

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

UPG Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN
SALUD DEL PACIENTE QUE ACUDE AL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA, 2015**

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster en Enfermería
con mención en Cuidados para la Salud del Adulto.

Por:

Fressia Angélica Olazo Obando

Lima, 2015.

DEDICATORIA

A mi familia, por la comprensión
apoyo incondicional y cariño.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Maximina Contreras Castro, por la asesoría brindada en el desarrollo de la presente investigación.

A la Dra. Flor Contreras Castro por su apoyo y estímulo constante, y a los docentes: Dra. Lili Fernández Molocho, Mg. Roussel Dávila Villavicencio, Mg. Irene Zapata Silva, por el constante aporte de ideas y sugerencias a lo largo de esta investigación.

Al Ing. Willy Jhon Medina Bacalla, por su paciencia y gran apoyo para la culminación de la presente investigación

A la Universidad Peruana Unión, por la formación sustentada en valores y énfasis en la investigación

A las Autoridades del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, pacientes de la Consulta Externa, por permitir la utilización del campo clínico y el Consentimiento informado.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA.....	1
Planteamiento del problema	1
Formulación del problema.....	3
Problema general	3
Problemas específicos.....	3
Justificación del estudio.....	4
Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Antecedentes.....	6
Marco teórico.....	16
Autocuidado.....	16
Agencia de autocuidado.....	17
Capacidad de agencia de autocuidado	17

Teoría del déficit de autocuidado de Orem.....	19
Calidad de vida.	22
Desarrollo histórico del concepto calidad de vida.	22
Dimensiones de la calidad de vida.....	23
Calidad de vida relacionada a la salud.....	24
Adulto mayor.	27
Hipótesis de investigación	31
Hipótesis general	31
Hipótesis específicas.....	32
Variables	34
Variable Capacidad de agencia de autocuidado.	34
Variable Calidad de vida relacionada a la salud.....	35
Operacionalización de la variable capacidad de agencia de autocuidado	36
Operacionalización de la variable calidad de vida en salud	37
CAPÍTULO II.....	38
METODOLOGÍA.....	38
Tipo y diseño de estudio	38
Descripción del área geográfica de estudio	38
Población y muestra.....	40
Criterios de inclusión.....	40
Criterios de exclusión	40
Instrumentos de recolección de datos	41

Proceso de recolección de datos	42
Análisis de la información	42
Consideraciones éticas	43
CAPÍTULO III.....	44
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	44
Descripción de resultados	44
Análisis y discusión	47
CAPÍTULO IV	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
Conclusiones.....	54
Recomendaciones	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
Apéndices	68
Apéndice A	69
Escala ASA y SF-12V ₂	69
Algunas veces	71
Apéndice B	72
Análisis del Alfa de Crombach si se elimina el elemento para la escala ASA... 72	
Apéndice C	73
Tablas de resultados Adicionales.....	73
Apéndice D	74
Consentimiento informado	74

RESUMEN

El presente estudio tuvo el objetivo de determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. El estudio fue descriptivo, transversal, de diseño correlacional, participaron 175 personas con edades comprendidas entre 60 y 85 años, los datos fueron obtenidos a través de la escala ASA y el cuestionario SF-12 v2. Los resultados indican que existe una relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud ($\rho=0.284$, $p=0.000$), así como entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones de vitalidad ($\rho=0.430$, $p=0.000$), la salud general ($\rho=0.249$, $p=0.001$), función física ($\rho=0.364$, $p=0.000$) y la salud mental ($\rho=0.250$, $p=0.001$); no se encontró relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones rol físico ($\rho=0.084$, $p=0.268$), rol emocional ($\rho=0.101$, $p=0.185$), dolor corporal ($\rho=0.092$, $p=0.225$) y funcionamiento social ($\rho=0.129$, $p=0.088$). Se concluye que la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud son variables que están relacionadas.

Palabras claves: Capacidad de agencia de autocuidado, calidad de vida en salud, adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of the present study is to determine the relation between the capacity of self-care agency and life quality for the health of the elderly in the Outpatient Geriatric Service at the Guillermo Almenara Irigoyen Hospital.

The study was non experimental, cross -sectional, descriptive -correlational where 175 people participated, ages 60 to 85; data was obtained through the ASA Scale and the SF-12v2. Questionnaire. The results indicate that there is a low direct and significant relation ($\rho=0.284$, $p=0.000$) between the capacity of self-care agency and the quality of life in health, as well as a moderate direct correlation and significant with the vitality ($\rho=0.430$, $p=0.000$), a correlation low, direct and significant with general health ($\rho=0.249$, $p=0.001$), physical function ($\rho=0.364$, $p=0.000$) and mental health; in the physical role dimensions ($\rho=0.084$, $p=0.268$), emotional role ($\rho=0.101$, $p=0.185$), body pain ($\rho=0.092$, $p=0.225$) and social functioning ($\rho=0.129$, $p=0.088$) a statistically significant relation was not found. It is concluded that the capacity of self-care agency and the quality of life in health are related variables.

Key Words: Capacity of self-care agency, life quality in health, elderly

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones, permite tener información sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población (Instituto Nacional de Estadística [INE], mayo 2015). El Perú actualmente experimenta un importante desarrollo económico, contribuye a un incremento de la esperanza de vida al nacer, al mejoramiento de la calidad de vida y mejores servicios, entre otros; sin embargo, paralelo a ello, persisten las brechas en sectores y poblaciones vulnerables, que generan diferencias y exclusión social; siendo uno de ellos el grupo constituido por los adultos mayores, con edades de 60 y más años (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2012). Esta realidad genera la necesidad de conocer la calidad de vida en este grupo de personas, más allá del concepto y la forma de medirla (Gimeo, Pinazo, García, T. y García, A., 2008), al considerar la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, haciendo que el tema cobre real importancia (Schwartzmann, 2003).

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles actualmente constituyen un problema de salud pública en el mundo, presentando una mayor prevalencia en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo; por ejemplo, el Perú, donde el cambio de la pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance han influenciado en la salud, dando lugar al rápido incremento de la morbilidad por daños no transmisibles: el cáncer, la diabetes mellitus, hipertensión arterial y ceguera (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014). La preocupación sobre la salud considerada como algo más que la ausencia de la enfermedad, cobra vida en la actualidad como materia de prevención, debido a estos factores determinantes presentados especialmente en la edad avanzada

(Márquez y Garatachea, 2012). En este contexto, el autocuidado, parte del estilo de vida (MINSA, 2008), juega un rol importante en la prevención de estos problemas ocasionados por los comportamientos que mantenga el individuo.

El presente trabajo de investigación tiene el objetivo: determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del adulto mayor en consulta externa del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. La estructura considerada es la siguiente: Capítulo I, comprende el planteamiento del problema que contiene el contexto de los problemas relacionados con la calidad de vida en salud, la justificación que muestra la importancia del desarrollo del trabajo, los objetivos (general y específicos) que se busca alcanzar, la descripción del estudio en el ámbito nacional e internacional con respecto a las variables de estudio considerada en la parte de los antecedentes, el marco teórico que fundamenta los conceptos que engloba la investigación, las hipótesis de investigación y la operacionalización de las variables. El capítulo II contiene el tipo y diseño de estudio, la descripción de las características de los participantes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, así como los instrumentos de medición de las variables, las consideraciones éticas y los aspectos administrativos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La calidad de vida es anhelada por la población en general durante las diferentes etapas del desarrollo, pues conlleva a lograr cierto grado de bienestar en las diversas áreas del ser humano. La calidad de vida, relacionada con la salud, es un concepto que involucra a la salud, el estado de salud, el estado funcional y la calidad de vida con elementos propios físicos y mentales, y elementos externos al individuo que interactúan con la persona y pueden modificar su estado de salud (Hinojosa, 2006).

El autocuidado y la capacidad para ejercerlo pueden ayudar lograr una buena salud, controlando los determinantes causales de la enfermedad; por el contrario, la falta de autocuidado desencadena enfermedades que generan gastos económicos y de otros recursos muy necesarios para la familia (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2013).

La enfermedad conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) como una disfunción fisiológica o psicológica, afecta grandemente las formas de vida del ser humano, y se puede presentar en las diferentes razas y estratos sociales sin distinción; sin embargo, la carga de enfermedad es más alta y tiene un crecimiento alarmante en los países de ingresos bajos y medios por los efectos negativos de la globalización, la urbanización descontrolada y los estilos de vida inadecuados. Este problema es poco controlado por el gobierno de los países en desarrollo, evidenciándose un crecimiento muy marcado en las enfermedades no transmisibles: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes que causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional en la mayoría de los países. El reporte presentado por la OMS (2011) muestra que de los 57 millones

de muertes en el mundo en el 2008, 36 millones, que corresponde al 63%, mueren por enfermedades no transmisibles que causan aproximadamente el 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios.

La Agencia Andina (2013) publicó que en el 2008 se perdieron 3 037 614 años de vida por causa de las enfermedades no transmisibles: cáncer, diabetes, hipertensión y problemas cerebrovasculares, son más frecuentes en las personas adultas. El MINSA (2012) menciona que la mayor frecuencia de casos notificados de diabetes se presentó en personas de 50 a 69 años de edad con un 54%, correspondiendo el 96.8% a diabetes mellitus tipo 2; los casos de cáncer reportados en personas adultas tuvo lugar en un 49.1% de los hombres con edades de 65 a 79 años y en un 51.8% en las mujeres de 45 y 69 años. Los factores de riesgo que intervienen en la evolución de estas enfermedades son diversos y muchos de ellos están asociados a estilos de vida, hábitos y costumbres producto de la modernización (Fagalde, Del Solar, Guerrero y Atalah, 2005).

El servicio de Geriátría en Consulta Externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, atiende a pacientes adultos, quienes en su mayoría son portadores de patologías crónicas: enfermedades vasculares cerebrales regresivas, enfermedades degenerativas, fracturas en periodo de rehabilitación, enfermedad de Parkinson, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, enfermedades osteoarticulares, demencia, depresión y ansiedad (Servicio Estadística del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2015). Estos pacientes necesitan adiestramiento o rehabilitación de las actividades perdidas por enfermedad, problemas funcionales de deterioro cognitivo, desórdenes afectivos, trastornos de la marcha, discapacidad para las actividades de la vida diaria, trastornos de lenguaje y problemas de higiene. En la consulta externa, los pacientes expresan cansancio de su situación en la que viven mediante algunas frases: “Ojalá el señor me recoja pronto”, “para qué seguir viviendo así”, “no quiero ser carga

para mis hijos”, “para qué seguir viviendo si ya no puedo hacer nada”, “los gastos que hacen mis hijos son en vano porque ya no sirvo”, así mismo se observa descuido personal en su forma de vestir y aseo personal. Lo descrito anteriormente lleva a plantear el siguiente problema de investigación.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

Problemas específicos

¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud general del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función física del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el dolor corporal del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol físico del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la vitalidad del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función social del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol emocional del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud mental paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2015?

Justificación del estudio

La investigación tiene relevancia teórica, porque la capacidad de agencia de autocuidado está estrechamente vinculada con la calidad de vida que puede experimentar la persona adulta mayor; estudios en este campo son pertinentes a quienes implementan las Políticas Nacionales de salud para un grupo poblacional de tendencia creciente en las próximas décadas y en quienes desde una perspectiva humanista, se persigue no solo la eficiencia sino sobre todo un enfoque holística del cuidado humano.

Tiene relevancia metodológica por la confiabilidad presentada del instrumento ASA en la realidad peruana, confirmándose así la consistencia de la escala y por la

apertura de la posibilidad para ser utilizadas en otros ámbitos similares para futuras investigaciones.

