 03]; 33(3): 145-149. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300003&lng=es
36. Cerna G, Calidad de vida del adulto mayor del CIAM Cajamarca, 2021. [Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología]. Cajamarca: Universidad privada Antonio Guillermo Urrel; 2022. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: [http://65.111.187.205/bitstream/handle/UPAGU/2263/TESIS%20FINAL%20GIOVAN NY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://65.111.187.205/bitstream/handle/UPAGU/2263/TESIS%20FINAL%20GIOVAN%20NY.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

37. García E, Quevedo M, La Rosa Y. Calidad de vida percibida por adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de la Habana. 2020;27(1):16-25. [consultado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95949>
38. Mesa TD, Valdés ABM, Espinosa F. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020;36(4):1-10. <https://tesisymasters.com.ar/que-es-una-encuesta/>
39. De Arco C, Puenayan Y, Vaca L. Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. av.enferm. [Internet]. Agosto de 2019 [consultado el 10 de octubre de 2023]; 37(2): 227-236. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002019000200227&lng=en .
40. V WHOQOL-BREF: A short version of the WHOQOL-100 quality of life assessment. The World Health Organization Quality of Life Group. Psychological Medicine. 1998;28(3):551-558. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626712/>
41. Sánchez F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. Rev Dig Invest Doc Univ [Internet] 2019; 13(1): 102-122. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v13n1/a08v13n1.pdf>
42. Sousa V, Driessnack M, Costa I. Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. Rev Latino-am Enferm [Internet] 2007; 15(3): 1-6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?format=pdf&lang=es>
43. Ventura J. ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 dic [citado 2023 mayo 08]; 43(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400014&lng=es .

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	V1. Autocuidado	Tipo de investigación: Aplicada
¿Cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024?	Determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024.	Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024.	Dimensiones: Alimentación Actividad física Hábitos nocivos Adherencia al cuidado	Método y diseño de la investigación: Método hipotético deductivo, de diseño no experimental, de nivel o alcance correlacional y de corte transversal en una muestra de 80 adultos mayores a quienes se les aplicó una encuesta con 2 instrumentos válidos y confiables.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	V2. Calidad de vida	
a. ¿Cómo la dimensión “alimentación del autocuidado” se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor?	a. Identificar cómo la dimensión alimentación del autocuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor.	HiE1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión alimentación del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor.	Dimensiones: Bienestar físico Bienestar psicológico Bienestar social Bienestar económico	
b. ¿Cómo la dimensión “actividad física del autocuidado” se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor?	b. Identificar cómo la dimensión actividad física del autocuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor.	HiE2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión actividad física del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor.		
c. ¿Cómo la dimensión “hábitos nocivos del autocuidado” se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor?	c. Identificar cómo la dimensión hábitos nocivos del autocuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor.	HiE3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión hábitos nocivos del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor.		
d. ¿Cómo la dimensión “adherencia al cuidado del autocuidado” se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor?	d. Identificar cómo la dimensión adherencia al cuidado del autocuidado se relaciona con la calidad de vida del adulto mayor.	HiE4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión adherencia al cuidado del autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor.		

Anexo 2. Instrumentos

Cuestionario 1:

Test de Autocuidado en el Adulto Mayor

N°		Nunca 1	A veces 2	Siempre 3
	Dimensión Alimentación			
1	Tengo costumbre de agregar sal en la mesa a la comida			
2	Los alimentos que consume tienen mucho condimento			
3	Habitualmente consumo frutas a diario			
4	Siempre consumo 1 a 2 unidades de pan al día			
5	Es habitual consumir 3 unidades de verduras diarias			
6	Es habitual consumir 2 unidades de verduras diarias			
7	Es habitual consumir comida chatarra (salchipapa, hamburguesas, pollo a la brasa)			
8	Es habitual consumir alimentos envasados (kétchup, gaseosa, mostaza, mayonesa, atún)			
9	Es habitual agregar a mis alimentos con preservantes, colorantes como mayonesa, kétchup, mostaza			
	Dimensión Actividad física			
10	Todo el día realizo algunos ejercicios físicos activos			
11	Realizo caminatas de 30 a 45 minutos al día, por mi cuadra o en el parque			
12	Habitualmente hago mi siesta luego de almorzar			
13	Usualmente logro dormir 8 horas completas			
	Dimensión Hábitos nocivos			
14	Soy consumidor de bebidas alcohólicas			
15	Soy consumidor de café en exceso			

