



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON
PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR
DE LA MICRO RED CONO SUR
JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JULIACA – PERÚ
2026



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON
PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR
DE LA MICRO RED CONO SUR
JULIACA 2025**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA P07



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 024-2026-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de Enero del 2026

VISTOS:

El Expediente N°191-2026 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR JULIACA 2025**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al Informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad,

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, del(la) bachiller: **ZELA GONZALES LISBETH MARIBEL**; habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * Presidente : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * 1er. Miembro : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * 2do. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * Asesor (a) : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : MARTES 13 DE ENERO DEL 2026
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurado (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2026(1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 793 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 17 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 8434-2025 de fecha 22 de setiembre del 2025, presentado por el Bachiller el (a) **ZELA GOZALES LISBETH MARIBEL** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR JULIACA 2025, JULIACA 2025** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; así mismo fue aprobado para su ejecución del informe Final con Resolución N° 273 -2025-D FCS-UANCV –J conducente para optar el Título Profesional de LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN, para la REVISION de SIMILITUD TURNITIN., del Tema: **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR JULIACA 2025** presentado por el (la) Bach. **ZELA GOZALES LISBETH MARIBEL** para optar el Título Profesional de LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

- * **ARTICULO SEGUNDO.-** RATIFICAR como ASESOR (a) a la Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

* **ARTICULO SEGUNDO.-** DISPONER que la Decana de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaría Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Cumplíese

Distribución: Decanato, ENF Archivo.





UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 411 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 06 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 037 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 04 de junio de la E.P. de Enfermería a folio 00200;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **ZELA GONZALES LISBETH MARIBEL** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 677-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **ZELA GONZALES LISBETH MARIBEL** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) E ENFERMERÍA** titulado : **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería a quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dra. Sonja Benita Fernández Tapia
DECANA (a)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: ENF Secretaría Académica, Archivo.



LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES

CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO ...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::13016:597776541

Fecha de entrega

5 jun 2026, 22:57 GMT-5

Fecha de descarga

6 jun 2026, 10:31 GMT-5

Nombre del archivo

T036_47092037_T.docx

Tamaño del archivo

10.1 MB

153 páginas

22.115 palabras

119.440 caracteres



TESIS UANCV

15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

TÍTULO DE LA TESIS	
CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	47092037
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-1026-6252
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Latitud: -15.49999 Longitud: -70.12978 https://maps.app.goo.gl/fFRcN5huBAdeNcbr5 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 - Setiembre 2025
URL de disciplinas OCDE	Geriatría, Gerontología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.26 Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]

Dra. María Concepción Figueroa

DIRECTORA



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES**, identificado con DNI
Nro. 47092037, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

**CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL
ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025**

Asesorado por: **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna
naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar)
presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de
investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de
investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes
encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad
de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del
presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la
Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado
incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se
ocasionen.

Juliaca __13__ de enero del 2026

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)

Huella



DEDICATORIA

A mi padre, te extraño tanto, hace falta un pilar en el núcleo familiar como tú, sé que desde el cielo me iluminas, tus enseñanzas y valores prevalecerán en mí como un legado que desde el profundo aprecio prometo ejercerás.

A mi madre, con cariño infinito, su apoyo me llevó a alcanzar cada una de las metas.

A mi abuelita, a la cual amo y es mi segunda mamá, te considero una mujer excepcional, nunca me abandonaste y siempre y de una manera incondicional me demostraste un cariño sincero.

A mi hermano, que día a día se ha convertido en mi mejor amigo y cómplice, aunque eres grandote, siempre serás mi Juanito; debido a la ausencia de papá, te convertiste en mi protector.



AGRADECIMIENTO

A los catedráticos de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez que orientaron mi aprendizaje profesional.

Al asesor de tesis, la Dra. Maryluz Cruz Colca, por el apoyo incondicional hasta alcanzar ese objetivo personal de convertirme en un gran profesional.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	1
1.1.1. Problema general	5
1.1.2. Problemas específicos.....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN.	6
1.2.1. Justificación teórica.	6
1.2.2. Justificación práctica.....	7
1.2.3. Justificación metodológica.....	8
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.3.1. Objetivo general.....	10
1.3.2. Problemas específicos.....	10



1.4. HIPÓTESIS	10
1.4.1. Hipótesis general	10
1.4.2. Problemas específicos.....	11
1.5. VARIABLES	12
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	12

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.1.1. A nivel internacional.	15
2.1.2. A nivel nacional	17
2.2. MARCO TEÓRICO.....	21
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	56

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	58
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	58
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	58
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	59
3.4.1. Población.	59
3.4.2. Muestra:	59
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	60
3.5.1. Técnicas.....	60



3.5.2. Instrumentos	61
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	61
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.	62
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	62
3.8.1. Validación.....	62
3.8.2. Confiabilidad.	63

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES.....	110
RECOMENDACIONES.	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	117
ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	118
ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	123
ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	124
ANEXO 04: INSTRUMENTOS	125
ANEXO 05: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	127
ANEXO 06: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN.....	119



ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 01 Edad y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	65
Tabla 02 Género y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	68
Tabla 03 Estado civil y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	71
Tabla 04 Composición familiar y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	74
Tabla 05 Autonomía de la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	77
Tabla 06 Importancia para realizar la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	80
Tabla 07 Hábitos alimentarios y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	83
Tabla 08 Prioridad en su alimentación y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	86
Tabla 09 Consumo de frutas y verduras frescas y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.	89
Tabla 10 Sueño y descanso y su relación con problemas de salud en el adulto	



	mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	92
Tabla 11	Confort e higiene y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	95
Tabla 12	Control de su salud y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	98
Tabla 13	Hábitos tóxicos y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	101
Tabla 14	Eliminación y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	104
Tabla 15	Problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	107



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 01 Edad y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	66
Figura 02 Género y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	69
Figura 03 Estado civil y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	72
Figura 04 Composición familiar y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	75
Figura 05 Autonomía de la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	78
Figura 06 Importancia para realizar la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	81
Figura 07 Hábitos alimentarios y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	84
Figura 08 Prioridad en su alimentación y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	87
Figura 09 Consumo de frutas y verduras frescas y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca	



	2025.....	90
Figura 10	Sueño y descanso y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	93
Figura 11	Confort e higiene y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	96
Figura 12	Control de su salud y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	99
Figura 13	Hábitos tóxicos y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	102
Figura 14	Eliminación y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025. 2025.....	105
Figura 15	Problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.....	108



RESUMEN

Objetivo: Analizar la capacidad del autocuidado relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025. **Método:** Estudio de investigación básica, de nivel relacional, transversal de enfoque cuantitativo, con una muestra de 112 adultos mayores. **Resultados:** Se ha determinado que la capacidad del autocuidado relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, son: un 65,18% el adulto mayor tiene 60 a 69 años ($p=0,000$), un 57,14% es de género femenino ($p=0,006$), un 40,18% el adulto es casado/a ($p=0,000$), un 57,14% tiene una familia ampliada ($p=0,000$), un 39,29% se moviliza con dificultad ($p=0,000$), un 65,18% la actividad física fortalece los huesos y músculos ($p=0,000$), un 45,54% consume desayuno y almuerzo ($p=0,000$), un 45,54% prioriza mayor proporción en carbohidratos ($p=0,000$), un 41,07% consume semanal 2 a 3 frutas ($p=0,000$), un 67,86% tiene sueño inestable con insomnios ($p=0,000$), un 65,18% se baña solo/a utilizando todos los insumos ($p=0,000$), un 81,25% es muy responsable y cumple con el control médico de forma independiente ($p=0,000$), un 80,36% no tiene hábitos tóxicos ($p=0,001$), un 66,96% tiene control de esfínteres ($p=0,001$), todas las variables son significativas con una $p<0,05$, el 36,61% presenta diabetes mellitus, el 23,21% presenta obesidad y sobre peso, el 21,43% presenta hipertensión arterial, el 18,75% presenta otros problemas de salud. **Conclusión:** La capacidad del autocuidado está relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025. **Palabras clave:** Capacidad del autocuidado, problemas de salud, adulto mayor.



ABSTRACT

Objective: To analyze the self-care capacity related to health problems among older adults in the Southern Cone Micro Network, Juliaca 2025. Method: A basic, relational, cross-sectional research study with a quantitative approach, with a sample of 112 older adults. Results: It has been determined that the capacity for self-care related to health problems in the elderly of the Southern Cone Micro Network, Juliaca 2025, are: 65.18% of the elderly are 60 to 69 years old ($p = 0.000$), 57.14% are female ($p = 0.006$), 40.18% of the adults are married ($p = 0.000$), 57.14% have an extended family ($p = 0.000$), 39.29% have difficulty moving ($p = 0.000$), 65.18% physical activity strengthens bones and muscles ($p = 0.000$), 45.54% consume breakfast and lunch ($p = 0.000$), 45.54% prioritize a higher proportion of carbohydrates ($p = 0.000$), 41.07% consume 2 to 3 fruits per week ($p=0.000$), 67.86% have unstable sleep with insomnia ($p=0.000$), 65.18% bathe alone using all the supplies ($p=0.000$), 81.25% are very responsible and comply with medical control independently ($p=0.000$), 80.36% do not have toxic habits ($p=0.001$), 66.96% have sphincter control ($p=0.001$), all variables are significant with $p<0.05$, 36.61% have diabetes mellitus, 23.21% are obese and overweight, 21.43% have high blood pressure, 18.75% have other health problems. Conclusion: Self-care capacity is related to health problems in older adults in the Southern Cone Micro-Network, Juliaca 2025.

Keywords: Self-care capacity, health problems, older adults.



INTRODUCCIÓN

Las estadísticas poblacionales vienen registrando un incremento de población mayor a 60 años, con un bolsón grande de enfermedades crónico degenerativas, también de problemas de salud mental que por lo general son propios de la degeneración propia del organismos, por ello es importante analizar en este estudio para poder comprender acerca de esta problemática en este grupo poblacional altamente vulnerable, mediante los servicios de medidas integrales para personas adultas de 60 años donde desde el MINSA tienen estrategias de atención mediante la atención de las PAM programa del adulto mayor, habiéndose identificado como población altamente en riesgo, es importante disminuir dichos riesgos, de allí la importancia de la identificación de problemas de salud en el adulto mayor, la evaluación social y psicológica que permitirá identificar oportunamente los riesgos.

La tesis se estructura en cuatro capítulos, los mismos que se desarrollaron de la siguiente manera: **El capítulo I**, se enfoca en desarrollar la problemática del estudio, se plantean los objetivos. **El capítulo II**, se desarrolló la parte dogmática de la tesis, es decir, el marco teórico con todos sus componentes como antecedentes y definición conceptual. **El capítulo III**, esta desarrollado el aspecto metodológico según el enfoque del estudio. **El capítulo IV**, se presentan los resultados y en tablas y figuras; culminando las conclusiones y recomendaciones.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El envejecimiento demográfico es uno de los desafíos más importantes para los sistemas de salud globales. Según las estimaciones más recientes, la (OMS) declara que para 2030, por primera vez, 1 de cada 6 personas, mayores de 60 años, alcanzará los 1,4 mil millones (1). La población será mayor con años de vida extendidos, pero envejeciendo con mala salud. La salud estará caracterizada por enfermedades no transmisibles (ENT). En las personas mayores, las ENT serán la causa más prevalente de muerte, constituyendo más del 70% (2). Las causas fatales de las ENT estarán caracterizadas por enfermedades cardiovasculares prevalentes (30%) y enfermedades respiratorias crónicas (2).

Estas patologías restringen severamente la capacidad de autocuidado. Se estima que, de la población mayor de 70 años, el 14.2% presenta trastornos mentales y/o neurológicos que limitan su autonomía, lo cual, junto con el dolor crónico y la fragilidad, aumenta la dependencia funcional. (3). La investigación en entornos rurales y urbanos en diferentes continentes ha demostrado que la baja alfabetización en salud y un sistema de apoyo social limitado restringen severamente el autocuidado efectivo, afectando la calidad de vida (4).



La brecha en el desarrollo económico y la tecnología hace que la situación sea aún peor. En los países ricos, donde existe una tendencia a incorporar dispositivos inteligentes de monitoreo de la salud, en los países en desarrollo persiste un déficit en el acceso incluso a los servicios más básicos, con casi 400 millones de personas sin atención médica rudimentaria alguna (5). Esta situación mundial muestra que, si no se fortalecen las habilidades en autocuidado y las redes de apoyo, la morbilidad relacionada con la vejez seguirá imposibilitando una carga intolerable para el sistema de salud mundial.

En las últimas décadas, Perú ha experimentado un aumento dramático en la proporción de poblaciones de adultos mayores entre los diferentes grupos demográficos. Como afirma el INEI, en el primer trimestre de 2024, el 13,9 % de la población de Perú tenía 60 años o más. Este segmento poblacional necesita servicios de salud especializados, así como políticas de salud destinadas a la promoción de la salud y la preservación funcional (1). Es notable que una gran parte de esta población en Perú carece de autonomía, lo que los hace particularmente susceptibles a enfermedades crónicas degenerativas.

La evidencia de los sistemas nacionales de salud muestra un número preocupante de adultos mayores que padecen enfermedades no transmisibles (ENT). Los informes oficiales muestran que, entre los adultos mayores (60 años o más) de una población dada, aproximadamente el 40,4% sufre de hipertensión y el 15,6% sufre de diabetes mellitus (2). Las ENT como las mencionadas anteriormente requieren que los pacientes



participen en cierto grado de autogestión de la salud, un desafío que muchos adultos mayores no pueden afrontar debido a diversos factores estructurales. Esto se ve agravado por el hecho de que aproximadamente el 26,1% de los adultos mayores en Perú se estima que sufren alguna forma de discapacidad (principalmente motricidad y/o visual) que afecta directamente el autocuidado y aumenta aún más la carga de atención del cuidador y del sistema de salud en general (3).

La disparidad regional también es problemática. En las zonas altas remotas y en las regiones rurales hay una ausencia de iniciativas educativas que consideren los elementos culturales y lingüísticos que afectan al segmento de población de mayor edad, lo que dificulta la formación de competencias en salud. Estudios nacionales previos muestran que la proporción de personas mayores con el conocimiento adecuado sobre automedicación y nutrición es muy baja, lo que conduce a varias complicaciones. La falta de habilidades de autocuidado no solo afecta a la población, sino que también representa una carga adicional para el sistema de salud, y es muy necesario que se emprendan iniciativas para construir salud y autonomía en este grupo de población en Perú (5).

En la Micro Red Cono Sur, existe una preocupante falta de capacidad de autocuidado entre los adultos debido al proceso biológico inherente al envejecimiento junto a los desafíos socioeconómicos. Esta localidad, con climas extremos y altitudes superiores a los 3,800 m sobre el nivel del mar, envejece con la disminución de la capacidad fisiológica para adaptarse en un entorno hostil, siendo siempre una barrera.



Las complicaciones que generalmente se consideran prevenibles no deberían ser tan comunes en tantos adultos mayores que utilizan los Centros de Salud. Muchos adultos mayores tienen dificultades para el autocuidado de condiciones crónicas. Ejemplos de condiciones crónicas son la hipertensión y la diabetes. Algunos de estos adultos mayores luchan por seguir una dieta recomendada o tomar los medicamentos recetados. Aunque muchos adultos mayores no entienden las indicaciones médicas que se les dan, o las olvidan, otros simplemente abandonan el tratamiento si no ven resultados. Algunos adultos mayores olvidan, o abandonan, el tratamiento y los medicamentos debido a la falta de percepción de mejora de los síntomas. Algunos adultos mayores pueden estar confundidos acerca de la dosificación de los medicamentos. Algunos adultos mayores pueden olvidar tomar los medicamentos según lo recetado.

A nivel local, el problema se agudiza por factores específicos de Juliaca:

Muchas personas mayores en el Cono Sur quedan en un estado de abandono total o casi total como resultado de la migración de familiares o su migración en busca de trabajo, dejando a estas personas mayores con la responsabilidad de trabajar sobre su propia salud, a pesar de carecer de las habilidades necesarias para gestionar su salud.

Los adultos mayores no pueden realizar sus revisiones preventivas debido a malas infraestructuras urbanas y periurbanas y al mal transporte urbano, lo que restringe el autocuidado a una reacción ante una crisis de salud o dolor.

El personal de salud y los usuarios practican el autocuidado utilizando diferentes tipos de lenguaje técnico. Los programas de educación en salud que consideran diferentes culturas eliminan el riesgo de que los adultos mayores tomen decisiones y cometan errores sin información adecuada respecto al autocuidado, lo cual se manifiesta en negligencia de la higiene, la nutrición y la salud mental.

Esta deficiencia en el autocuidado inicia un ciclo vicioso donde las personas mayores pierden su independencia. Esta pérdida de independencia conduce a una mayor fragilidad con un riesgo más alto de caídas, desnutrición y depresión. En las salas de espera de la Micro Red Cono Sur, el personal suele ver a personas mayores con condiciones clínicas graves que podrían haber sido gestionadas fácilmente si hubieran practicado un autocuidado adecuado. Si no se implementan estrategias locales para fortalecer la capacidad de autosuficiencia, este grupo de edad quedará con una calidad de vida cada vez más deteriorada. Esto convertirá el proceso de envejecer en un proceso doloroso, absolutamente dependiente, en lugar de un proceso gratificante.

1.1.1. Problema general

PG: ¿Cuál es la capacidad del autocuidado relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025?

1.1.2. Problemas específicos

PE1: ¿Cuáles son las características personales relacionados con problemas de salud en el adulto mayor?

PE2: ¿Cuáles son las actividades físicas relacionados con problemas de salud en el adulto mayor?

PE3: ¿Cuáles son las actividades de la alimentación y nutrición saludable relacionados con problemas de salud en el adulto mayor?

PE4: ¿Cómo es el autocuidado de las necesidades relacionados con problemas de salud en el adulto mayor?

PE5: ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes en el adulto mayor?

1.2. JUSTIFICACIÓN.

1.2.1. *Justificación teórica.*

El propósito de esta investigación es ampliar el conocimiento sobre la capacidad de autocuidado desde una perspectiva académica y disciplinaria. A través de una lente teórica, esta investigación se apoya en la Teoría de Dorothea Orem, que defiende la idea de que un individuo tiene el derecho y la responsabilidad de preservar tanto su vida como su salud. Explorar esta variable en adultos mayores del Micro Red Cono Sur busca confirmar la utilidad de estos conceptos en un contexto que es tanto de gran altitud como geográficamente diverso, donde las condiciones ambientales y sociales modifican las agencias de autocuidado (1).

Teóricamente, existe una brecha que es evidente en la literatura, ya que la mayoría estudia el tratamiento de una enfermedad, mientras que este estudio busca centrarse en mejorar el tratamiento de la enfermedad. Esto



promoverá la capacidad de las acciones vinculadas a la salud para determinar los componentes psicosociales de la salud, lo cual a su vez aportará evidencia importante para la mejora de los modelos existentes de enfermería comunitaria en la zona. (2).

El estudio también facilitará una evaluación en profundidad de la alfabetización en salud como un factor de bienestar. Al organizar los datos, el constructo teórico se consolidará, apoyando la idea del autocuidado como un constructo interactivo moldeado por el contexto y la historia de vida personal de cada individuo. Al final, este estudio ofrecerá un sistema de referencia mejorado, sobre el cual futuros estudios podrán basarse para diseñar intervenciones educativas óptimas, enriqueciendo el campo de la salud pública y la gerontología social en la región sur del país (3).

1.2.2. Justificación práctica.

Esta investigación puede justificarse por un cambio esperado en la realidad de atención y operación. Este estudio tiene como objetivo desarrollar un diagnóstico actualizado que permita al personal comprender qué dimensiones del autocuidado de los adultos mayores (físico, cognitivo o emocional) presentan la mayor deficiencia. El uso de datos del contexto local permite el desplazamiento de intervenciones y enfoques genéricos relacionados hacia estrategias de atención individualizadas, que se enfoquen en las necesidades reales de los usuarios (1).

A los gerentes de la Micro Red se les proporciona datos objetivos sobre las áreas más críticas de autosabotaje para que los recursos se enfoquen en

reducir el autosabotaje y minimizar las readmisiones hospitalarias por complicaciones evitables.

La investigación facilitará la elaboración de guías y talleres que permitan pasar de la simple difusión de información a la capacitación en habilidades, promoviendo una verdadera cultura de prevención y autocuidado de la salud en las personas mayores en sus hogares (2).

Mejores habilidades de autocuidado reducen la carga emocional y física en los cuidadores familiares y ayudan a garantizar una vejez más digna e independiente con un menor riesgo de episodios agudos de salud.

Por encima de todo, la recopilación de datos para este estudio debe ser el punto de partida para la construcción de un modelo de atención primaria más humano y proactivo. Tenemos la oportunidad de formular planes de acción bien implementados con el objetivo de disminuir las cargas sociales y sanitarias asociadas a las enfermedades crónicas en los ancianos de Juliaca. (3)

1.2.3. Justificación metodológica.

Al evaluar la metodología de este estudio, se debe poner particular énfasis en el rigor del diseño del estudio y en los procedimientos empleados para abordar los objetivos planteados. El objetivo de este diseño fue facilitar la recopilación de datos en un solo momento para describir y analizar la relación entre las variables, sin manipulación intencionada del entorno de los participantes. Esta metodología en particular describe el mejor enfoque



para obtener una "instantánea" precisa y objetiva de la experiencia de los adultos mayores (1).

Para fundamentar los hallazgos, este estudio utilizará varias estrategias.

Se emplearán escalas reconocidas a nivel internacional y nacional para evaluar la capacidad de autocuidado (como la escala de evaluación de la agencia de autocuidado ASA). El uso de herramientas estadísticamente confiables demuestra que los resultados son comparables con estudios previos y replicables en contextos similares (2).

Al incorporar estadísticas descriptivas e inferenciales, uno puede cuantificar la magnitud de las deficiencias e identificar vínculos significativos entre desafíos específicos de salud y la capacidad de la persona para responder. Esto eleva el estudio más allá de un simple estudio descriptivo.

Aplicar prudentemente técnicas de muestreo probabilístico o muestreo por conveniencia cuando esté justificado garantizará que los datos representen la diversidad de la población de Juliaca en cuanto a edad, sexo y nivel de dependencia (3).

En resumen, el método propuesto tanto permite lograr objetivos como ofrece a la investigación un sólido respaldo técnico. Emplea procesos sistemáticos y verificables, asegurando que las conclusiones extraídas reflejen la máxima verdad, por lo que se considera una contribución metodológica significativa para estudios que intentan analizar la salud geriátrica en entornos vulnerables de gran altitud (4).

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. *Objetivo general.*

OG: Analizar la capacidad del autocuidado relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.

1.3.2. *Problemas específicos*

OE1: Describir las características personales relacionados con problemas de salud en el adulto mayor.

OE2: Relacionar las actividades físicas con problemas de salud en el adulto mayor.

OE3: describir las actividades de la alimentación y nutrición saludable relacionados con problemas de salud en el adulto mayor.

OE4: Analizar el autocuidado de las necesidades relacionados con problemas de salud en el adulto mayor.

OE5: Describir los problemas de salud más frecuentes en el adulto mayor.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. *Hipótesis general*

HG: La capacidad del autocuidado está relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.



1.4.2. Problemas específicos

HE1: Las características personales están relacionados significativamente con los problemas de salud en el adulto mayor.

HE2: Las actividades físicas están relacionados significativamente con los problemas de salud en el adulto mayor.

HE3: Las actividades de la alimentación y nutrición saludable están relacionados significativamente con los problemas de salud en el adulto mayor.

HE4: El autocuidado de las necesidades están relacionados significativamente con los problemas de salud en el adulto mayor.

HE5: Los problemas de salud más frecuentes en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur es la hipertensión arterial y la diabetes.



1.5. VARIABLES

Variable 1: Autocuidado.

Variable 2: Problemas de salud.

