

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

**DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**FACTORES CONDICIONANTES BASICOS Y SU RELACIÓN CON LAS  
CAPACIDADES Y ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO PARA EL  
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES DE CENTLA,  
TABASCO**

**Tesis para obtener el Título**

**MAESTRIA EN GERONTOLOGÍA SOCIAL INTEGRAL**

**Presenta la alumna:**

**ESTEFANÍA GERÓNIMO SUÁREZ**

**Directores de Tesis**

**MTRA. CARMEN DE LA CRUZ GARCÍA**

**DRA. C. E. MARÍA ASUNCIÓN VICENTE RUIZ**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Febrero, 2022**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Of. No. 0190/DACS/JAEP

24 de febrero de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Estefanía Gerónimo Suárez**  
Maestría en Gerontología Social Integral  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez, Dr. Nicomedes de la Cruz Damas, M.A.E. Carmen De la Cruz García, Dra. Flor del Pilar González Javier, Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, impresión de la tesis titulada: "FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS Y SU RELACIÓN CON LAS CAPACIDADES Y ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES DE CENTLA, TABASCO", para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Gerontología Social Integral, donde fungen como Directoras de Tesis la Dra. Carmen De la Cruz García y el Dra. María Asunción Vicente Ruiz.

Atentamente

**Dra. Mirian Carolina Martínez López**  
Directora



C.c.p.- Dra. Carmen De la Cruz García.- Director de tesis  
C.c.p.- Dra. María Asunción Vicente Ruiz.- Director de tesis  
C.c.p.- Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez.- sinodal  
C.c.p.- Dr. Nicomedes de la Cruz Damas.- Sinodal  
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal  
C.c.p.- Dra. Flor del Pilar González Javier.- Sinodal  
C.c.p.- Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC\*MCML/MCE\*XME/mgcc\*

Miembro CUMIEX desde 2008  
**Consortio de  
Universidades  
Mexicanas**  
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulte de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

[www.dacs.ujat.mx](http://www.dacs.ujat.mx)

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



PRECURSOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA

### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 24 del mes de febrero de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"FACTORES CONDICIONANTES BASICOS Y SU RELACIÓN CON LAS CAPACIDADES Y ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO PARA EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN ADULTOS MAYORES DE CENTLA, TABASCO"**

Presentada por el alumno (a):

Gerónimo	Suárez	Estefania
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	9	2	E	6	5	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

**Maestro en Gerontología Social Integral**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

Dra. Carmen De la Cruz García  
Dra. María Asunción Vicente Ruiz  
Directores de Tesis

Dra. María Trinidad Fuentes Álvarez

Dr. Nicomedes de la Cruz Damas

M.A.E. Carmen De la Cruz García

Dra. Flor del Pilar González Javier

Dr. Heberto Roméo Priego Álvarez

C.e.p. - Archivo  
DC\*MCML/MCE\*XME/mgce\*  
Miembro CUMEX desde 2008  
Consortio de  
Universidades  
Mexicanas  
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 22 del mes de febrero del año 2022, el que suscribe, Estefanía Gerónimo Suárez, alumna de la maestría en Gerontología Social Integral., con número de matrícula 192E65001 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Factores condicionantes básicos y su relación con las capacidades y actividades de autocuidado para el envejecimiento saludable en adultos mayores de Centla, Tabasco”**, bajo la Dirección de la Mtra. Carmen de la Cruz García y del Dra. C. E. María Asunción-Vicente Ruíz, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [stephany\\_gs\\_94@hotmail.com](mailto:stephany_gs_94@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Estefanía Gerónimo Suárez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



SECRETARÍA DEL ÁREA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

Sello

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis principalmente a Dios, quien me ha concedido el don de la vida para poder concluir con una de mis metas y compartir estos momentos a lado de mi familia, en el camino de la vida siempre encontraras piedras que se consideran difíciles de quitar, pero para Dios nada es imposible y hoy me permite ver realizado el producto de mi esfuerzo.

La familia es uno de los regalos más bellos y una gran bendición, por eso dedico de todo corazón este proyecto a mis padres Nelly Suárez Cabrera y Anastacio Gerónimo Salvador, porque siempre me han apoyado en cada etapa de mi vida y principalmente en mi formación como profesional, por ser un ejemplo claro de persistencia, trabajo y dominio propio, ellos que con su paciencia y amor me han sostenido hasta culminar mi trabajo.

Sin duda alguna los hermanos son una fuente de inspiración y apoyo, dedico este trabajo a mi hermano y familia Jhonatan Gerónimo Suárez, Odilia Silvan Pérez y Jacqueline Geronimo Silvan, quienes me han dado ánimos, cariño, comprensión y su apoyo incondicional en todo momento de mi carrera.

## **Agradecimiento**

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud y posgrado, por permitirme realizar mi formación de la Maestría.

A mis maestras la Dra. María Asunción Vicente Ruíz y la Mtra. Carmen de la Cruz García, quienes han sido siempre mi fuente de inspiración, agradezco de todo corazón su apoyo incondicional principalmente como mis directoras de tesis, por impulsarme hacia la investigación mediante sus enseñanzas y dedicación como docentes.

Al Centro de Salud Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco y al personal que labora en dicha institución, por haberme dado la oportunidad de realizar la investigación a la población de dicha área.

A los docentes que fueron parte importante en mi formación de la Maestría en Gerontología Social Integral.

A mis amigos (as) que siempre han estado a mi lado a través de sus oraciones, de manera particular a la Lic. En. Enf. Elizabeth Cerino Aguirre por su amistad, motivación y colaboración dentro del trabajo de investigación para la recolección de las encuestas.

## Resumen

**Título:** Factores Condicionantes Básicos y su relación con las capacidades y actividades de autocuidado para el envejecimiento saludable en adultos mayores de Centla, Tabasco.