16	Tengo predilección de fumar tabaco			
	Adherencia al cuidado			
17	Acudo puntualmente a mi chequeo médico de rutina			
18	Controlo mi peso con más frecuencia			
19	Controlo mi presión arterial muy rutinariamente			
20	Controlo mi presión arterial diariamente			

Cuestionario 2

Escala de Calidad de Vida

N°.	Calidad de vida	Nunca 1	A veces 2	Siempre 3
	Bienestar físico			
1	Tiene problemas de movilizarse diario			
2	Tiene problemas de incontinencia urinaria			
3	Tiene dificultad para escuchar y entablar una comunicación			
4	Tiene algún problema para salir solo de la casa sin compañía			
5	Tiene problemas para recordar algún acontecimiento importante, como la fecha de su cumpleaños, o el nombre de algún familiar cercano			
6	Tiene dificultades en la visión que le impiden leer y hacer algunas tareas diarias			
	Bienestar Psicológico			
7	En general Ud. Se siente satisfecho/a con la vida que lleva			
8	Se siente inútil, por no poder realizar sus tareas propias			
9	Usualmente se siente triste todos los días			
10	Se siente satisfecho consigo mismo por sus logros personales			
11	Tiene problemas de comportamiento con sus hijos o nietos			
12	Ud. Usualmente tiene soporte emocional y apoyo se la familia			
13	Ud. Se afecta emocionalmente y llega al llanto con facilidad			
14	Ud. Reconoce sus limitaciones físicas para realizar alguna tarea			
	Bienestar social			

15	Ud. Usualmente participa en actividades diversas de ocio que le interesen			
16	Está excluido en su comunidad			
17	Tiene dificultad para encontrar apoyo de otras personas			
18	Tiene amigos que le apoyen cuando lo necesita			
19	Tiene dificultades para relacionarse y comunicarse con otras personas			
20	Ud. Se siente integrado con los compañeros del centro del adulto mayor			
21	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividades del servicio al que acude			
22	Cree que su red de apoyo no satisface sus necesidades			
23	Tiene dificultades para participar en su comunidad			
	Bienestar económico			
24	La casa donde vive tiene las comodidades			
25	Ud. Considera que la pensión que percibe le es suficiente para sus gastos ordinarios			
26	En la casa tiene tolerancia para adaptarse a las reformas económicas de la salud			
27	Ud. Cuenta con recursos para sus medicamentos			
28	Ud. Puede costear la ropa y alimentos			
29	La casa donde habita tiene los servicios básicos			
30	Dispone de recursos para viajar o divertirse			

Anexo 3. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participación en Estudio

Título del estudio:

El autocuidado en la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024.

Investigadora principal:

Victoria Suaña Anco.

Institución:

Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú

Introducción:

Usted está siendo invitada a participar en un estudio de investigación que busca comprender la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en el adulto mayor. Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Propósito del estudio:

Este estudio tiene como objetivo determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024.

Procedimientos:

Si decide participar, se le pedirá que complete un cuestionario sobre sus niveles de autocuidado y su percepción de calidad de vida. La información será recolectada de forma anónima y confidencial.

Riesgos y Beneficios:

No existen riesgos físicos directos asociados con su participación en este estudio. Sin embargo, es posible que reflexionar sobre el autocuidado pueda generar alguna incomodidad emocional temporal. Los beneficios potenciales incluyen contribuir a un mejor entendimiento del

autocuidado en el adulto mayor y sus posibles impactos en la calidad de vida, lo que podría informar futuras intervenciones para mejorar el bienestar y la calidad de atención.