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores	Tipo de variable
Variable 1: 1. Capacidad del autocuidado	1.1. Características personales	1.1.1. Edad	a) 60 a 69 años b) 70 a 79 años c) 80 a más años	Ordinal
		1.1.2. Género	a) Femenino b) Masculino	Nominal
				Nominal
		1.1.3. Estado civil	a) Casado/a b) Conviviente c) Separado/a d) Viudo/a	Nominal
	1.2. Actividad física	1.1.4. Composición familiar	a) Nuclear b) Ampliada c) Monoparental d) Reconstituida	Nominal
		1.2.1. Autonomía de la actividad física	a) Se moviliza independiente b) Se moviliza con dificultad c) Realiza caminatas	Nominal
	1.3. Alimentación y nutrición saludable	1.2.2. Importancia para realizar la actividad física	a) Fortalecer los huesos y músculos b) Disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad c) Ayudar a dormir mejor y relajado	Nominal
				Nominal
		1.3.1. Hábitos alimentarios	a) Desayuno, almuerzo y cena	



			b) Desayuno y almuerzo c) Es desordenada no hay horarios	Nominal
	1.4. Autocuidado de necesidades	1.3.2. Prioridad en su alimentación	a) Es balanceada (proteínas, carbohidratos, grasas, azúcares proporcional a su edad) b) Mayor proporción en carbohidratos c) Mayor proporción en grasas y azúcares	Nominal
		1.3.3. Consumo de frutas y verduras frescas	a) Diario más de tres frutas por día y verduras frescas b) Semanal 2 a 3 frutas c) Esporádicamente frutas y verduras frescas	Nominal
		1.4.1. Sueño y descanso	a) Duerme más de 6 horas b) Sueño inestable con insomnios c) Utiliza pastillas para dormir	Nominal
		1.4.2. Confort e higiene	a) Se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros) b) Se baña solo/a con dificultad c) Se baña con ayuda	Nominal
		1.4.3. Control de su salud	a) Es muy responsable y cumple con el	



		1.4.4. Hábitos tóxicos 1.4.5. Eliminación	control médico de forma independiente b) Tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico a) No tiene hábitos tóxicos b) Esporádicamente consume alcohol a) Control de esfínteres b) Tiene cistitis c) Utiliza pañal	
Variable 2: 2. Problemas de salud	2.1. Enfermedad crónica degenerativa		a) Hipertensión arterial b) Diabetes mellitus c) Obesidad d) Otros problemas (Osteoporosis, enfermedad renal, Parkinson, y otros)	Nominal



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. A nivel internacional.

Cárdenas et al. (6) evaluaron la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los adultos. De los resultados descriptivos, se observó que, de la muestra total, un nivel medio de capacidad de autocuidado fue observado en el 62% de la muestra. En los resultados descriptivos, se encontró una correlación positiva y significativa ($p < 0,05$) entre la capacidad de autocuidado y el bienestar subjetivo, al aplicar la prueba de Spearman, y, por lo tanto, se concluyó que la capacidad de autocuidado era un factor principal del nivel percibido de fragilidad entre los adultos mayores. (6)

González y Herrera (7) estudiaron los factores que afectan el autocuidado de la población anciana que sufre de enfermedades crónicas y, como tal, buscaron facilitar la identificación de algunas barreras sociodemográficas que pueden limitar a los ancianos en la práctica del autocuidado. Utilizaron una metodología cuantitativa, no experimental y analítica para describir las barreras. Se encontró que el 45% de la muestra tenía niveles bajos de cumplimiento terapéutico. De la muestra inferencial estudiada, se encontró que los niveles de educación y la comprensión del papel de la familia eran

las principales barreras para el autocuidado, las cuales se predijeron mediante regresión logística ($OR=2.4$). El bajo nivel de educación fue predominantemente una gran barrera para comprender la salud.

Martínez (8) Realizó un estudio con el objetivo de estimar la agencia de autocuidado en pacientes geriátricos ingresados en un hospital. El estudio utilizó un método transversal/descriptivo con una muestra de 150 pacientes. Los resultados, el 58% de los pacientes tenían un autocuidado bajo en todas las dimensiones estudiadas y en la dimensión de actividad física. Los resultados inferenciales mostraron una diferencia significativa ($p=0.012$) en el autocuidado de hombres y mujeres, y las mujeres empleaban más y mejores prácticas preventivas. La conclusión subrayó la necesidad de protocolos de enfermería en relación con el aspecto espacial del parámetro de género en la atención hospitalaria.

Rodríguez-Blanco et al. (9) La investigación tuvo como objetivo estudiar cómo la multimorbilidad afecta la capacidad de autocuidado de los adultos mayores, específicamente aquellos mayores de 65 años. Se aplicó un diseño de estudio cuantitativo, longitudinal y prospectivo. En los resultados descriptivos, fue evidente que el 70 % de la población analizada tenía tres o más enfermedades crónicas. En el estudio inferencial, un Análisis de Varianzas reveló una disminución en la capacidad de autocuidado a medida que aumentaba el número de enfermedades ($F=15.4$; $p<0.001$). Este estudio concluyó que la complejidad clínica de los pacientes multimórbidos situaba a la población de estudio por encima de su capacidad de cuidado

personal, por lo tanto, era necesaria la apoyo de la comunidad de atención sanitaria.

Oliveira y Silva (10) examinaron la relación entre la alfabetización en salud y el autocuidado en hipertensos mayores. Se realizó un estudio transversal correlacional. Los resultados mostraron que el 22% de la muestra presentaba alfabetización en salud satisfactoria. Los resultados inferenciales mostraron que la relación entre el conocimiento de la enfermedad y el desempeño de las actividades de cuidado era directa y fuerte ($r=0.72$). Concluyeron que la mejor manera de promover la salud de autogestión de muchos ancianos era la educación en salud estructurada al nivel cognitivo de los ancianos.

2.1.2. A nivel nacional

Ramos (11) Un estudio destinado a analizar la capacidad de autocuidado y factores biosococulturales en pacientes geriátricos de un centro de salud en la capital. El estudio utilizó un diseño transversal correlacional dentro de un marco cuantitativo. Los resultados mostraron que la mayoría (54%) de los pacientes tenía una escasa capacidad de autocuidado. El estudio concluyó con la comprensión de que la falta de educación se asociaba con una menor capacidad de autocuidado y se relacionaba además con un mayor riesgo para el paciente debido a la ausencia de prácticas preventivas.

Torres y Alanya (12) evaluaron la capacidad de autocuidado entre adultos mayores con hipertensión. Se realizó un diseño transversal con 120

participantes. De estos participantes, el 48 % y el 32 % tenían un nivel medio y bajo de autocuidado, respectivamente. De los analizados, se encontró una correlación negativa entre el aumento de la edad y la probabilidad de actividad física. Se acordó que, con la mejora de la edad cronológica, mayor es la pérdida de la función de la capacidad para realizar actividades de autocuidado.

García (13) Investigó el apoyo social percibido y la agencia de autocuidado. El estudio fue cuantitativo y no experimental. Los resultados descriptivos fueron que el 60% de los adultos mayores percibían un apoyo social moderado. Los resultados inferenciales se analizaron usando el coeficiente de Pearson. Se determinó una correlación alta y directa de $r=0,68$. Se afirmó que un apoyo sólido en la familia logra mejores conductas de salud. Los autores concluyeron que el apoyo familiar era el componente que motivaba a los adultos mayores a mantenerse al día con sus revisiones médicas y prácticas de higiene.

Mamani y Condori (14) Capacidad de autocuidado autoinformada y la calidad de vida entre la población adulta mayor de la región de Puno. De acuerdo con un diseño correlacional, casi la mitad de los individuos encuestados reportaron una calidad de vida moderada con una baja capacidad de autocuidado en la dimensión nutricional. Se ha informado que la capacidad general de autocuidado mejoró y también mejoró el nivel de bienestar reportado por el poblador andino. Esto fue validado con la correlación de Spearman ($p=0.001$), donde se observó una relación fuerte entre autocuidado y calidad de vida.

Castillo (15) investigó el impacto de los cambios en el estilo de vida en la capacidad de autocuidado en la era posterior a la confinación social. Este fue un estudio de caso de tipo aplicado y nivel explicativo. Los resultados, el 40% de los encuestados llevaban un estilo de vida sedentario. Los hallazgos también mostraron un impacto significativo ($p < 0,05$) de los cambios en el sueño y la alimentación en la disminución de la capacidad de autogestión de la salud. La conclusión señaló que el aislamiento de los encuestados afectó las prácticas de autocuidado y aumentó la fragilidad de la población mayor.

2.1.3. A nivel regional

Apaza (16) analizar la relación entre el nivel de conocimiento y el autocuidado en personas mayores de la ciudad de Juliaca en Perú. La metodología se centró en un diseño cuantitativo descriptivo transversal. Los hallazgos del método descriptivo indicaron que el 51% de los participantes tenían prácticas de autocuidado de nivel medio y el 42% tenían un conocimiento sobre su salud en nivel inferior. Prueba de correlación de Spearman, y el estudio obtuvo el valor $r = 0,61$ con un nivel de significancia de $p < 0,05$. La conclusión principal fue que existe una correlación directa en las prácticas y hábitos preventivos en los estilos de vida saludables del área urbana de Juliaca (1).

El objetivo de Paredes y Choque (17) fue analizar la capacidad de autocuidado y el nivel de independencia funcional en adultos mayores en zonas rurales. Se utilizó un diseño cuantitativo y correlacional. El 65% de los encuestados que eran parcialmente dependientes se debió a tener

dependencia por dolor crónico en las articulaciones. Entre los resultados inferenciales, se encuentra una asociación significativa ($p=0,018$) entre la altitud del lugar de residencia del encuestado y la disminución de la actividad física relacionada con el autocuidado. El clima en la provincia de Azángaro es una barrera para la autonomía del adulto mayor.

Velásquez (18) Realizó un estudio cuyo objetivo principal era reconocer los aspectos sociodemográficos relacionados con el autocuidado de los pacientes en Puno. Se diseñó un estudio transversal analítico. De manera descriptiva, se reportó que el 58% de los pacientes eran mujeres y tenían un mejor autocuidado que los hombres. Los resultados inferenciales de chi-cuadrado mostraron que el apoyo familiar, al compararlo con una mejor nutrición, era considerable ($p<0.001$). Concluyó que el autocuidado de la población de adultos mayores en Puno estaba particularmente influenciado por su entorno.

Quispe (19) El propósito fue evaluar las competencias de autocuidado en adultos mayores diagnosticados con hipertensión. La metodología del estudio fue de carácter descriptivo. El primer hallazgo fue que, de los pacientes hipertensos, el 40% no seguía las guías de una dieta baja en sodio. En el segundo hallazgo, no se encontró diferencia relevante en el autocuidado de las personas de diferentes edades ($p>0,05$), lo que significa que, en la población geriátrica del área analizada, la negligencia personal fue casi universal. También se determinó que, en la provincia de Lampa (4), había un bajo riesgo percibido de enfermedades silenciosas.

El estudio de Calsin (20) Su objetivo era determinar la relación entre las habilidades de autocuidado y la calidad de vida de las personas mayores que asisten a centros de atención en la capital regional. La metodología fue de corte transversal correlacional. De manera descriptiva, el 70% consideraba que su estado de salud era "aceptable". De manera inferencial, se encontró una correlación positiva y significativa ($r=0.55$) entre la dimensión psicológica del autocuidado y la satisfacción de vida. La conclusión fue que la mejora de la autoestima y el autoconcepto de las personas mayores en la provincia fortalece su bienestar general. (5).

2.2. MARCO TEÓRICO.

2.2.1. *Capacidad de Autocuidado*

La capacidad de autocuidado denota las habilidades avanzadas, conocimientos y motivaciones requeridos por las personas para comenzar y realizar activamente tareas para autorregular su funcionamiento y crecimiento. A medida que el individuo avanza en su edad, esta variable se vuelve aún más crítica. Transciende de una tarea habitual a una actividad fundamental que preserva la autonomía y dignidad del individuo. Desde el punto de vista de la disciplina de enfermería, el autocuidado no es algo espontáneo, sino, más bien, un comportamiento aprendido y deliberado que permite al individuo afrontar los desafíos de salud planteados por el proceso natural de envejecimiento y las condiciones comórbidas concomitantes (21).

Estar saludable requiere habilidades multisistémicas que sean cognitivas, emocionales y físicas, todas equilibradas en tres dimensiones, por lo que

desear estar saludable es insuficiente. Una persona, especialmente una persona mayor, debe poseer la capacidad cognitiva para gestionar la información relacionada con su salud, la capacidad física para realizar las acciones necesarias y la perseverancia para llevar a cabo estas acciones de manera continua en el tiempo. Un estado de desequilibrio aumenta las operaciones de los centros de atención médica, afecta la calidad de vida de la persona mayor y aumenta su vulnerabilidad y dependencia, cuando el nivel de cuidado necesario supera su capacidad (22).

La capacidad de autocuidado, que se observa en las tierras altas andinas, está determinada por factores externos en la vulnerabilidad social y geográfica. La alfabetización en salud y la disponibilidad de servicios básicos, así como las redes de apoyo familiar, pueden actuar como factores que refuercen o socaven la agencia de cuidado de los ancianos. Por ello, es necesario examinar esta variable para alejarnos de una perspectiva de atención centrada en la asistencia, y avanzar hacia una perspectiva de empoderamiento que fomente que los ancianos se conviertan en los principales gestores de su cuidado, estimulando así un envejecimiento activo y funcional en la comunidad (23).

2.2.1.1. La dimensión cognitiva

Representa el aspecto del pensamiento que ayuda a los adultos mayores a tomar decisiones sobre su bienestar. Esta dimensión contiene una variedad de factores, incluyendo percepción, memoria, razonamiento, deterioro cognitivo y, evaluar y procesar información de salud fundamental que permite a las personas reconocer e identificar comportamientos

potencialmente peligrosos, así como comportamientos protectores para la salud. Las habilidades cognitivas avanzadas de un individuo mayor sostienen la capacidad de autocuidado necesaria para interpretar y evaluar las señales internas emitidas por el cuerpo (24).

La función cognitiva se relaciona con los procesos que traducen la orientación médica en pasos practicables. Una buena dimensión cognitiva del autocuidado en adultos mayores implica la capacidad de entender la fisiopatología de sus enfermedades, los signos tempranos de sus enfermedades crónicas y la gestión de su medicación. La falta de autocuidado cognitivo, agravada por el aislamiento social o bajo nivel educativo, explica la malinterpretación de las instrucciones de atención y la frecuente ocurrencia de errores en la medicación y la incapacidad para llamar a asistencia médica de emergencia (25).

Además, este aspecto está altamente asociado con la autoeficacia percibida, que se refiere las personas mayores en sus propias capacidades para emprender y realizar las tareas necesarias para controlar situaciones inminentes. Con un procesamiento cognitivo efectivo, uno puede autogestionarse planificando su día, ajustando sus comidas y estando siempre un paso adelante en relación con sus restricciones físicas. En consecuencia, la evaluación y refuerzo del dominio cognitivo es crucial para garantizar que el autocuidado sea intencional y no mecánico en esencia, protegiendo el derecho de la persona mayor a ser un participante (26).

a) Conocimiento de la enfermedad

Una comprensión de la enfermedad es el núcleo de la dimensión cognitiva y sirve como la piedra angular de la resiliencia en la salud que desarrollan los ancianos con el tiempo. Se refiere a la comprensión del paciente sobre su enfermedad, incluyendo la naturaleza de la enfermedad, sus causas, las posibles consecuencias y el tratamiento necesario para manejar la enfermedad. En geriatría, esta dimensión muestra más que el conocimiento del paciente sobre su enfermedad en un sentido académico. Demuestra su capacidad para asimilar este conocimiento en su vida diaria con el fin de reconocer la diferencia entre el curso típico de la enfermedad y una señal alarmante de deterioro que requiere atención médica urgente (27).

Este indicador es importante tanto para la adherencia terapéutica como para la reducción de la ansiedad. Los pacientes mayores que valoran su condición como crónica y comprenden sus medicamentos muestran un mayor compromiso con su terapia. Esto también reduce las posibilidades de automedicación incorrecta y el abandono de la terapia debido a una percepción de falta de resultados. Por otro lado, la ausencia de conocimientos sistemáticos conduce a una mayor sensación de exposición y a una mayor sensación de falta de control. Ambos factores con frecuencia resultan en un peor manejo de su salud y una mayor incidencia de morbilidad que, de otro modo, podría haberse evitado mediante una educación en salud racional (28).

Comprender la enfermedad también está relacionado con cómo una persona gestiona su riesgo. Este indicador generalmente está en

desventaja en poblaciones con barreras idiomáticas o educativas, como en muchas áreas de Perú, y requiere que el personal de salud adopte técnicas de comunicación asertivas y culturalmente adaptadas. Mejorar la base informativa del paciente fortalece a los ancianos para tomar el control de sus propias vidas, pasando de ser meramente receptores de atención a ser quienes activamente determinan su propia capacidad funcional, extendiendo su bienestar (29).

b) La identificación de riesgos

Es una parte fundamental de la capacidad de autocuidado. Es un reflejo de la capacidad del adulto mayor para reconocer, prever y evaluar las implicaciones de ciertas circunstancias o variables que pueden influir en su bienestar físico o emocional. Durante el proceso de envejecimiento, ser vigilante y proactivo es la primera línea de defensa contra muchos problemas de la vida, lo que permite al individuo identificar y responder a los diversos riesgos de su entorno. Esto puede incluir peligros en el hogar, como pisos resbaladizos o iluminación inadecuada, así como cambios fisiológicos indicativos del inicio de una condición médica. El reconocimiento de riesgos implica percibir la amenaza y comprender las propias debilidades frente a ella y, lo más importante, conduce a tomar medidas para mitigar la amenaza (30).

La importancia de este elemento radica en su influencia en la reducción de la frecuencia de accidentes y complicaciones agudas. La investigación entre los ancianos sugiere que muchas admisiones hospitalarias debido a caídas o sobredosis de medicamentos podrían prevenirse si el cliente

poseyera un nivel suficiente de alfabetización en riesgos y pudiera adaptar su entorno y su consumo. Los ancianos experimentan una disminución en la sensación de inseguridad cuando integran la identificación de peligros en sus actividades diarias. Este ajuste fomenta un envejecimiento activo y disminuye la dependencia de otros para la supervisión que necesitan (31).

La identificación de riesgos se correlaciona con la prevención secundaria. Es importante que las personas mayores con múltiples condiciones crónicas identifiquen los signos tempranos que puedan indicar una reacción adversa a los medicamentos para ajustar las estrategias de manejo antes de que ocurra un daño significativo. Esto sugiere que, mediante el fortalecimiento de este indicador de salud a través de la educación sanitaria local, el paciente podrá tomar iniciativas en lugar de responder pasivamente, permitiendo que su autocuidado sea una gestión continua de su seguridad en su entorno (32).

2.2.1.2. Función física

La capacidad de autocuidado de mayores delimita su forma práctica y operativa de autonomía. Es la combinación de la competencia biológica y física necesaria para realizar el autocuidado tanto en las actividades básicas como en las instrumentales que son esenciales para mantener la vida y preservar la salud y el bienestar. En esta etapa particular de la vida, la capacidad física abarca tanto la presencia o ausencia de una enfermedad como la capacidad del individuo para comprometerse eficazmente con su entorno, satisfacer sus propias necesidades nutricionales, atender la

higiene personal y moverse con un grado de independencia funcional que ayude a absorber los impactos de la fragilidad biológica (33).

La fuerza muscular y el equilibrio, junto con la capacidad de manipular y realizar tareas motoras finas, son el mejor indicador de la capacidad del adulto mayor para ser autosuficiente. Hay muchos factores que contribuyen al envejecimiento, como cambios fisiológicos y enfermedades crónicas, que pueden afectar el rendimiento del adulto mayor y, por lo tanto, comprometer su ciclo de autocuidado. Cuando esto ocurre, el adulto mayor puede volverse discapacitado y desarrollar un síndrome geriátrico que puede empeorar la calidad de vida (34).

De manera similar, mantener un nivel específico de funcionalidad física es un buen predictor de longevidad, así como del logro de intervenciones de salud. Por ejemplo, las personas mayores que mantienen un nivel suficiente de capacidad física pueden seguir ejercicios terapéuticos y modificar su dieta según las necesidades metabólicas de su cuerpo. Por lo tanto, la evaluación sistemática de esta dimensión es de gran importancia en la atención básica, asegurando el desarrollo de acciones de rehabilitación y promoción de la salud que tengan como objetivo principal la extensión de la vida independiente y la reducción de la carga del sistema de salud, que es la dependencia funcional (35).

a) Higiene personal

La capacidad de gestionar la higiene personal y el cuidado personal representa una parte importante y fundamental del autocuidado físico y la

independencia funcional de un adulto. Incluye las acciones que un adulto realiza con el propósito de mantener limpias las superficies corporales y mucosas. Esto ayuda a prevenir infecciones, mantener una piel sana y mejorar la apariencia. En las personas mayores, la capacidad de realizar estas funciones sin ayuda es un buen indicador del estado de salud y es un indicador sutil de la destreza, el equilibrio y la coordinación psicomotriz de un individuo (36).

La relevancia del indicador proviene de las múltiples formas en que impacta la salud de la persona mayor. Biológicamente, la higiene se relaciona con la aparición de complicaciones, dermatitis, micosis, como la úlcera diabética, las llagas de presión, etc. Su valor va más allá de lo físico. Existe una conexión entre la higiene personal y la autoestima social y personal. Las personas mayores pueden mantener su higiene personal. Esto les proporciona una sensación de control y dignidad. El descuido de la higiene personal suele ser causado por las primeras etapas del deterioro cognitivo, la depresión y la pérdida de la capacidad funcional (37).

Por lo tanto, la determinación de este indicador de higiene personal puede permitir a los profesionales ver la necesidad de cambios ambientales y planificar la educación en salud para apoyar estos cambios, combinados con prácticas de autocuidado para que el autocuidado proteja a la persona de enfermedades, mientras también preserva una calidad de vida básica (38).

b) Actividad física

El indicador de actividad física y ejercicio muestra la faceta dinámica de la dimensión funcional del autocuidado e incluye cualquier movimiento del cuerpo producido por la contracción de los músculos que requiere que el cuerpo utilice energía. Para las personas mayores, el indicador incluye, en lugar de solo la práctica estructurada de deportes, actividades de ocio, movimientos, tareas del hogar y ejercicios para mejorar la flexibilidad, la fuerza y el equilibrio. La realización de estas actividades es esencial para reducir la sarcopenia y conservar la reserva funcional, lo que permite que la persona mayor mantenga su independencia motora y cumpla con las demandas de su entorno cotidiano (21).

Este indicador es importante porque asume un papel protector para múltiples órganos. Desde un punto de vista cardiovascular y metabólico, el papel de la actividad física es fundamental como agente terapéutico no farmacológico para controlar las enfermedades de hipertensión y diabetes mellitus, que son muy comunes en las personas mayores. Asimismo, hay un impacto positivo del ejercicio en la salud mental, ya que modifica la frecuencia de episodios depresivos y ansiosos mediante la liberación de neurotransmisores asociados al bienestar. La deficiencia en este indicador es un precursor de fragilidad, que aumenta exponencialmente las probabilidades de caídas y discapacidad permanente (22).

La actividad física en adultos mayores está influenciada por sus limitaciones físicas auto percibidas y su entorno. En áreas de ciertos climas o altas altitudes, la exertación física debe ser limitada, convirtiendo la

planificación de las actividades físicas en una actividad de autocuidado. La evaluación de este indicador ayuda a los profesionales a prescribir ejercicio físico personalizado que mejore la forma física, fomente actividades sociales y mentales, y empodere a los adultos mayores para adoptar una estructura autosostenible (23).

c) Hábitos alimenticios

El análisis de los patrones de alimentación refleja uno de los aspectos más importantes de las dimensiones físicas y funcionales del autocuidado. El autocuidado puede definirse como las prácticas de la persona mayor, incluyendo la toma de decisiones, la preparación y el consumo de alimentos. Este indicador tiene aún más relevancia diagnóstica en la etapa geriátrica, ya que una buena nutrición es la base biológica necesaria para preservar la integridad del tejido, fortalecer y hacer más funcional la reserva adaptativa de respuesta del organismo ante la irritación de las enfermedades. Los patrones de alimentación responden no solo a las necesidades complejas del organismo, sino también a la capacidad de autodeterminación del individuo y a la cultura en la que se encuentra (24).

Una dieta equilibrada con micronutrientes adecuados y adaptada a los cambios fisiológicos que acompañan el envejecimiento (como la ralentización del ritmo metabólico y los cambios en la sensibilidad del gusto) es crucial para prevenir deficiencias y una mala nutrición excesiva. En la población de adultos mayores, el deterioro de los hábitos alimentarios percibidos suele resultar en el desarrollo de condiciones anemia, su sarcopenia y la descompensación de la glucosa, que en diferentes grados

aumentan el nivel del síndrome geriátrico, lo que conduce a la incapacidad de mantener un estilo de vida independiente (25).

De manera similar, los hábitos alimenticios sirven como un indicador del autocuidado de la salud en el hogar. En áreas con regímenes dietéticos locales únicos, las tradiciones culinarias y las necesidades nutricionales de los ancianos deben equilibrarse. En consecuencia, el análisis constante de esta variable permite a los profesionales de la salud identificar la pérdida de nutrición y desarrollar intervenciones educativas equilibradas para hacer que las personas mayores sean autosuficientes en su nutrición diaria, de modo que esta actividad se transforme en una protección del autocuidado y la vitalidad de la salud (26).