Tiene relevancia práctica y social, porque los resultados obtenidos de la medición de las variables del estudio permitirán conocer la realidad a los responsables de la administración del Servicio de Consulta Externa y de la institución en general, que servirán de base para la elaboración de estrategias que controlen el comportamiento de la calidad de vida mediante la cultura del autocuidado en el adulto mayor. Esto beneficiará a los pacientes de este grupo etario a asegurar la calidad de vida en sus últimos años: uno de los mayores retos para el sector sanitario de los países tanto desarrollados como en desarrollo (Velásquez, 2009).

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Objetivos específicos

Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Identificar la calidad de vida en salud que tiene el paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud general paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función física del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el dolor corporal del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol físico en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la vitalidad del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función social del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol emocional del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud mental del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Antecedentes

Las variables planteadas en el presente estudio son consideradas muy importantes en el plano investigativo de la salud y han sido desarrolladas en diferentes investigaciones en el ámbito internacional; sin embargo, en el plano nacional todavía no

se ha profundizado mucho en el tema, según el análisis realizado de las investigaciones registradas en revistas indizadas. A continuación se presentan algunos estudios con sus respectivos resultados.

Galindo, Rico y Padilla (2014) desarrollaron la investigación transversal, observacional titulada: *Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2* en el Hospital General de Tecomán, Colima, México. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2, se aplicó un instrumento que midió el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado y posteriormente se realizó el análisis de datos con Razón de Momios, intervalos de confianza al 95 % y fracción atribuible en expuestos. Los resultados indican que los factores socioculturales tuvieron un leve efecto positivo en la capacidad de autocuidado (RM = 1,10; IC 95 %: 0,26-4,74) en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2, llegando a la conclusión de que los factores socioculturales: experiencias vitales, experiencias laborales, religión, costumbres y tradiciones, practicas curativas y ritos, señalados en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, muestran un efecto positivo sobre la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2.

Achury, Rodríguez, Achury, Padilla, Leuro, Angélica, Soto, Almonacid, María y Camargo (2013) realizaron la investigación titulada: *Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel*, estudio de intervención con pre y pos test, participaron 83 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, a quienes se les aplicó el instrumento de evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado al inicio del estudio y tres meses posteriores a la implementación del plan educativo. Los resultados reportaron que el plan educativo mejoró tanto la capacidad de agencia de autocuidado global como sus

rangos, encontrando significancia estadística con un valor de probabilidad menor de 0,002 y de 0,0001 respectivamente, concluyendo que intervenciones educativas estructuradas a partir de la identificación de las necesidades individuales de información, en conjunto con el empoderamiento del individuo y el seguimiento por parte del profesional de enfermería, permiten alcanzar conductas permanentes de autocuidado que facilitan el autoconocimiento, la modificación del comportamiento así como la adquisición de conocimientos y habilidades.

Cabe resaltar que la variable capacidad de agencia de autocuidado ha sido estudiada en poblaciones de diferentes edades, como es el caso de la investigación de Carrillo y Díaz (2013) titulada: *Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: Un estudio piloto en Bogotá*, cuyo objetivo fue medir la capacidad de autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y clínicas en un grupo de pacientes del programa de diálisis peritoneal. Es un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, realizado en el periodo de marzo-setiembre de 2011, tuvo como criterio incluir a los pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal mayores de 18 años y excluir a las personas con alteraciones previas o adquiridas durante el tratamiento que les impedía cuidarse. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: formulario de características sociodemográficas y clínicas, test de Morisky-Green y la escala Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA), los mismos que fueron aplicados a 87 pacientes; los resultados obtenidos indican que el 60% de los sujetos reportó suficiente capacidad de autocuidado y el 40% deficiente capacidad de autocuidado.

Ccoica (2013) realizó un estudio dirigido a los participantes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) pertenecientes a DISA V – Cercado de Lima, con el título: *Medidas de autocuidado que*

tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del Centro de Salud Conde De La Vega Baja, desarrollado con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal, nivel aplicativo, cuya muestra fue de 30 pacientes con diagnóstico de tuberculosis que reciben el tratamiento de Esquema I y 10 pacientes en tratamiento Multidrogoresistente (MDR). Los resultados fueron: el 62.5% de los pacientes realiza medidas de autocuidado adecuadas y el 35% medidas de autocuidado inadecuadas, concluyendo que el porcentaje de pacientes con medidas de autocuidado adecuado, lo hace en los aspectos de descanso y sueño, control y tratamiento de la enfermedad, hábitos nocivos, cuidado emocional, social; sin embargo, un porcentaje significativo tiene medidas de autocuidado inadecuadas respecto a alimentación, medidas higiénicas, ejercicio y recreación, cuidado espiritual.

Rodríguez, Arredondo y Salamanca (2013) llevaron a cabo un estudio titulado: *Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín - Colombia*, con la intención de explorar la asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado con algunos factores básicos condicionantes relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca, entre los años 2007 a 2011. El estudio fue de corte transversal, con una muestra de 266 personas con insuficiencia cardíaca; los instrumentos utilizados incluyeron variables sociodemográficas, de apoyo social y clínicas, además de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado mediante la versión de la *Appraisal of Self-care Agency Scale -ASA-* de Evers, validada al castellano por Gallegos. Los resultados muestran que la capacidad de agencia de autocuidado fue deficiente en el 47,0% de los participantes. Los mayores puntajes de ASA se encontraron en las personas mayores o iguales a 50 años, en los niveles socioeconómicos más altos, en los casados, en los que tenían educación tecnológica o

universitaria, los que practicaban actividades recreativas, los que tenían cualquier tipo de apoyo social, estaban en clase funcional I y en la fracción de eyección menores o iguales al 40%. El análisis de regresión logística mostró que la agencia de autocuidado suficiente está relacionada con la fracción de eyección, la edad y el estado civil; concluyendo que en la mitad de los participantes la capacidad de agencia de autocuidado fue deficiente y que los factores básicos condicionantes (la fracción de eyección, edad y estado civil) están asociados a una mejor capacidad de agencia de autocuidado.

Layva, Venegas y Medel (2011) realizaron un estudio analítico titulado: *La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso*, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control de la presión arterial. Se realizó una intervención a pacientes hipertensos controlados (presión arterial < 140/90 mmHg) y descontrolados (presión arterial \geq 140/90 mmHg), cada grupo con 79 pacientes mediante la escala de medición de los factores condicionantes básicos y capacidad de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Los resultados mostraron una capacidad de autocuidado buena en 73.4% de los hipertensos controlados y en 3.8% de los descontrolados ($p < 0.05$); el 91.2% de los controlados y 67.9% de los descontrolados presentaron un sistema familiar positivo ($p < 0.05$). Los factores socioculturales fueron buenos en 64.6% de los controlados y en 16.7% de los descontrolados ($p < 0.05$). Los factores ambientales fueron buenos en 50.6% de los controlados y en 2.6% de los descontrolados ($p < 0.05$), concluyendo que existe asociación entre las capacidades de autocuidado y el control de la hipertensión arterial.

Millán (2010) realizó una investigación titulada: *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*, en una población N=354 del municipio de Holguín de los cuales seleccionó una muestra n=195 con la finalidad

de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, a los cuales les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tiene déficit parcial y 5,6% déficit total, además observó que de los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% percibe su estado de salud aparentemente sano. Se concluye que los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria; sin embargo, éstos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria, pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.

Arquinigo (2008) realizó una investigación en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud del distrito de Jesús María, Lima, bajo el título: *Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007*, tomando como marco referencial la Teoría general de autocuidado de Dorothea Orem. Intervinieron 218 pacientes que recibían hemodiálisis, seleccionados por muestreo probabilístico. Los resultados muestran que el 59% presentó un nivel alto de capacidad de cuidado, de ellos, el 79% presentó nivel alto en la habilidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, y el 53% nivel medio en conocimientos para realizar acciones de autocuidado frente a la enfermedad.

Rivera (2006) en una investigación descriptiva con abordaje cuantitativo titulada: *Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia*, se planteó el objetivo de describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial

para realizar actividades de cuidado hacia sí mismo. Participaron 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial a quienes se les aplicó la escala ASA “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” de Evers e Isenberg. Los resultados reportaron que el 53% de las personas intervenidas tuvo deficiente capacidad de agencia para el autocuidado y el 47 % presentó suficiente capacidad de agencia para el autocuidado; en cuanto al análisis de los ítems, los que presentaron mayores puntajes fueron: máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida. El autor en sus conclusiones hace referencia al reto que enfrentan los profesionales de la salud en el cuidado de personas hipertensas, ya que necesitan apoyo para mantener por sí mismos acciones de autocuidado que ayudarían a conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Naveiro-Rilo, Díez-Juárez, Flores-Zurutuza, Javierre, Alberte y Molina (2014) en su estudio titulado: *La calidad de vida en ancianos polimedicados con multimorbilidad*, en una población de mayor de 67 años que tomaban más de cinco medicamentos, se planteó el objetivo: estimar los valores de las dimensiones de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-12 en ancianos polimedicados con multimorbilidad e identificar variables asociadas. Los resultados muestran puntuaciones muy bajas en las escalas salud general ($\bar{X}=25.7$, $S=17.4$), función física ($\bar{X}=32.6$, $S=32.1$), y componente sumario físico ($\bar{X}=37.8$, $S=25.1$); las mujeres presentaron en todas la escalas peor calidad de vida que los hombres y en cuanto a las condiciones asociadas al deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró en el sexo femenino mayor de 80 años, caídas frecuentes, dolor crónico, enfermedad

cancerosa y depresión, llegando a la conclusión que la población participante del estudio tiene una mala calidad de vida relacionada con la salud.

Velásquez, Yepes, Ariza, Isaza, Gaviria, Muñoz-Grajales, Márquez, y Pinto (2013) en su estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, titulado: *Estimación de la calidad de vida relacionada con la salud y medidas de utilidad en una población de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico*, se incluyeron 152 sujetos con lupus eritematoso sistémico según los criterios del Colegio Americano de Reumatología, realizaron la evaluación de calidad de vida relacionada con la salud mediante SF-36. Se reportó que los valores promedio de los dominios de calidad de vida relacionada con la salud, oscilaron desde 52.9 para el desempeño físico hasta 67.3 para función social, la mayoría de los pacientes evaluados tuvo una calidad de vida relacionada con la salud, ubicada por encima del percentil 50, las dimensiones más comprometidas fueron las relacionadas con salud física.

Capote, Casa mayor y Castañer (2012) en un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, titulado: *Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal*, tuvo el objetivo de evaluar la calidad de vida y la depresión en pacientes mayores de 60 años, tomaron la muestra de 30 pacientes, a quienes se les midió la calidad de vida con el índice de Karnofsky, y la escala de depresión de Hamilton para valorar depresión. Los datos recolectados evidenciaron que el 60% presentó buena calidad de vida y el 76.6% presentó elementos clínicos compatibles con la depresión, además se mostró una relación estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson= 6.087; $p= 0.014$; OR= 2.091) al relacionar la calidad de vida con la presencia de depresión; el análisis adicional de la intensidad de la depresión presentó relación significativa (χ^2 de Pearson= 8.750 y $p= 0.013$) con la calidad de vida. Los investigadores concluyeron que la mayoría percibe una buena calidad de vida y que

la depresión en estos pacientes es muy frecuente, situación que se debe tener en cuenta por su influencia sobre la calidad de vida.

Blanco, Martínez y Aguilar (2011) realizaron un estudio titulado: *Calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha posterior a un programa de rehabilitación física*. La muestra estuvo conformada por 28 personas, quienes obtuvieron una puntuación menor a 9 en la prueba Tinetti y concluyeron el tratamiento. El instrumento de recolección de datos utilizado fue el cuestionario de salud SF-36 de calidad de vida. Los resultados muestran que los participantes tenían una edad media de $70,57 \pm 4,7$ años, presentaron 100% de mejoría de los trastornos de la marcha con incremento de la misma del 58,3%; ganancias mayores al 100% en calidad de vida en función social, limitación del rol de problemas físicos y dolor, entre el 50–100% en salud mental, vitalidad y percepción de salud en general y solo en función física y limitación del rol de problemas emocionales la ganancia fue menor al 50% con una $p=0,000$.