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud reportó que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, este grupo de edad se ve relacionada con el proceso de envejecimiento poblacional, sus condiciones de vida y el entorno, impactan de manera positiva o negativa en el estado de salud, esto se debe a que diversos factores determinantes podrían afectar la salud del adulto mayor. **Objetivo:** Analizar la relación que existe entre los factores condicionantes básicos con las capacidades y actividades de autocuidado para el envejecimiento saludable de los adultos mayores, Centla, Tabasco. **Material y método:** Estudio de tipo observacional, cuantitativo, prospectivo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue conformada por 126 adultos mayores. Se utilizó el cuestionario SF-12, Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) e Índice de Lawton y Brody. **Resultados:** Los factores condicionantes básicos y la agencia o capacidades de autocuidado se relacionan de manera significativa como la edad se asoció de manera inversa con las capacidades de autocuidado ( $r = -.212^*$ ) con un valor de  $p < .05$ , el estado civil ( $r = -.187^*$ ), con la presencia del cuidador ( $r = -.216^*$ ), y con la percepción del estado de salud de los adultos mayores ( $r = -.213^*$ ). La ocupación fue el único factor condicionante básico que presentó una relación positiva ( $r = .208^*$ ). La agencia o capacidades de autocuidado se relaciona de manera positiva y significativa con las actividades de autocuidado ( $r = .335$ ,  $p = .01$ ). **Conclusión:** La agencia o capacidad de autocuidado se ve afectada por los factores condicionantes básicos, causando en los adultos mayores un déficit de autocuidado.

**Palabras claves:** Adulto mayor, déficit de autocuidado, factores condicionantes básicos, envejecimiento.

## Abstrac

**Title: Basic Conditioning Factors and their relationship with self-care abilities and activities for healthy aging in older adults from Centla, Tabasco.**

**Introduction:** The World Health Organization reported that most of the population has a life expectancy equal to or greater than 60 years, this age group is related to the population aging process, their living conditions and the environment, have a positive or negative impact on the state of health, this is due to the fact that various determining factors could affect the health of the elderly. **Objective:** To analyze the relationship that exists between the basic conditioning factors with the capacities and activities of self-care for the healthy aging of the elderly, Centla, Tabasco. **Material and method:** Observational, quantitative, prospective, descriptive, correlative and cross-sectional study. The sample was made up of 126 older adults. The SF-12 questionnaire, Self-Care Agency Appreciation Scale (ASA) and the Lawton and Brody Index were used. **Results:** The basic conditioning factors and the agency or self-care capacities are significantly related as age was inversely associated with self-care capacities ( $r=-.212^*$ ) with a value of  $p < .05$ , the marital status ( $r=-.187^*$ ), with the presence of the caregiver ( $r=-.216^*$ ), and with the perception of the health status of older adults ( $r=-.213^*$ ). Occupation was the only basic conditioning factor that presented a positive relationship ( $r=.208^*$ ). Self-care agency or abilities are positively and significantly related to self-care activities ( $r = .335$ ,  $p = .01$ ). **Conclusion:** The agency or capacity for self-care is affected by the basic conditioning factors, causing a self-care deficit in older adults.

**Keywords:** Older adults, self-care deficit, basic conditioning factors, aging.



## Tabla de contenido

Contenido	Página
<b>Capítulo I</b> .....	<b>1</b>
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	2
Pregunta de Investigación.....	5
Justificación.....	5
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Marco Teórico.....	10
Teoría de Dorothea E. Orem.....	10
Teoría del Déficit de Autocuidado.....	11
Factores Condicionantes Básicos (FCB) .....	12
Categorías de Requisitos de Autocuidado.....	13
Definición de términos o variables.....	15
Hipótesis.....	19
Derivación Conceptual Teórica-Empírica.....	20
Estudios Relacionados.....	21
<b>Capítulo II</b> .....	<b>28</b>
Metodología.....	28
Diseño de Estudio.....	28
Población, Muestreo y Muestra.....	28
Criterios de Inclusión.....	28
Criterios de Exclusión.....	29
Criterios de Eliminación.....	29
Instrumento de Recolección de Datos.....	29
Procedimiento de Recolección de Datos.....	32
Análisis de Datos.....	33

Consideraciones Éticas.....	34
<b>Capítulo III.....</b>	<b>36</b>
Resultados.....	36
<b>Capítulo IV.....</b>	<b>45</b>
Discusión.....	45
Conclusión.....	48
Recomendaciones.....	50
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>51</b>
<b>Apéndice.....</b>	<b>60</b>
Apéndice A.....	60
Apéndice B.....	62
Apéndice C.....	64
Apéndice D.....	65
Apéndice E.....	67
Apéndice F.....	70
Apéndice G.....	71

## Capítulo I

### Introducción

El envejecimiento va en aumento, la esperanza de vida es superior a los 60 años en los adultos mayores, se estima para el año 2050, que la población aumentará hasta llegar a los 2000 millones, por lo tanto, se considera que los factores físicos, social y emocional pueden condicionar los patrones de vida en las diversas dimensiones de este grupo etario y esto modifique la calidad de vida en el autocuidado de los adultos mayores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Por tal motivo es importante identificar los factores condicionantes básicos según la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, 2001 y la agencia (capacidades) de autocuidado que el adulto mayor puede tener, así como la demanda de autocuidado integrada por la suma de necesidades o requisitos universales, del desarrollo y de desviación de la salud que promueven un envejecimiento saludable, así como las actividades instrumentales de la vida diaria que realizan y representan el grado de dependencia, que puede prevenirse evitando que el adulto mayor llegue a una hospitalización.

El trabajo de investigación contiene la descripción de la problemática de las condiciones de salud que el adulto mayor presenta a nivel mundial, nacional y estatal, objetivo general y específicos siendo la base del estudio, un marco teórico describiendo la teoría general de déficit de autocuidado de Orem que dará sustento al proyecto. En la metodología se consideran puntos importantes al considerar los criterios de la población estudiada, consideraciones éticas para mayor confidencialidad, los instrumentos que se

aplicarán, se incluyen artículos relacionados con diferentes investigadores de diferentes países, se concluye con un apartado de discusión, conclusiones y algunas recomendaciones que será útiles para futuras generaciones.