2.2.1.3. Terapéutica

La capacidad de autocuidado terapéutico se define como la aplicación autónoma y responsable de las prescripciones del personal de salud, tratamientos y otras orientaciones profesionales. Esta capacidad sirve como el mecanismo para la transición del consejo médico al ámbito cotidiano, asumiendo el rol pasivo de ejecutor de su propio plan de cuidado. A diferencia de otras etapas del ciclo vital, las complejidades de esta dimensión en la etapa gerontológica son multifactoriales debido a los efectos de la polifarmacia, la necesidad de asistir a varias citas y realizar diversos procedimientos médicos, y la síntesis de una comprensión exhaustiva, autodisciplinada y organizada de la intención terapéutica a alcanzar (27)

En el ámbito de la modificación de conducta, la asistencia a controles programados y el cumplimiento de la medicación, la dimensión terapéutica depende en gran medida de la capacidad del paciente para adherirse al tratamiento. La falta de esta capacidad hace que el paciente sufra inestabilidad clínica notable, pero la consecuencia más severa se manifiesta en un aumento abrumador de la probabilidad de descompensaciones agudas, interacciones dañinas de los medicamentos prescritos y posteriores hospitalizaciones prevenibles. En este caso, lo que protege es el autocuidado terapéutico, ya que preserva la eficacia de los recursos humanos y financieros destinados a establecer un diagnóstico y proporcionar una intervención, asegurando que el beneficio clínico de la intervención mejore el estado del paciente (28).

De manera similar, esta dimensión se refiere a la comunicación asertiva del paciente con el equipo multidisciplinario. Una persona mayor con la capacidad de autocuidado terapéutico puede reportar las reacciones adversas del medicamento, responder preguntas relacionadas con su medicación y defender sus intereses en el proceso de toma de decisiones compartidas. Esta dimensión busca potenciar el empoderamiento de una persona con enfermedad crónica mediante el cambio del requerimiento clínico en un compromiso personal hacia su autocuidado y mantenimiento de su funcionalidad en la comunidad y la familia (29).

a) Adherencia al tratamiento

El grado en que una persona toma sus medicamentos, sigue un plan de alimentación y realiza cambios conductuales para alinearse con las

recomendaciones de su profesional de la salud, se refiere a un indicador de adherencia al tratamiento. Esto se considera un componente básico de la dimensión terapéutica del autocuidado. Para los ancianos, el indicador de adherencia al tratamiento ejemplifica el éxito clínico de una población dada. Cuando un individuo cumple con el tratamiento, los resultados farmacológicos y terapéuticos se materializan por completo, las condiciones crónicas se estabilizan y la progresión de la discapacidad se reduce (30).

La importancia de este indicador se atribuye a sus aspectos multifactoriales, que combinan la voluntad de los pacientes, así como su capacidad para organizar y comprender. Se estima que la baja adherencia terapéutica es la causa de una gran proporción de fracasos relacionados con la terapia en el manejo de enfermedades crónicas (por ejemplo, hipertensión y diabetes), causando complicaciones agudas adicionales, ingresos hospitalarios recurrentes y gastos innecesarios en el sistema de salud. Para los adultos mayores, seguir un tratamiento estrictamente significa superar diferentes barreras como la polifarmacia, el olvido y la percepción de que hay una mejoría en el problema subyacente. Esto hace que la adherencia sea un acto de autogestión y responsabilidad personal para la mejora de la salud (30).

De manera similar, el cumplimiento con el consejo es una prueba clave para determinar el nivel de alfabetización en salud del paciente, así como la calidad de la relación paciente-médico. Una persona que sabe las razones detrás de su terapia, así como los peligros de abandonarla, está en

condiciones de proponer varias estrategias para garantizar el cumplimiento. Por ejemplo, puede incorporar la toma de su medicación en una rutina o usar alarmas como recordatorios. Al analizar este indicador de manera constante, el equipo multidisciplinario puede identificar las brechas en el autocuidado y diseñar medidas apropiadas que mejoren el compromiso de un paciente mayor con la terapia y el mantenimiento de la salud (31).

b) Asistencia a controles

La asistencia regular de las personas mayores a los centros de salud para monitorear su condición clínica representa una dimensión importante del autocuidado. Dentro de este contexto terapéutico, la asistencia de un individuo a los centros de salud para chequeos médicos periódicos puede considerarse un paso activo hacia la detección temprana de complicaciones de interés, así como la gestión de problemas de salud reconocidos. Los chequeos médicamente regulares representan un espacio importante para la evaluación funcional, la restauración de la salud, la gestión del régimen farmacológico y la educación en salud para empoderar a los mayores y ayudar a prevenir el empeoramiento de condiciones crónicas hasta un estado agudo que pueda dejar al individuo discapacitado (32).

Mejorar la gestión de los recursos de atención médica y reducir la pérdida de vidas y sufrimiento evitables es la importancia de esta métrica. Un adulto mayor que asiste a cada una de sus citas programadas muestra un alto nivel de autogestión y cuánto comprende la importancia de la detección y la vigilancia epidemiológica. Por otro lado, las ausencias a exámenes

médicos generalmente son causadas por las siguientes razones: brechas en la accesibilidad, falta de apoyo familiar o una falsa sensación de salud. Estas brechas resultan en un diagnóstico retrasado y aumentan las tasas de visitas hospitalarias y la descompensación posterior, debido a intervenciones que de otra manera podrían haber prevenido la necesidad de un ingreso (33).

La asistencia a los servicios de salud también demuestra un nivel de integración y confianza que el usuario tiene en el personal de atención médica del sistema. En situaciones de dispersión geográfica o barreras de transporte, la preocupación por la barrera es particularmente evidente. La persona debe involucrarse, organizar sus recursos y priorizar para asistir a los servicios de salud de seguimiento. Construir este comportamiento a través de campañas de sensibilización y seguimiento permite que el autocuidado sea un proceso coordinado y continuo, promoviendo que los adultos mayores mantengan un nivel deseable de salud y autonomía dentro de su comunidad (34).

2.2.1.4. Psicosocial

La dimensión psicosocial de la capacidad de autocuidado se refiere a cómo los mayores interactúan con su yo emocional, afectivo y social. Gestionar los estados emocionales y mantener una autoimagen positiva mientras utilizan sistemas de apoyo para afrontar los desafíos del envejecimiento, define la capacidad de los mayores para cuidarse a sí mismos. Sin duda, la capacidad de autocuidado de las personas en esta etapa se convierte en algo más que un proceso mecánico. La salud mental se vuelve un factor, y

la motivación, el autoconcepto y el sentido de pertenencia juegan un papel importante en la adopción de conductas de salud positivas (35).

Esta dimensión es importante porque calibra el comportamiento de salud. El equilibrio psicológico asegura la resiliencia y la protección contra la ansiedad y la depresión crónicas, permitiendo así que las personas mayores se autorregulan y autodisciplina para cumplir con los regímenes de salud. Por el contrario, la depresión y el aislamiento social evocan una variedad de comportamientos de abandono personal, incluyendo el descuido de la higiene y la nutrición, y el incumplimiento terapéutico, facilitando el rápido deterioro biológico y funcional y el deterioro de la salud (36).

La esfera psicosocial y el apoyo social se interceptan al brindar andamiaje emocional y práctico para que la persona continúe con sus actividades de cuidado. El apoyo y compromiso de la familia, grupos de pares y la comunidad instilan la importancia de la salud y refuerzan la responsabilidad. Como tal, definir la capacidad de autocuidado requiere una consideración de amplio alcance que va más allá de lo clínico y abraza el aspecto emocional de los ancianos, ya que una mente saludable y el apoyo social fomentan el mantenimiento de la funcionalidad de los ancianos (37).

a) Manejo del estrés

La capacidad de mayores para identificar las respuestas al estrés que resultan del proceso de envejecimiento y para abordar y procesar estas



respuestas forma parte de un componente dinámico y modulador de la dimensión psicosocial del autocuidado como un subindicador de la gestión del estrés y las emociones. A este nivel, el autocuidado emocional se manifiesta mediante estrategias de afrontamiento activas que ayudan a reducir los efectos de los factores estresantes, como la pérdida de roles sociales, el duelo y/o el diagnóstico de enfermedades crónicas. Mantener el equilibrio homeostático, en la medida en que el estrés crónico genera respuestas neuroendocrinas que pueden empeorar enfermedades médicas ya existentes, es uno de los efectos positivos que puede resultar del manejo efectivo de las emociones (38).

Este indicador salvaguarda la salud emocional y biológica. Los adultos mayores con habilidades de regulación emocional experimentan niveles más bajos de cortisol y, como resultado, un mejor sueño y un sistema inmunológico más fuerte. La incapacidad para controlar las emociones negativas, como la frustración, la tristeza y el miedo, resulta en un estado de indefensión aprendida. La persona deja de cuidarse y pierde la motivación para esforzarse por vivir. El control emocional, en este caso, es el factor psicológico que sostiene la motivación necesaria para el desempeño de las actividades relacionadas con la salud en curso (39).

La gestión del estrés se alinea con la resiliencia geriátrica, refiriéndose a la capacidad de recuperarse de las dificultades mientras se mantiene una actitud positiva hacia el futuro. Evaluar el riesgo de trastornos afectivos en el primer nivel de atención ayuda a planificar intervenciones de apoyo emocional para reforzar el autoconcepto y la autoestima del anciano, así

como apoyar el desarrollo de los cambios necesarios. Al combinar estos procesos, se fortalece el bienestar subjetivo de la persona y se sostiene una práctica de autocuidado resiliente. Frente a las dificultades de la vejez, la gestión emocional se convierte en un ejercicio consciente y resistente (3).

b) Red de apoyo

El indicador de red de apoyo familiar representa el tipo básico de apoyo externo para la dimensión psicosocial del autocuidado, que en este caso es la red de relaciones emocionales, de apoyo y de asistencia que los miembros de la familia brindan al adulto mayor. A esta edad, la familia a menudo se convierte en el principal proveedor de cuidados, ofreciendo apoyo que es instrumental, emocional e incluso financiero. La capacidad de autocuidado se ve afectada por este indicador, ya que una red funcional cumple roles protectores que facilitan la adopción de comportamientos positivos y disminuyen el impacto del aislamiento social y la fragilidad (1).

El valor de este indicador se encuentra en el aumento/disminución de la agencia de autocuidado. Un cliente individual de la tercera edad con un buen contexto familiar muestra un apoyo familiar sólido, demostrando una relación positiva con la familia y bajas cargas de la autogestión cognitiva. En ausencia de este apoyo o en presencia de dinámicas familiares conflictivas, la persona muestra autoabandono y una rápida decompensación de actividades de orden superior. Por lo tanto, la presencia familiar es una compañía de cuidado y un supervisor/validador del autocuidado que realiza el individuo (2).

La red de apoyo familiar es realmente uno de los pilares de la resiliencia comunitaria que debemos valorar a nivel de atención primaria. En los sistemas de salud caracterizados por una vulnerabilidad extrema, la familia es el principal conector del paciente con el sistema de salud. Ellos garantizan el cumplimiento de controles, la notificación de signos de advertencia y otras responsabilidades importantes. De esta manera, consideramos este indicador a medida que las familias se vuelven específicas del entorno en los sistemas de salud. Combinamos la atención médica con el apoyo social, permitiendo así que los cuidadores diseñen el proceso de atención familiar. Mejorar el contacto de los ancianos con sus redes de apoyo asegura que el autocuidado ya no sea una práctica solitaria y descuidada, sino una práctica segura y protegida, que sea permanente y aún activa (3).

2.2.2. Problemas de Salud

Incluye todas las formas de alteración, deficiencia o enfermedad que comprometen los componentes biopsicosociales de un individuo, quien finalmente manifiesta estos problemas a través de signos y síntomas, así como discapacidades y limitaciones funcionales. En lo que respecta a las personas mayores, estos tipos de Problemas de Salud no son solo singulares. Es la definición de multimorbilidad, donde la presencia de dos (o más) enfermedades crónicas replantea la salud del individuo. Esta variable es la más significativa de todos los problemas de salud, ya que los Problemas de Salud son los más incapacitantes de todos los Problemas de Salud y los que afectan más a las personas mayores y, por lo tanto,

plantean retos constantes y obligan a las personas mayores a adaptarse y modificar la forma en que cuidan de sí mismas (1).

Desde el punto de vista de la salud pública, la definición de problemas de salud proporciona un medio útil para determinar la carga de enfermedad para un individuo y el alcance de la demanda de servicios de salud como consecuencia. En la población mayor, la cronicidad de estas condiciones (hipertensión, diabetes y enfermedades osteoarticulares) produce un estado de debilidad que puede resultar en una cadena de eventos negativos que se intensifican si no se manejan de manera competente. Por lo tanto, esta variable no solo determina la presencia de patologías, sino también en qué medida afectan las actividades restantes de la vida diaria, formando la percepción que el adulto mayor tiene de su propia salud y su grado de autonomía (2).

Además, el análisis del problema de salud debe considerar cómo el paciente describe el problema, la carga emocional y cómo la percepción y sensación de la carga. Además, en regiones que tienen ciertos tipos de geografía local y epidemiología, esto puede verse agravado por ciertos determinantes sociales que restringen la prestación de un diagnóstico oportuno. Abordar esta variable es imperativo, ya que ayuda a construir una capacidad de autocuidado y permite el desarrollo de intervenciones de enfermería que aborden la enfermedad, reduzcan eficazmente las complicaciones y mantengan la mayor capacidad funcional óptima posible (3).

2.2.2.1. Enfermedades crónicas

La enfermedad crónica está en el centro de la carga de morbilidad en los ancianos (es decir, estas condiciones de salud a largo plazo generalmente avanzan lentamente, nunca se resuelven de forma espontánea y casi nunca se curan completamente). En los ancianos, estas condiciones no solo representan un cambio fisiológico, sino también un elemento crítico que reestructura la forma en que una persona vive su vida (es decir, estas condiciones pueden ser hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular o condiciones respiratorias crónicas). Desde una perspectiva biopsicosocial, las condiciones crónicas requieren que el paciente gestione constantemente la condición y se adapte para reducir la carga y prevenir condiciones que amenacen la vida (1).

Esta dimensión es relevante ya que está relacionada con la fragilidad y la dependencia. Las enfermedades crónicas, a diferencia de las enfermedades agudas, requieren que el paciente establezca un autocuidado altamente desarrollado para gestionar activamente su propia sintomatología, seguir tratamientos médicos altamente complejos y cambiar hábitos de vida bien arraigados. Específicamente, si el autocuidado no se adapta adecuadamente a estas enfermedades, éstas causan principalmente deterioro funcional, aumentan las probabilidades de discapacidad y provocan una reducción severa en la calidad de vida. La enfermedad crónica, de esta manera, no es un evento episódico en la vida de una persona, sino que plantea una nosología bio-psicosocial permanente y exige una atención epidemiológica y clínica simultánea (2).

La presencia de comorbilidad debe ser reconocida al adoptar una estrategia de manejo para enfermedades crónicas en la población de mayores. La comorbilidad puede aumentar el impacto perjudicial de cada condición. En términos de atención primaria, la comorbilidad se convierte en el aspecto más crucial para la formulación de planes de cuidado que aseguren el mantenimiento de las condiciones clínicas y la independencia del cliente. Una vez que se reconoce la naturaleza de las condiciones crónicas, los profesionales médicos y las personas mayores pueden determinar los objetivos de control, es decir, el objetivo es concentrarse en la mitigación de las condiciones crónicas y la maximización de la capacidad funcional en la población de mayores (3).

a) Hipertensión arterial

De todas las condiciones crónicas relacionadas con la salud geriátrica, la hipertensión (HTA) es quizás la más común y la más significativa. Se define como una condición crónica de los vasos sanguíneos que presenta una presión arterial elevada, causando defectos en los vasos. Esto adquiere una importancia extrema en el contexto geriátrico, ya que las modificaciones estructurales relacionadas con la edad (como una mayor rigidez arterial) aumentan la probabilidad de la aparición de condiciones cardiovasculares y cerebrovasculares. El autocuidado en el manejo de la HTA exige una monitorización y autoeducación aumentadas de la presión arterial. La HTA es un 'asesino silencioso', destacando la importancia de gestionar la autovigilancia para prevenir la insuficiencia de órganos (1).

Este indicador ayuda a seguir el principal factor de riesgo para la morbilidad prematura. El control de la presión arterial depende de la adherencia a una serie de intervenciones farmacológicas y de estilo de vida. Con poblaciones mayores, los efectos de un estilo de vida libre de hipertensión se traducen en cambios reales. Muchos de los efectos de la adherencia al estilo de vida, especialmente la dependencia sin complicaciones del cuidado terapéutico, están directamente relacionados con cambios en la estabilidad de este indicador (2).

El tratamiento de la hipertensión variará en función de los factores ambientales y los determinantes sociales del paciente que afectan su acceso a medicamentos y nutrición. En un modelo de atención primaria, el seguimiento de este indicador permite a las enfermeras categorizar el riesgo cardiovascular del paciente y desarrollar una formación sólida al respecto, ayudando al paciente a aprender cómo gestionar los factores de riesgo y, en última instancia, la presión arterial. La implementación de un enfoque centrado en el paciente para el control de la hipertensión evitará una serie de factores de salud desfavorables y preservará la integridad del sistema circulatorio del paciente. Esto ayudará al paciente a gestionar su salud y los riesgos de hipertensión a lo largo de toda su vida (3).

b) Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico a largo plazo con varias causas que resulta en hiperglucemia debido a fallos en la secreción y/o acción de la insulina. Esta condición desarrolla una complejidad mayor en los ancianos. La fisiología del envejecimiento causa que los síntomas sean

menos pronunciados, lo que aumenta el riesgo de diagnósticos tardíos y la posibilidad de un diagnóstico tardío. Aunque el nombre de la enfermedad es diabetes, y recibe su nombre por la alteración en el procesamiento de nutrientes, es una enfermedad que afecta a todo el cuerpo. Es una condición difícil de manejar, y especialmente para los pacientes ancianos, ya que pone una carga en la capacidad del paciente para proporcionar autocuidado. El autocuidado para la diabetes es muy riguroso, requiere un monitoreo constante de la glucosa en sangre, cuidado rutinario y especial de los pies, e incluso una gran disciplina para gestionar la dieta y tomar la medicación según lo prescrito (1).

Este indicador es de gran importancia debido al alto potencial de generar complicaciones microvasculares y macrovasculares que afectan severamente la independencia de las personas mayores. La diabetes no controlada es el primer paso que conduce a la retinopatía, nefropatía y neuropatía, lo que aumenta en gran medida el riesgo de discapacidad visual, insuficiencia renal y amputaciones no traumáticas. Considerando la condición del paciente geriátrico, las barreras cognitivas y físicas involucradas en el autocuidado de la diabetes, este indicador también se percibe como la capacidad del individuo para controlar su propio proceso degenerativo y evitar la pérdida de independencia (2).

La diabetes mellitus en adultos mayores también debe adoptar un enfoque integral para considerar todos los aspectos de la salud, incluyendo el riesgo de hipoglucemia. En comparación con la hiperglucemia, la hipoglucemia puede ser mucho peor en términos de los impactos en la salud, como

caídas y deterioro cognitivo. En una situación de atención primaria, monitorear este indicador ayuda al equipo de atención sanitaria a establecer metas personalizadas para el control glucémico, basadas en la funcionalidad y la expectativa de vida del paciente. Basarse en el autocuidado para este indicador permite que el adulto mayor no solo gestione su glucosa en sangre, sino también reduzca el impacto que la enfermedad tiene en su calidad de vida y en la duración de la misma (3).

c) Osteoartritis

La osteoartritis y las enfermedades reumáticas conducen a un dolor crónico e incapacitante. Su degeneración del cartílago articular y la inflamación afectan en gran medida la calidad de vida de los ancianos. En esta cohorte, el reumatismo es la causa principal del déficit de movilidad, y el dolor persistente crea una incapacidad para realizar actividades básicas, alterando así la marcha y aumentando el riesgo de caídas. Esto suele ser la causa de múltiples llamadas a los servicios de emergencia. A diferencia de otras condiciones crónicas, el reumatismo impacta directamente y crea una barrera estructural para la población geriátrica, dificultando la realización del autocuidado (1).

Este indicador es importante para rastrear la discapacidad funcional. La osteoartritis es degenerativa y progresiva, por lo que los pacientes mayores deben emplear estrategias de autocuidado. Esto puede incluir proteger las articulaciones, manejar el dolor mediante medicamentos o fisioterapia, y mantener un peso corporal adecuado para que las articulaciones no soporten cargas innecesarias. Si el indicador se maneja de manera

inadecuada, se desarrolla hipomovilidad, lo que resulta en atrofia muscular y exclusión social. Esto termina impactando negativamente el bienestar general y deteriorando la calidad de vida (2).

Lo mismo se puede decir para abordar los problemas reumáticos durante la vejez. El tratamiento integrado para los problemas reumáticos incluye tratamiento clínico, adaptación ambiental y rehabilitación. Como parte del tratamiento clínico y la rehabilitación, los proveedores de salud evalúan y prescriben programas de ejercicio de bajo impacto que ayudan a preservar el rango de movimiento. En la vejez, los pacientes reumáticos pueden ser empoderados con conocimientos para gestionar sus condiciones. Esto ayuda a los pacientes a identificar el dolor diario y a determinar cuándo y cómo participar en actividades crónicas que los abruman y que afectan su rutina a largo plazo (3).

2.2.2.2. Los síndromes geriátricos

Se definen como una colección de situaciones clínicas complejas de alta prevalencia entre las poblaciones ancianas que no entran en las categorías de enfermedades clásicas. Ejemplos de estos síndromes son la fragilidad, caídas, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y movilidad limitada. Las condiciones son causadas por una interacción compleja de patologías y déficits en múltiples sistemas de órganos. A diferencia del modelo médico tradicional de 'una causa- un síntoma', los síndromes geriátricos suelen ser de origen multifactorial y afectan directamente la funcionalidad. Son síntomas indicadores críticos de que la persona está alcanzando el límite de su reserva fisiológica (1).

Esta dimensión es importante para evaluar los predictores de dependencia y mortalidad. Los síndromes geriátricos son los puntos de partida para una serie de deterioros en el estado de fragilidad. Un ejemplo de esto es cuando un paciente anciano se cae y se fracture la cadera, quedando inmóvil y luego desarrollando una escara por presión. Para los ancianos, el autocuidado respecto a estos síndromes no consiste solo en tratar el síndrome, sino, lo que es más importante, en desarrollar acciones compensatorias y defensivas para incapacitar el autocuidado. La identificación oportuna de estos síndromes es crucial porque los síndromes son crónicos; sin embargo, muchos de sus componentes mezclados son susceptibles de mejora cuando se abordan colectivamente en un espectro oportuno (2).

La dimensión de los síndromes geriátricos requiere una evaluación geriátrica exhaustiva que considere componentes sociales y ambientales, además de los elementos biológicos. A nivel de atención primaria, esta dimensión proporciona la indicación más sensible de la vulnerabilidad del paciente. Las estrategias centradas en el autocuidado ayudan a los ancianos y a sus cuidadores a ver estos síndromes no como una parte inevitable del proceso de envejecimiento, sino como problemas que demandan modificaciones particulares en el estilo de vida y en el entorno para ayudar a envejecer en el lugar y a mantener la dignidad y autonomía de los ancianos el mayor tiempo posible (3).

a) Riesgo de caídas

Un aumento en el riesgo de caídas es uno de los muchos desafíos que presenta la revisión de los síndromes geriátricos comunes. Entre los ancianos, esto se describe mejor como la mayor probabilidad de caídas no intencionales, del tipo de caída. Las caídas geriátricas reflejan la interacción compleja de las vértebras y del entorno. De los primeros, se puede considerar la disminución en la agudeza de la percepción, la agilidad; y la coordinación de las falanges. De los segundos, se puede considerar el mal diseño del calzado, así como la mala o total ausencia de iluminación. En la población geriátrica, muchas caídas no deben considerarse eventos aislados e incidentales, sino más bien como una advertencia de la naturaleza centinela de la fragilidad y la necesidad de una evaluación urgente de la funcionalidad del cuidador y la seguridad del entorno y las condiciones del hogar (1).

Este indicador puede tener impactos físicos, psicológicos y socioeconómicos severos. La caída es la causa más común de fracturas, lesiones cerebrales traumáticas y el comienzo de una dependencia creciente debido a la inmovilidad prolongada. Ser un riesgo de caídas causa una condición llamada "síndrome post-caída". Este síndrome consiste en un miedo persistente a caer, que provoca que los ancianos restrinjan sus actividades diarias y sociales. Este miedo prolonga su aislamiento físico e inicia el deterioro físico del cuerpo. Las prácticas de autocuidado para los ancianos con este indicador son el reconocimiento y aceptación de sus limitaciones motrices con la adaptación del entorno y

comportamientos como una medida proactiva para sobrevivir a un evento que pone en peligro su vida (2).