Martínez, Acosta, Dussan, Álvarez, Bedoya, Carvajal y López (2011) realizaron una investigación cuasi experimental titulada: *Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira*, con la finalidad de evaluar el impacto de una intervención en la calidad de vida de 79 ancianos. La recolección de los datos se realizó a través de la aplicación de los test COOP/WONCA, los cuales revelaron que el 9.6% tenía buena calidad de vida, el 47.1% insuficiente calidad de vida, el 33.7% deficiente calidad de vida y el 9.6% restante mala calidad de vida. La evaluación de la calidad de vida antes y después de la intervención se realizó a través del test de rangos de los signos de Wilcoxon, presentando diferencias estadísticamente significativas ($Z=-2.499$, $p=0.012$), es decir, la intervención realizada logró modificar la calidad de vida de los adultos mayores que residen en esos centros de bienestar.

Capote, Casamayor y Castañer (2010) realizaron un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, que incluyó a los pacientes con edad de 60 años a más del servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", bajo el título: *Variables de laboratorio como indicadores de calidad de vida en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal*, cuyo objetivo fue valorar la calidad de vida mediante el índice de Karnofsky. Tomaron un promedio de los últimos tres meses de las variables de laboratorio: hematocrito, urea, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, colesterol, triglicéridos, proteínas totales y albúmina, evidenciando que el 60% presentó buena calidad de vida y que las proteínas totales bajas ($X^2=5.0$; $p=0.025$, $OR=3.0$) y la albúmina baja ($X^2=9.0$; $p=0.003$; $OR=3.571$) se relacionaron con pobre calidad de vida. Concluyeron que los adultos mayores que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal perciben, en su mayoría, una buena calidad de vida.

Medinas, Más y Renom (2009) realizaron un estudio titulado: *Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica*, con el objetivo de estudiar la presencia de estrés y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el hospital socio sanitario y su relación con la calidad de vida antes del ingreso, el grado de gravedad y el grado de disnea; para ello evaluaron a 51 pacientes con EPOC en el hospital Joan March (Islas Baleares) mediante la escala de estresores hospitalarios, la escala de disnea del Medical Research Council, el perfil de salud de Nottingham y un listado de estrategias de afrontamiento. Los participantes del estudio presentaron bajos grados de estrés, se observó que el grado de estrés no varía en función del grado de gravedad de la EPOC ($p>0,05$); los pacientes con disnea leve presentaron más estrés ($p<0,05$) y los pacientes con una mala calidad de vida antes del ingreso mostraron mayores grados de estrés

($p < 0,05$). El estrés generado en el anciano con EPOC durante la hospitalización, se relaciona más con las condiciones psicosociales previas, como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y afecta más a los pacientes con mayor independencia funcional.

Montanet, Bravo y Hernández (2009) realizó un estudio descriptivo transversal titulado: *La calidad de vida en los adultos mayores*, evaluó la calidad de vida en adultos mayores, respecto a diferentes variables sociodemográficas, durante el período de enero- diciembre de 2006. La muestra estuvo conformada por 42 ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporados. A cada anciano evaluado se le aplicó una entrevista estructurada y la variable calidad de vida fue medida con la Escala M.G.H. Los resultados evidenciaron alta calidad de vida en un 57.2% y 42.9% en los participantes incorporados en la casa de abuelos y los no incorporados respectivamente. Los investigadores concluyen que la dimensión satisfacción por la vida afecta a la calidad de vida de los ancianos.

Marco teórico

Autocuidado

El autocuidado es el conjunto de actividades a realizar, con el objeto de asumir la responsabilidad que corresponde para conservar y mejorar al máximo el potencial de salud y prevenir el riesgo de enfermedad (Cabrera, 2004). Es una estructura que asegura las formas de atención y prevención de los padecimientos, ante la existencia o no de recursos profesionales asistenciales y preventivos (Universidad Autónoma de Yucatán, 2001), que es aprendida por el individuo y dirigida para sí mismo (Allende, 2013). Viene marcado por los modelos aprendidos en la vivencia familiar, transmitida de padres a hijos por lo que se dice y hace en el hogar (García y Colomina, 2014).

Es también considerado un programa múltiple que hace al individuo modificar y estructurar su estilo de vida, generalmente corresponde a formas de comportamiento ligados a la mejora de la calidad de vida, integración social, actividad física, ocupación del tiempo libre, control de hábitos nocivos, cuidado dental, vigilancia de la presión arterial, el colesterol sanguíneo, entre otros (Lozano, 1994).

De acuerdo con estas apreciaciones, se puede mencionar que el autocuidado es la ejecución de actividades por la persona orientadas a regular aquellos factores que afectan su desarrollo y funcionamiento para seguir viviendo con bienestar y salud.

Agencia de autocuidado

Dorotea Orem define la agencia de autocuidado como “...la capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y bienestar” (Fernández y Manrique, 2009). Es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud, y que dentro de ellas está la adherencia al tratamiento (Velandia y Rivera, 2009). Esta compleja capacidad desarrollada permite al individuo discernir aquellos factores que deben ser controlados o tratados para regular el funcionamiento y desarrollo de sí mismos. El profesional de enfermería tiene la capacidad para motivar a desarrollar las competencias de la agencia de autocuidado a través del proceso de aprendizaje.

Capacidad de agencia de autocuidado

La capacidad de agencia de autocuidado es considerada la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de

autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados); finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (Orem ,Citado por Herrera, Andrade, Hernández, Manrique, Faria y Machado, 2012).

La capacidad de agencia de autocuidado según Gast, et al (citado por Rivera y Díaz, 2007) consta de tres tipos de habilidades: (a) capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, que agrupan las habilidades básicas del individuo: sensación, percepción, memoria y orientación; (b) los componentes de poder, que involucran capacidades específicas que están relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado; (c) las capacidades para operaciones de autocuidado. Además, se incluye la clasificación propuesta por Orem de las capacidades para operaciones de cuidado como son las operaciones estimativas, operaciones transicionales y operaciones productivas.

Componentes de la agencia de autocuidado

Los componentes de la agencia de autocuidado que describe Brumal (2007) basadas en la opinión de Orem son: (a) Mantener la atención y vigilancia con respecto a sí mismo como agente de autocuidado, a las condiciones y factores internos y externos significativos para el autocuidado; (b) controlar la energía física para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado; (c) controlar la posición del cuerpo y sus partes en los movimientos requeridos para el inicio y finalización de las operaciones de autocuidado; (d) razonar dentro del marco de autocuidado de referencia; (e) motivarse o tener metas orientados al autocuidado; (f) tomar decisiones sobre el autocuidado para hacer operativas estas decisiones; (f) adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado, recordarlo y hacerlo operativo; (g) poseer un repertorio de habilidades adaptadas para el autocuidado; (h) ordenar acciones de autocuidado para el

logro final de los objetivos e (i) integrar operaciones de autocuidado con la vida personal, familiar y de la comunidad.

Beneficios de la agencia de autocuidado

Los principales beneficios del autocuidado son: poseer una buena salud que disminuye el estrés y la posibilidad de volverse dependiente, refuerza las defensas reduciendo la probabilidad de contraer enfermedades, cuida la salud y ayuda a dar un mejor valor a la vida, ayuda a mantener una buena salud mental, enseña a vivir al individuo de un modo diferente presentando un nuevo mundo de posibilidades (Hospital de la Mujer, s/f). Muchas enfermedades no están en relación directa ni dependen de la edad, son el resultado de cómo se vive y de los hábitos practicados; al analizar las primeras causas por las que se enferman o fallecen las personas mayores de 60 años, se evidencia que muchas de ellas, más allá de los factores hereditarios u otros que puedan actuar como causantes, están íntimamente relacionadas con los estilos de vida, y podrían ser evitados en alguna medida en respuesta a las modificaciones de los comportamientos, acciones y decisiones tomadas (Ministerio de Salud, OPS, 2013).

Teoría del déficit de autocuidado de Orem.

La teoría propuesta por Dorothea Elizabeth Orem se basa en tres teorías ya enunciadas en su primera publicación realizada en 1971 bajo el título de “Nursing Concepts of Practice”: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (MAD-Eduforma, 2006).

La teoría del autocuidado

Explica y describe el autocuidado como una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar. En esta teoría se describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; está fundamentada en que el autocuidado es una función reguladora de las personas, quienes deben deliberadamente llevar a cabo

por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El concepto central de la teoría es el autocuidado, definido por Orem como la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia decisión con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. Orem distingue tres operaciones para efectuar el autocuidado: (a)

Operaciones estimativas que consisten en investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado. (b) Operaciones transicionales que implican hacer juicios y decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado. (c) Operaciones productivas que implican ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado. Además

propone tres componentes de la capacidad de agencia de autocuidado: (a) Las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado que consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.. (b) Los componentes de poder que son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado. (c) Capacidades para operaciones de autocuidado que son las habilidades del ser humano más inmediatas.

La teoría del déficit del autocuidado

La teoría de déficit de autocuidado describe y explica cómo es la relación o intervención de la enfermería para ayudar a los individuos. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su

salud. Las limitaciones generadas por los diferentes procesos del binomio salud-enfermedad vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo de las personas dependientes de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado. El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Teoría de los sistemas de enfermería

Explica los modos en que el profesional de enfermería puede atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas: (a) Sistemas de enfermería totalmente compensadores donde la enfermera suplente al individuo; (b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores donde el personal de enfermería proporciona autocuidados y (c) Sistemas de enfermería de apoyo-educación donde la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Calidad de vida.

La OMS define a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (Pérez, Juanas, Cuenca, Limón, Lancho, Ortega y Muelas, 2013). Es un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Es considerado como la suma de todas aquellas circunstancias que son susceptibles de ser modificadas y que permiten el desarrollo de algunas aspiraciones del individuo (Behar, 2008).

La calidad de vida incluye a las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a las ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalock, 2003; citado por Pérez, Juanas, Cuenca, Limón, Lancho, Ortega y Muelas, 2013).

Desde la perspectiva de la teoría de sistemas, la calidad de vida se entiende de manera que los indicadores de cada una de las dimensiones de la calidad de vida pueden referirse al microsistema que comprende los ambientes sociales inmediatos, mesosistema que refieren al vecindario, comunidad y organizaciones que afectan al individuo, y macrosistema donde se encuentran los patrones sociopolíticos y culturales generales. Estos tres niveles del sistema con los que afectan a la calidad de vida.

Desarrollo histórico del concepto calidad de vida.

Después de la segunda guerra mundial, debido a los efectos devastadores que había tenido ésta, 61 países se unen con la finalidad de dar marcha la promoción de la salud de las personas, creándose así la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicha

entidad incluye en el preámbulo de la Constitución de 1948 una clara definición del término salud que se mantiene vigente hasta la actualidad (Montero y Fernández, 2012). Bajo la definición de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, fundamentada en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural; la salud no es interpretada como un estado abstracto si no como un medio para llegar a un fin; es decir, la salud es considerada como un recurso para la vida. Esta armonía biológica, psíquica, afectiva y social que plantea la definición de salud y el énfasis en la presencia de bienestar propicia la aparición del término calidad de vida que se incorpora a las ciencias sociales en la década de los sesenta, orientándose inicialmente en las condiciones materiales y específicamente al resultado de la experiencia de la vida del ser humano bajo esas condiciones (García, Sáez y Escarbajal, 2000). EL concepto de calidad de vida toma fuerza y notoriedad al ser considerada como un tema importante de investigación por Schalock en 1996, quien considera el término como un principio organizador que puede ser utilizado para mejorar la situación de los grupos humanos.