Confidencialidad:

Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial. Los datos se presentarán de forma agregada y no se divulgará ninguna información que pueda identificarla personalmente.

Participación Voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede negarse a responder cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su relación con el hospital o la investigadora.

Contacto:

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sus derechos como participante, puede comunicarse con la investigadora principal, Victoria Suañe Anco, al [correo electrónico] o al [número de teléfono].

Consentimiento:

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis dudas han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma del Participante**Fecha****Nombre y DNI del participante**

Anexo 4. Trámite ante el Comité de Ética

Mover a | Responder | Responder a todos | Reenviar | Pasos rápidos | Leído / No leído | ...

Envío de documentos para sustentar tesis.

Victoria Suana Ancco
 Para: Comité De Ética E Investigación
 CC: Comité De Ética E Investigación
 Jue 30/05/2024 19:33

ANEXO 1. PRESENTACION D... 377 KB
 ANEXO 2. CONSENTIMIENTO... 412 KB
 ANEXO 3. DECLARACION DE ... 114 KB
 ANEXO 4. SOLICITUD DE REV... 115 KB
 ANEXO 6. CONFORMIDAD D... 44 KB
 similitud turtinir_.pdf 1 MB

6 archivos adjuntos (2 MB) Guardar todo en OneDrive - UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER S.A. Descargar todo

Buenas tardes le escribe la alumna Victoria Suaña Ancco con código a2022103602 cel. 965300473 en la carrera de Enfermería le envió los documentos solicitados para continuar con mis tramites y así poder sustentar mi tesis gracias.

Mover a | Responder | Responder a todos | Reenviar | Pasos rápidos | Leído / No leído | ...

Envío de documentos para sustentr tesis

Victoria Suana Ancco
 Para: Comité De Ética E Investigación
 CC: Comité De Ética E Investigación
 Mié 05/06/2024 14:30

ANEXO 4. SOLICITUD DE REV... 115 KB
 ANEXO 1. PRESENTACION D... 414 KB
 ANEXO 2. CONSENTIMIENTO... 408 KB
 ANEXO 3. DECLARACION DE ... 111 KB
 ANEXO 6. CONFORMIDAD D... 44 KB
 similitud turtinir_(1).pdf 1 MB

6 archivos adjuntos (2 MB) Guardar todo en OneDrive - UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER S.A. Descargar todo

Adjunto documentos corregidos

Responder | Responder a todos | Reenviar

Anexo 5. Declaración jurada de compromiso con las buenas practicas



DECLARACIÓN JURADA DE COMPROMISO CON LAS BUENAS PRÁCTICAS ÉTICAS

1. Yo, **VICTORIA SUAÑA ANCCO**, identificada con **DNI No 29650357**, con domicilio PJ Israel calle Josué zona A comité 6 MZ L LT 9, desde mi calidad como Estudiante, contando con la asesoría del Dr. **FERNÁNDEZ RENGIFO, WERTHER FERNANDO**, identificado con **DNI N° 05618139**, con domicilio en **Jr. Río de Janeiro 145 – Dpto. 304, Jesús María - Lima**; declaro bajo juramento que durante el desarrollo de la investigación científica titulada: “ **Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el centro de salud del distrito de Mariano Melgar Arequipa 2024**”cumpliré las normas del Código de Ética de la Universidad Norbert Wiener y los siguientes principios establecidos en el Código Nacional de Integridad Científica del CONCYTEC:
- Integridad en las actividades de investigación científica y gestión.
 - Honestidad intelectual en todos los aspectos de la investigación científica.
Resultado del Turnitin
 - Objetividad e imparcialidad en las relaciones laborales y profesionales.
 - Veracidad, justicia y responsabilidad en la ejecución y difusión de los resultados de la investigación científica.
 - Transparencia, actuando sin conflicto de interés, declarando y manejando el conflicto, sea este económico o de otra índole.