Desde un punto de vista de la salud comunitaria, la vigilancia del riesgo de caídas ayuda a diseñar enfoques de prevención primaria impactantes. La evaluación continua de la marcha y el equilibrio en el ámbito de atención primaria ayuda a prescribir ejercicios de fortalecimiento y a corregir los factores de riesgo modificables. Estos incluyen la polifarmacia que conduce a mareos y/o somnolencia. Fomentar el autocuidado en esta área ayuda a los ancianos y a sus familiares a construir espacios seguros. La prevención formaliza un proceso en el cual se salvaguardan la integridad y la autonomía de una persona para formar parte de una comunidad (3).

b) Deterioro cognitivo

El indicador de deterioro cognitivo y pérdida de memoria es una de las alteraciones más específicas y sensibles de la salud cerebral en la cohorte de envejecimiento. Se describe como la disminución del intelecto relacionada con la memoria, la atención, la fluidez del lenguaje y el razonamiento, y va más allá del umbral esperado del envejecimiento normativo. En el cuidado de personas mayores, esto sirve como un indicador clave para señalar el inicio de procesos neurodegenerativos, ya que las primeras grietas que aflojan la reserva cognitiva del individuo se manifiestan como fallos en los episodios de memoria más recientes. El deterioro de las funciones mencionadas afecta el autocuidado de manera integral, ya que la capacidad de recordar las características destacadas de la condición médica de una persona, así como los regímenes y medidas de

práctica segura, es directamente proporcional al nivel de funcionamiento cognitivo (1).

Esta medida es útil para evaluar la preservación de la autonomía funcional. Una persona mayor con problemas de memoria no puede gestionar su propia salud, lo que aumenta las probabilidades de errores de medicación, desorientación espacial y accidentes domésticos. El deterioro cognitivo a menudo se asocia con apatía y estados depresivos, que resultan en un deterioro del autocuidado. Para el individuo, el reconocimiento de las deficiencias y la necesidad de superarlas, mediante ayudas externas o estimulación cognitiva, crea un desafío de adaptación más allá del cual su autonomía autosostenida se determina a corto y medio plazo (2).

La capacidad de distinguir entre el deterioro cognitivo patológico y el temporal faculta las intervenciones cognitivas y las actividades de neuroplasticidad; así como, intervenciones de apoyo familiar suficientes. En atención primaria, la evaluación de este indicador es vital para desarrollar planes de cuidado que alivien la carga del funcionamiento diario y preserven la seguridad del paciente. El autocuidado cognitivo, como función preventiva, busca extender las habilidades funcionales de las personas mayores, mientras que el deterioro cognitivo ocurre inevitablemente (3).

c) Deficiencias sensoriales

El indicador de deficiencia sensorial que explica la disminución en la agudeza visual y auditiva se encuentra entre los mayores retos en la

comunicación e interacciones seguras que los ancianos tienen con su entorno. Esta deficiencia sensorial se define como una pérdida continua en la capacidad para percibir estímulos sensoriales. Esta deficiencia es en gran medida resultado del proceso de envejecimiento, siendo la presbiacusia y el desarrollo de cataratas las que constituyen la pérdida de audición y visión, respectivamente. Por lo tanto, en el período geriátrico, estas deficiencias auditivas y visuales ya no deben considerarse como cambios fisiológicos inevitables, sino como indicadores importantes que limitan la capacidad de autocuidado, dado que una comprensión adecuada de los estímulos sensoriales es el primer paso para tomar decisiones relacionadas con la salud (1).

Este indicador es importante para medir los impactos en la seguridad y la participación social. La discapacidad visual aumenta las caídas y los errores al tomar medicinas. La pérdida de audición conduce al aislamiento social, la depresión y un deterioro cognitivo acelerado por falta de estímulo social. Los esfuerzos de autocuidado de las personas con deficiencias sensoriales incluyen obtener ayudas para corregir la deficiencia, como gafas o audífonos, y hacer cambios en el entorno. La incapacidad del paciente para manejar aumenta el peligro de estar aislado de los sistemas de atención médica y apoyo (2).

Desde la enfermería geriátrica, el seguimiento de las funciones sensoriales crea la oportunidad para intervenciones que ayudan a preservar la calidad de vida y mantener la funcionalidad. En un entorno de atención primaria, la evaluación de este indicador revela cómo identificar y tratar las patologías

y enseña la práctica de técnicas sensoriales compensatorias. Un adulto mayor con buena salud sensorial que utiliza sus dispositivos de apoyo compensatorio puede, con mayor confianza, movilizarse, comunicarse y realizar sus tareas y rutinas diarias, permitiendo un envejecimiento y autocuidado más independientes (3).

2.2.2.3. Presencia de anemia

El estado nutricional es una dimensión de la situación fisiológica de una persona basada en la interacción entre la ingesta de nutrientes, los requerimientos metabólicos. En términos de las personas mayores, esta dimensión es crucial para la salud en general, particularmente debido a las implicaciones biológicas del envejecimiento (disminución del gusto, saciedad precoz y cambios dentales) que ponen a una persona en riesgo de desarrollar desequilibrios que causan desnutrición o sobremedicación. El estado nutricional es una dimensión de la salud fisiológica y indica la capacidad y aptitud de la persona para cuidarse a sí misma. Desde una perspectiva más amplia, muestra la capacidad de una persona para mantener una reserva de salud o una reserva funcional (1).

Esta dimensión de fragilidad y recuperación clínica es importante debido a su impacto sistémico. Una buena nutrición protege la masa muscular, el sistema inmunológico y el cuerpo de los síndromes geriátricos, incluyendo la pérdida de masa muscular y la rotura de la piel. La fragilidad y la malnutrición en los ancianos agravan el deterioro cognitivo y físico y aumentan en gran medida la tasa y la duración de sus ingresos hospitalarios. Para el paciente, el autocuidado nutricional abarca la

capacidad y el esfuerzo para gestionar conscientemente su dieta y tomar decisiones relacionadas con la calidad, adecuación y tipo de nutrición, incluyendo la cantidad de proteínas y calorías (para satisfacer sus necesidades individuales que requiere su condición crónica y/o su nivel de actividad) (2).

Desde la salud pública y la enfermería geriátrica, el seguimiento del estado nutricional de una persona es un pilar tanto para las prevenciones primaria como secundaria. En la atención primaria, esta métrica puede ayudar en la detección temprana de algunos determinantes sociales de la inseguridad funcional de los ancianos, como la pobreza, la soledad y/o la falta de contactos sociales. Diseñar una intervención en alimentación equilibrada con las patologías y necesidades específicas del participante, junto con la promoción del envejecimiento activo y la reducción de la morbilidad asociada con deficiencias en vitaminas y metabolismo, además de integrar el estado nutricional, permitirá diseñar intervenciones integrales y coordinadas (3).

a) índice de masa corporal

El IMC, es una medida antropométrica simple pero aceptada internacionalmente para categorizar el estado de peso de un individuo en función de su peso corporal (kg) dividido por la altura medida en metros (m) al cuadrado (m^2). En el contexto de la geriatría, el IMC tiene importancia diagnóstica, particularmente porque los índices de IMC pediátricos y de adultos difieren, como resultado del estado de su composición corporal (redistribución de grasa corporal y pérdida de masa osteoclástica). El IMC

es una medida concomitante y no invasiva del estado nutricional de las personas mayores para categorizarlos como desnutridos, normotrofos o con sobrepeso (1).

Este indicador destaca el riesgo de mala salud debido a la desnutrición. Para los ancianos, un IMC bajo refleja tanto fragilidad como sarcopenia debido a un mayor riesgo de infección y recuperación prolongada. Un IMC alto puede conducir a un empeoramiento de problemas de salud crónicos y mayores limitaciones de movilidad. Es interesante notar que una alta obesidad en personas mayores puede sugerir un grado de protección metabólica. Para un individuo, un IMC regular puede servir como componente del autocuidado físico basado en la nutrición. Puede fomentar un auto ajustado planificado en la nutrición (2).

En los sistemas de gestión clínica a nivel de atención primaria, la evaluación rutinaria del IMC es importante para reconocer fluctuaciones en el peso de una persona que pueden haber pasado desapercibidas, lo cual puede indicar posibles condiciones de salud latentes. Este indicador de IMC es fundamental para los profesionales de la salud en la estructuración de programas de nutrición y planes de atención individualizados destinados a mantener el peso de los adultos mayores en una salud funcional. Por lo tanto, el control del IMC es útil a efectos estéticos, pero lo más importante es que el control del IMC se centra en una salud funcional y una mejor calidad de vida, mostrando en qué medida el gasto energético de los adultos mayores está en equilibrio con su ingesta dietética (3).

b) Estado nutricional

La anemia es una condición caracterizada por un menor número de glóbulos rojos de lo normal, o una concentración reducida de hemoglobina en los glóbulos rojos, lo que disminuye la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre. La anemia presenta una condición clínica compleja en los ancianos. También es una dimensión significativa de la salud de los ancianos porque la presencia de este indicador no debe verse como una parte normal del proceso de envejecimiento, sino como una amenaza potencial para la capacidad física general y la energía vital del anciano (1).

La relevancia de esta medida proviene de su influencia en la funcionalidad y la capacidad mental. En las poblaciones mayores, la anemia generalmente se presenta como fatiga, debilidad muscular, es decir, sarcopenia, y disnea, cada una de las cuales tiende a aumentar la posibilidad de caídas y fracturas óseas. La anemia también puede llevar a un deterioro cognitivo. La hipoxia y la anemia pueden causar confusión y pérdida de la capacidad para cuidar de sus propias necesidades. Para la población de mayores, el manejo de esta medida a través del autocuidado y el seguimiento con su médico es la forma más importante de prevenir el continuo deterioro que puede llevar a la pérdida de autonomía y/o a un aumento en las hospitalizaciones (2).

Desde una perspectiva de salud pública, la detección de anemia es un aspecto crucial de una evaluación geriátrica básica. Es importante que los médicos de atención primaria entiendan la importancia de alertar sobre desequilibrios nutricionales o la presencia de una enfermedad mientras

existe una oportunidad para intervenir. Una estrategia preventiva debe centrarse en educar al paciente sobre la dieta adecuada y la necesidad de tomar los suplementos recetados. Controlar la presencia de anemia es necesario para que la población geriátrica reconstruya la fuerza de su sistema inmunológico y tenga la energía para envejecer de manera activa y saludable (3).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Deterioro cognitivo

El deterioro de las funciones mencionadas afecta el autocuidado de manera integral, ya que la capacidad de recordar las características destacadas de la condición médica de una persona, así como los regímenes y medidas de práctica segura, es directamente proporcional al nivel de funcionamiento cognitivo (1).

El estado nutricional

Es una dimensión de la salud fisiológica y indica la capacidad y aptitud de la persona para cuidarse a sí misma. Desde una perspectiva más amplia, muestra la capacidad de una persona para mantener una reserva de salud o una reserva funcional (1).

Índice de masa corporal

Un IMC regular puede servir como componente del autocuidado físico basado en la nutrición. Puede fomentar un auto ajustado planificado en la nutrición (2).



Anemia

En las poblaciones mayores, la anemia generalmente se presenta como fatiga, debilidad muscular, es decir, sarcopenia, y disnea, cada una de las cuales tiende a aumentar la posibilidad de caídas y fracturas óseas. La anemia también puede llevar a un deterioro cognitivo (2).



CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El marco fue no experimental y transversal. Fue no experimental porque las observaciones se hicieron en el estado o entorno natural de las variables sin ninguna manipulación previa. Fue transversal, o fue diseñado para describir los fenómenos en un único punto en el tiempo. Este marco es útil para entender el estado de diferentes variables y relaciones en el grupo muestreado, y por lo tanto, la salud del grupo en ese punto singular en el tiempo.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo principal de investigación es básica (también conocida como pura o fundamental). El objetivo inicial de este tipo de investigación es desarrollar nuevos conocimientos y promover el crecimiento de teorías existentes sin tener que aplicar los hallazgos de esta investigación en un contexto práctico. La investigación básica complementa la claridad de los diversos fenómenos al comprender las propiedades, estructuras y relaciones de las variables de investigación y fortalecer el corpus teórico de la disciplina (3).

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.

El estudio utilizó el método hipotético-deductivo, que comienza con una hipótesis, observación e investigación empírica para confirmar o refutar la

hipótesis. Primero, este método identifica el problema y luego crea y prueba hipótesis explicativas, derivadas y consecuentemente verificables. Este método se usa para llegar a conclusiones en las ciencias de la salud y sociales, empleando una estructura rigurosa para verificar sistemáticamente las premisas y crear generalizaciones (2).

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.4.1. Población.

El grupo de participantes incluyó a 7.783 individuos de 60 o más años. Metodológicamente, la población es la colección completa de casos que cumplen con criterios específicos, límites estadísticos y características sociodemográficas que preocupan al investigador. Determinar un universo de 7.783 individuos establece el alcance del cual se recopilan los detalles importantes para el análisis estadístico, y se asegura que los resultados y conclusiones sean representativos de la población muestreada dentro del enfoque de la intervención.

3.4.2. Muestra:

La muestra incluyó 112 docentes mayores de instituciones educativas secundarias del distrito de Juliaca. En términos metodológicos, la muestra es un subgrupo de la población de interés del cual se recopilan datos para realizar análisis. En este caso, la muestra de 112 docentes ayuda a los especialistas a recopilar datos sobre la población a partir de un segmento en el cual, debido a sus actividades laborales y la etapa de la vida, se pueden encontrar características de interés relacionadas con las variables en cuestión, asegurando así que los resultados sean relevantes y aplicables al contexto educativo de la región (1).

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	7783
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.40
Complemento de p	q	0.60
Precisión	d	0.09

Tamaño de la muestra	n	112.20
----------------------	---	---------------

$$n = \frac{7783 \cdot 3.8416 \cdot 0.40 \cdot 0.60}{0.0081 \cdot 7782 + 3.842 \cdot 0.40 \cdot 0.60}$$

$$n = \frac{7175.801472}{63.034 + 0.922}$$

$$n = \frac{7175.8}{63.956}$$

$$n = 112.2$$

$$n = 112$$

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnicas

Este estudio utilizó una encuesta incondicional para medir la Variable 1 (Capacidad de autocuidado) y la Variable 2 (Problemas de salud). En la metodología de investigación, una encuesta es un puente que permite a los

investigadores acceder a los participantes del estudio y recopilar la retroalimentación deseada (por ejemplo, opiniones, actitudes o satisfacción con la salud de los participantes del estudio). Esta técnica es una parte esencial de un enfoque cuantitativo para los participantes del estudio porque permite a los investigadores recopilar datos sustanciales, comparables y cuantitativos sobre el tema de investigación en una cantidad mínima de tiempo y listos para el proceso de análisis estadístico (2).

3.5.2. Instrumentos

Para la recopilación de datos, se utilizaron cuestionarios estructurados para ambas variables del estudio. Un cuestionario puede ser en forma de un documento físico o digital que incluye una lista de preguntas o ítems que están organizados sistemáticamente para evaluar las dimensiones de las variables, en este caso, definiciones operativas. Con respecto a la Variable 1, el instrumento evaluó la capacidad de autocuidado, mientras que para la Variable 2, el instrumento ayudó a evaluar la Agencia de Autocuidado/instrumentos/problema de autotratamiento de síntomas. Ambos instrumentos fueron evaluados según los criterios de validez y confiabilidad para establecer si las mediciones reflejaban las realidades o estaban alineadas con las realidades de los docentes en Juliaca (3).

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se solicitó autorización al jefe de la Micro Red Cono Sur para recopilar datos de acuerdo con la operacionalización de variables descrita. Estos datos se compilarán para crear una base de datos y una aplicación, y posteriormente se elaborará un informe final de tesis.

Se obtuvo y organizó la autorización con la enfermera licenciada a cargo de los mayores en los establecimientos.

La información fue recopilada según la operacionalización variable en la investigación.

Se obtuvo y gestionó la aprobación con la enfermera licenciada en cuidado de personas mayores en la instalación.

Los datos fueron recopilados en función de la operacionalización de las variables del estudio.

Los datos fueron ensamblados para ser digitalizados y facilitar la entrada y análisis de los resultados.

Se coordinó la revisión y defensa de la investigación del informe.

Se coordinó la publicación de los resultados.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

Por medio de la fórmula siguiente:

$$X^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

3.8.1. Validación.

Dos jueces expertos evaluaron qué tan bien resistieron los instrumentos, uno de los cuales es un profesional reconocido en el campo y el otro está vinculado profesionalmente a la (UANCV). Este proceso implicó una evaluación experta

de los ítems del cuestionario, centrada en la coherencia, relevancia, claridad y suficiencia. Tras la revisión, los expertos declararon los ítems “aplicables”, lo que evidenció que los instrumentos miden adecuadamente las variables del estudio en la población objetivo (1).

3.8.2. Confiabilidad.

El coeficiente de Cronbach fue de 0,70 para la Variable 1 y de 0,71 para la Variable 2. Los resultados sugieren una fiabilidad grande y aceptable para el propósito de la investigación científica. El resultado demuestra la capacidad de las escalas para medir el mismo fenómeno de manera persistente y proporciona evidencia de la estabilidad de los resultados a lo largo del tiempo. El contexto de la investigación indica que los ítems de la encuesta están relacionados y abordan el mismo tema para los docentes en la ciudad de Juliaca (2).

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	112	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	112	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,873	14



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se muestran en esta sección, organizados, utilizando tablas estadísticas y figuras que ilustran las frecuencias y porcentajes de las variables bajo este estudio, Capacidad de autocuidado y Problemas de salud. Cada uno de los métodos visuales se presenta con un análisis interpretado, donde se describen los resultados más importantes observados en la muestra de docentes de la ciudad de Juliaca.

La aplicación de la estadística no paramétrica de Chi-cuadrado (χ^2). Con este procedimiento, fue posible evaluar las relaciones existentes, determinando el grado de dependencia de las variables. Los resultados de esta prueba, incluidos los valores de significancia (valor p) para las hipótesis propuestas en la investigación, se presentan en el siguiente capítulo.

Por último, los resultados siguen el análisis descriptivo e inferencial de las características de la población en orden cronológico. Figuras y tablas, además de comprimir grandes cantidades de datos, ayudan a ilustrar los patrones principales relacionados con la salud de la población de edad avanzada evaluada.

Tabla 01. - Edad y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Edad del adulto mayor	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
60 a 69 años	18	16.07	31	27.68	18	16.07	6	5.36	73	65.18
70 a 79 años	6	5.36	10	8.93	8	7.14	10	8.93	34	30.36
80 a más años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	4.46	5	4.46
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 29,860$$

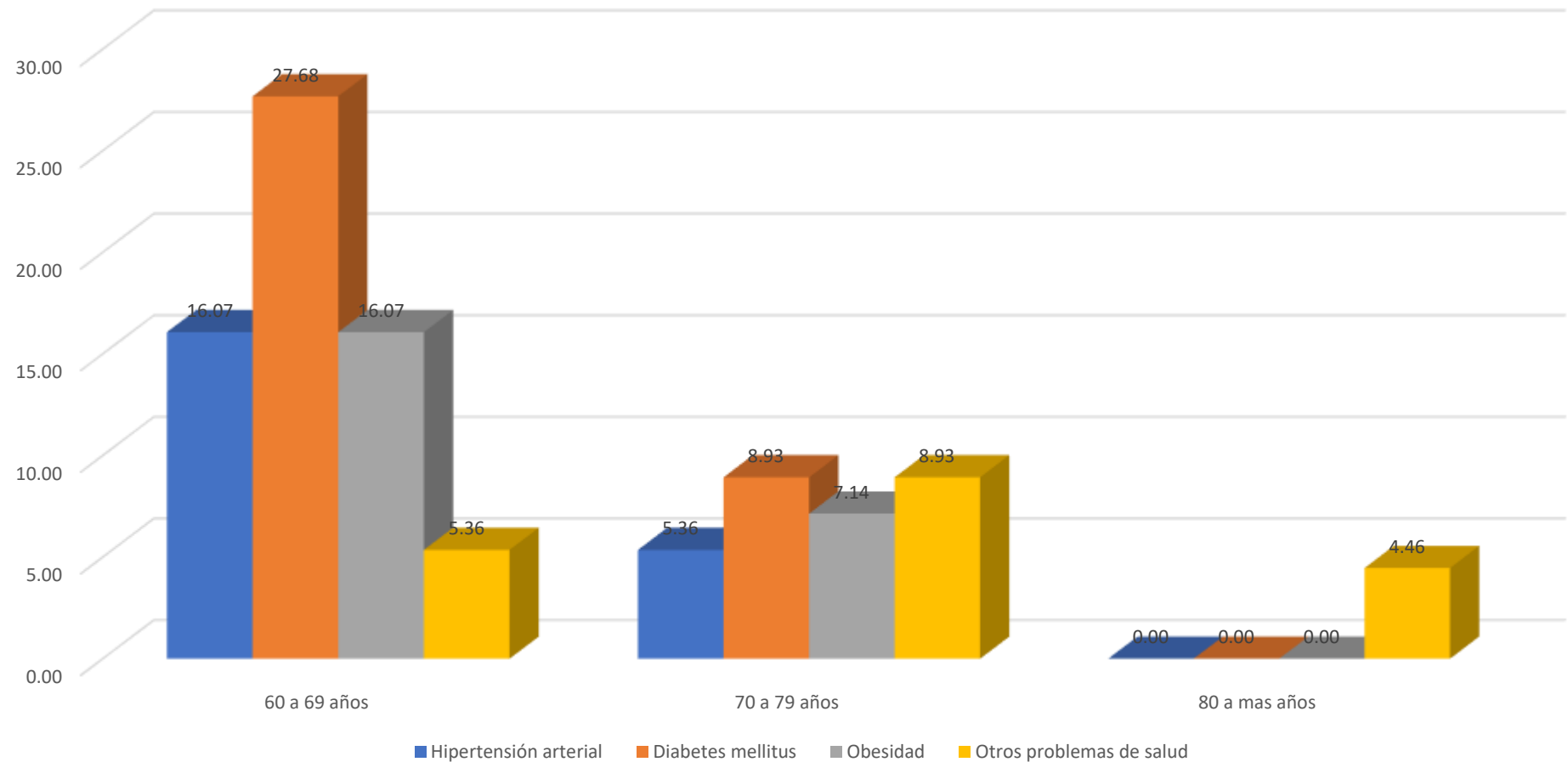
$$p= 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 01. - Edad y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 01.

Al analizar la Tabla y la Figura 01 en el estudio, se indica que, de los participantes de edad avanzada, el 65.18% tiene entre 60 y 69 años, el 30.36% pertenece al grupo de edad de 70-79 años, y el 4.46% tiene 80 años o más. Entre los adultos mayores con hipertensión, el 16,07% se encuentra en el grupo de edad de 60-69 años, y el 5,36% en el de 70-79 años. Entre los adultos mayores con diabetes mellitus, el 27,68% está en el grupo de 60-69 años, y el 8,93% en el de 70-79 años. Finalmente, entre los adultos mayores con obesidad o sobrepeso, el 16,07% se encuentra en el grupo de edad de 60-69 años, y el 7,14% en el de 70-79 años.

La prueba chi-cuadrado, error del 5%, con $X^2_{calc}=29.860$ siendo mayor que $X^2_{tab}=12.592$, $df=6$, y $p=0.000$ siendo mayor que 5, tenemos evidencia de que la edad de los adultos mayores.

Velasco (15) en su estudio relación entre el proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores la media fue de 73 años (D.E. = 6.82).

Cupe (16) ha encontrado que: la edad de adultos mayores estuvo entre 60 y 93 años. Los resultados encontrados con nuestra investigación han sido similares, conociendo de que los adultos mayores con mayor frecuencia son de 60 a 69 años de edad como consigna en nuestro estudio y el estudio de comparación.