Dimensiones de la calidad de vida.

Las dimensiones de la calidad de vida estudiadas por Schalock en el 2003 según orden de prioridad son: (a) Bienestar emocional, tiene como indicadores a la seguridad, felicidad, autoconcepto, espiritualidad, disminución del estrés y satisfacción. (b) Relaciones interpersonales, tiene como indicadores a la intimidad, familia, amistades, afecto, interacciones y apoyo. (c) Bienestar material, comprende indicadores de propiedad, seguridad, empleo, estatus socioeconómico, comida, finanzas, posesiones y protección. (d) Desarrollo personal, comprende indicadores de educación, satisfacción, actividades significativas, habilidades, competencia personal y progreso. (e) Bienestar físico, comprende los indicadores de salud, ocio, seguros médicos, cuidados sanitarios,

actividades de la vida diaria, movilidad, tiempo libre y nutrición. (f) Autodeterminación, con los indicadores de autonomía, decisiones, autodirección, valores personales y metas, control personal y elecciones. (g) Inclusión social y derechos, con indicadores de aceptación, apoyo, ambiente residencial, actividades comunitarias

Calidad de vida relacionada a la salud

Para la OMS la calidad de vida relacionada a la salud, es la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades significativas, que guardan relación con los aspectos funcionales, afectivos y sociales que siempre están influenciados por la percepción subjetiva (Pérez, Juanas, Cuenca, Limón, Lancho, Ortega y Muelas, 2013). Es un concepto multidimensional, agrupa elementos propios del individuo y otros externos al mismo, pero interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Este concepto refleja las conductas físicas, emocionales y sociales, y está relacionado con el estado de salud previo y actual; abarca áreas de función física, somática, estado psicológico y relación social (Ayala, Condezo y Juárez, 2010).

La calidad de vida relacionada a la salud es un indicador relativamente nuevo que estima el impacto que la salud, la enfermedad y sus tratamientos tiene sobre la calidad de vida del individuo, tomando en cuenta su propia perspectiva (Sociedad Argentina de Pediatría, 2013).

Dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida relacionada a la salud es un concepto multidimensional, está construido a partir de múltiples facetas de la vida y situaciones del paciente a las que se denomina dimensiones, las cuales se encuentran relacionadas entre sí, que miden los distintos aspectos de la vida y la autonomía que presenta el paciente (Ruiz y Pairdo, 2005); éstas son:

Funcionamiento físico

Incluye los aspectos relacionados de la salud y el bienestar físico con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud. Busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria, aquí están incluidas las deficiencias de visión, audición, habla, trastornos del sueño, así como la motilidad fina (destreza), motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.

Rol físico

Evalúa el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado.

Dolor corporal.

Mide el nivel de dolor percibido que está asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y cómo interfiere el dolor en la vida cotidiana. Lo habitual es tratarlo como una dimensión separada del funcionamiento físico por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción y tolerancia del dolor.

Percepción general de salud.

Es la dimensión que abarca la evaluación subjetiva global del estado de salud de la persona y de las creencias que ella tiene con respecto a la salud, refleja las preferencias, valores, necesidades y actitudes relacionadas a la salud. Es fundamental para valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de la salud.

Vitalidad

Dimensión que comprende el sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función social.

Evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a la incapacidad física y alteraciones del desempeño de los roles sociales en la vida familiar y laboral.

Rol emocional

Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.

Salud mental

Engloba las evaluaciones de depresión, ansiedad, control de la conducta; es decir, los componentes emocionales del bienestar psicológico, también incluye la medición de las preocupaciones y la meta preocupación.

Existen algunas otras dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud que son abordadas por otros autores: la función sexual y el grado de satisfacción con la vida diaria; como también los indicadores como: número de visitas al médico y la necesidad de utilizar fármacos.

Calidad de vida relacionada a la salud en el adulto mayor

Es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida (Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004; citado por Monatnet, Bravo y Hernández, 2009)

La calidad de vida relacionada a la salud en el adulto mayor ha sido estudiada utilizando las estadísticas correspondientes a la morbimortalidad y la expectativa de vida; sin embargo, existe un vacío en los otros aspectos involucrados en ella como la

percepción sobre su salud, el conocimiento de las redes de apoyo social, la protección social y los servicios de salud (Botero y Pico, 2007).

El concepto de la calidad de vida relacionada a la salud abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales, tal como son percibidos por el adulto mayor según su propia historia y expectativas (Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa, 2009). La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad para valerse por sí mismos y para participar en la vida familiar y social.

Muchos son los factores que afectan la calidad de vida en los adultos mayores, entre ellos están algunos relacionados con el deterioro y la pérdida del equilibrio en el adulto. Existe una relación entre caídas y las consecuencias que éstas producen en los pacientes, afectando su calidad de vida, y apareciendo factores como el miedo, reportado por algunos autores como un condicionante que determina en buena medida la calidad de vida del paciente al verse afectada su funcionalidad. La calidad de vida relacionada a la salud se ve afectada seriamente en el adulto mayor después de uno o más episodios de caídas al verse comprometidas esferas como la funcionalidad física y mental del paciente (Galván, Moreno y Gonzáles, 2009).

Adulto mayor.

El adulto mayor es una persona que a lo largo de su vida ha ido acumulando una historia de vida, que debe ser tomada en cuenta para su correcto diagnóstico y tratamiento (Morales, 2007). El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE, 2008) define al adulto mayor como la población peruana mayor de 60 años, definición respaldada por la ley peruana Nro. 28803 de noviembre del 2006 que se encuentra en consonancia a la establecida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la resolución 50/141 de 1996. El concepto adulto mayor generalmente se asocia con envejecimiento, que es concebido como la etapa de la vida del ser humano en el que se

inicia y acrecienta, con el paso de los años el deterioro de los procesos fisiológicos y mentales que termina con la muerte.

El Ministerio de Salud reconoce diferencias fisiológicas y mentales dentro de las personas en esta etapa de vida que condicionan sus capacidades individuales, para participar activamente en la vida familiar y social, se identifican tres grandes grupos de adultos mayores: (a) Persona adulta mayor autovalente, comprende a las personas adultas mayores activas y con todas sus capacidades para realizar su autocuidado personal y para trabajar dentro o fuera del hogar o salir fuera de la ciudad; (b) Persona adulta mayor frágil, comprende a las personas adultas mayores que tienen algún tipo de disminución de su estado físico y/o emocional / social asociados a una mayor morbilidad y mortalidad; y (c) Persona adulta mayor dependiente o postrada, comprende a las personas adultas mayores con una pérdida sustancial del estado físico y/o emocional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria (MINSa 2007) .

La etapa del envejecimiento es un proceso de cambios que se dan a través del tiempo de manera natural, gradual, continua, irreversible y completa; estos cambios se presentan a nivel biológico psicológico y social; los cuales están determinados por la historia, la cultura y la situación económica de los grupos y personas. Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida. Para definir al adulto mayor es importante tener en cuenta la edad cronológica, física, psicológica y social (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, IAAM-DF 2014).

La edad cronológica, una persona es considerada adulta mayor cuando haya cumplido los sesenta años a más, aunque en países desarrollados se considera que la

vejez empieza a los 65 años. Es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien como adulto mayor.

La edad física, los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones. Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan y es muy recomendable la revisión médica de manera preventiva para la permanencia de la actividad por el mayor tiempo posible.

La edad psicológica, el significado que para cada grupo y persona da a la etapa del adulto mayor, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo. Se considera muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. En cuanto a los procesos psicológicos, la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual. Es recomendable que la persona en esta etapa pueda mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes para poder retardar esas modificaciones.

La edad social, la vejez es considerada una categoría social; es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas.

Características del adulto mayor.

Esta etapa permite distinguir diversas diferencias entre la edad frente a la actitud que tiene de la vida y la manera de sentirse. Papalia menciona las características de los adultos mayores los cuales podrían convertirse en fuentes de crecimiento positivas o negativas. Los aspectos característicos en un adulto mayor, cuyo ego es altamente

adaptable, son: descubre sus propios motivos y comportamientos, es cálido y capaz de establecer relaciones estrechas, equilibrio y presencia social, productivo y consigue hacer las cosas, calmado y relajado, calificado en técnicas sociales de papeles imaginarios, percibe socialmente los signos interpersonales, puede ir al fondo de los problemas importantes, muy responsable y cumplido, responde al mal humor, valora la independencia y autonomía propia, tiende a despertar simpatía y aceptación, inicia el humor. Los aspectos menos característicos son: débiles defensas del yo y mala adaptación bajo el estrés, se siente frustrado o vencido, no maneja la incertidumbre ni la complejidad, reacciona de manera exagerada a frustraciones menores y es irritable, rechaza pensamientos y experiencias desagradables, no intercambia papeles y se relaciona con todos de la misma manera, básicamente ansioso, se rinde y se resigna ante la frustración o a la adversidad, emocionalmente imperturbable, vulnerable a las amenazas reales o imaginadas y temeroso, tiende a reflexionar y tener pensamientos preocupantes, se siente estafado y víctima de la vida, siente que su vida carece de significado (Preciado, Covarrubias y Arias, 2011).

Problemas de salud más frecuentes en el adulto mayor.

Las principales causas de morbilidad de adultos mayores en la actualidad son las afecciones cardiovasculares, las complicaciones de la diabetes, los traumatismos en particular las fracturas, la enfermedad cerebro-vascular y las neumonías. Poco se conoce la participación de las afecciones de la nutrición (en particular de la obesidad), la demencia y la depresión, por carecer de un adecuado registro (Novelo, 2003). En los diferentes países incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles: cardiopatías, cáncer y diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías (OMS, 2014).

Del mismo modo, el MINSA (2005) señala como causas de morbilidad registradas en consultas externas a las enfermedades del aparato respiratorio, seguida de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del sistema génito urinario.

Geriatría

La geriatría es la rama de la medicina, se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años y representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud. Las variables que afectan la presentación de enfermedades en el adulto mayor son: (a) comorbilidad, muy frecuente en esta etapa y consiste en la presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad primaria; (b) insuficiencia orgánica múltiple, que es una disfunción progresiva y en ocasiones secuencial de sistemas fisiológicos en presencia de un cuadro de sepsis sistémica; (c) presentación de un problema social, problema en el ámbito donde se desenvuelve el adulto mayor, que puede profundizar enfermedad subyacente o complicar su manejo; (d) uso de múltiples medicamentos, situación que muchas veces es generalizada por las diferentes afecciones que puede presentar la persona, y (e) algunos medicamentos que pueden curar y a la vez causar problemas de salud llegando a ser críticos en el adulto mayor (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2002).

Hipótesis de investigación

Hipótesis general

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Hipótesis específicas.

Ha: La capacidad de agencia de autocuidado del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, se presenta en nivel alto.

Ho: La capacidad de agencia de autocuidado del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, se presenta en niveles medio y bajo.

Ha: La calidad de vida en salud que tiene el paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, tiende a ser alta.

Ho: La calidad de vida en salud que tiene el paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, tiende a ser baja.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud general del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud general del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función física del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función física del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y el dolor corporal del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y el dolor corporal del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol físico del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol físico del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la vitalidad del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la vitalidad del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función social del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la función social del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol emocional del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y el rol emocional del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ha: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud mental del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la salud mental del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Variables

Variable Capacidad de agencia de autocuidado.

Es la compleja capacidad desarrollada, permite a los adultos y adolescentes, en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Variable Calidad de vida relacionada a la salud.