### **Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud en el 2021 reportó que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para el 2050, se espera que la población mundial en este grupo de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. El incremento de la esperanza de vida en el grupo de los adultos mayores de 60 años se ve relacionada con el proceso de envejecimiento poblacional, sus condiciones de vida y el entorno, impactan de manera positiva o negativa en el estado de salud de este grupo etario (OMS, 2021).

El proceso de envejecimiento se caracteriza por una disminución de las capacidades tanto físicas y mentales, aumentando así el riesgo de múltiples enfermedades. Esto se debe a diversos factores determinantes, entre los que se encuentran factores económicos, sociales, biológicos, culturales, espirituales y el estilo de vida no saludable, aumentando la aparición cronicidad de eventos no transmisibles, dando un peso significativo en la mortalidad de edades avanzadas o una limitación de las capacidades físicas, y esto podría afectar la salud del adulto mayor hasta llegar a un estado de dependencia, causando en las familias una sobrecarga en los cuidados y mayor necesidad de atención que requerirán los adultos mayores.

El autocuidado de los adultos mayores es de suma importancia, ya que permiten mejorar las condiciones de vida y evitar que el adulto mayor pueda tener una dependencia,

como describe Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que las personas adultas mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. La calidad de vida está vinculada con el entorno y las actividades que el adulto mayor realiza durante su vida, lo que puede determinar su grado de dependencia (Loredo et al., 2016).

El grado de dependencia de los adultos mayores de acuerdo con Reyna et. al., 2014 a nivel mundial tiene una prevalencia de 13%, se estima que para el año 2050 las personas dependientes se duplicarán, los principales factores de riesgo intrínsecos de la demencia son la edad, el sexo femenino y algunos factores genéticos, los factores extrínsecos como diabetes e hipertensión. La demencia se caracteriza por la alteración de múltiples defectos cognitivos, como la pérdida de la memoria, el lenguaje, la capacidad de realizar tareas, la capacidad de reconocer previamente lo aprendido, alteraciones ejecutivas (planeación, organización, secuenciación y abstracción). En las personas adultas mayores la capacidad y las acciones de autocuidado pueden expresar un déficit cuando las demandas o necesidades son mayores que las capacidades. McDowel en el año 1996 refirió que las secuelas del déficit del autocuidado se reflejan y aumentan de manera sustancial en la etapa senil del ciclo vital del ser humano (Hernández, 2005).

En el contexto de los servicios de salud en el primer nivel de atención en México se requiere de políticas públicas que conciban una atención con enfoque humanizado y pertinente, que responda a las características y perspectivas de las personas adultas mayores (AM) con el objetivo de envejecer de manera saludable. En la práctica profesional de enfermería en Centros de Salud, se observa la necesidad de renovar miradas tradicionales

en los altos costos de atención del adulto mayor, por otras que promuevan la aceptación de una concepción integral del cuidado de la salud y el autocuidado de los AM.

A nivel nacional en México, el Consejo Nacional de Población a partir de sus proyecciones estimó que en 1950 se reportaron 5 personas mayores de 60 años o más por cada 100 habitantes, actualmente en el 2021 un incremento a 12 personas mayores por cada 100 habitantes. En 71 años la población mayor se incrementó de 1.3 a 15 millones. El Censo de Población y Vivienda 2020, reportó que más de la mitad de la población (52.4%) de 60 años y más presentan alguna limitación, discapacidad o algún problema o condición mental (CONAPO, 2021). Por lo anterior, se deduce que el envejecimiento poblacional representa uno de los retos más importantes para la salud pública del país, lo que trae diversas implicaciones tanto de índole individual (psicológica, espiritual y de salud) como de tipo social (socioeconómica, política y cultural). Ante este panorama, se necesita una acción integral de salud pública que promueva el envejecimiento saludable (Leiton, 2016).

A nivel estatal Tabasco cuenta con una población de 2 402 598 lo que representa el 1.9% de la población nacional, en el grupo de adultos mayores de 60 años y más el 26.4% presentan alguna discapacidad (INEGI, 2020). Es decir, que más de una cuarta parte de esta población presenta limitación de la autonomía e independencia para cuidar de sí mismos derivada de la discapacidad.

En el municipio de Centla del Estado de Tabasco, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó 107, 731 habitantes que representan el 4.5% de la población estatal, de los cuales el 27.9% de las personas mayores de 60 años tienen alguna discapacidad (INEGI, 2020). Hecho que resulta relevante porque se encuentra por arriba de la prevalencia nacional con las consecuentes limitaciones para el propio cuidado.

Por lo anterior, el aumento de la población adulta mayor cada día superior y las discapacidades que presentan es alarmante, es importante conocer los factores condicionantes básicos que pueden estar afectando a este grupo de edad en su capacidad y acciones de autocuidado. De tal manera surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación de los factores condicionantes básicos, con las capacidades y actividades de autocuidado para el envejecimiento saludable de los adultos mayores, Centla, Tabasco?

### **Justificación**

La población de personas mayores de 60 años va aumentando a nivel mundial, la mayoría de los adultos mayores envejecen con un proceso conocido como envejecimiento patológico, la Organización Mundial de la Salud (2020) refiere que la discapacidad grave en las personas mayores se incrementó a un 47% en América Latina y Caribe y 20% en Canadá y Estados Unidos y para el año 2050 se considera que no podrá valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. En México el 26.9% de las personas adultas mayores presentó dificultad en la realización de al menos una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el 24.6% de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). En el municipio de Cárdenas, Tabasco Fócil y Zavala (2011) en su estudio realizado, encontraron que el 34 % fueron independientes, 66% los adultos mayores resultaron con algún nivel de dependencia en las AIVD, el 46% con grado moderado y dependientes 20%. De tal forma que estas actividades de autocuidado que realizan los adultos mayores representan un indicador de la pérdida de su independencia y con ello el riesgo de deterioro de su salud y calidad de vida.