Tabla 02. - Genero y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Genero del adulto mayor	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	20	17.86	25	22.32	10	8.93	9	8.04	64	57.14
Masculino	4	3.57	16	14.29	16	14.29	12	10.71	48	42.86
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 12,423$$

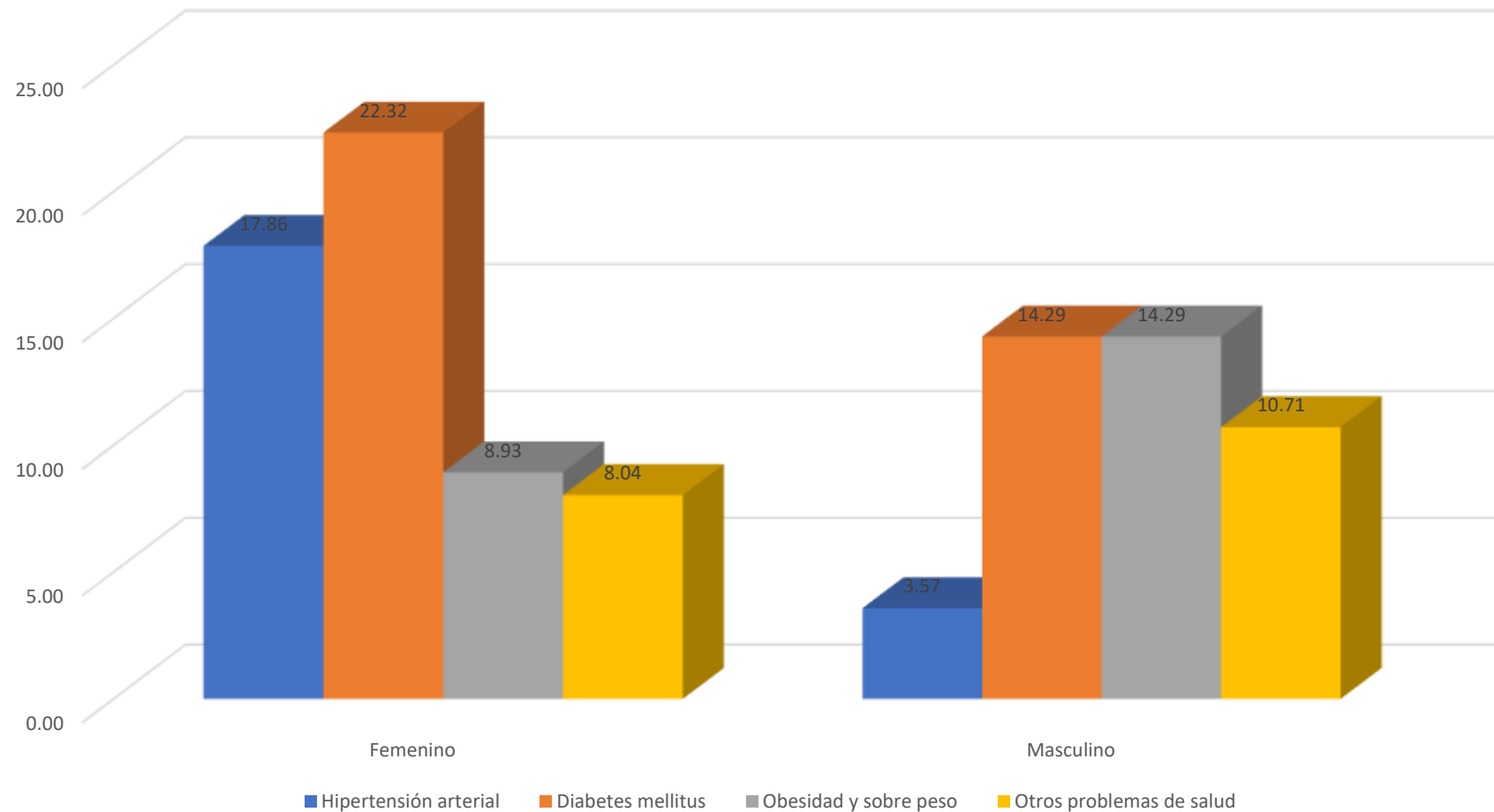
$$p= 0,006$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 7,815$$

$$gl= 3$$

Figura 02. - Genero y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 02.

En la tabla y figura 02, observamos que el género del adulto mayor, 57,14% es de género femenino, el 42,86% es de género masculino. De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 17,86% es de género femenino, el 42,86% es de género masculino; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 22,32% es de género femenino, el 14,29% es de género masculino; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 14,29% es de género masculino, el 8,93% es de género femenino.

La prueba chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=12,423$ mayor $X^2_{tab}=7,815$, $gl=3$, $p=0,006$ es significativa, el género tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Velasco (15) ha encontrado que: 79.3% mujeres y 20.7% hombres, revelaron que existió relación inversa y de una intensidad moderada entre proceso de envejecimiento y calidad de vida.

Cupe (16) ha concluido que: las características socio demográficas de los adultos mayores 51% fueron hombres y 49% fueron mujeres, 80 mujeres representan el 26% y 76 hombres representan el 25%. Se han encontrado resultados similares donde la mayor frecuencia son mujeres en ambos estudios.

Tabla 03. - Estado civil y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Estado civil del adulto mayor	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Casado/a	21	18.75	22	19.64	2	1.79	0	0.00	45	40.18
conviviente	3	2.68	19	16.96	15	13.39	8	7.14	45	40.18
Separada/o	0	0.00	0	0.00	1	0.89	5	4.46	6	5.37
Viudo/a	0	0.00	0	0.00	8	7.14	8	7.14	16	14.29
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 76,973$$

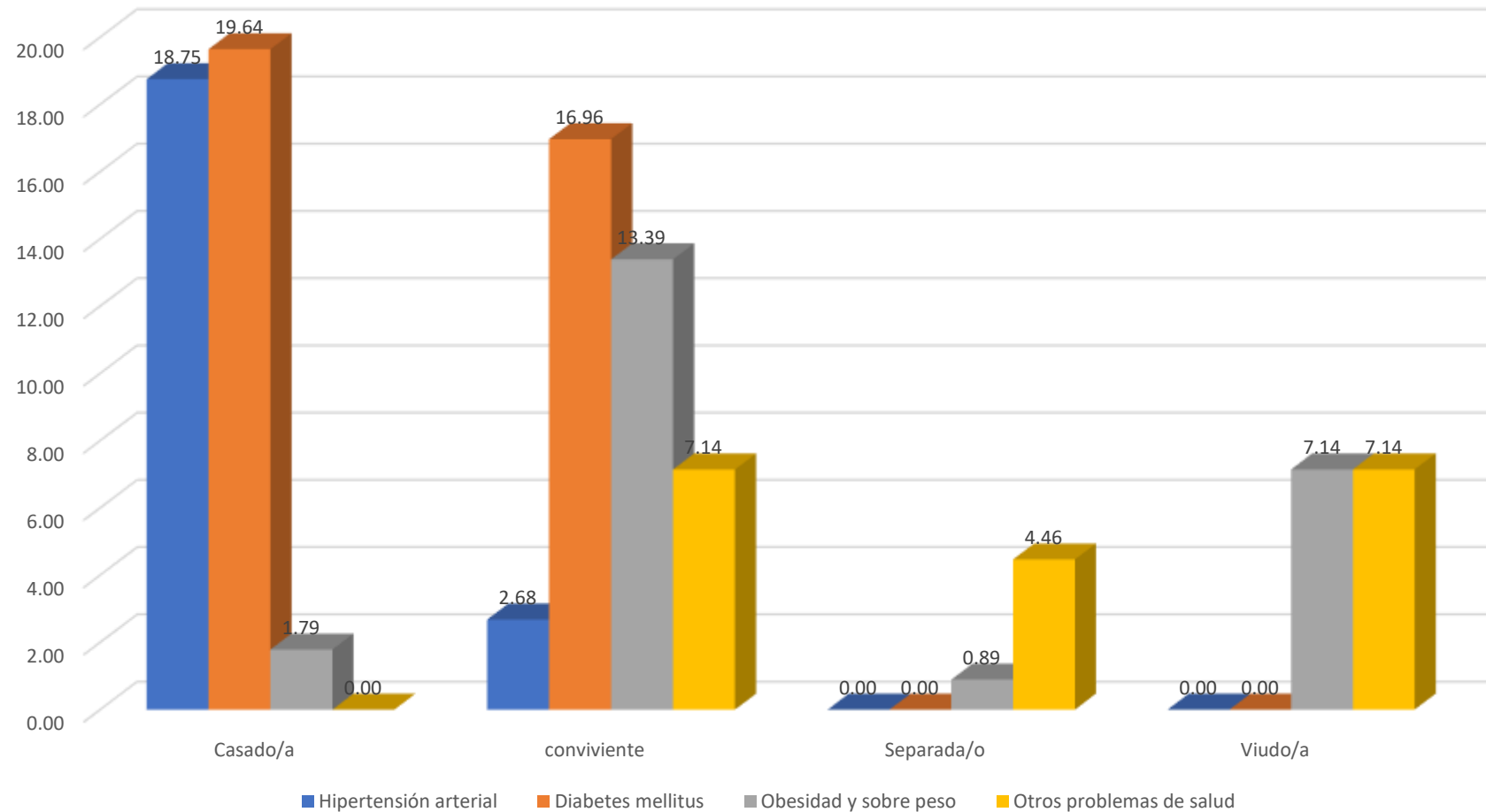
$$p = 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 16,919$$

$$gl = 9$$

Figura 03. - Estado civil y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 03.

En la tabla y figura 03, observamos que el estado civil del adulto mayor del adulto mayor, 40,18% es de estado civil casado/a, el 40,18% es de estado civil conviviente, el 14,29% es de estado civil viudo/a, el 5,36% es de estado civil separado/a.

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 18,75% es de estado civil casado/a, el 2,68% es de estado civil conviviente; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 19,64% es de estado civil casado/a, el 16,96% es de estado civil conviviente; de los adultos que presentan obesidad y sobre peso el 13,39% es de estado civil conviviente, el 7,14% es de estado civil viudo/a, el 1,79% es de estado civil casado/a.

La prueba del chi cuadrado, margen de error 5%, $X^2_{cal}=76,973$ mayor $X^2_{tab}=16,919$, $gl=9$, $p=0,000$ es significativa, el estado civil tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Velasco et., al. (5) los adultos mayores por lo general viven solos, cada vez en la actualidad el adulto mayor no esta en la nueva familia como integrante, por lo que viven generalmente solos, inclusive muchos inclusive quedan viudos puesto que no siempre llegan juntos hasta el final.

Tabla 04. - Composición familiar y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Composicion familiar	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Nuclear	17	15.18	17	15.18	2	1.79	0	0.00	36	32.14
Ampliada	6	5.36	23	20.54	20	17.86	15	13.39	64	57.14
Monoparental	1	0.89	1	0.89	4	3.57	4	3.57	10	8.93
Reconstituida	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	1.79	2	1.79
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 45,581$$

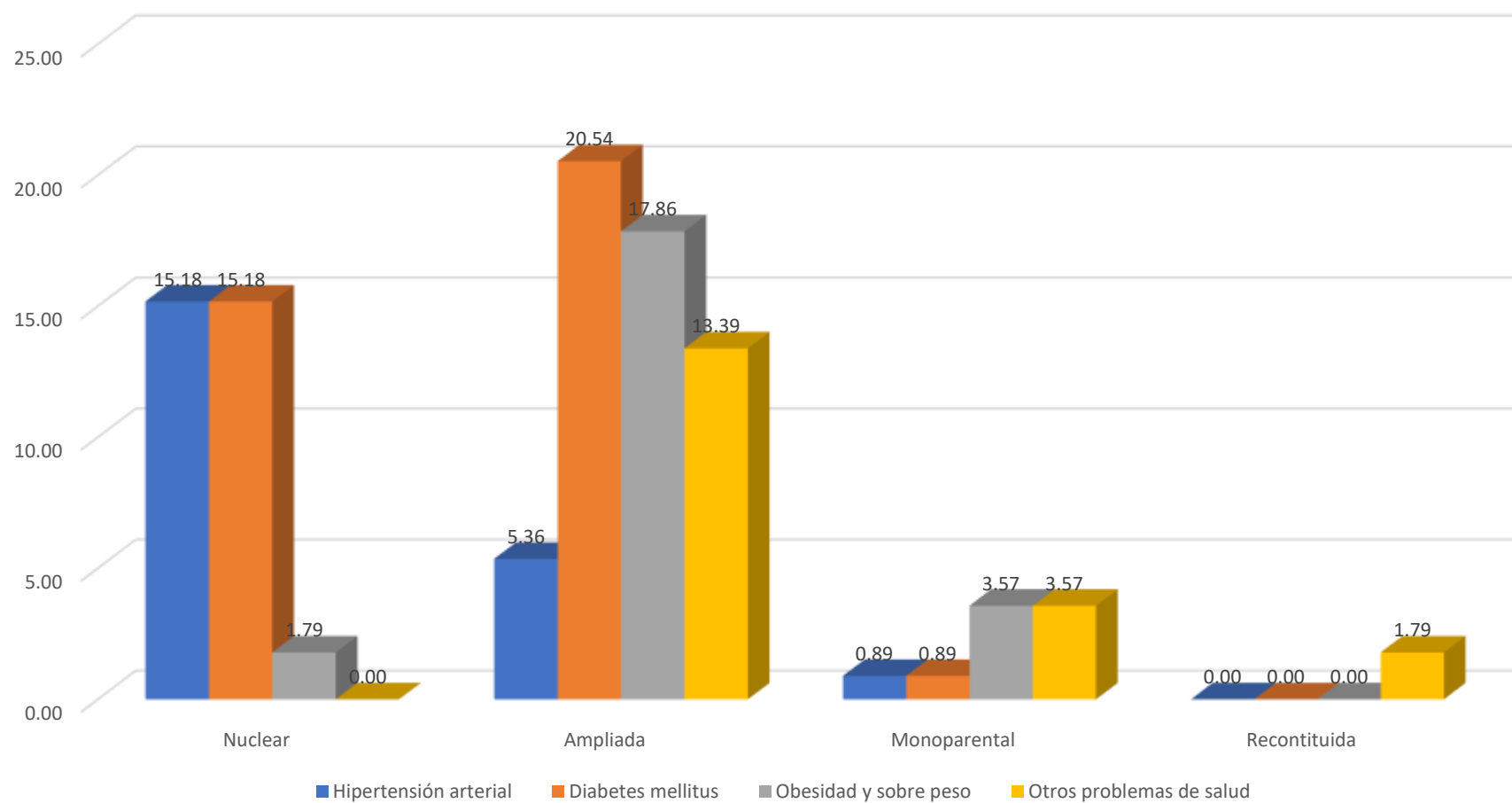
$$p = 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 16,919$$

$$gl = 9$$

Figura 04. - Composición familiar y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 04.

En la tabla y figura 04, observamos que la composición familiar del adulto mayor del adulto mayor, 57,14% tiene una familia ampliada, el 32,14% tiene una familia nuclear, el 8,93% tiene una familia monoparental, el 1,79% tiene una familia reconstituida.

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 15,18% tiene una familia nuclear, el 5,36% tiene una familia ampliada, el 0,89% tiene una familia monoparental; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 20,54% tiene una familia ampliada, el 15,18% tiene una familia nuclear; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 17,86% tiene una familia ampliada, el 3,57% tiene una familia monoparental, el 1,79% tiene una familia nuclear.

La prueba mediante chi cuadrado, error 5%, $X^2_{cal}=45,581$ mayor $X^2_{tab}=16,919$, $gl=9$, $p=0,000$ es significativa, la composición familiar tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Cabezón (6) La importancia de este elemento radica en su influencia en la reducción de la frecuencia de accidentes y complicaciones agudas. La investigación entre los ancianos sugiere que muchas admisiones hospitalarias debido a caídas o sobredosis de medicamentos podrían prevenirse si el cliente poseyera un nivel suficiente de alfabetización en riesgos y pudiera adaptar su entorno y su consumo. Los ancianos experimentan una disminución en la sensación de inseguridad cuando integran la identificación de peligros en sus actividades diarias. Este ajuste fomenta un envejecimiento activo y disminuye la dependencia de otros para la supervisión que necesitan (2).

Tabla 05. - Autonomía de la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Autonomía de la actividad física	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Se moviliza independiente	16	14.29	15	13.39	5	4.46	0	0.00	36	32.14
Se moviliza con dificultad	8	7.14	16	14.29	12	10.71	8	7.14	44	39.29
Realiza caminatas	0	0.00	10	8.93	9	8.04	13	11.61	32	28.57
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 33,394$$

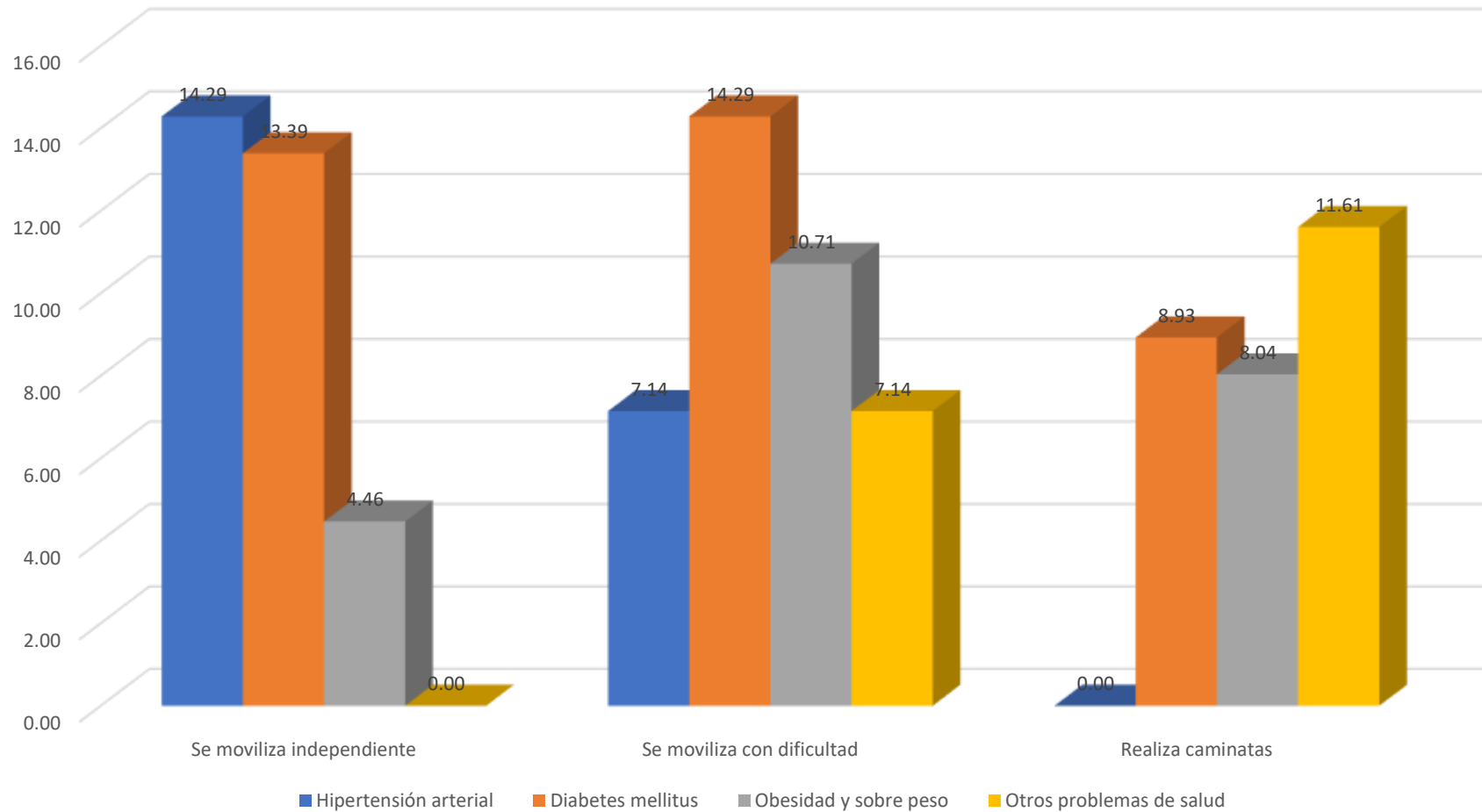
$$p = 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 12,592$$

$$gl = 6$$

Figura 05. - Autonomía de la actividad física y su relación con problemas de salud adulto mayor



Fuente: tabla 05.

En la tabla y figura 05, observamos que la autonomía de la actividad física del adulto mayor del adulto mayor, 39,29% se moviliza con dificultad, el 32,14% se moviliza independientemente, el 28,57% refiere que realiza caminatas

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 14,29% se moviliza independientemente, el 7,14% se moviliza con dificultad; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 14,29% se moviliza con dificultad, el 13,39% se moviliza independientemente, el 8,93% refiere que realiza caminatas; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 10,71% se moviliza con dificultad, el 8,04% refiere que realiza caminatas, el 4,46% se moviliza independientemente

La prueba chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=33,394$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, la autonomía de la actividad física tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Gutiérrez et al. (7) han concluido que: el riesgo de caídas aumenta con la edad y es mayor en mujeres, las caídas previas, la dificultad para caminar, el uso de medicación y el déficit sensorial son factores de riesgo de caídas.

Tabla 06. - Importancia para realizar la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Importancia para realizar la actividad fisica	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Fortalece los huesos y musculos	21	18.75	33	29.46	16	14.29	3	2.68	73	65.18
Disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad	3	2.68	8	7.14	8	7.14	8	7.14	27	24.11
Ayudar a dormir mejor y relajado	0	0.00	0	0.00	2	1.79	10	8.93	12	10.71
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 49,471$$

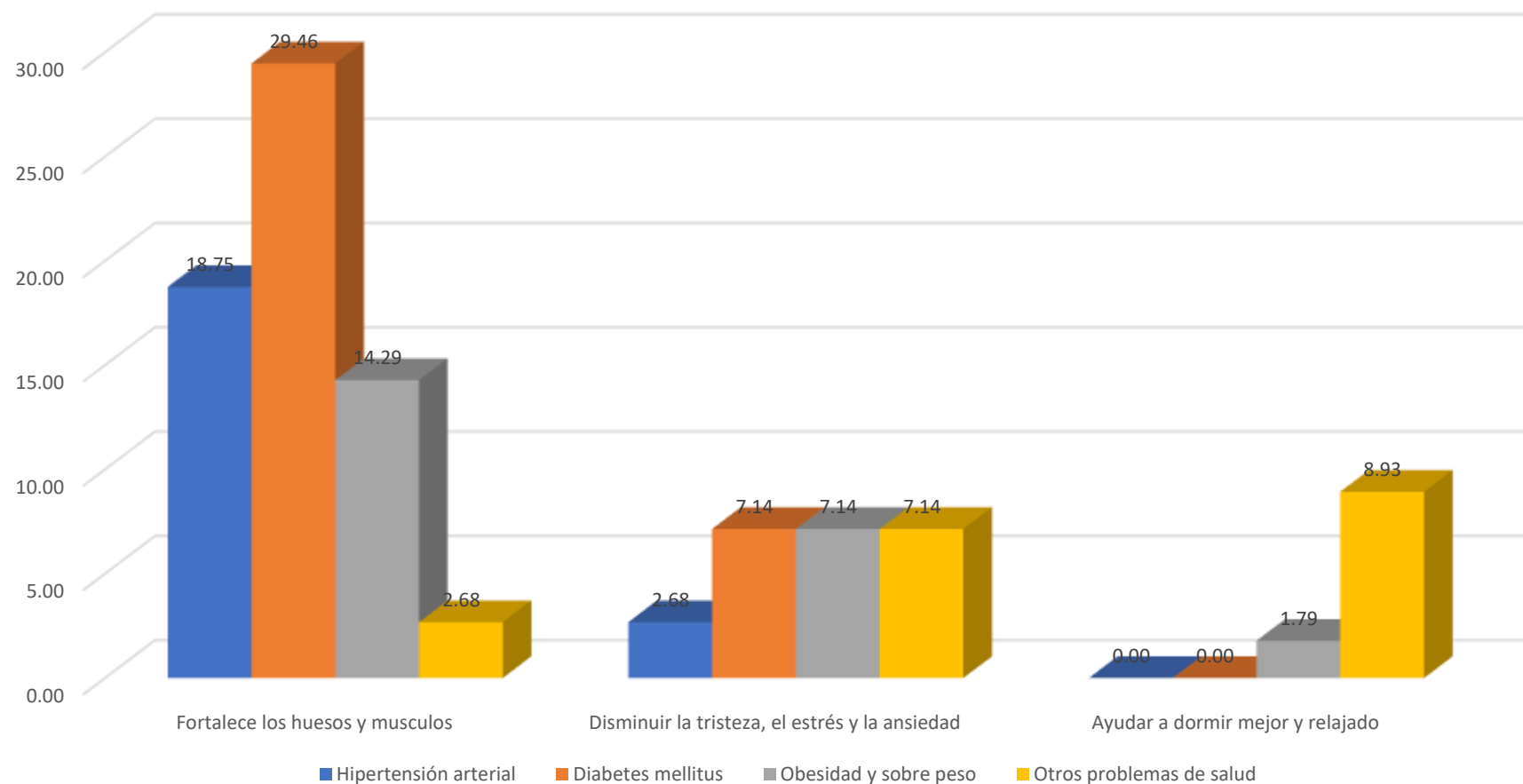
$$p= 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 06. - Importancia para realizar la actividad física y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 06.