Es la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades significativas, que guardan relación con los aspectos funcionales, afectivos y sociales y que siempre están influenciados por la percepción subjetiva

Operacionalización de la variable capacidad de agencia de autocuidado

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<p>Compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.</p>	<p>La expresión de las capacidades desarrolladas por el adulto mayor para cubrir la demanda de autocuidado y que es medida a través de la escala ASA, expresada en los niveles: Alto: De 97 a 120 puntos Medio: De 49 a 96 puntos Baja: De 24 a 48 puntos</p>	<p>Operatividad de la capacidad de autocuidado</p>	<p>Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente (9) Preservación del equilibrio entre actividad y reposo (3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social (23). Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal (1,2,5,7,14,15,16,17,19,21,22) Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas (10,12 y 18)</p>	<p>La medición de los ítems se realizará a través de la escala de Likert</p> <p>1 = nunca 2 = rara vez 3 = a veces 4 = a menudo 5 = siempre</p>

Operacionalización de la variable calidad de vida en salud

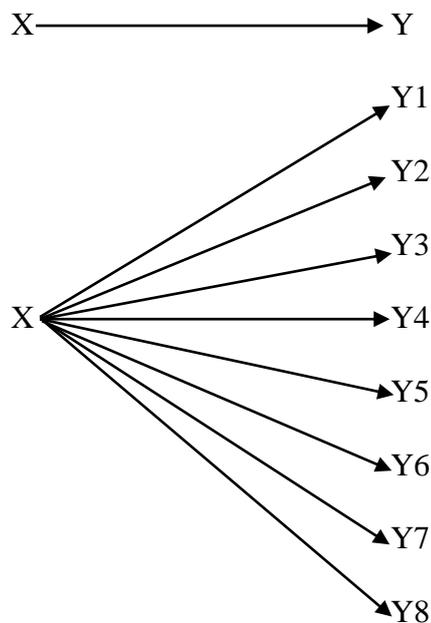
Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Capacidad de la persona para llevar a cabo actividades significativas, que guardan relación con los aspectos funcionales, afectivos y sociales y que siempre están influenciados por la percepción subjetiva.	Es la medida de la sensación de bienestar en la salud en general, función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal y funcionamiento emocional medida a través de la escala SF-12v2, valorada por las puntuaciones finales.	Salud general (1)	En general, su salud es:	1 al 5
		Función física (2 y 3)	Esfuerzos moderados, como mover una mesa..	1 al 3
			Subir varios pisos por la..	1 al 3
		Dolor Corporal (8)	¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo..	1 al 5
		Rol físico (4 y 5)	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1 Si 2 No
			¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo..	1 Si 2 No
		Vitalidad (10)	Tuvo mucha energía?	1 al 6
		Función social (12)	¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas...	1 al 5
		Rol emocional (6 y 7)	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, ...	1 Si 2 No
			¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas...	1 Si 2 No
		Salud mental (9 y 11)	Se sintió calmado y tranquilo?	1 al 6
			Se sintió desanimado y triste?	1 al 6

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

El presente trabajo es una investigación básica, de campo (López, 2002); del nivel investigativo correlacional, por analizar la relación existente entre la variable capacidad de agencia de autocuidado y la variable calidad de vida en salud (Ruiz, 2012); de diseño no experimental, porque no se manipula las variables de estudio (Toro y Parra, 2006), y de corte transversal, porque la recolección de la información se realizará en un solo momento (Hernández, 2010).



Descripción del área geográfica de estudio

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen tiene bajo su jurisdicción los siguientes centros hospitalarios: Hospital III de Emergencias Grau, Hospital II Vitarte, Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, Hospital II Ramón Castilla, Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral, Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho, Policlínico Chosica, Policlínico Francisco Pizarro, Policlínico San Luis, Centro de Atención Primaria III Huaycán, Centro de Atención Primaria III El Agustino, Centro de Atención

Primaria III Independencia, Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts, Centro Médico Ancije, Centro Médico Casapalca, Posta Médica de Construcción Civil, EsSalud en San Borja, UBAP Zárate y UBAP Gamarra. Es un hospital del IV nivel, que brinda medidas de protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a la población asegurada adscrita, perteneciente a la zona centro-este de Lima Metropolitana y del norte del país. Los usuarios que tienen problemas de salud más complejos y no pueden ser resueltos en centros de salud y otros de menor nivel son referidos al hospital Almenara. Está ubicado en el distrito de la Victoria con los límites según se muestra en la figura adjunta.

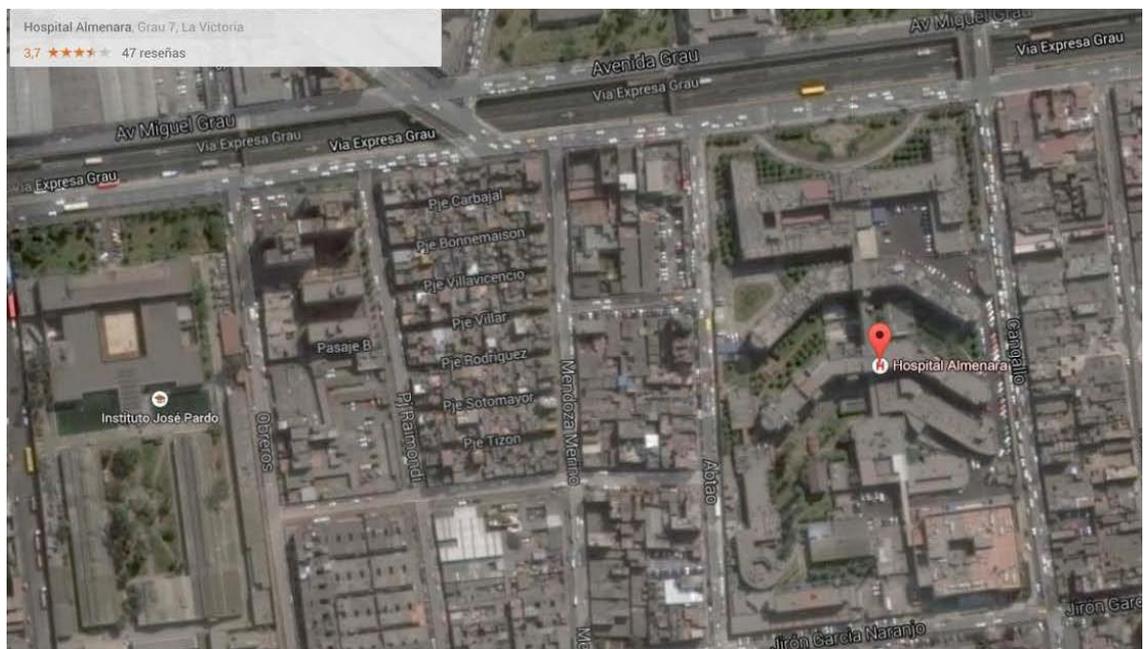


Figura 01. Ubicación del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, (Fuente: Google maps).

El hospital cuenta con el servicio de Geriátría, ubicado en el primer piso, brinda atención integral a pacientes mayores de 60 años referidos de la Red Asistencial Almenara. Cuenta con servicios de hospitalización, para pacientes de mediana y larga estancia; hospital de día y atención domiciliaria; y consulta externa que cuenta con un consultorio de Geriátría, en donde atienden 04 pacientes por hora, de lunes a viernes.

El personal está integrado por 05 médicos, 01 Psicólogo, 01 Asistente Social y 01 Nutricionista.

Población y muestra

La población de estudio está constituida por todos los pacientes geriátricos de 60 años a más, asegurados y atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que en base a la data histórica hacen un total de 320 pacientes por mes.

La muestra estuvo conformada por 175 pacientes seleccionados en base a un muestreo aleatorio sistemático con reemplazo, atendidos en el mes de febrero del 2015 considerando criterios de inclusión y exclusión

$$n = \frac{z^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N - 1) + z^2 \times P \times Q}$$

n: Tamaño de muestra

Z: Nivel de confianza (95%)

P: Probabilidad de éxito (50%)

Q: Probabilidad de fracaso

N: Tamaño de la población (320)

e: Error (5%).

Criterios de inclusión

Pacientes atendidos en consultorio externo que tengan de 60 años a más, sin limitaciones físicas y que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 60 años, mayores de 60 años con limitaciones físicas y que no acepten participar en la investigación.

Instrumentos de recolección de datos

Para recabar información con respecto a la variable capacidad de agencia de autocuidado, se utilizó la escala de valoración de agencia de autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), desarrollado por Isemberg y Everst en 1993, traducida al español por Gallegos y validada para Colombia (Manrique, Fernández y Velandia, 2009; Velandia y Rivera, 2009 y Rodríguez, Arredondo y Salamanca, 2013). El instrumento está conformado por 24 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, donde 1=nunca, 2=rara vez, 3=a veces, 4=a menudo y 5=siempre, que mantienen la unidimensionalidad del constructo que fue planteado originalmente (Manrique, Fernández y Velandia, 2009). La confiabilidad que presenta la escala en las diferentes realidades reportan valores alfa de Crombach de 0.77 en la traducción realizada por Gallegos y valores de 0.74 para la realidad colombiana; otros estudios reportan valores alfa alrededor de los presentados. Se realizó una prueba piloto a 16 pacientes geriátricos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen a quienes se les administró la escala ASA, reportando valor alfa de Crombach 0.70; el análisis indica tener especial consideración en el ítem 17, al activar la opción escala si se elimina el elemento con un valor alfa de Crombach 0.91.

La calidad de vida relacionada a la salud fue evaluada a través del Short Form 12 Health Survey (SF-12V₂) validada por Alonso et al., 1998 y Monteagudo, et al., 2009 en versión español (Ramírez, Agredo y Jerez, 2010) que reporta niveles alfa de 0.70 en población colombiana. Esta versión corta de la escala muestra coeficientes de concordancia elevados con la versión original del instrumento SF-36, lo que indica que puede ser aplicado con seguridad en la medición de las dimensiones establecidas para la variable calidad de vida relacionada a la salud en el cuestionario original (Iraurgi, 2006). El instrumento consta de 12 ítems con niveles de evaluación en escala de 1 a 5

para los ítems 1, 8 y 12; niveles de valoración en escala de 1 a 3 para los ítems 2 y 3; valoración 1 y 2 para los ítems 4, 5, 6 y 7; y valoración en escala de 1 a 6 para los ítems 9, 10 y 11.

Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de los dos instrumentos de medición a los adultos mayores que cumplen los criterios establecidos que son atendidos en los consultorios externos. Las enfermeras encargadas del triaje entregaron los instrumentos de recolección de datos a los pacientes quienes podían escribir para ser llenados por ellos mismos y apoyaron a aquellos pacientes que no podían escribir previa explicación del propósito de la investigación. Este proceso se realizó antes de que el paciente ingrese a la consulta médica, dando el tiempo necesario considerando la edad y situación del encuestado.

Análisis de la información

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico para ciencias sociales IBM SPSS Statistics versión 22. Después de la recolección, los datos fueron ingresados al software previa declaración de las variables y los ítems considerados en las dos escalas; se realizó la limpieza de los datos considerando el criterio de eliminación para los casos que presentaron al menos un ítem perdido en una de las variables. Los datos fueron preparados teniendo en cuenta los valores establecidos en el cuadro de operacionalización de variables para la capacidad de agencia de autocuidado y siguiendo el manual del SF-12V2 para la calidad de vida en salud. Se graficó la dispersión de las puntuaciones de ambas variables para verificar la existencia de la relación lineal, se realizó la comprobación de los supuestos de normalidad de las puntuaciones totales obtenidas por variable y posteriormente se generaron las tablas respectivas para la variable capacidad de agencia de autocuidado y las variables de

identificación, luego se calculó las medidas de tendencia central y de variabilidad para las puntuaciones de la calidad de vida y sus respectivas dimensiones. Finalmente se realizó la prueba de hipótesis de correlación.