El autocuidado es una actividad reguladora del ser humano, que deben de realizar a propósito y de manera continua por sí solos para sostener su vida, salud, progreso y

comodidad, en los adultos mayores, esta capacidad de acción puede encontrarse limitada por las modificaciones biológicas naturales, producidas por el envejecimiento (De la Rosa y Rivera, 2017). En un estudio realizado por Millán (2012) en la Habana Cuba, identificó un déficit en el autocuidado de tipo perceptivo y cognitivo, el cual es inadecuado y lo realizan de manera independiente. Adicionalmente Millán (2010), refiere que el 95% la población mayor de 60 años viven en medio comunitario, y en el ámbito comunitario es donde se lleva a cabo la mayor parte del cuidado a los adultos mayores.

La discapacidad suele ser consecuencia de un estilo de vida no saludables y el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento suele disminuir sus capacidades, como las capacidades físicas y cognitivas, aumentando así el riesgo de múltiples enfermedades, siendo así, si cuidan o mantienen un estilo de vida saludable, el adulto mayor puede tener un envejecimiento patológico, con un proceso de geriatrización causando en los adultos mayores síndrome de fragilidad, incontinencia urinaria, caídas y esto lleva al cuidador a un colapso. El Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS, 2014-2018), reporta que en México de cada 100 adultos mayores, 31 tienen discapacidad, este programa indica que el origen de las limitaciones de forma permanente son: moverse o caminar 32.5%, ver aun usando anteojos 51.3%, oír aun usando audífonos 60.5%, entender o aprender 39.1%, relacionarse con los demás por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas 17.9% y hablar o comunicarse 13%. La discapacidad en Tabasco del año 2020 fue con un 6%, el porcentaje de personas con discapacidad el 26.4% son adultos mayores de 60 años y más (Secretaría de Desarrollo Social, 2014).



En un estudio realizado por Cedeño (2019), refiere que el 86.7% de los adultos mayores han dejado de realizar sus actividades por discapacidades como el que hacer doméstico y trabajo, el 66.7% tiene un estado de salud regular, el 10% tiene dificultad en su autocuidado.

El autocuidado es un constructo de la teoría del déficit de autocuidado de Orem que en este estudio se analiza en los adultos mayores (Orem, 2001), es la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, por lo anterior es indispensable de mantener el autocuidado en los adultos para que sigan conservando su salud y no lleguen a un estado de dependencia. Como sustenta Domínguez:

La razón del autocuidado es que el individuo tenga un control sobre su salud, porque es un derecho y deber ser así hasta el final de sus días, las personas deben dejar cierta actitud pasiva y mejorar el cuidado de su salud para obtener bienestar, las acciones que incluye el autocuidado son: la alimentación saludable, la higiene, el control de estrés, las relaciones sociales, la actividad física, la adherencia al tratamiento, la recreación y la comunicación, dentro del autocuidado se incluye una buena higiene del adulto mayor que no solamente sirve para sentirse bien y mantener una buena imagen, también evita las complicación físicas como: heridas, infecciones, úlceras, complicaciones psicológicas como alteraciones del autoestima, trastornos de conducta y complicaciones sociales como rechazo, la disminución de la participación de actividades y aislamiento social (Domínguez, 2020).

Esta investigación se realizó en un centro de salud con servicios ampliados de Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco, con el apoyo de los promotores del centro de salud, quienes tienen conocimiento de las personas mayores de 60 años que habitan en dicha localidad, se contó con el apoyo de una enfermera para la aplicación de los instrumentos

que nos permitió conocer los factores condicionantes básicos mediante el perfil sociodemográfico y la percepción del estado de salud con el cuestionario de salud SF-12, la capacidad de autocuidado de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) y las actividades funcionales con el índice de Lawton y Brody.

Este estudio permite continuar con una línea de investigación que pueda ampliarse a otras poblaciones como personal de salud y docentes, también sustentar la teoría de Orem sobre el autocuidado en diferentes naciones, podría servir como base para futuras investigaciones en zonas rurales y urbanas, aumentando así el conocimiento en población general, al identificar los factores más predominantes que pueden estar afectando las capacidades y actividades del adulto mayor se propondrían intervenciones que ayuden a mejorar el autocuidado en ellos.

## **Objetivos**

**Objetivo General:** Analizar la relación que existe entre los factores condicionantes básicos con las capacidades y actividades de autocuidado para el envejecimiento saludable de los adultos mayores, Centla, Tabasco.

## **Objetivos Específicos**

1. Identificar los factores condicionantes básicos con el perfil sociodemográficos y la percepción de la salud en los adultos mayores
2. Analizar las capacidades de autocuidado de los adultos mayores mediante la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)
3. Determinar las acciones de autocuidado (actividades instrumentales de la vida diaria) del adulto mayor con el índice de Lawton y Brody.

4. Relacionar los factores condicionantes básicos con las capacidades, así como las capacidades con las actividades de autocuidado

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## **Marco Teórico**

### **Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem**

A continuación, se presenta la teoría del déficit de autocuidado que servirá como sustento a la investigación, dentro del marco teórico se describen las tres teorías generales del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, como segundo apartado se describen los constructos principales que fueron utilizados como los Factores Condicionantes Básico (FCB) y categorías de requisitos de autocuidado. La enfermería se consideraba en situaciones prácticas como el arte de cuidar, actualmente la enfermería siguió haciendo la transición de vocación a profesión, Dorothea E. Orem nos muestra que la enfermería proporciona autocuidado de calidad en situaciones prácticas mediante su teoría del déficit de autocuidado (TEDA).

La teoría del déficit de autocuidado, Dorothea E. Orem la presenta como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí (Orem, 2001).

1. Teoría de autocuidado: Para Orem el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

2. Teoría del déficit de autocuidado: Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades.

3. Teoría de los sistemas de enfermería: Es parcialmente compensatorio y un sistema de apoyo educativo, apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimiento y habilidades,

siendo el principal rol de enfermería regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado.

### **Teoría del déficit de autocuidado**

La teoría del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituye la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. Los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en el entorno (Orem, 2001).