En la tabla y figura 06, observamos que la importancia para realizar la actividad física del adulto mayor del adulto mayor, 65,18% la actividad física fortalece los huesos y músculos, el 24,11% la actividad física hace disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad, el 10,71% ayuda a dormir mejor y relajado

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 18,75% la actividad física fortalece los huesos y músculos, el 2,68% la actividad física hace disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 29,46% la actividad física fortalece los huesos y músculos, el 7,14% la actividad física hace disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 14,29% la actividad física fortalece los huesos y músculos, el 7,14% la actividad física hace disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad, el 1,79% ayuda a dormir mejor y relajado

La prueba chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=49,471$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, la importancia para realizar la actividad física tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Ciano (9) promover la actividad física en el adulto mayor tiene una gran importancia, puesto que, en nuestros estudios han consignado que resulta de suma importancia considerar las actividades de importancia en el adulto mayor.

Tabla 07. - Hábitos alimentarios y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Hábitos alimentarios	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Desayuno. Almuerzo y cena	17	15.18	15	13.39	9	8.04	4	3.57	45	40.18
Desayuno y almuerzo	7	6.25	24	21.43	12	10.71	8	7.14	51	45.54
Es desordenada no hay horarios	0	0.00	2	1.79	5	4.46	9	8.04	16	14.28
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 29,884$$

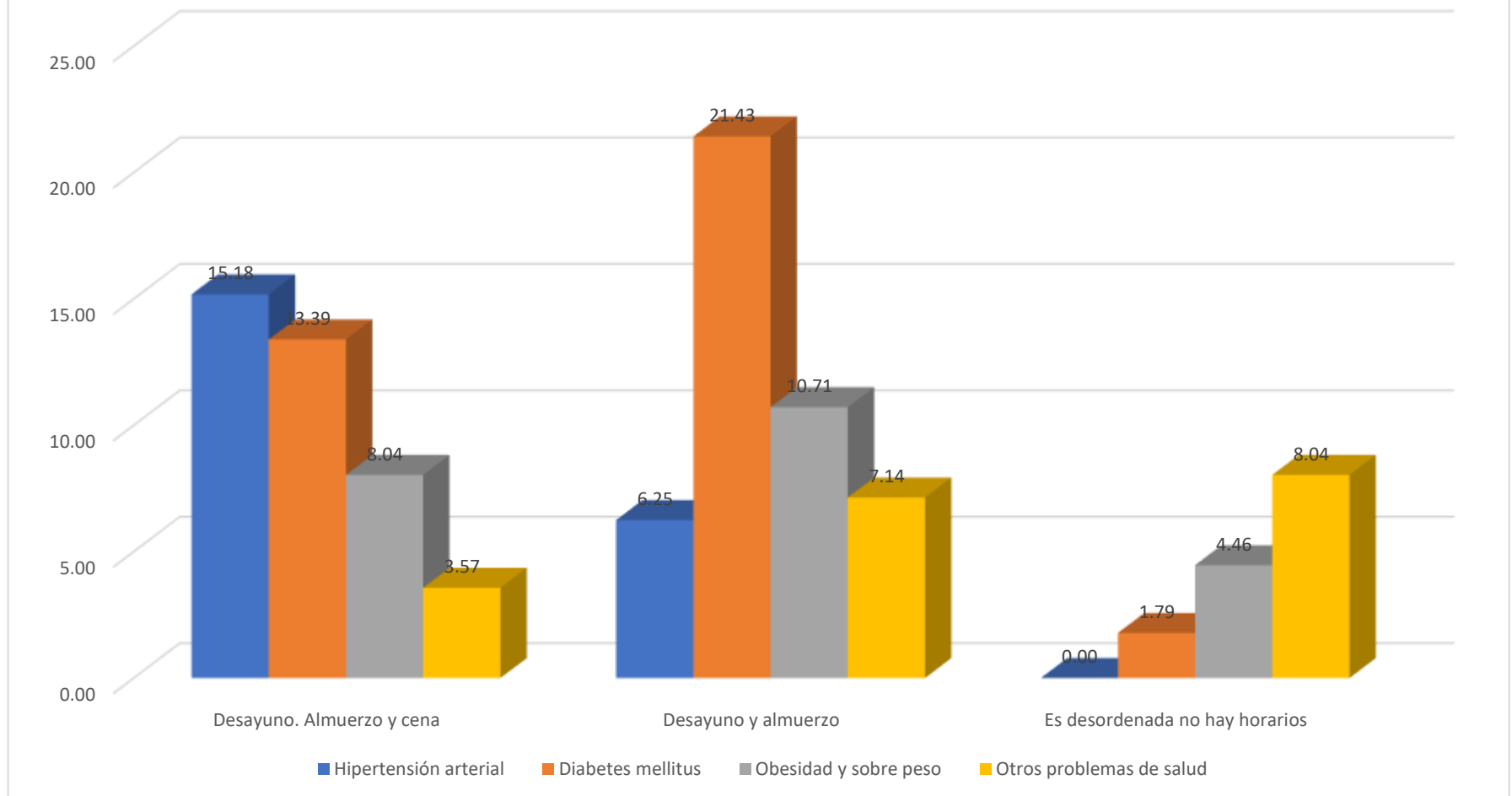
$$p= 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 07. - Hábitos alimentarios y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 07.

En la tabla y figura 07, observamos que los hábitos alimentarios del adulto mayor del adulto mayor, el 45,54% consume desayuno y almuerzo, el 40,18% consume desayuno, almuerzo y cena, el 14,29% consume alimentos desordenados no hay horarios

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 15,18% consume desayuno, almuerzo y cena, el 6,25% consume desayuno y almuerzo; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 21,43% consume desayuno y almuerzo, el 13,39% consume desayuno, almuerzo y cena, el 1,79% consume alimentos desordenados no hay horarios; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 10,71% consume desayuno y almuerzo, el 8,04% consume desayuno, almuerzo y cena, el 4,46% consume alimentos desordenados no hay horarios

La prueba del chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=29,884$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, los hábitos alimentarios tienen relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Rivas (14) ha encontrado que: 85% de adultos mayores son independientes, 61% presentaron manifestaciones depresivas, en la valoración sociofamiliar, 68% presentaron algún problema social. Los adultos mayores deben de recibir una alimentación balanceada para garantizar su nutrición y evitar la desnutrición o el sobre peso, pero la realidad es que en nuestro medio la alimentación esta a base de carbohidratos.

Tabla 08. - Prioridad en su alimentacion y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Prioridad en su alimenacion	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Es balanceada (proteínas, carbohidratos, grasas, azucares proporcional a su edad)	17	15.18	15	13.39	9	8.04	4	3.57	45	40.18
Mayor proporcion en carbohidratos	7	6.25	24	21.43	12	10.71	8	7.14	51	45.54
Mayor proporcion en grasas y azucares	0	0.00	2	1.79	5	4.46	9	8.04	16	14.29
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 29,884$$

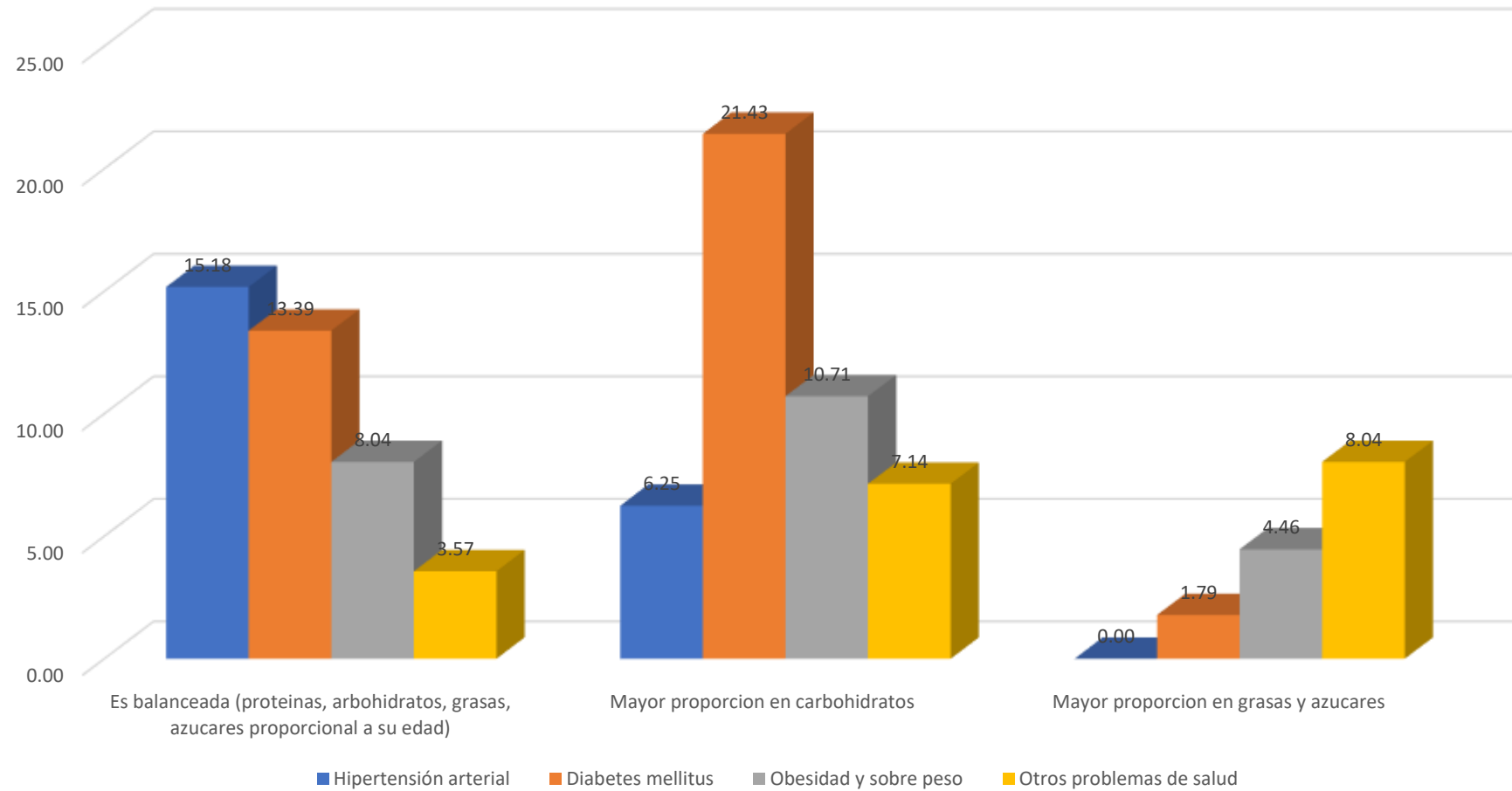
$$p= 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 08. - Prioridad en su alimenacion y su relación con problemas de salud adulto mayor



Fuente: tabla 08.

En la tabla y figura 08, observamos que la prioridad en su alimentación del adulto mayor del adulto mayor, el 45,54% prioriza mayor proporción en carbohidratos, el 40,18% prioriza comida balanceada (proteínas, carbohidratos, grasas, azúcares proporcional a su edad), el 14,29% prioriza mayor proporción en grasas y azúcares

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 15,18% prioriza comida balanceada (proteínas, carbohidratos, grasas, azúcares proporcional a su edad), el 6,25% prioriza mayor proporción en carbohidratos; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 21,43% prioriza mayor proporción en carbohidratos, el 13,39% prioriza comida balanceada (proteínas, carbohidratos, grasas, azúcares proporcional a su edad), el 1,79% prioriza mayor proporción en grasas y azúcares; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 10,71% consume desayuno y almuerzo, el 8,04% consume desayuno, almuerzo y cena, el 4,46% consume alimentos desordenados no hay horarios

La prueba chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=29,884$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, la prioridad en su alimentación tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Mamani (18) De manera similar, mantener un nivel específico de funcionalidad física es un buen predictor de longevidad, así como del logro de intervenciones de salud. Por ejemplo, las personas mayores que mantienen un nivel suficiente de capacidad física pueden seguir ejercicios terapéuticos y modificar su dieta según las necesidades metabólicas de su cuerpo (3).

Tabla 09. - Consumo de frutas y verduras frescas y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Consumo de frutas y verduras frescas	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Diario mas de tres frutas por día y verduras	19	16.96	24	21.43	11	9.82	4	3.57	58	51.79
Semanal 2 a 3 frutas	5	4.46	14	12.50	12	10.71	15	13.39	46	41.07
Esporadicamente frutas y verduras frescas	0	0.00	3	2.68	3	2.68	4	3.57	10	8.93
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	23	20.54	114	101.79

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 24,486$$

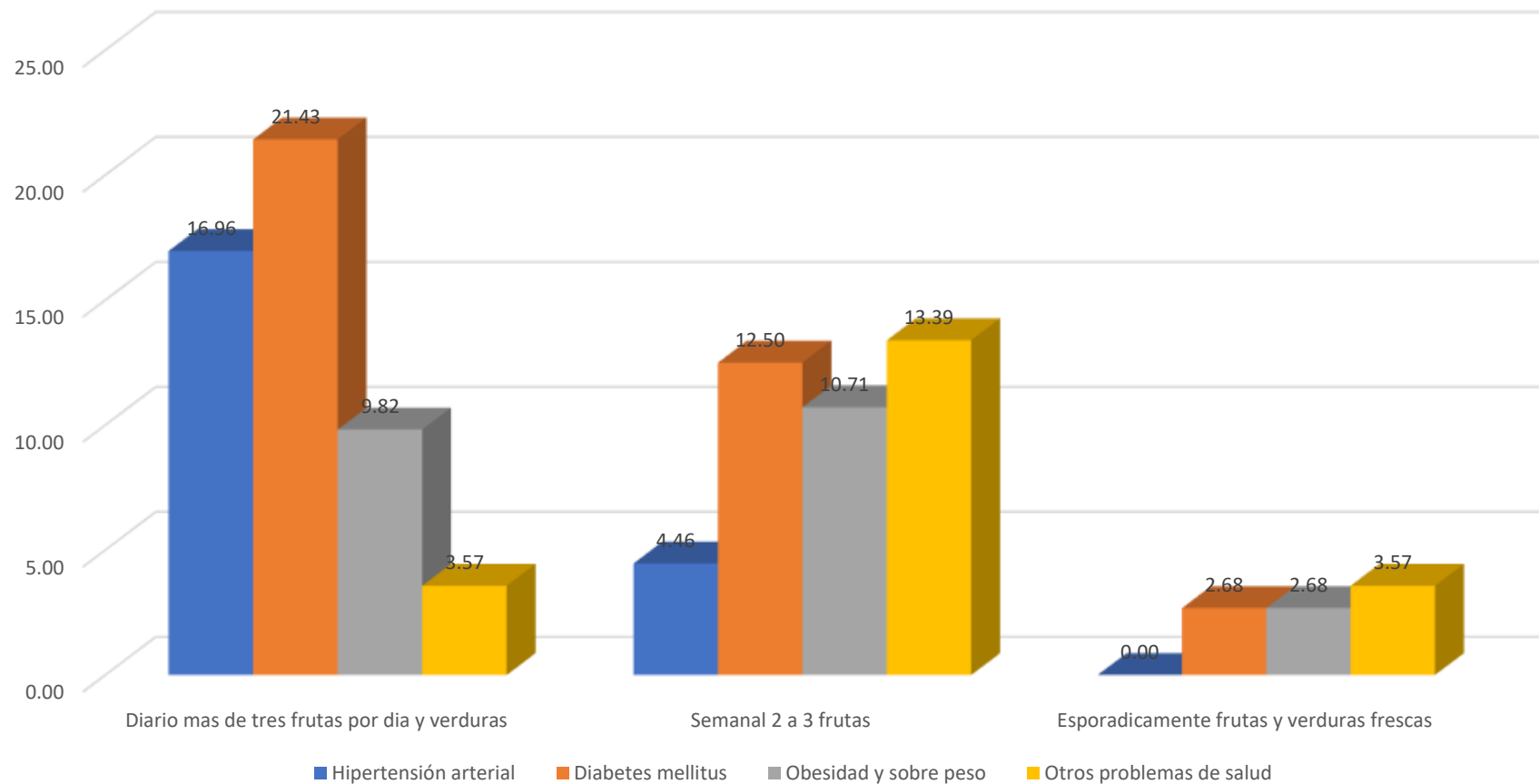
$$p= 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 09. - Consumo de frutas y verduras frescas y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 09.

En la tabla y figura 09, observamos que el consumo de frutas y verduras frescas del adulto mayor del adulto mayor, el 51,79% consume a diario más de tres frutas por día y verduras, el 41,07% consume semanal 2 a 3 frutas, el 8,93% consume esporádicamente frutas y verduras frescas

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 16,96% consume a diario mas de tres frutas por día y verduras, el 4,46% consume semanal 2 a 3 frutas; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 21,43% consume a diario mas de tres frutas por día y verduras, el 12,50% consume semanal 2 a 3 frutas, el 2,68% consume esporádicamente frutas y verduras frescas; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 10,71% consume semanal 2 a 3 frutas, el 9,82% consume a diario mas de tres frutas por día y verduras, el 2,68% consume esporádicamente frutas y verduras frescas

La prueba chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=24,486$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, el consumo de frutas y verduras frescas tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Mamani (21) el 43,48% consume una alimentación balanceada, el 34,78% esta regularmente activo. En nuestro medio las conductas alimentarias están a base de carbohidratos y las carnes que son generalmente las de cordero, lo cual incrementa el riesgo de enfermar especialmente en los adultos mayores.

Tabla 10. - Sueño y descanso y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Sueño y descanso	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Duerme mas de 6 horas	11	9.82	4	3.57	4	3.57	4	3.57	23	20.54
Sueño inestable con insomios	13	11.61	33	29.46	20	17.86	10	8.93	76	67.86
Utiliza pastillas para dormir	0	0.00	4	3.57	2	1.79	7	6.25	13	11.61
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 25,157$$

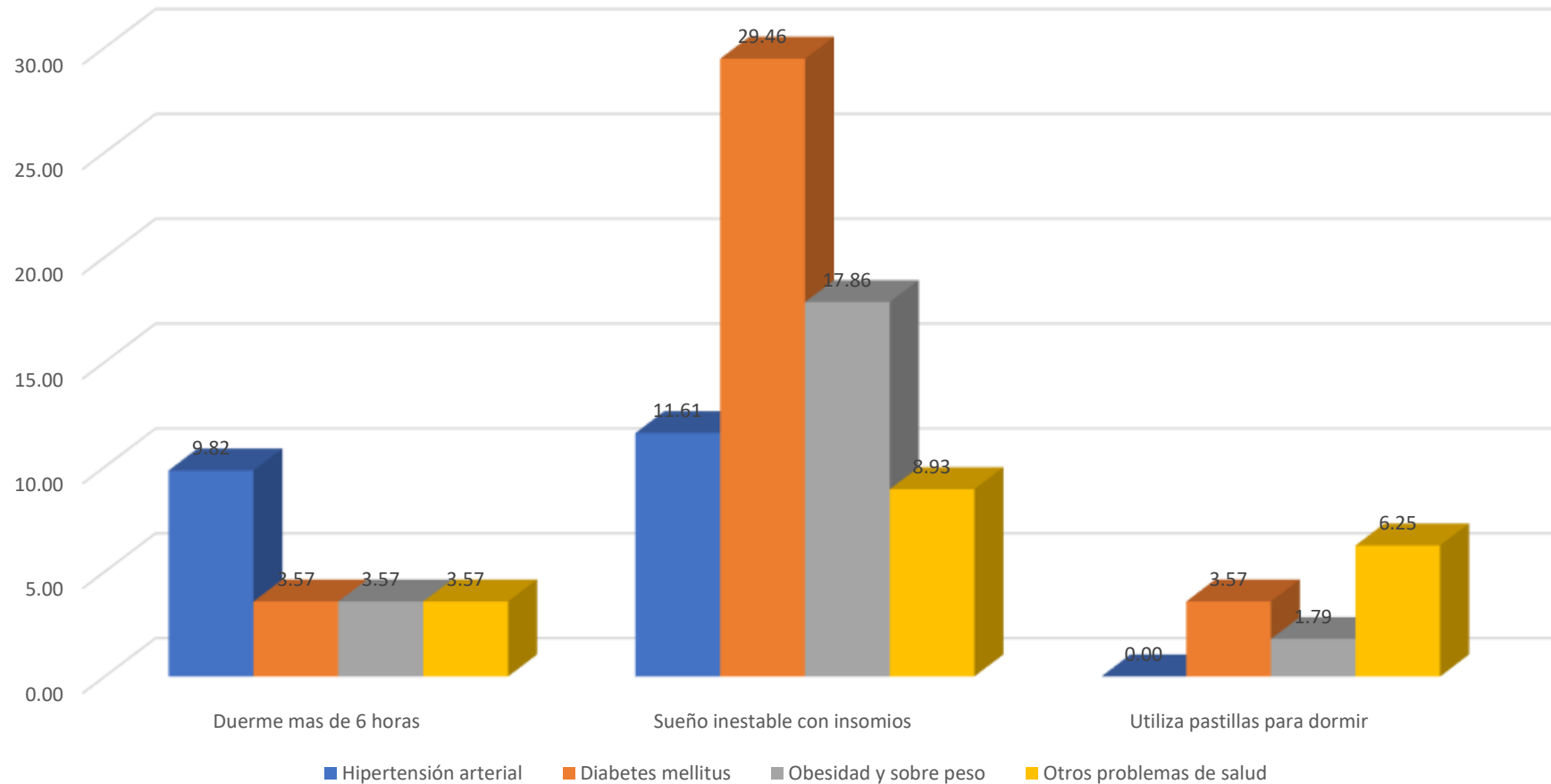
$$p= 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 10. - Sueño y descanso y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 10.

El cuarto objetivo específico planteado en el estudio es: Analizar el autocuidado de las necesidades relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.

En la tabla y figura 10, observamos que el sueño y descanso del adulto mayor del adulto mayor, el 67,86% presenta sueño inestable con insomnios, el 20,54% duerme mas de 6 horas, el 11,61% refiere que utiliza pastillas para dormir

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 11,61% presenta sueño inestable con insomnios, el 9,82% duerme mas de 6 horas; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 29,46% presenta sueño inestable con insomnios, el 3,57% duerme mas de 6 horas, el 3,57% refiere que utiliza pastillas para dormir; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 17,86% presenta sueño inestable con insomnios, el 3,57% duerme mas de 6 horas, el 1,79% refiere que utiliza pastillas para dormir

La prueba del chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=25,157$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, el sueño y descanso tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Mamani (18) la determinación de este indicador de higiene personal puede permitir a los profesionales ver la necesidad de cambios ambientales y planificar la educación en salud para apoyar estos cambios, combinados con prácticas de autocuidado para que el autocuidado proteja a la persona de enfermedades, mientras también preserva una calidad de vida básica en la vejez de los individuos (3).