Consideraciones éticas

La gestión de los permisos se realizó atendiendo las instancias correspondientes explicando los objetivos de la investigación. También se consideró el consentimiento informado de los adultos mayores para participar en la investigación, respetando la confidencialidad de la información y utilizándolo únicamente para fines del estudio (apéndice D). Los datos fueron presentados respetando las propiedades métricas de cada instrumento y siguiendo el procedimiento adecuado que sugieren los autores para evitar presentar resultados erróneos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Descripción de resultados

Tabla 1

Distribución de frecuencias de las características de los adultos mayores que acuden a Consulta Externa de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2015.

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	91	52.0
Femenino	65	37.1
No contesta	19	10.9
Procedencia		
Costa	63	36.0
Sierra	88	50.3
Selva	12	6.9
No contesta	12	6.9
Estado Civil		
Soltero(a)	16	9.1
Casado(a)	99	56.6
Divorciado(a)	14	8.0
Viudo(a)	30	17.1
Unión libre	4	2.3
No Contesta	12	6.9
Escolaridad		
Primaria	14	8.0
Secundaria	35	20.0
Técnico	59	33.7
Universitaria	49	28.0
No contesta	18	10.3

La tabla 1 muestra que el 52.0% de los adultos mayores que participaron en el estudio pertenece al sexo masculino y el 37.1% al sexo femenino; el 36.0% proviene de la costa, el 50.3% de la sierra y el 6.9% de la selva; con respecto al estado civil de los participantes, el 9.1% es soltero, el 56.6 casado, el 8.0% divorciado, el 17.1% viudo y el 2.3% de unión libre; los niveles de escolaridad que presentan es de 8.0% para el nivel primario, 20.0% secundaria, 33.7% técnica y 28.0% universitaria.

Tabla 2

Calidad de vida y sus respectivas dimensiones de los adultos mayores que acuden a Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2015.

Calidad de vida	n	\bar{x}	S
Salud general	175	25.29	16.30
Función física	175	40.00	34.84
Rol físico	175	30.86	42.10
Rol emocional	175	41.43	45.62
Dolor corporal	175	57.71	24.66
Salud mental	175	55.83	18.48
Vitalidad	175	61.60	27.16
Funcionamiento social	175	52.43	20.70
Calidad de vida	175	44.44	22.52

La tabla 2 muestra las puntuaciones medias para la variable calidad de vida y sus respectivas dimensiones, tomando en cuenta el manual del SF-12 v2, las puntuaciones que se acercan a cero indican una baja calidad de vida y puntuaciones cercanas a 100 indican excelente calidad de vida.

La media general muestra la tendencia a una baja calidad de vida (\bar{x} =44.44, S =22.52); sin embargo, se observa la tendencia a una buena calidad de vida en las dimensiones dolor corporal (\bar{x} =57.71, S =24.66), salud mental (\bar{x} =55.83, S =18.48), vitalidad (\bar{x} =61.60, S =27.16) y funcionamiento social (\bar{x} =52.43, S =20.70); la tendencia a una baja calidad de vida en las dimensiones de salud general (\bar{x} =25.29, S =16.30), función física (\bar{x} =40.00, S =34.84), rol físico (\bar{x} =30.86, S =42.10) y rol emocional (\bar{x} =41.43, S =45.62).

Tabla 3

Capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores que acuden a Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2015. .

Capacidad de Agencia de Autocuidado	n	%
Baja	0	0.0
Media	159	90.9
Alta	16	9.1
Total	175	100.0

La tabla 3 muestra que el 90.9% de los participantes presenta una capacidad de agencia de autocuidado media y el 9.1% una capacidad de agencia de autocuidado alta; ninguno de ellos presenta agencia de autocuidado baja.

Tabla 4

Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2015..

Calidad de vida	Capacidad de Agencia de Autocuidado		
	n	rho	P
Salud general	175	0.249	0.001
Función física	175	0.364	0.000
Rol físico	175	0.084	0.268
Rol emocional	175	0.101	0.185
Dolor corporal	175	0.092	0.225
Salud Mental	175	0.250	0.001
Vitalidad	175	0.430	0.000
Funcionamiento social	175	0.129	0.088
Calidad de Vida	175	0.284	0.000

Para efectuar el análisis de correlación se procedió a realizar las respectivas pruebas de normalidad a las puntuaciones finales de las variables capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida con sus respectivas dimensiones. El estadístico utilizado fue Kolmogorov-Smirnov con corrección de significación de Lilliefors, con $gl=175$. Los resultados obtenidos para capacidad de agencia de autocuidado (K-

S=0.093, $p=0.001$), calidad de vida (K-S=0.114, $p=0.000$) y sus respectivas dimensiones como: salud general (K-S=0.336, $p=0.000$), función física (K-S=0.206, $p=0.000$), rol físico (K-S=0.385, $p=0.000$), rol emocional (K-S=0.332, $p=0.000$), dolor corporal (K-S = 0.234, $p=0.000$), salud mental (K-S=0.125, $p=0.000$), vitalidad (K-S=0.197, $p=0.000$) y funcionamiento social (K-S=0.290, $p=0.000$) indicaron que las puntuaciones no presentan distribución normal (Apéndice c), por lo tanto, no se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y se optó por la prueba no paramétrica de correlación de Spearman.

La tabla 4 presenta a través del coeficiente de correlación de Spearman una correlación directa y significativa para las variables capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida ($\rho=0.284$, $p=0.000$). En cuanto a la correlación de la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones de la calidad de vida, se observa una correlación directa y significativa con la vitalidad ($\rho=0.430$, $p=0.000$), salud general ($\rho=0.249$, $p=0.001$), función física ($\rho=0.364$, $p=0.000$) y salud mental ($\rho=0.250$, $p=0.001$); sin embargo, no se encontró relación significativa con las dimensiones rol físico ($\rho=0.084$, $p=0.268$), rol emocional ($\rho=0.101$, $p=0.185$), dolor corporal ($\rho=0.092$, $p=0.225$) y funcionamiento social ($\rho=0.129$, $p=0.088$).

Análisis y discusión

En el presente estudio, el 90.9% de los pacientes adultos mayores presentó una capacidad de agencia de autocuidado media y sólo un 9.1%, una capacidad de autocuidado alta, resaltando que ninguno presentó autocuidado bajo. El porcentaje obtenido para el nivel alto de la capacidad de agencia de autocuidado es muy bajo al ser comparado con los resultados encontrados por Cely, Espinosa y Mateus (2008) quienes consideran la misma puntuación para la agrupación en las tres categorías del autocuidado (baja, media y alta) en un estudio realizado en pacientes con VIH con

edades entre 18 y 65 años, donde el 40% de los participantes presentó un nivel alto. Del mismo modo, en el estudio de Rebolledo (2010), realizado en estudiantes de enfermería entre 19 y 28 años, se encontró un 50% con capacidad de autocuidado alta y ninguno con nivel de autocuidado bajo. Estas diferencias porcentuales encontradas, pueden ser explicadas por las características de las muestras, debido a que en los estudios referidos, participaron personas jóvenes, quienes tienen todas sus capacidades en el nivel máximo de desarrollo, a diferencia de los adultos mayores que participaron en el presente estudio quienes experimentan una disminución de sus facultades y capacidades con el pasar de los años sustentadas por las teorías del envejecimiento (Blazer y Steffens, 2010) que se ven reflejadas en las limitaciones de las áreas físicas, emocionales e intelectuales disminuyendo su capacidad de autocuidado (Papalia, 1998; Erikson, citado por Hogstel, 2009). Esta afirmación es reforzada por Burke (1998), quien sostiene que los cambios que se producen en el proceso del envejecimiento y que generalmente van acompañados de desaliento y depresión por la falta de logros, contribuyen al aumento de la incapacidad para realizar actividades propias de su cuidado. Sin embargo, el porcentaje alto en el nivel medio de autocuidado encontrado en los adultos mayores refleja el sentido de responsabilidad desarrollado para cuidar su salud a pesar del cambio de conductas y actitudes que acompañan al envejecimiento (Rowe y Kahn, 1998).

A la luz de estos resultados, es importante que el profesional de enfermería planifique sus intervenciones en los diferentes niveles de atención (Martínez, Aguilar y Rubio, 2002) para ayudar al grupo de pacientes adultos mayores a pasar a un nivel alto de autocuidado y prevenir el riesgo de retroceso a un nivel bajo.

Desde la óptica de la oferta de servicios de salud, contar con población adulta mayor con capacidad de autocuidado media, es tener oportunidades favorables para la intervención a través de programas y estrategias preventivas y recuperativas; pues si los

pacientes tienen cierto grado de capacidad para cuidar de sí mismos, será más viable ofertar cuidados significativos, accesibles y con capacidad de respuesta a sus problemas específicos (Stanley, Blair, Gauntlett, 2009). La comprensión cabal de cómo operan los cambios propios del envejecimiento en la capacidad de agencia de autocuidado basado en el conocimiento científico, permitirá a los profesionales de enfermería como miembros del equipo de salud estar mejor preparados para asumir la responsabilidad de brindar atención integral, educando y cuidando con delicadeza, paciencia, sencillez y transparencia al adulto mayor (Staab y Hobges, 1998; citado por Camargo y Caro, 2009), considerando que las acciones de autocuidado ayudarán a conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias (Rivera, 2006).

Con respecto a la calidad de vida en salud, se evidencia la tendencia a un nivel bajo en los pacientes geriátricos que participaron en el estudio, por las características propias de su edad que limitan la forma de enfrentar y percibir las situaciones de su entorno que afectan su calidad de vida, considerando que es un concepto intangible y subjetivo, que incluye los aspectos sociales dados por el ambiente y la sociedad en general, donde se considera la situación socioeconómica, la educación y seguridad familiar y social alcanzada y los factores personales, que abarcan el valor y el bienestar personal (Weisman, 1974). Así mismo, menciona Marquez (2002) que los factores negativos: tensiones, inactividad, marginación, rechazo, problemas económicos, y el estrés, afectan la calidad de vida y aceleran la involución del organismo.

En cuanto al análisis de las dimensiones de la calidad de vida en salud, se encontró que existe tendencia a una buena calidad de vida ($\bar{X} > 50$) en las dimensiones de dolor corporal, salud mental, vitalidad y funcionamiento social; y tendencia a una baja calidad de vida ($\bar{X} < 50$) en las dimensiones de salud general, función física, rol físico y rol emocional. Estos resultados se asemejan a los presentados por Naveiro-Rilo, Diez-

Juárez, Flores-Zurutuza, Javierre, Alberte y Molina (2014), quienes encontraron en una población de pacientes polimedcados mayores de 67 años, tendencia a buena calidad de vida en las dimensiones de dolor corporal (\bar{x} =53.4, S=32.2), salud mental (\bar{x} =60.3, S=25.6) y función social (\bar{x} =61.6, S=32.6); y tendencia a baja calidad de vida en las dimensiones salud general (\bar{x} =25.7, S=17.4), función física (\bar{x} =32.6, S=32.1), rol físico (\bar{x} =40.1, S=34.7); sin embargo, los resultados difieren en las dimensiones vitalidad (\bar{x} =40.4, S=29.5) y rol emocional (\bar{x} =66.5, S=43.7).