Dorothea Orem a dos conceptos importante de la teoría el agente de autocuidado y la agencia de autocuidado. Orem define que el agente de autocuidado se refiere a las personas que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica, cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado y la agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado, satisfacer sus propias necesidades de salud capaces de satisfacer sus necesidades de autocuidado.

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona, los requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y de desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o

estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales (Orem, 2001)

La teoría de déficit de autocuidado explica que el desarrollo, la calidad y el nivel de agencia de autocuidado están afectados por elementos internos y externos al individuo conocidos como factores básicos condicionantes (FCB), que son propios de la persona o del ambiente en que vive. Orem (2001) clasificó los FCB en cuatro grupos o categorías: los descriptivos, del patrón de vida, del sistema de salud y estado de salud, y del estado de desarrollo

### **Factores Condicionantes Básicos (FCB)**

Los factores condicionantes son aquellos factores internos y externos que afectan a los individuos en sus capacidades para ocuparse de su autocuidado afectando el tipo y cantidad de autocuidado requeridos. Orem (2001) describe cada uno de los factores de la siguiente manera.

-Edad: Determina el desarrollo de las habilidades (agencia de autocuidado), sexo (identificación sexual-niveles hormonales), estado de desarrollo cognoscitivo (incluye estados permanentes), estado físico, estado psicosocial (experiencias relevantes de la vida).

-Patrones de vida: Patrones o hábitos diarios (sueño, alimento, social, etc.), efectos de estado de salud sobre sus hábitos o patrones, roles o papeles de los que viven en el hogar, ocupación, estado anterior de salud, problemas crónicos, problemas agudos, efectos de los problemas de salud y en la vida, cuidados preventivos de salud en el pasado-énfasis en la salud de la vida (paciente-dieta, ejercicio, etc.), experiencias previas con elementos o personas del sistema de cuidados de salud en relación al paciente o su familia, los médicos,

las enfermeras, los hospitales, sentimientos acerca de experiencias anteriores (perdidas de seres queridos o de prioridades y adaptación a la crisis).

-Estado de salud: Estado de salud, percepción del paciente acerca del porque está hospitalizado, síntomas, acciones que el paciente realizo en respuesta a los síntomas que experimento, enfermedad actual, diagnóstico (alteraciones pato-fisiológicas), terapia prescrita (tratamientos, drogas, etc.), otros miembros del equipo de salud que están involucrados con el paciente (dieta, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajador social, etc.).

-Orientación sociocultural: Raíces étnicas-efectos actuales sobre la vida, actividades sociales (amigos, grupos, iglesia, clubes, etc.), actividades en horas libres, valores y creencias religiosas, orientación cultural así el estado de salud (valor que le da el paciente a su salud según su cultura, creencias acerca del cuidado de salud y hacia la salud), importancia del paciente el estar bien de salud, creencias y sistema de valores del paciente.

-Recursos disponibles incluyendo tiempo: Recursos financieros, seguros (ayuda del gobierno, familia, comunidad), la familia y sus sistemas de recursos, miembros-viven cerca al hogar o de otros, patrones de compromiso entre los miembros de familia, estabilidad de los hábitos y roles de la familia, el tiempo de recurso, compromisos importantes que requieren su tiempo (trabajo, familia, compromisos sociales) y utilización del tiempo disponible para actividades de autocuidado.

### **Categorías de requisitos de autocuidado**

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es

utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E. Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos, estos requisitos son:

1. Requisito de autocuidado universal: Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la estructura y del funcionamiento humano y bienestar general, Orem sugiere ocho requisitos universales (mantenimiento de un aporte de aire suficiente, mantenimiento de un aporte de agua suficiente, mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos, mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción humana, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar, y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales)

2. Requisito de autocuidado del desarrollo: Están asociados solo con procesos de desarrollo humano, condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y ciertos eventos pueden afectar adversamente al desarrollo, se describen dos tipos (provisión de los cuidados para crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo durante las etapas del ciclo vital, y provisión de cuidados para prevenir o mitigar los efectos negativos de condiciones adversas: educacional, pérdidas familiares, amigos, trabajo, enfermedad terminal)

3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud. Se encuentran asociadas con defectos constitucionales y genéticos, desviación humana estructural y funcional, con efectos y medidas de diagnósticos y tratamiento médico (buscar y asegurar la ayuda médica adecuada, tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados



patológicos, llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, tener conciencia y prestar atención o regular los efectos del tratamiento, modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse a uno mismo en estado de salud particular).

Según Prado et al., 2014, la elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas: Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado, realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente, analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería, diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud y poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

### **Definición de Términos o Variables**

En esta sección se describen las variables de interés que fueron utilizados en el estudio, primero se describen los factores condicionantes básico que incluye la edad por ello se describe la vejez y envejecimiento, sexo, escolaridad, ocupación, presencia de cuidador, percepción del estado de salud.

También se incluyen la definición conceptual de, agencia o capacidad de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado y actividades de autocuidado representadas por las actividades instrumentales de la vida diaria o capacidad funcional.

## **Factores Condicionantes Básicos**

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, afectando el tipo y cantidad de autocuidado requerido. Dorothea E. Orem en 1993, identificó diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidado de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (Hernández y Larreynaga, 2017).

## **Vejez**

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores describe que la vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años de edad y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento (INAPAM, 2019).

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos, es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo (OMS, 2021).

## **Envejecimiento**

Para el INAPAM en el año 2019 el envejecimiento es el proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte. Este proceso se encuentra influenciado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera todas las personas, sin importar la edad, estamos en proceso de envejecimiento.

El proceso de envejecimiento no es solamente un hecho biológico. También es un acontecimiento social y cultural conformado según una ideología general sobre la vejez. Cada sociedad y cada cultura, así se analizará con un ejemplo transcultural, tienen su propia manera de significar o empujar a la persona anciana en beneficio de las generaciones más jóvenes a quienes se atribuye mayor capacidad de producción para el desarrollo económico, presuponiendo que es ésta la finalidad última de los individuos en una sociedad (Merchán y Cifuentes, 2016).