Tabla 11. - Confort e higiene y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Confort e higiene	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros)	21	18.75	33	29.46	16	14.29	3	2.68	73	65.18
Se baña solo/a con dificultad	3	2.68	8	7.14	8	7.14	8	7.14	27	24.11
Se baña con ayuda	0	0.00	0	0.00	2	1.79	10	8.93	12	10.71
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 49,471$$

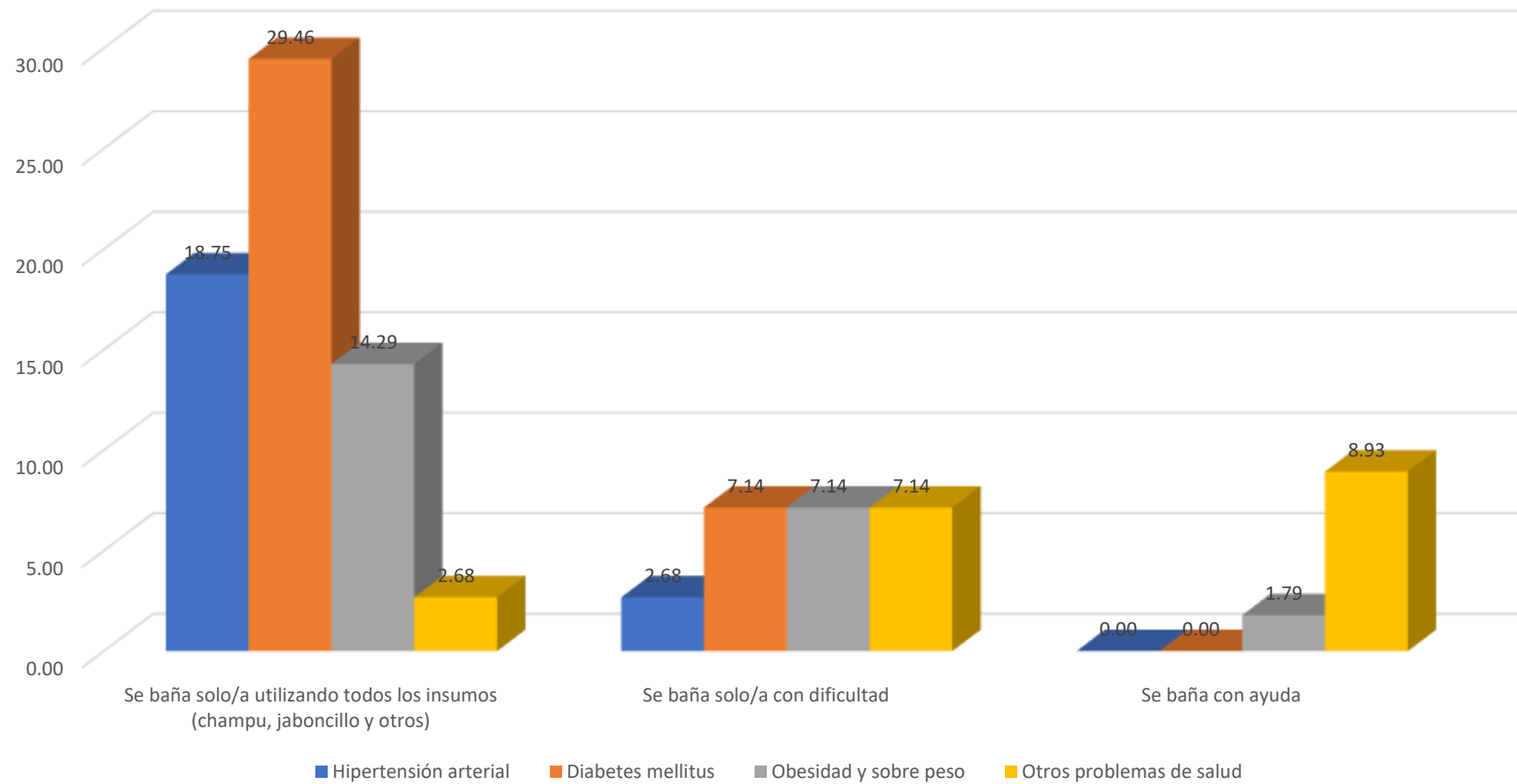
$$p = 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 12,592$$

$$gl = 6$$

Figura 11. - Confort e higiene y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 11

En la tabla y figura 11, observamos que el confort e higiene del adulto mayor del adulto mayor, el 65,18% se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros), el 24,11% se baña solo/a con dificultad, el 10,71% se baña con ayuda

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 18,75% se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros), el 2,68% se baña solo/a con dificultad; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 29,46% se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros), el 7,14% se baña solo/a con dificultad; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 14,29% se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros), el 7,14% se baña solo/a con dificultad, el 1,79% se baña con ayuda

La prueba del chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=49,471$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, el confort e higiene tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

López (20) Para disminuir riesgos de enfermedades en los adultos mayores es importante que el adulto mayor mantenga un buen confort y buena higiene general en el adulto mayor.

Tabla 12. - Control de su salud y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Control de su salud	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Es muy responsable y cumple con el control médico de forma independiente	23	20.54	37	33.04	23	20.54	8	7.14	91	81.25
Tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico	1	0.89	4	3.57	3	2.68	13	11.61	21	18.75
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 32,0,87$$

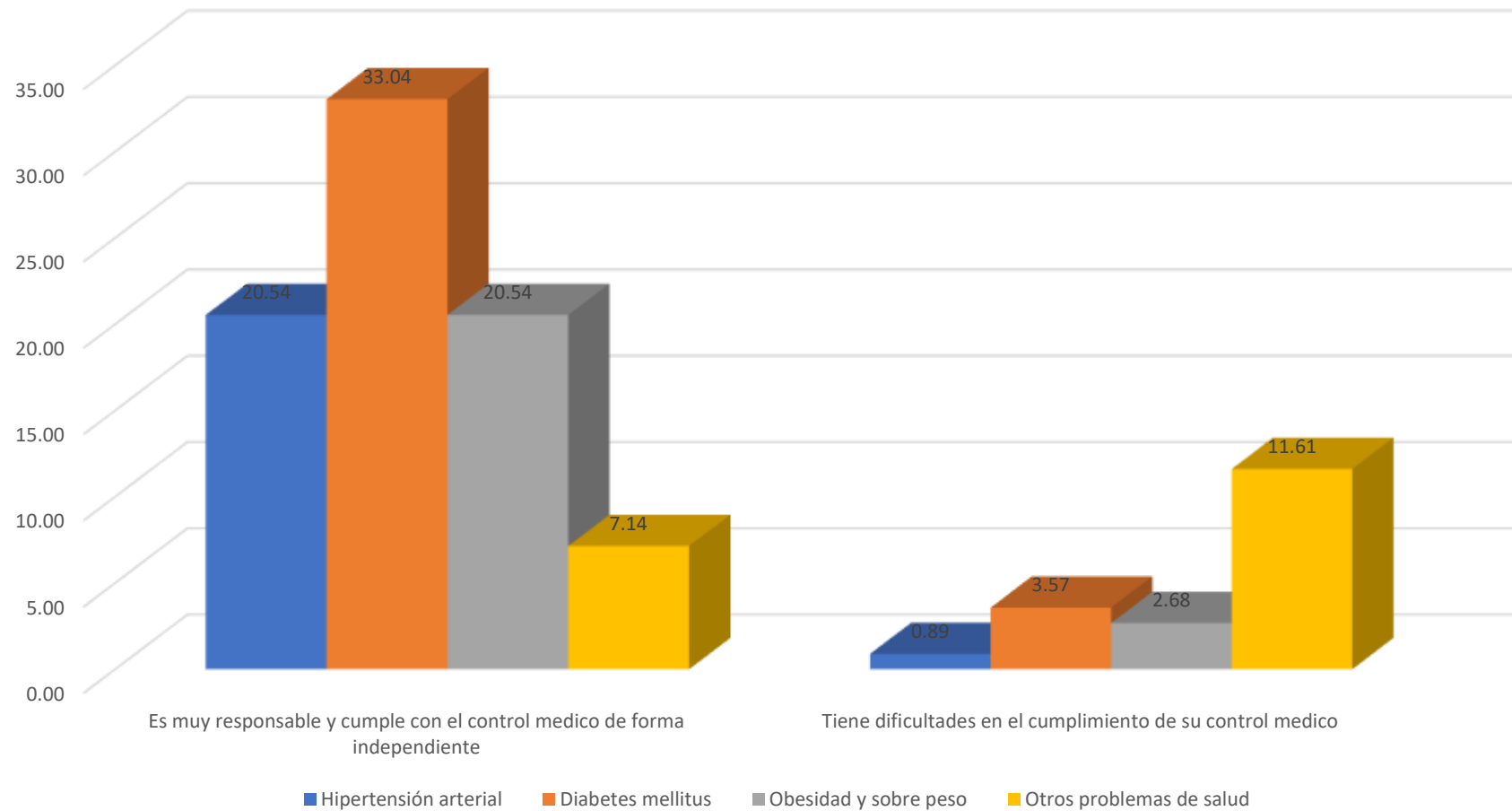
$$p= 0,000$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 7,815$$

$$gl= 3$$

Figura 12. - Control de su salud y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 12.

En la tabla y figura 12, observamos que el control de su salud del adulto mayor del adulto mayor, el 81,25% es muy responsable y cumple con el control medico de forma independiente, el 18,75% tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 20,54% es muy responsable y cumple con el control medico de forma independiente, el 0,89% tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 33,04% es muy responsable y cumple con el control medico de forma independiente, el 3,57% tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 20,54% es muy responsable y cumple con el control medico de forma independiente, el 2,68% tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico

La prueba chi cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=32,087$ mayor $X^2_{tab}=7,815$, $gl=3$, $p=0,000$ es significativa, el control de su salud tiene relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Huayllapuma y Apaza (17) La frecuencia del control de su salud esta relacionada con los problemas de salud en los adultos mayores esto es importante que pasen por revisiones clínicas para poder evitar complicaciones y el control adecuado de la salud del adulto mayor.

Tabla 13. - Hábitos tóxicos y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.

Habitos toxicos	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No tiene habitos toxicos	22	19.64	38	33.93	19	16.96	11	9.82	90	80.36
Esporadicamente consume alcohol	2	1.79	3	2.68	7	6.25	10	8.93	22	19.64
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 17,177$$

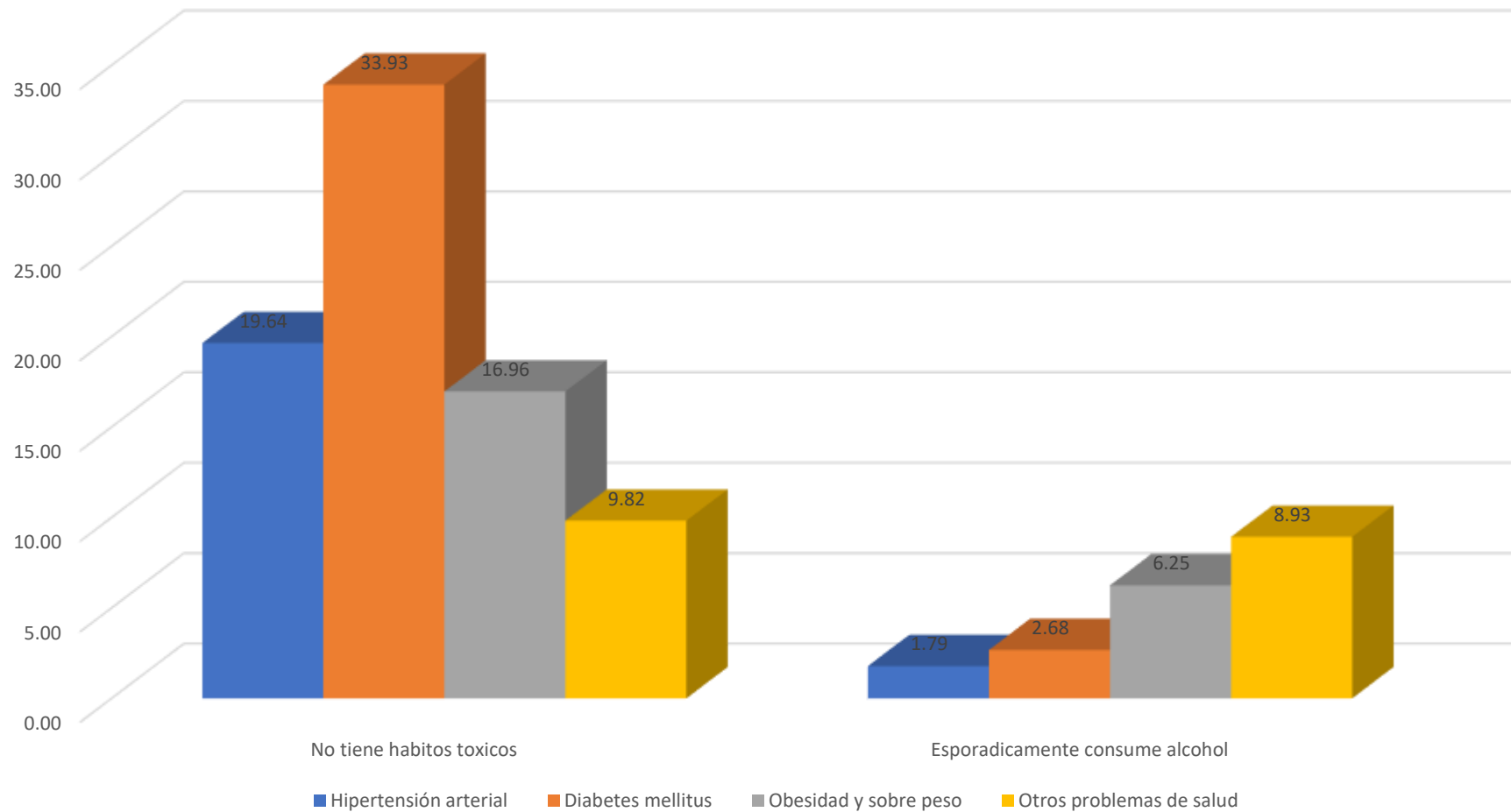
$$p= 0,001$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 7,815$$

$$gl= 3$$

Figura 13. - Hábitos tóxicos y su relación con problemas de salud en el adulto mayor



Fuente: tabla 13.

En la tabla y figura 13, observamos que los hábitos tóxicos del adulto mayor del adulto mayor, el 80,36% refiere que no tiene hábitos tóxicos, el 19,64% refiere que esporádicamente consume alcohol

De los adultos mayores que presentan hipertensión arterial el 19,64% refiere que no tiene hábitos tóxicos, el 1,79% refiere ue esporádicamente consume alcohol; de los adultos mayores que presentan diabetes mellitus el 33,93% refiere que no tiene hábitos tóxicos, el 2,68% refiere que esporádicamente consume alcohol; de los adultos mayores que presentan obesidad y sobre peso el 16,96% refiere que no tiene hábitos tóxicos, el 6,25% refiere ue esporádicamente consume alcohol

La prueba chi cuadrado, con un error del 5%, $X^2_{cal}=17,177$ mayor $X^2_{tab}=7,815$, $gl=3$, $p=0,001$ es significativa, los hábitos tóxicos tienen relación con los problemas de salud en el adulto mayor.

Navarrete et al. (10) El autocuidado puede definirse como las prácticas de la persona mayor, incluyendo la toma de decisiones, la preparación y el consumo de alimentos. Este indicador tiene aún más relevancia diagnóstica en la etapa geriátrica, ya que una buena nutrición es la base biológica necesaria para preservar la integridad del tejido, fortalecer y hacer más funcional la reserva adaptativa de respuesta del organismo ante la irritación de las enfermedades. Los patrones de alimentación responden no solo a las necesidades complejas del organismo, sino también a la capacidad de autodeterminación del individuo y a la cultura en la que se encuentra (1).

Tabla 14. - Eliminación y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025

Eliminacion	Problemas de salud								Total	
	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Obesidad y sobre peso		Otros problemas de salud			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Control de esfinteres	23	20.54	28	25.00	17	15.18	7	6.25	75	66.96
Tiene cistitis	1	0.89	12	10.71	8	7.14	10	8.93	31	27.68
Utiliza pañal	0	0.00	1	0.89	1	0.89	4	3.57	6	5.36
Total:	24	21.43	41	36.61	26	23.21	21	18.75	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 23,887$$

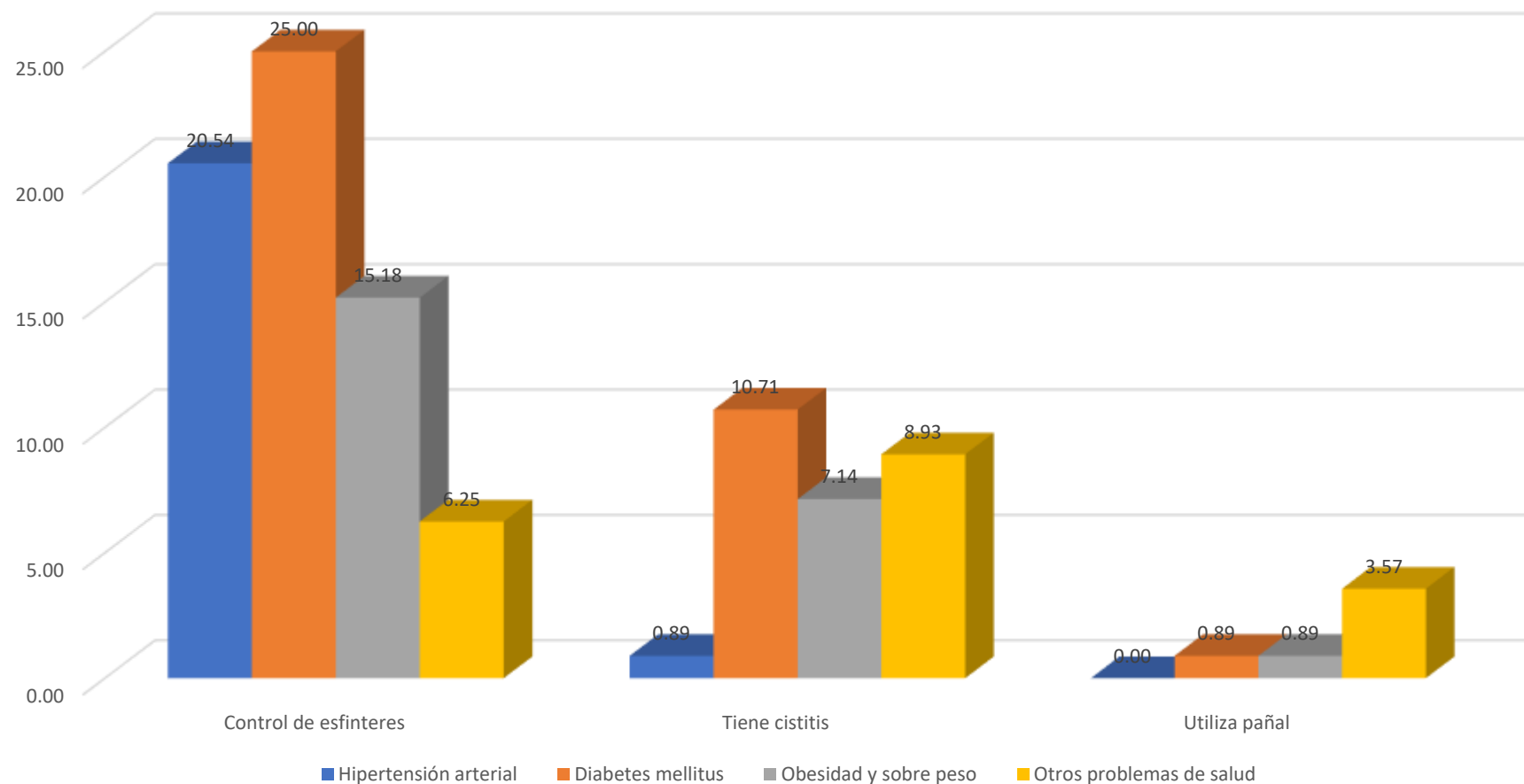
$$p= 0,001$$

ES
SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 14. - Eliminación y su relación con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025



Fuente: tabla 14.

En la tabla y figura 14, observamos que la eliminación del adulto mayor del adulto mayor, el 66,96% control de esfínteres, el 27,68% tiene cistitis, el 5,36% utiliza pañal

De los adultos mayores en la Micro Región Cono Sur, Juliaca, que padecen hipertensión, el 20.54% presenta problemas de control del esfínter, y el 0.89% muestra cistitis. De los adultos mayores con diabetes, el 25% tiene control del esfínter, el 10.71% presenta cistitis y el 0.89% usa pañales. De los adultos mayores con obesidad y/o sobrepeso, el 15.18% tiene control del esfínter, el 7.14% presenta cistitis y el 0.89% usa pañales.

La prueba Chi-cuadrado, error del 5%, $X^2_{cal}=23.887 > X^2_{tab}=12.592$, $gl=6$, $p=0.001$, lo cual es estadísticamente significativo, lo que significa que la eliminación está relacionada con los problemas de salud de los adultos mayores.

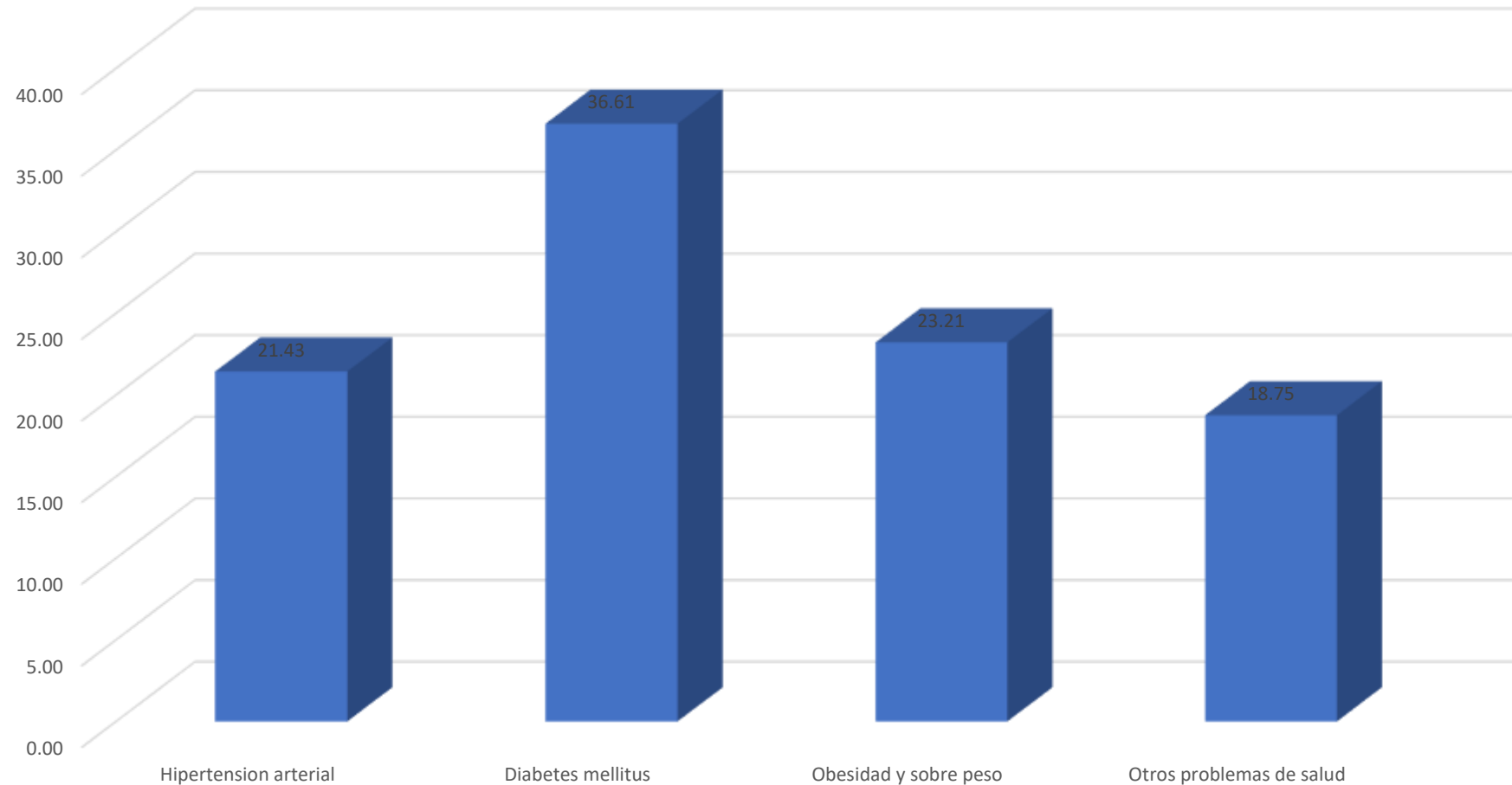
Díaz y Ayay (11) el 51,1% indicaron que a veces fueron buenas, 13,6% consideraron que nunca fue buena, 56,8% a veces fueron buenas, 11,4% consideraron que nunca fue buena; 36,4% indicaron que a veces fue buena, mientras que el 11,4% consideraron que nunca fue buena.

Tabla 15. - Problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red
Cono Sur, Juliaca 2025

	<i>fi</i>	<i>%</i>
Hipertension arterial	24	21.43
Diabetes mellitus	41	36.61
Obesidad y sobre peso	26	23.21
Otros problemas de salud	21	18.75
Total:	112	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

Figura 15. - Problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025



Fuente: tabla 15

El quinto objetivo específico del estudio es: Explicar algunos problemas de salud de los adultos mayores en la Micro Red Cono Sur.

Según la tabla y la figura 15, de los problemas de salud analizados, la población adulta mayor está afectada por diabetes mellitus (36.61%), obesidad y sobrepeso (23.21%) y por hipertensión (21.43%), y otros problemas de salud (18.75%).

López (20) Se ha demostrado que el 61.82% se mueven de manera independiente, el 81.82% siempre tienen priorización en consultas, el 32.73% presentan signos de diabetes, el 41.82% muestran signos de incontinencia urinaria, el 49.09% tienen tendencias artísticas, el 54.55% expresan disfrute de los momentos compartidos con la familia, el 72.73% tienen pensión, el 47.27% reportan convivencia, el 56.36% no reportan exposición a violencia, el 45.45% caminan más de 30 minutos, el 54.55% realizan actividades culturalmente participativas y, al evaluar la totalidad de los ancianos, el 54.55% tienen evaluación de anciano enfermo, el 32.73% evaluación de anciano frágil y el 12.73% evaluación de anciano sano.