Por otro lado, las puntuaciones obtenidas en el presente estudio, difieren sustancialmente de los resultados encontrados por Aristizábal y García (2013), quienes reportaron tendencia a una buena calidad de vida en todas las dimensiones en un grupo de adolescentes entre 15 y 19 años: salud general (\bar{x} =66.80, S=20.08), función física (\bar{x} =87.21, S=23.64), rol físico (\bar{x} =89.45, S=26.31), dolor corporal (\bar{x} =87.62, S=19.11), salud mental (\bar{x} =73.75, S=30.16), vitalidad (\bar{x} =71.80, S=21.91) y función social (\bar{x} =83.69, S=21.12). Por lo tanto, bajo este análisis se confirma que las puntuaciones de la calidad de vida van a ser inversamente proporcionales a la edad así como lo menciona Gómez, López, Moya, Hernández y Humaran (2005). Esta situación muestra claramente la diferencia que cada uno de estos grupos etarios tiene de la vida; por un lado, los jóvenes perciben positivamente su calidad de vida motivados por el entusiasmo y optimismo propios de su edad, y por otro lado, los adultos mayores perciben de manera contraria debido al deterioro funcional que experimentan.

En cuanto a las puntuaciones encontradas con tendencia a una buena calidad de vida en las dimensiones de dolor corporal, salud mental, vitalidad y función social, Comming (1961) manifiesta que es propio del adulto mayor haber aprendido a manejar las situaciones que alteran su bienestar, tomar sus propias decisiones, optimizar la vitalidad que posee, al mismo tiempo que va cediendo el espacio social a la gente más

joven; además, desarrolla actividades compatibles con su vitalidad y trata de seguir siendo miembro productivo de la sociedad hasta muy entrados el octavo y noveno decenios de vida. Birren y Bengtson (1998), sustentan que una forma de envejecer con éxito es permanecer activo, pues al mantener interacciones significativas con otros, tendrá un impacto favorable en el bienestar físico y mental.

Por otro lado, es preocupante encontrar que la dimensión salud general en el presente estudio y los estudios revisados, presenta las puntuaciones más bajas en todos los grupos etarios, esto puede ser explicado por las interpretaciones que da cada persona a la vida, que muchas veces son afectadas por la cultura y el entorno donde se desarrolla. Por tanto, es importante trabajar en la mejora de la dimensión salud general y reforzar las capacidades para percibir una realidad objetiva.

La relación significativa encontrada entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud en los pacientes adultos mayores, indica que la compleja capacidad desarrollada por este grupo etario para discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo (Orem, 1993), juega un papel preponderante en la forma como se enfrenta a la enfermedad, expresado en la evolución del estado de salud y la estrategia empleada no solamente para prolongar la vida, sino también para aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital (Alfonso, Feísto, Llopiz y Hernández, 2012).

La relación directa positiva y significativa encontrada entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en las dimensiones de salud general, función física, salud mental y vitalidad, indica que a mayor capacidad de agencia de autocuidado, el adulto mayor va a percibir una mejor calidad de vida en estas dimensiones; por el contrario, a menor capacidad de agencia de autocuidado, va a percibir una menor calidad de vida en salud especialmente en la evaluación subjetiva

que hace del estado de salud global, que involucra las reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud; así como, en la evaluación de los componentes emocionales de bienestar psicológico y en el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (Ruiz y Pairdo, 2005).

Es importante considerar que el déficit de autocuidado se traduce en enfermedades que causan deterioro de la salud y muerte (Franco, 1993). Los daños causados por la enfermedad a la larga, se convierten en limitantes para que la persona pueda ejercer su autocuidado de manera eficiente en la edad avanzada. Las limitaciones del movimiento que padece una persona, llamada también deterioro de la movilidad física, trae como consecuencia déficit de autocuidado (Lacida, 2007).

Considerando estas evidencias y el incremento anual de la población de 60 años a más en el mundo y que el Perú no es ajeno a este fenómeno social según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP, 2014) y teniendo en cuenta que muchas veces las causas de enfermedad o muerte que podrían ser evitables, están relacionadas con el estilo de vida (OPS, 2014), es importante que el personal de salud asuma su responsabilidad fomentando el autocuidado a través de la educación y el testimonio de vida sana (Tobón, 2003), que llevará a los adultos mayores a disfrutar esta etapa de su vida con calidad (Viguera, 2015).

Este reto requiere de cuidado multidisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también la incorporación destacada de la promoción de la salud, el crecimiento individual y familiar (Marín, 2000), que debe ser atendido a través de programas orientados a fortalecer las habilidades para ejercer el propio cuidado.

Para esto, debe considerarse que el aprendizaje de los adultos mayores respecto al potencial de autocuidado, será mejor recepcionado cuando sea útil, sencillo y

práctico, teniendo en cuenta realizar sesiones de períodos cortos considerando el efecto de los cambios biológicos en la capacidad de atención, concentración, memoria y visualización, haciéndose más productivo si se realiza de manera integrada con la familia. Rowe y Khan (1998) enfatizan la importancia de la enseñanza para la salud y la cooperación, capacitando a la persona para que actúe a un nivel óptimo dentro de los límites que le impongan la discapacidad o enfermedad, ayudándolo a conservar buena salud, independencia y a vivir una existencia prolongada y tan saludable como sea posible.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El 90.9% de pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, presenta capacidad de agencia de autocuidado media, un mínimo porcentaje presenta capacidad de agencia de autocuidado alta y ninguno presenta capacidad de agencia de autocuidado baja.

La calidad de vida en salud de los adultos mayores tiende a ser baja, presentándose con mayor énfasis en las dimensiones salud general, rol físico, función física y rol emocional; sin embargo, existe una tendencia a una buena calidad de vida en las dimensiones de dolor corporal, salud mental, vitalidad y funcionamiento social.

Existe relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud de los adultos mayores en las dimensiones de vitalidad, salud general, función física y salud mental.

No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud de los adultos mayores en las dimensiones de rol físico, rol emocional, dolor corporal y función social.

Existe evidencia suficiente para confirmar la hipótesis general planteada: existe relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida de los paciente que acuden a la consulta externa del Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Recomendaciones

Difundir los resultados de la investigación en las instituciones de salud para la toma de decisiones estratégicas en relación con la capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor basadas en evidencias científicas.

Fortalecer los programas de Consejería Familiar en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enfatizando en la promoción de la salud orientada a mejorar la capacidad de agencia de autocuidado, para una mejor calidad de vida en salud del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury, D., Rodríguez, S., Achury, L., Padilla, M., Leuro, J., Angélica, M., Soto, J., Almonacid, Y., María, A. y Camargo, L. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 13(3), 363-372. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2293/pdf>
- Allende, M. (2013). *Operaciones administrativas y documentación sanitaria* (2ª ed). España: Ediciones paraninfo S. A.
- Arquinigo, G. (2008). *Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2454/1/arquinigo_jg.pdf
- Ayala, L. Condezo, K. y Juárez, J. (2010). Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. *Ciencia e Investigación*. 13(2), 77-80. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ciencia/v13_n2/pdf/a05v13n2.pdf
- Behar, D. (2008). *Cuando la vida ya no es vida: Eutanasia?*. México: Editorial Pax.
- Birren JE y Benston, VL. (1998). *Teorías emergentes sobre el envejecimiento*. Springer. New York.
- Blanco, L., Martínez, M. y Aguilar, J. (2011). Calidad de vida del adulto mayor con trastornos de la marcha posterior a un programa de rehabilitación física. *Atención Primaria*. 43(2), 104-105. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710001113>
- Blazer, D. y Steffens, D. (2010). *Tratado de geriatría psiquiátrica*. España: Elsevier. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=o6vEvFbw7zMC>

- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*. 12, 11-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Burmuhl, E. (2007). *Factores asociados a la agencia de autocuidado de los estudiantes de 3er y 4to año enfermería, Universidad Austral de Chile (UACH), segundo semestre 2006* (Tesis de Licenciatura). Chile: Universidad Austral de Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmb962f/doc/fmb962f.pdf>
- Burnet, Em. (1970). An immunological approach to aging. *Lancet* 2.
- Cabrera, I. (2004). *El tiempo de nuestra dicha: ensayo en torno a la tercera edad*. Chile: RIL editores.
- Camargo, I. y Caro, C. (2009). Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. *Avances en Enfermería*. 27(1), 48-59. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002009000100006&script=sci_arttext
- Capote, E., Casamayor, Z. y Castañer, J. (2010). Variables de laboratorio como indicadores de calidad de vida en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 39(3-4), 237-246. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572010000300008&script=sci_arttext
- Capote, E., Casamayor, Z. y Castañer, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 41(3), 237-247. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572012000300003&script=sci_arttext

Cardona-Arias, J., León-Mira, V. y Cardona-Tapias, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Revista Colombiana de Reumatología*. 20(1), 19-29. Recuperado de

Carrillo, A. y Díaz, F. (2013). Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: Un estudio piloto en Bogotá. *Enfermería Global*. 12(2), 54-64. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200004&script=sci_arttext

Burke, M. (1998). *Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor*. España: Elsevier. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=fRmGZFpVfVAC>

Ccoica, F. (2013). *Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT del centro de salud Conde De La Vega Baja* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1043/1/ccoicca_af.pdf

Comming, E. (1961). *Growing old: The process of disenagement*. Basic Books, New York.

Coronado, J., Díaz, C., Apolaya, M., Manrique, L. y Arequipa, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Revista Médica Peruana*. 26(4), 230-238. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172009000400008&script=sci_arttext

Ellipoulos, C. (1993). *Enfermería Gerontológica*. 3a. ed. JB Lippincott. Philadelphia.

- Espitia, L. (2011). *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario la Samaritana* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>
- Fagalde, M., Del Solar, J., Guerrero, M. y Atalah, E. (2005). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*. 133(8), 919-928. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800008
- Fernández, A. y Manrique, F. (2009). Agencia de autocuidado. *Revista Salud Historia Sanidad*. 4(1), 1-9. Recuperado de <http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/view/1850/1845>
- Franco, E. (1993). *Indicadores de atención primaria en salud*. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_6683.pdf
- Galindo, M., Rico, L. y Padilla, N. (2014). Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. *Aquichan*. 14(1), 7-9. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3534/pdf>
- Galván, Y., Moreno, Y. y Gonzáles, A. (2010). El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. *Archivos en medicina familiar*. 12(1), 17-24. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101c.pdf>

García, A., Sáez, J. y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Aran Ediciones.

García, P. y Colomina, B. (2014). *La adolescencia*. España: AMAT.

Gimeo, M., Pinazo, D., García, T. y García, A. (2008). *Evaluación de las organizaciones saludables. Una propuesta metodológica*. España: Diseñarte-Goaprint. Recuperado de <http://www.orpconference.org/2008/actividades/documentar/organizacionsaludable.pdf>

Gómez, M., López, A., Moya, M., Hernández, O. y Humaran, L. (2005). Algunos factores relacionados con la calidad de vida en la tercera edad. Recuperado de <http://www.revcompinar.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi93/bol-mgi932.html>

Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª Ed). México: McGraw-Hill.

Herrera, A., Andrade, Y., Hernández, O., Manrique, J., Faria, K. y Machado M. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Av. Enferm.* 30(2), 39-46. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079/37474>

Hinojosa, E. (2006). *Evaluación de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica EsSalud Arequipa*. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/evalu_calid_vid_pacient_insuf_rena_cronica.pdf

Hogstel, M. (1998). *Enfermería Geriátrica*. Ed. Paraninfo. Madrid.

Hospital de la Mujer. (s/f). El autocuidado en el adulto mayor. *Artículos Médicos*.

Recuperado de <http://hospital-mujer.com/el-autocuidado-en-el-adulto-mayor/>

Instituto Nacional de Estadística. (Mayo 2015). *Esperanza de vida*. España: INE.