Por el contrario, de no cumplirlas nos someteremos a las sanciones señaladas en el Código de Ética para la Investigación de la universidad Norbert Wiener y en el Código Nacional de Integridad Científica del CONCYTEC:

Firma: 
FERNANDEZ RENGIFO WERTHER FERNANDO
 Asesor

Firma: 
VICTORIA SUAÑA ANCCO

Fecha: 29/05/2024

Anexo 6. Autorización de la institución



Ciudad de Arequipa 29 de mayo del 2024

CARTA No ...524

Señor (a):

Victoria Suaña Ancco

Bachiller en Enfermería

Universidad Privada Norbert Wiener

Presente. –

De mi consideración:

Sirva la presente para **autorizar** el proceso de recolección de datos del proyecto de tesis titulado:” **Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el centro de salud del distrito de Mariano Melgar Arequipa 2024.**”, que corresponde a un estudio de investigación aplicada de diseño no experimental, transversal, correlacional presentado por la bachiller Victoria Suaña Ancco de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Privada Norbert Wiener, cuyo objetivo general es: **Determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa – 2024.**

Asimismo, se le recuerda que la presente autorización es expresa solo para la aplicación de los instrumentos mediante las encuestas en la población sujeto de estudio y no conlleva a consignar el nombre de la institución en su tesis.

Atentamente:



Lic. Flor de Margarita Collana Lima
ENFERMERIA
C.E.P. Nº 108530

DNI: 45930776

Anexo 7. Informe del Asesor del Turnitin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Informe final de Tesis_Victoria Suaña Ancco.docx

AUTOR

Victoria Suaña Ancco

RECuento DE PALABRAS

14672 Words

RECuento DE CARACTERES

82424 Characters

RECuento DE PÁGINAS

86 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.8MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 19, 2024 7:44 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 19, 2024 7:46 AM GMT-5

● 13% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

Anexo 8. Panel fotográfico

CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER		CONTROL DE ASESORIA			
CÓDIGO: UPNW-GRÁ-FOR-013		VERSIÓN: 02	FECHA: 13/05/2020		
		REVISIÓN: 02			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EGRESADO / BACHILLER: Victoria Svaña Ancco					
TÍTULO DE LA TESIS: Autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en el centro de salud del distrito de Mariano Melgar Arequipa - 2024					
ASESOR: Dr. Werther Fernando Fernández Rengifo					
Nº	FECHA DE LA ASESORIA	TEMA	HORA	FIRMA DE EGRESADO	FIRMA ASESOR
1.	16-04-24	Planteamiento-problema	14:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2.	22-04-24	Objetivos y justificación	17:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
3.	23-04-24	Alcances y delimitación	14:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
4.	29-04-24	Bases Teóricas	17:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
5.	30-04-24	Revisión Antecedentes	14:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
6.	06-05-24	Revisión Marco Teórico	17:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
7.	13-05-24	Metodología	17:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
8.	14-05-24	Revisión Instrumentos	14:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
9.	20-05-24	Base de datos	17:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
10.	21-05-24	Revisión de resultado	14:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
11.	27-05-24	Revisión de discusión	17:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
12.	28-05-24	Conclusión + Turnitin	14:45pm	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TOTAL			111 horas		

Nota: Llenar un formulario por cada egresado.



MIS ENCUESTAS



CON MI ASESOR MG WERTHER FERNANDO FERNÁNDEZ RENGIFO



● 11% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	hdl.handle.net Internet	<1%
3	repositorio.unheval.edu.pe Internet	<1%
4	uwiener on 2023-12-29 Submitted works	<1%
5	Universidad Alas Peruanas on 2024-01-22 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2024-05-23 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2024-10-04 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-02-21 Submitted works	<1%