### **Los factores sociodemográficos**

Son los factores de la persona que pueden modificar la agencia o capacidad y actividad de autocuidado, así como la demanda terapéutica o requisitos que incluyen edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, tener cuidador, y la percepción del estado de salud.

### **Percepción del Estado de Salud**

La autopercepción del estado de salud está determinada por el estado físico y las enfermedades padecidas, por los factores sociales, económicos y del entorno; la salud presenta un aspecto importante para las personas mayores, y uno de los factores asociados es la independencia como soporte de la autorrealización (Jodra, Maté-Muñoz y Domínguez, 2019).

## **Agencia o Capacidad de Autocuidado**

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado (Hernández y Larreynaga, 2017).

## **Autocuidado (AIVD del Adulto Mayor)**

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001).

Como refiere Paredes et al., la capacidad funcional se define como la competencia que tiene la persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda; además, se relaciona con la habilidad para ejecutar tareas en su contexto, las cuales implican un grado de complejidad.

## **Demanda terapéutica de autocuidado**

Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los adultos mayores, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias (Peña y Salas, 2010).

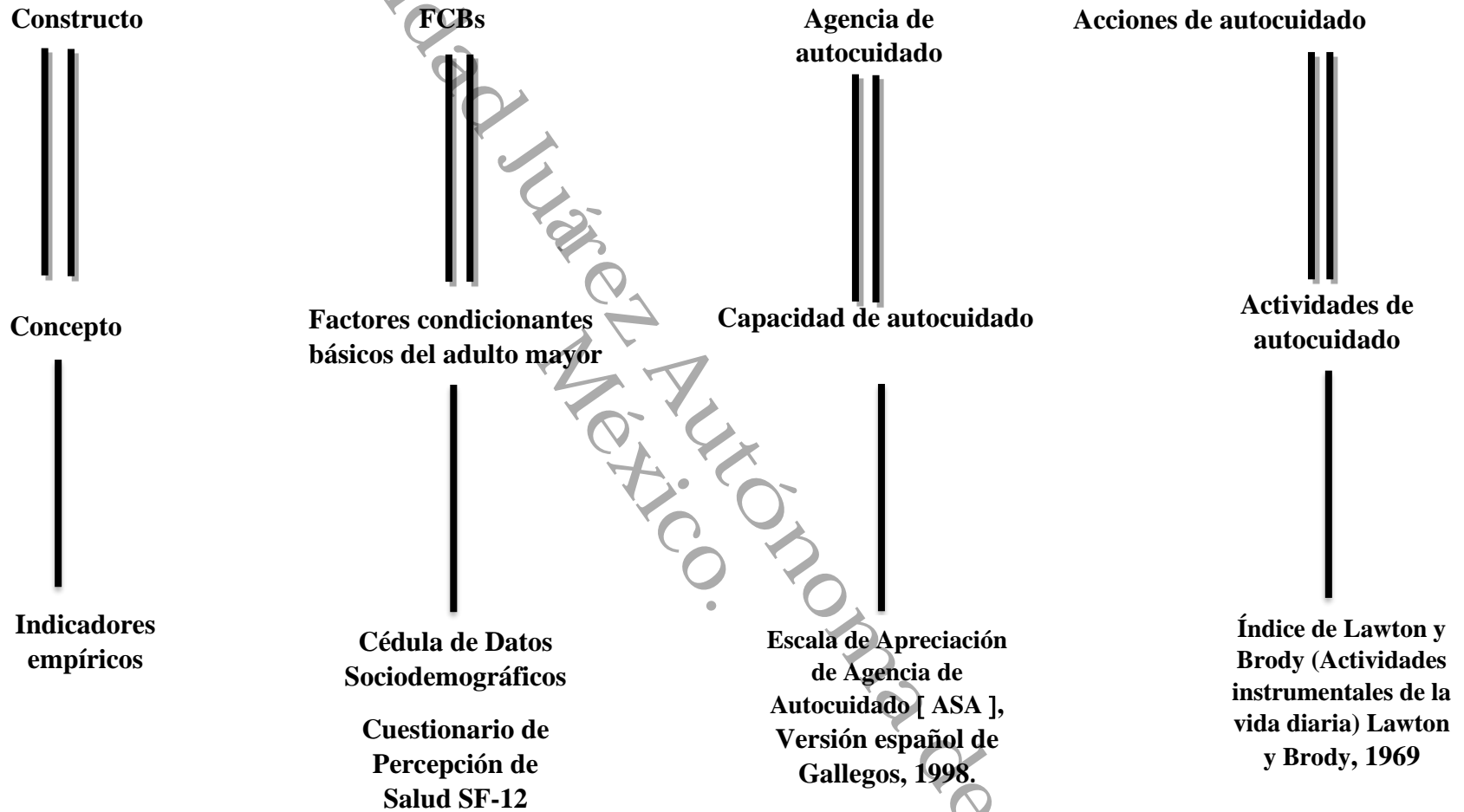
## **Hipótesis**

H1. Los factores condicionantes básicos se relacionan de manera estadísticamente significativa con las capacidades de autocuidado de los adultos mayores para el envejecimiento exitoso.

H2. Las capacidades se relacionan de manera estadísticamente significativa con las actividades de autocuidado de los adultos mayores para el envejecimiento exitoso.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Derivación Conceptual Teórica-Empírica



## **Estudios Relacionados**

### **Factores Condicionantes Básicos**

Toapaxi, Guarate y Cusme (2020) realizaron un estudio de tipo cuantitativo, correlacional, transversal, la muestra fue conformada por 35 adultos mayores pertenecientes al Sector de la Unión en el Barrio Alpamalag, Cantón Pujilpí, Provincia de Cotopaxi, Ecuador. Analizaron el estilo de vida y su influencia en el estado de salud de los adultos mayores. De los datos demográficos, el sexo femenino represento el 63%, el 71% son indígenas, el 44% se encuentran entre las edades de 60-70 años, el 66% de la población de los adultos mayores no han recibido ningún tipo de educación, aunque algunos saben leer y escribir, 34% recibieron educación primaria. La autopercepción de la salud el 49% manifestó un estado de salud regular, 23% muy bueno, 17% bueno y 11% el estado de salud malo.