Mamani (21) Los elementos asociados con la ansiedad en los adultos mayores relacionados con la calidad de vida son: 39,13% están completamente jubilados, 47,83% son diabéticos, 43,48% tienen una dieta balanceada y 39,13% tienen autonomía.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se describió que la capacidad del autocuidado relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025, son: las características personales, la actividad física, la alimentación y nutrición saludable y autocuidado de necesidades, todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

SEGUNDA: Se analizó que las características personales relacionadas con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, son: 65,18% el adulto mayor tiene 60 a 69 años ($p = 0,000$), un 57,14% es de género femenino ($p = 0,006$), un 40,18% el adulto es casado/a ($p = 0,000$), un 57,14% tiene una familia ampliada ($p = 0,000$), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

TERCERA: Se relacionó que las actividades físicas relacionadas con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, son: un 39,29% se moviliza con dificultad ($p = 0,000$), un 65,18% la actividad física fortalece los huesos y músculos ($p = 0,000$), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

CUARTA. Se analizó que las actividades de la alimentación y nutrición saludable relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, son: un 45,54% consume desayuno y almuerzo ($p = 0,000$), un 45,54% prioriza mayor proporción en carbohidratos ($p = 0,000$), un 41,07% consume semanal 2 a 3 frutas ($p = 0,000$), todas las

variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

QUINTA. Se describió que el autocuidado de las necesidades relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, son: un 67,86% tiene sueño inestable con insomnios ($p = 0,000$), un 65,18% se baña solo/a utilizando todos los insumos ($p = 0,000$), un 81,25% es muy responsable y cumple con el control medico de forma independiente ($p = 0,000$), un 80,36% no tiene hábitos tóxicos ($p = 0,001$), un 66,96% tiene control de esfínteres ($ns = 0,001$), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis.

SEXTA. Se ha determinado que los problemas de salud más frecuentes en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur: la hipertensión arterial y la diabetes, el 36,61% presenta diabetes mellitus, el 23,21% presenta obesidad y sobre peso, el 21,43% presenta hipertensión arterial, el 18,75% presenta otros problemas de salud.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la jefa de la Micro Red Cono Sur, deberá de coordinar y determinar junto a las responsables del adulto mayor, para trabajar con las capacidades del autocuidado e identificar problemas de salud en el adulto mayor.

SEGUNDA: A la jefatura de enfermería de la Micro Red Cono Sur, deberá de coordinar actividades con la responsable de la estrategia sanitaria de adulto mayor, para promover estilos de vida saludable en el adulto mayor.

TERCERA: A la coordinadora de la estrategia de adulto mayor de la Micro Red Cono Sur deberá de coordinar con los adultos mayores para realizar las actividades físicas como control o prevención de los problemas de salud en el adulto mayor.

CUARTA. A la coordinadora de la estrategia de adulto mayor de la Micro Red Cono Sur deberá de coordinar con la responsable nutricionista para trabajar actividades de la alimentación y nutrición saludable.

QUINTA. A la coordinadora de la estrategia de adulto mayor de la Micro Red Cono Sur deberá de coordinar con la psicóloga para trabajar en problemas de salud mental del adulto mayor.

SEXTA. A la coordinadora de la estrategia de adulto mayor de la Micro Red Cono Sur deberá de coordinar con las familias de los adultos mayores, para trabajar en aspectos del control de las enfermedades que presentan los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Behar-Rivero D. Metodología de la investigación. 2da ed. Bogotá: Editorial Universitaria; 2024.
2. Castillo-Saavedra E. Gestión del cuidado primario y autonomía en el paciente geriátrico; 2024.
3. Defensoría del Pueblo. Reporte sobre el acceso a la salud y autonomía del adulto mayor en el Perú [Internet]. Lima: <https://www.defensoria.gob.pe/informes/reporte-salud-adulto-mayor-2025/>
4. Gallegos-Caballero J, et al. Funciones cognitivas y su impacto en la autonomía del paciente geriátrico;78(4):210-222.
5. García-López R. Alfabetización en salud y capacidad de toma de decisiones en adultos mayores;12(3):45-58.
6. Cárdenas M, Fuentes P, Silva R. Relación entre capacidad de autocuidado;26(2):145-156.
7. González A, Herrera L. Determinantes del autocuidado en el adulto mayor México. Geriatr Salud [Internet]. 2023 [citado 5 may 2026];15(1):88-102.
8. Martínez J. Evaluación de la agencia de autocuidado en el entorno hospitalario geriátrico. Colomb 5 may 2026];52(3):e201.
9. Rodríguez-Blanco S, García-Moya L, Torres-Sánchez M. Multimorbilidad y capacidad de autocuidado: 2026;34(1):22-31.
10. Oliveira F, Silva M. Health literacy and self-care in hypertensive older adults: 2025;24:e202504.
11. Ramos J. Factores biosocioculturales y capacidad de autocuidado en adultos mayores 2026;16(1):45-54.



12. Torres M, Alanya R. Capacidad de autocuidado en el adulto mayor hipertenso; 2022.
13. García L. Apoyo social y agencia de autocuidado en adultos mayores de la Micro Red Trujillo; 2024.
14. Mamani E, Condori F. Autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor de zonas altoandinas, 2026;14(1):12-25.
15. Castillo P. Estilos de vida y capacidad de autocuidado en la población geriátrica post-pandemia. Lima: 2021.
16. Apaza R. Conocimientos y prácticas de autocuidado en adultos mayores de la ciudad de Juliaca. 2026;12(2):88-97.
17. Paredes L, Choque M. Independencia funcional y autocuidado en el adulto mayor rural de Azángaro. Puno; 2022.
18. Velasquez G. Factores biosociales de la agencia de autocuidado en pacientes del Hospital Puno. 2024, 15(1):34-46.
19. Quispe S. Agencia de autocuidado en adultos mayores hipertensos de la provincia de Lampa. Puno: Facultad de Enfermería UNA Puno; 2021.
20. Calsin D. Calidad de vida y su relación con el autocuidado en la población geriátrica Puno. 2025 [citado 5 may 2026];18(3):112-124.
21. García-López R. Prevención de síndromes geriátricos y gestión del riesgo en el hogar;12(3):45-58.
22. García-López R. Validación de instrumentos para la medición del autocuidado en poblaciones vulnerables. 2026;12(3):45-58.
23. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill; 2023.



24. Huamán-Mendoza M. Estrategias de autocuidado y promoción de la actividad física 2025 [citado 5 may 2026];18(1):67-80.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor: : <https://www.inei.gob.pe/media/or-ene-feb-mar-2024.pdf>
26. Kim S, Seo M. The Effects of Self Care Capacity of Elderly People in Rural Areas. <https://doi.org/10.12799/rcphn.2024.00941>
27. Martínez-Ortega RM. El papel de la cognición en la teoría del déficit de autocuidado en poblaciones vulnerables. 2026;14(3):88-101.
28. Mejía-Pérez R. Impacto de la educación sanitaria en el conocimiento de la enfermedad. 2025 [citado 5 may 2026];9(2):142-155.
29. Ministerio de Salud del Perú. Vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles en el adulto mayor: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/a/2024/SE15/adultomayor.pdf>
30. Naranjo-Hernández Y. El autocuidado y la teoría de Dorothea Orem en el adulto mayor. 2024 [citado 5 may 2026];40(1).
31. National Center for Biotechnology Information. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586753/>
32. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
33. Prado-Galarza M, et al. Capacidad de agencia de autocuidado y su relación con el bienestar del anciano: 2026;22(2):112-125.
34. Quispe-Cabanillas J, Rivera-Lozada O. Capacidad de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores peruanos con enfermedades crónicas:45-53. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFe/view/2501>



35. Rodríguez-Vargas A. El método científico en las ciencias de la salud. Rev Invest Acad [Internet]. 2025 [citado 5 may 2026];19(2):142-155.
36. Sánchez-Vidal A. Alfabetización sanitaria y el impacto del conocimiento en el control de enfermedades crónicas. 2025 [citado 5 may 2026];14(3):88-101.
37. Sánchez-Vidal A. Epidemiología de la multimorbilidad y su impacto en la calidad. 2025 [citado 5 may 2026];14(3):88-101.
38. World Health Organization. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets-of-older-adults>



ANEXOS



ANEXO 01: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

adulto mayor.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Numérico	8	0	edad	{1, 60 a 69 años}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	genero	Numérico	8	0	genero	{1, femenino}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	civil	Numérico	8	0	estado civil	{1, casado}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	composicion	Numérico	8	0	composicion familiar	{1, nuclear}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	autonomia	Numérico	8	0	autonomia de la actividad	{1, se moviliza indepdienet}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	importancia	Numérico	8	0	importancia para realizar	{1, fortalecer huesos}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	prioridad	Numérico	8	0	prioridad en su alimentacion	{1, es balanceada}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	frutas	Numérico	8	0	consumo de frutas y verdura...	{1, diario mas de tres frutas por dia y...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	sueño	Numérico	8	0	sueño y descanso	{1, duerme mas de 6 horas}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	confort	Numérico	8	0	confort e higiene	{1, se baña solo}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11	control	Numérico	8	0	control de su salud	{1, es responsable}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
12	toxicos	Numérico	8	0	habitos toxicos	{1, no tiene habitos toxicos}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
13	eliminacion	Numérico	8	0	eliminacion	{1, control}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
14	problemas	Numérico	8	0	problemas de salud	{1, hipertension arterial}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
15											
16											



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	edad	genero	civil	composicion	autonomia	importancia	priridad	frutas	sueño	confort	control	toxicos	eliminacion	problemas
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
9	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
11	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
17	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
18	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
19	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1
20	1	1	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1
21	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
22	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1
23	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
24	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
25	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
26	1	1	2	1	2	1	3	2	2	1	1	1	1	2
27	2	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2
28	1	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
30	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2
31	1	1	2	1	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2
32	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2
33	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
34	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2
35	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
36	1	1	1	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2

Vista de datos Vista de variables



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

22 : confort 1

	edad	genero	civil	composicion	autonomia	importancia	prioridad	frutas	sueño	confort	control	toxicos	eliminacion	problemas
35	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
36	1	1	1	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2
37	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2
38	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2
39	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2
40	1	1	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	1	2
41	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2
42	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2
43	1	1	2	2	3	2	1	1	3	2	1	1	2	2
44	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2
45	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2
46	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2
47	1	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	2
48	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
49	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2
50	2	2	1	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	2
51	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2
52	1	1	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	2	2
53	2	1	1	1	3	1	2	2	3	1	1	1	1	2
54	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2
55	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
56	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2
57	1	1	2	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	2
58	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2
59	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2
60	1	2	1	2	3	2	2	1	2	2	1	1	1	2
61	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2
62	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2
63	1	2	2	2	1	1	2	3	2	1	1	1	1	2
64	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2
65	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2
66	1	2	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	1	3
67	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1	3
68	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3
69	2	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	3
70	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	3	3

Vista de datos Vista de variables



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

55 : sueño 2

	edad	genero	civil	composicion	autonomia	importancia	prioridad	frutas	sueño	confort	control	toxicos	eliminacion	problemas	var
68	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3	
69	2	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	3	
70	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	3	3	
71	1	2	4	2	3	1	2	2	2	1	1	2	1	3	
72	1	2	2	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1	3	
73	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	3	
74	1	2	2	2	3	1	1	2	2	1	1	2	1	3	
75	1	1	4	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	3	
76	2	1	4	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	3	
77	1	2	2	2	2	1	2	3	2	1	1	1	1	3	
78	2	1	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	2	3	
79	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	3	
80	2	2	2	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	3	
81	1	1	2	2	2	1	3	2	2	1	1	1	2	3	
82	1	2	4	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	
83	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	
84	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	
85	1	2	2	2	2	3	1	2	2	3	1	1	2	3	
86	1	2	4	2	3	2	2	1	3	2	2	1	1	3	
87	2	1	4	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	3	
88	1	2	4	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3	
89	2	1	2	2	3	2	3	2	1	2	1	2	1	3	
90	1	2	4	3	3	2	1	1	2	2	1	1	2	3	
91	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	1	1	1	3	
92	1	1	4	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	4	
93	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	1	1	2	4	
94	2	1	4	2	2	3	3	3	2	3	1	1	2	4	
95	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	4	
96	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1	1	1	2	4	
97	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4	
98	2	1	4	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4	
99	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4	
100	2	1	3	2	2	1	3	2	1	1	1	2	1	4	
101	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	4	
102	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	
103	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	1	2	4	

Vista de datos Vista de variables



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

86 : sueño 3

	edad	genero	civil	composicion	autonomia	importancia	priridad	frutas	sueño	confort	control	toxicos	eliminacion	problemas
83	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3
84	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3
85	1	2	2	2	2	3	1	2	2	3	1	1	2	3
86	1	2	4	2	3	2	2	1	3	2	2	1	1	3
87	2	1	4	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	3
88	1	2	4	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	3
89	2	1	2	2	3	2	3	2	1	2	1	2	1	3
90	1	2	4	3	3	2	1	1	2	2	1	1	2	3
91	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	1	1	1	3
92	1	1	4	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	4
93	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	1	1	2	4
94	2	1	4	2	2	3	3	3	2	3	1	1	2	4
95	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	4
96	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1	1	1	2	4
97	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4
98	2	1	4	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4
99	1	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4
100	2	1	3	2	2	1	3	2	1	1	1	2	1	4
101	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	4
102	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4
103	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	1	2	4
104	2	1	3	2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	4
105	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4
106	3	2	4	3	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4
107	2	1	3	2	2	3	2	2	3	3	2	1	1	4
108	3	1	3	3	3	2	3	2	3	2	1	1	3	4
109	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	4
110	3	1	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4
111	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4
112	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4
113														
114														
115														
116														
117														
118														

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
GENERAL PG: ¿Cuáles son los aspectos de la capacidad del autocuidado relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025?	GENERAL. OG: Describir los aspectos de la capacidad del autocuidado relacionado con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.	GENERAL HG: Los aspectos de la capacidad del autocuidado están relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur, Juliaca 2025.	Variable 1: 1. Capacidad del autocuidado	1.1. Características personales 1.2. Actividad física 1.3. Alimentación y nutrición saludable 1.4. Autocuidado de necesidades	1.1.1. Edad 1.1.2. Genero 1.1.3. Estado civil 1.1.4. Composición familiar 1.2.1. Autonomía de la actividad física 1.2.2. Importancia para realizar la actividad física 1.3.1. Hábitos alimentarios 1.3.2. Prioridad en su alimentación 1.3.3. Consumo de frutas y verduras frescas 1.4.1. Sueño y descanso 1.4.2. Confort e higiene 1.4.3. Medicación 1.4.4. Control de su salud 1.4.5. Hábitos tóxicos 1.4.6. Eliminación	Diseño de la investigación. no experimental. Tipo de investigación. Estudio de investigación básica, correlacional, de corte trasversal porque el estudio se recolectará en un solo momentos, es prospectivo. (50) Enfoque. cuantitativo. Población: Según la programación de la Red de Salud San Román abarca a 7,783 adultos mayores de 60 años. Muestra: .n=184 Xs TÉCNICA Variable 1: Entrevista Variable 2: Entrevista. INSTRUMENTO Variable 1: Guía de entrevista. Variable 2: Guía de entrevista
ESPECÍFICOS PE1: ¿Cuáles son las características personales relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur?	ESPECÍFICOS OE1: Analizar las características personales relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.	ESPECÍFICOS HE1: Las características personales están relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.				
PE2: ¿Cuáles son las actividades físicas relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur?	OE2: Relacionar las actividades físicas con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.	HE2: Las actividades físicas están relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.				
PE3: ¿Cuáles son las actividades de la alimentación y nutrición saludable relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur?	OE3: Describir las actividades de la alimentación y nutrición saludable relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.	HE3: Las actividades de la alimentación y nutrición saludable están relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.				
PE4: ¿Cuál es el autocuidado de las necesidades relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur?	OE4: Analizar el autocuidado de las necesidades relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.	HE4: El autocuidado de las necesidades están relacionados con problemas de salud en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.	2. Enfermedades de salud	2.1. Enfermedades crónico degenerativas	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Dislipidemias HA y diabetes Osteoporosis Otros problemas (enfermedad renal, Parkinson, y otros)	
PE5: ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur?	OE5: Describir los problemas de salud frecuentes en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur.	HE5: Los problemas de salud frecuentes en el adulto mayor de la Micro Red Cono Sur es la hipertensión arterial y la diabetes.				



ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado. Yo,

....., con DNI

N°....., de nacionalidad....., mayor de edad

o autorizado por mi representante legal, con domicilio en

.....

....., consiento en participar en la investigación

denominada: **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON**

PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO

SUR, JULIACA 2025

He sido informado de los objetivos de la investigación.

Para lo cual firmo al pie en señal de conformidad.

Apellidos y Nombres/Firma

digital

DNI N°



Huella

ANEXO 04: INSTRUMENTOS

GUÍA DE ENTREVISTA

1. CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO.

1.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

1.1.1. Edad

- a. 60 a 69 años
- b. 70 a 79 años
- c. 80 a más años

1.1.2. Género

- a. Femenino
- b. Masculino

1.1.3. Estado civil

- a. Casado/a
- b. Conviviente
- c. Separado/a
- d. Viudo/a

1.1.4. Composición familiar

- a. Familia nuclear
- b. Familia extendida
- c. Familia mono parental
- d. Familia reconstituida

1.2. ACTIVIDAD FÍSICA

1.2.1. Autonomía de la actividad física

- a. Se moviliza independiente
- b. Se moviliza con dificultad
- c. Realiza caminatas

1.2.2. Importancia para realizar la actividad física

- a. Fortalecer los huesos y músculos
- b. Disminuir la tristeza, el estrés y la ansiedad
- c. Ayudar a dormir mejor y relajado

1.3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE

1.3.1. Hábitos alimentarios

- a. Desayuno, almuerzo y cena
- b. Desayuno y almuerzo
- c. Es desordenada no hay horarios

1.3.2. Prioridad en su alimentación

- a. Es balanceada (proteínas, carbohidratos, grasas, azúcares proporcional a su edad)
- b. Mayor proporción en carbohidratos
- c. Mayor proporción en grasas y azúcares

1.3.3. Consumo de frutas y verduras frescas

- a. Diario más de tres frutas por día
- b. Semanal 2 a 3 frutas
- c. Esporádicamente frutas y verduras frescas

1.4. AUTOCUIDADO DE LAS NECESIDADES.

1.4.1. Sueño y descanso

- a. Duerme más de 6 horas
- b. Sueño inestable con insomnios
- c. Utiliza pastillas para dormir



1.4.2. Confort e higiene

- a. Se baña solo/a utilizando todos los insumos (champú, jaboncillo y otros)
- b. Se baña solo/a con dificultad
- c. Se baña con ayuda

1.4.3. Medicación

- a. Consume medicamentos de forma puntual por enfermedad crónica
- b. Consume medicamentos de forma irregular por enfermedad crónica

1.4.4. Control de su salud

- a. Es muy responsable y cumple con el control médico de forma independiente
- b. Tiene dificultades en el cumplimiento de su control medico

1.4.5. Hábitos tóxicos

- a. No tiene hábitos tóxicos
- b. Esporádicamente consume alcohol

1.4.6. Eliminación

- a. Control de esfínteres
- b. Tiene cistitis
- c. Utiliza pañal

Instrumento 02 Guía de entrevista

PROBLEMAS DE SALUD

- a. Hipertensión arterial
- b. Diabetes mellitus
- c. Obesidad y sobre peso
- d. Otros problemas (osteoporosis, dislipidemias, enfermedad renal, Parkinson, y otros)

ANEXO 05: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. Datos Generales

1.1 Apellidos y Nombres del Experto : CRUZ COLCA SILVIA NATIVIDAD

1.2 Institución donde Labora : PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE

1.3 Instrumento motivo de Evaluación : Guía de entrevista y del estado de salud adulto mayor

1.4 Autor del Instrumento : LISBETH MARIBEL ZEIA GONZALES

TITULO DEL INSTRUMENTO: USBETH MARIBEL ZEIA GONZALES
CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO
MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR JULIACA 2025

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Minimamente aceptable				Aceptable					
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado												X		
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X			
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación												X		
4 organización	Existe una organización lógica												X		
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												X		
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis												X		
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos											X			
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems												X		
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis												X		
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X		

III Opinión de Aplicabilidad

a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación ☒

b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación ☐

IV Promedio de valoración (85-100 % ACEPTABLE)

Juliaca, 20 Setiembre del 2025

DNI... 02422707 Firma y post firma del Experto: 



MICRO RED CONO SUR
P.S. 09 DE OCTUBRE

Silvia Cruz Colca
Especialista en Epidemiología USP 2018
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
MAGISTER EN GESTIÓN EN SERVICIO SALUD

JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. Datos Generales

1.1 Apellidos y Nombres del Experto : VILLALTA MAMANI JESICA
 1.2 Institución donde Labora : CENTRO DE SALUD CONO SUR
 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : Guía de entrevista y del estado de salud adulto mayor
 1.4 Autor del Instrumento : LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES
TITULO DEL INSTRUMENTO: CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL
ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR JULIACA 2025

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Minimamente aceptable				Aceptable				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado												X	
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X		
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación												X	
4 organización	Existe una organización lógica											X		
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												X	
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis												X	
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos											X		
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems												X	
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis												X	
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X	

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación ☒
 b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación ☐

IV Promedio de valoración (85-100. % ACEPTABLE)

Juliaca, 20 Setiembre del 2025

DNI. 4585 8888 Firma y post firma del Experto:

RED DE SALUD SAN ROMAN
P.S. 9 DE OCTUBRE

JESICA VILLALTA MAMANI
 ENFERMERA
 85040



JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. Datos Generales

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : QUISPE CALSIN CLAUDIA PAULINA
 1.2 Institución donde Labora : CENTRO DE SALUD CONO SUR
 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : Guía de entrevista y del estado de salud adulto mayor
 1.4 Autor del Instrumento.

TÍTULO DEL INSTRUMENTO:

LISBETH MARIBEL ZEIA GONZALES
CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO
MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR JULIACA 2025

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Minimamente aceptable				Aceptable					
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado												X		
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos												X		
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación												X		
4 organización	Existe una organización lógica												X		
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos												X		
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis												X		
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos												X		
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems												X		
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis												X		
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación												X		

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV Promedio de valoración (85-100 % ACEPTABLE)

X

Juliaca, 20 Setiembre del 2025



Lic. Claudia P. Quispe Calsin
 ENFERMERA
 COT 34797

DNI... 01.32.7691 Firma y post firma del Experto:



ANEXO 06: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho

Juliaca, 30 de octubre del 2024

Carta N° 01-2024 - /Bach.nalim

Señor

DR. JOSE LUIS MEJIA QUISPE

Director de la Red de Salud San Román.

PRESENTE.

Atención : Oficina de Capacitación de la Red de Salud San Román

ASUNTO: SOLICITA AUTORIZACION PARA PODER REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN EN LA MICRO RED CONO SUR.

Es grato saludarlo cordialmente seguidamente solicitarle de manera muy especial pueda facilitarme a establecimientos: C.S. Cono Sur, P.S. Taparachi, P.S. 9 de octubre establecimientos de la Micro Red Cono Sur para poder recabar información sobre algunos aspectos del entorno familiar y la condición en la que se encuentran personas adultas mayores que acuden a los servicios y estrategia del adulto mayor de la Micro Red Cono Sur de la ciudad de Juliaca sobre el trabajo de investigación que estov realizando titulado **CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025** la misma que ya cuenta con dictamen y resolución favorable, y los resultados serán compartidos con el área de capacitación correspondiente. Adjunto ficha de recolección de datos y copia de resolución de ejecución.

Le agradezco anticipadamente y ruego que acceda a mi pedido.




Firma del Estudiante



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 13/01/2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LISBETH MARIBEL ZELA GONZALES
Dirección: Jr. Próceres Mz: D Lt: 5
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 47092037
Teléfono: 976515310 email: zelagonzaleslisbethmaribel@gmail.com
Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
Teléfono: _____ email: _____
Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA
Título o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

**CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO RELACIONADO CON PROBLEMAS DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR
DE LA MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2025**

Palabras claves, (3 a 5 términos): Capacidad del autocuidado, problemas de salud, adulto mayor.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o autor (es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒

Internacional Nacional

☐

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P07

Firma de Autor



huella digital

13 de enero del 2026

Fecha