Recuperado de

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. Perú: INEI. Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1041/libro.pdf

Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (2014). *Adultos mayores*. Recuperado de <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>

Iraurgi, I. (2007). Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. *Adicciones*. 9(1), 59-67. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/Iraurgi.pdf>

Lacida, M. (2007). Deterioro de la movilidad física y continuidad de cuidados. *Biblioteca Lascasas*. 3(2). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0235.pdf>

Layva, R., Venegas, O. y Medel, A. (2011). La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. *Revista de investigación Clínica*. 63(4), 376-381. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn114g.pdf>

Leiton, Z y Luján MP. (2012). *El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez*. Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Lozano, A. (1994). No hay drogas mágicas ni fuente de la juventud, hay geriatras. *Revista Médica del Hospital General de México*. 57(3), 100-101. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=gzeaAAAAIAAJ>

MAD-Eduforma. (Ed.). (2006). *Auxiliares de enfermería del servicio Navarro de Salud-osasumbidea*. España: MAD S. L.

- MAD-Eduforma. (Ed.). (2006). *Técnicos Superiores de Integración Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Instituto de Asistencia Social. Temario Parte Específica*. España: MAD S. L.
- Marín, P. (2000). *Manual de geriatría y gerontología*. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>
- Manrique, F., Fernández, A. y Velandia, A. (2009). Análisis Factorial de la escala de valoración de agencia de autocuidado (ASA) en Colombia. *Revista Aquichan*. 9(3), 222-235. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>
- Marquez, R. (2002). La asistencia social y psicología del adulto mayor. Red Latinoamericana de Gerontología. Recuperado de <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=65>
- Márquez, S. y Garatachea, N. (2012). *Actividad física y Salud*. España: Ediciones Díaz Santos.
- Martínez, M., Aguilar, A. y Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. España: Ediciones Díaz Santos S. A. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=oOqP9Rek57cC>
- Martínez, J, Acosta, H., Dussan, J., Álvarez, J., Bedoya, W., Carvajal, J. y López, F. (2011). “Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40(4), 700-708. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a08>
- Medinas, M. Más, C. y Renom, F. (2009). Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 44(3), 130-136. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2992704>

- Millán, I. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de enfermería*. 26(4), 222-234.
Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000400007&script=sci_arttext
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (MTPE, 2008). *Informe anual del empleo de las personas adultas mayores-2007*. Recuperado de http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/estudio_laboral_PAM_2007.pdf
- Ministerio de Salud, OPS. (2013). *Claves para un buen envejecer: manuales de autocuidado*. Argentina: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/ManualAutocuidado.pdf>
- MINSA. (2005). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
- MINSA. (2008). *Yo cuido mi salud: Consejos saludables del cuidado y autocuidado para el adulto mayor*. Dirección de atención integral de salud. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/.../ROTAFOLIO_AUTOUIDADO.doc
- MINSA. (2012). *Análisis de la situación de salud*. Boletín epidemiológico Lima. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/52.pdf>
- MINSA. (2014). *Prevención de control y daños no transmisibles*. Perú: MINSA. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/esndnt_default.asp
- Montanet, A., Bravo, C. y Hernández, E. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. *Revista Ciencias Médicas*. 13(1), 1-10. Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561->

[31942009000100001&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000100001&script=sci_arttext)

Montero, D. y Fernández, P. (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención*. España: Universidad de Deusto. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=B20uYhjg1UUC>

Morales, F. (Ed.). (2007). *Temas prácticos en geriatría y gerontología. Tomo III*. Costa Rica: EUNED.

Naveiro-Rilo, J., Díez-Juárez, D., Flores-Zurutuza, L., Javierre, P., Alberte, C. y Molina, R. (2014). La calidad de vida en ancianos polimedicados con multimorbilidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 49(4), 158-164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.10.004>.

Novelo, H. (2003). Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. *XVIII Congreso Nacional de AMMFEN*. Recuperado de http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm

OMS. (2007). *¿Qué es la salud mental?*. Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/62/es/>

OMS. (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico*. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

OMS. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

OMS. (2014). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2013).

Con llamado a combatir la hipertensión arterial Panamá celebra el Día

Mundial de la Salud 2013. Recuperado de

http://www.paho.org/pan/index2.php?option=com_content&view=article&id=720&pop=1&page=0&Itemid=259

Papalia, D. (2009). *Psicología del desarrollo*. 11ª ed. Mc Graw Hill Interamericana de México.

Pérez, G., Juanas, Á., Cuenca, E., Limón R., Lancho, J., Ortega, M. y Muelas, Á.

(2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. España: Editorial

UNED.

Preciado, S., Covarrubias, E. y Arias, M. (2011). *Modelo de atención para el cuidado*

de adultos mayores institucionalizados desde trabajo social. Estados Unidos:

Palibrio.

RAE. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª Ed.). Recuperado de

<http://www.rae.es/>

Ramírez, R., Agredo, R. y Jerez, A. (2010). Confiabilidad y valores normativos

preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en

adultos colombianos. *Revista de Salud Pública*. 12(5), 807-819. Recuperado de

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf>

Rivera, L. (2006) Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión

arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud*

Pública. 8(1), 235-247. Recuperado de

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09>

Rodríguez, M. Arredondo, E y Salamanca, Y. (2013). Capacidad de agencia de

autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia

- cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería Global*. 12(2), 183-195. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200009&script=sci_arttext
- Rowe, JW y Kahn, RL. (1998). *Successful aging*. Dell Publishers, New York.
- Ruiz, J. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=QJ9BR5Ok3qgC>
- Ruiz, M. y Pairdo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics Spanish Research Articles*. 2(1), 31-43. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03320897>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2013). *Calidad de vida relacionada con la salud en los niños, adolescentes y sus cuidadores*. Recuperado de http://www.sap.org.ar/institucional_grupo_trabajo.php
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 9(2), 9-21. Recuperado de <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>.
- Stanley, M., Blair, K y Gauntlett, P. (2009). *Enfermería Geriátrica*. Ed. Mc Graw Hill. México.
- Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [serie en línea]. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
- Toro, I. y Parra, R. (2006). *Método y conocimiento: metodología de la investigación: investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Colombia: Universidad Eafit. Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=4Y-kHGjEjy0C>

- Universidad Autónoma de Yucatán. (2001). *Libro de memorias: Salud – enfermedad, participación y acción social*. México: Universidad Autónoma de Yucatán.
Recuperado de <http://books.google.com.pe/books?id=GkYXx7EWSuEC>
- Velandia, A. y Rivera, L. (2009). Confiabilidad de la escala “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Avances en enfermería*. 27(1), 38-47. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n1/v27n1a05.pdf>
- Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial del aseguramiento universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 26(2), 222-231. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>
- Velásquez, C., Yepes, J., Ariza, K., Isaza, P., Gaviria, A. Muñoz-Grajales, C., Márquez, J. y Pinto, L. (2013). Estimación de la calidad de vida relacionada con la salud y medidas de utilidad en una población de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico. *Revista Colombiana de Traumatología*. 20(4), 183-194.
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v20n4/v20n4a02.pdf>
- Viguera, V. (2015). El estrés y el autocuidado: trabajando con adultos mayores. *Tiempo el portal de la psicogerontología*. 32. Recuperado de <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo32/viguera.htm>
- Weisman (1974). *The Realization of Death*. Aronson, New York.
- Wise, Pm et al. (1996). Menopause: The aging of multiple pacemakers. *Science*, 273 (5721). July 5.

Apéndices

Apéndice A

Escala ASA y SF-12V₂

Estimado colaborador a continuación se le presenta dos escalas como parte de una investigación que tiene como objetivo medir la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida, si está de acuerdo en participar proceda a responder los planteamientos seleccionando la opción que se ajuste a su realidad.

Edad: _____ **Sexo:** ₁ Masculino ₂ Femenino

Procedencia: ₁ Costa ₂ Sierra ₃ Selva

Estado civil: ₁ Soltero ₂ Casado ₃ Divorciado ₄ Viudo ₅ Unión libre

Escolaridad: ₁ Primaria ₂ Secundaria ₃ Técnico ₄ Universitaria

Enfermedad: _____

Capacidad de agencia de autocuidado: Marca con un “X” el número que mejor responda a su realidad considerando la siguiente puntuación:

1 = nunca 2 = rara vez 3 = a veces 4 = a menudo 5 = siempre

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

	como a mí me gusta					
--	--------------------	--	--	--	--	--

Calidad de vida: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Marca con un "X" la casilla que mejor responda a su realidad

Este primer apartado se refiere a lo que usted piensa sobre su salud

En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3 No, no me limita nada
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1 SÍ	2 NO
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1 SÍ	2 NO
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>					
Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>					
Se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>					

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

Apéndice B

Análisis del Alfa de Cronbach si se elimina el elemento para la escala ASA

Items ASA	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
CAA1	81,45	316,873	,528	,650
CAA2	81,45	320,673	,632	,652
CAA3	81,09	342,291	,079	,678
CAA4	80,45	322,073	,732	,652
CAA5	81,18	318,764	,597	,651
CAA6	81,45	374,873	-,614	,709
CAA7	81,64	333,855	,308	,667
CAA8	81,82	319,964	,466	,654
CAA9	81,36	327,255	,312	,664
CAA10	81,27	324,018	,415	,658
CAA11	82,27	307,818	,677	,639
CAA12	82,18	334,964	,234	,670
CAA13	81,27	320,218	,713	,651
CAA14	81,55	317,873	,539	,651
CAA15	82,18	312,364	,568	,646
CAA16	81,55	310,073	,701	,641
CAA17	79,00	310,400	-,142	,913
CAA18	81,55	330,273	,487	,662
CAA19	81,45	319,673	,607	,651
CAA20	81,64	332,255	,273	,667
CAA21	81,64	322,855	,590	,654
CAA22	80,55	336,673	,294	,669
CAA23	81,36	311,855	,660	,643
CAA24	81,55	298,873	,940	,626

Apéndice C

Tablas de resultados Adicionales.

Tabla 5

Prueba de normalidad a las puntuaciones de las variables y dimensiones.

	gl	K-S	p
Salud general	175	0.336	0.000
Función física	175	0.206	0.000
Rol físico	175	0.385	0.000
Rol emocional	175	0.332	0.000
Dolor corporal	175	0.234	0.000
Salud Mental	175	0.125	0.000
Vitalidad	175	0.197	0.000
Funcionamiento social	175	0.290	0.000
Calidad de Vida	175	0.114	0.000
Capacidad de Agencia de Autocuidado	175	0.093	0.001

Apéndice D

Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015.

PROPOSITO Y PROCEDIMIENTO

El participante está invitado a participar en un estudio llevado a cabo por la Lic. Fressia Olazo Obando, estudiante de la Maestría en Enfermería con mención Cuidados de la Salud del Adulto de la Universidad Peruana Unión, quien recogerá información acerca de la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida.

El propósito de este estudio, es determinar la relación que existe entre el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida del paciente que acude Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

La participación consistirá en responder al cuestionario previamente elaborado, el cual es completamente anónimo.

RIESGOS

El hecho de participar en este estudio no expone a riesgo alguno.

1. BENEFICIOS

Los resultados obtenidos en este estudio favorecerán a la toma de decisiones en cuanto los problemas encontrados en relación a la capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores en beneficio de su salud.

4. DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en este estudio es completamente voluntaria. El participante tiene derecho a participar si así lo desea, de negarse a participar, o de terminar su participación en cualquier momento no afectando su relación con la investigadora o directivos del Hospital Nacional Guillermo Almenrara Irigoyen.

5. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad del participante será asegurada desde el momento que el cuestionario es completamente anónimo. Todas las respuestas dadas serán evaluadas, sometidas a discusión y reportadas como una información general.

6. COSTOS ADICIONALES

La participación en este estudio no genera ningún costo para el participante.

7. REEMBOLSO

El participante, el investigador, como la UPG de Ciencias de la Salud no recibirá reembolso monetario por la participación en el estudio.

8. DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo..... declaro haber leído el contenido de este documento: CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por el investigador y acepto colaborar con este estudio para beneficio de mi salud. Por esta razón AUTORIZO mi participación voluntaria.

Firma del (a) participante

Fecha