Tapia, Iturra, Valdivia, Varela, Jorquera y Carmona (2017) diseñaron un estudio descriptivo correlacional, la muestra fue aleatoria estratificada con fijación proporcional óptima y de selección simple a través de número aleatorios, considerando los listados. Su objetivo principal fue identificar el nivel de autoeficacia percibida y su relación con variables biodemográficas, variables psicosociales y variables asociados al estado de salud en la población de 65 años y más beneficiarios FONASA e inscritos en algún centro de salud familiar de la ciudad de Antofagasta (CESFAM). Obtuvieron que el 61.4% son mujeres, el rango de edad osciló entre los 65 y 90 años, con una media de 73 años (DE=6.0), el estado civil de los adultos mayores en su mayoría el 40.8% son casadas, seguido del 37.3% viudos, el 78.9% declaró de dos a seis años de estudio en el nivel de

escolaridad. Y respecto a la percepción de la salud, el 48.5% de los adultos mayores la consideraron buena.

### **Agencia o capacidad y Actividades de autocuidado**

Díaz y Quijano (2019) realizaron un estudio nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo, transversal y univariado. Su objetivo de la investigación es determinar la capacidad de autocuidado en adultos mayores para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria del Centro Poblado el Ron Cajaruro-2018. La muestra fue conformada por 86 adultos mayores. Los resultados de autocuidado en los adultos mayores fueron que el 80.2% (n=69) son dependientes, en las actividades instrumentales de la vida diaria los adultos mayores con mayor dependencia fueron el 83.7% (n=72) responsabilidad de la medicación y el 75.6% (n=65) en medio de transporte, lavado de ropa el 55.8% (n=48) y el uso de teléfono el 53.5% (n=46) son actividades que realizan de manera independiente.

Fernández y Manrique (2011) realizaron un estudio cuantitativo, corte transversal, su muestreo fue no probabilístico a conveniencia. Su objetivo fue determinar la agencia de autocuidado y los FBC en adultos mayores con hipertensión arterial, de Tunja, Colombia. La muestra fue conformada por 204 adultos mayores de 60 años y más. Los resultados obtenidos de los factores básicos condicionantes, el 76.7% pertenecían al sexo femenino, sin escolaridad 49.2%, el 42.5% eran viudos, oficios del hogar 70.4%, 73.8% vivían con la familia. El total general del ASA de 46.8 (DS 4.6), el 99.6% presentó baja agencia de autocuidado.



Bautista y Gamboa (2017) el estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, no experimental de corte transversal. El objetivo principal fue determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y la práctica de autocuidado en el adulto mayor del programa pensión 65. Zona urbana del distrito de Quinua-Ayacucho, 2017. La población fue conformada por 60 adultos mayores. De los resultados obtenidos de manera general en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 85% son moderadamente independiente, el 8.3% dependientes y el 6.7% realizan sus actividades de forma independiente. La capacidad de autocuidado en los adultos mayores el 75% tienen un autocuidado regular, 18.3% autocuidado deficiente y el 6.7% autocuidado bueno.

Torres (2020) realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y su diseño fue no experimental. Su objetivo principal es determinar la funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales en la vida diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019. La muestra fue conformada por 55 adultos mayores registrados hasta mayo 2019. En los datos demográficos de la población encontró que el 34.55% de los adultos mayores son de 65 a 73 años, con grado de instrucción hasta primaria con el 49.09% y en su mayoría son solteros 58.18%, con predominancia en el sexo hombre con 54.55%. Identificó la funcionalidad del adulto mayor el 32.73% su dependencia es total, 30.91% dependencia leve, 14.55% dependencia moderada y autónomos, y el 7.27% dependencia grave, el 50.91% es incapaz de manejar su dinero, 45.45% de los adultos mayores necesitan que le preparen y le sirvan sus comidas y el 45.45% toman sus medicamentos a la hora y dosis correcta.

Amado, Flórez, Rodríguez, Mora, Ríos y Cruz (2012) llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo, transversal, su muestra fue de 10 adultos mayores que residen en un hogar

geriátrico privado ubicado en la ciudad de Barranquilla. Su objetivo fue determinar la dependencia de los ancianos residentes en un hogar de ancianos distrito de barranquilla para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. De sus resultados obtenidos el 90% pertenece al sexo femenino, el 60% se encuentran viudos, el 30% cuentan con un nivel de estudio primaria y técnico. El 80% de los adultos mayores son capaces de utilizar el teléfono, el 70% cuidan de la casa y el 60% son responsables respecto a su medicación y el lavado de ropa, las actividades instrumentales con mayor dependencia fueron con el 70% realizar compras, 60% preparación de la comida al igual que el uso de medios de transporte y el 50% manejo de sus asuntos económicos. El 100% de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia.

Hernández y Lozano (2016) aplicaron un estudio de tipo cuantitativo, transversal, observacional, su muestra fueron 165 adultos mayores que acuden al centro de salud de la ciudad de Morelia. Como objetivo principal fue identificar las características de la agencia de autocuidado que aplican y las prácticas de salud más comunes en relación con su salud. Los resultados obtenidos el 2.5% la capacidad de autocuidado fue con muy baja agencia de autocuidado, 11.5% baja agencia de autocuidado, el 78.8% con regular agencia de autocuidado y el 7.3% con buena agencia de autocuidado.

Olazo y Contreras (2015) Su estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 175 pacientes geriátricos de 60 años y más. Como objetivo principal fue determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acide al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Los participantes obtuvieron con el 90.9% media agencia o capacidades de autocuidado y el 9.1% alta

agencia de autocuidado. Obtuvieron una correlación directa y significativa para las variables capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida (percepción del estado de salud) ( $\rho=0.284$ ,  $p=0.000$ ).

Tejada (2018) realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y el diseño de investigación es de corte transversal. La muestra se constituyó por 75 adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 del distrito de Ayapata. Su objetivo principal es determinar la capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018. La capacidad de autocuidado de los adultos mayores el 85.3% se encuentran con una media agencia o capacidad de autocuidado, el 8% alta agencia de autocuidado y el 6.7% baja agencia de autocuidado.

Trejo y Maldonado (2020) Diseñaron un estudio con enfoque cuantitativo, longitudinal, de diseño pre-experimental pre-prueba/ post prueba con un solo grupo. El universo estuvo constituido por 27 adultos mayores del Centro Gerontológico Integral de Tlahuelilpan Hidalgo. Evaluaron la influencia del apoyo educativo en las capacidades de autocuidado del adulto mayor dentro del Centro Gerontológico Integral de Tlahuelilpan Hidalgo. Identificaron que el 74% del universo son del género femenino y el 26% masculino. En el nivel de escolaridad el 67% tienen educación primaria, 22% son analfabetas y el 11% tienen estudios de secundaria, el estado civil en los adultos mayores el 63% son casados o con pareja, 22% viudos y el 15% solteros. El 74% se dedican al hogar, 19% a la agricultura y el 7% no tiene ocupación. En la pre-prueba de las capacidades o agencia de autocuidado se encontró que el 93% de los adultos mayores tienen buenas capacidades de autocuidado y el 7% bajas capacidades, los resultados obtenidos del post-intervención, obtuvieron que el 89% posee muy buenas capacidades de autocuidado.

Lara, López, Espinoza y Pinto (2012) realizaron un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-correlacional transversal. Su muestra fue de 136 adultos mayores. Determinaron características de las personas mayores que pueden influir en su capacidad funcional según las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. El 61% fueron mujeres, con el 65% presenta independencia y el 35% presento un alto grado de dependencia para desarrollar las actividades, las actividades con mayor dificultad con el 15% consumir fármacos, 12% ir de compras y el 11% uso de transporte.

Chávez y Arteaga (2016) Su enfoque principal de su estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y corte transversal. La muestra quedo conformada de 35 adultos mayores. Como objetivo conocieron el nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor del club Conjunto Residencial de San Juan de Miraflores (CORESAMI) en el 2013. Las características demográficas fueron que el 89% tenían una edad igual o mayor a 65 años, el 97% eran del sexo femenino, en cuanto al grado de instrucción 31% estudiaron primaria completa, 17% secundaria completa, 17% estudios superiores universitarios completos, referente a la ocupación el 71% eran ama de casa, 20% jubilados y 9% cesantes, en cuanto a su nivel de funcionalidad en las actividades instrumentales de la vida diaria el 74% presentan un nivel de funcionalidad alto, 23% medio y el 3% bajo.

Fócil y Zavala (2014) Su investigación fue un estudio transversal, estudiaron un universo de 194 adultos mayores. Evaluaron la funcionalidad para las AVD en la población de adultos mayores residentes del Poblado C-29 de Cárdenas, Tabasco, México, en el 2011. En el perfil sociodemográfico el 35% fueron de edad mayor a la expectativa de vida nacional (74 años), el 54% fueron masculinos y el 46% femeninos, en el grado de estudio

de la población con el 73% estudiaron primaria, 3% secundaria y 1% licenciatura, el 70% eran de estado civil casados, 27% viudos, 2% unión libre y 1% solteros, el 46% son campesinos y el 44% ama de casa, en cuanto a la funcionalidad para las actividades instrumentales de la vida diaria, observaron que el 66% resultaron con algún nivel de dependencia funcional instrumental, siendo el 46% moderadamente dependiente.

Velasco, Fernández, Pacheco, Rondón y Vásquez (2014) su estudio fue de tipo descriptivo, con diseño de campo y de corte transversal. Su muestra poblacional estuvo conformada por 38 adultos mayores que asistieron a la consulta externa en la Unidad de Fisiatría y Rehabilitación del Hospital Universitario “Dr. Jesús María Casal Ramo” de Araure, Estado Portuguesa-Venezuela. Determinaron la capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del Adulto mayor. Del perfil socio-demográfico el 55% son del género femenino, de las actividades instrumentales el 39% es capaz de contestar el teléfono, realizar pequeñas compras, preparar comida, el 63% de los adultos mayores evidencian que el lavado de ropa debe ser realizado por otro, 34% viajaban en transporte público, 42% son capaz de tomar sus medicamentos y el 68% son incapaz de manejar dinero, la capacidad funcional de los adultos mayores el 73% realizan sus AIVD de manera independiente.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este apartado se describen los elementos del método de estudio, el diseño, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, exclusión y de eliminación, el instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de datos.

#### **Diseño de Estudio**

Este estudio fue observacional, de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo y correlacional que nos permitió conocer las capacidades de autocuidado de los adultos mayores y finalmente transversal, ya que los datos fueron medidos en una sola ocasión.

#### **Población, Muestra y Muestreo**

La población como objeto de estudio son adultos mayores, adscritos al Centro de Salud “Villa Vicente Guerrero” ubicada en Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco.

La muestra fue conformada por 126 adultos mayores, del mes de febrero, marzo, abril y mayo. El muestreo es no probabilístico aleatorio simple.

#### **Criterios de Inclusión**

De la muestra tomada, se incluyeron todos los adultos mayores de 60 años y más, usuarios que acudan a consulta externa sea de primera vez o subsecuente y pacientes que se realiza visitas domiciliarias con los promotores en el centro de salud de lunes a viernes, turno matutino.

### **Criterios de Exclusión**

Se excluyeron todos los adultos mayores con deterioro cognitivo, pacientes que asistirían a diferentes áreas del centro de salud excepto consulta externa, a los que no desean participar en la investigación.

### **Criterios de Eliminación**

Se eliminaron todos los adultos mayores que no continuaron participando en las encuestas, adultos mayores que fallecieron.

### **Instrumentos de Recolección de Datos**

La información se recolectó utilizando la técnica de una entrevista a los adultos mayores y con el uso de cuatro instrumentos: los indicadores empíricos para estudiar las variables de interés incluyeron: la Cédula de datos sociodemográficos (FCB), el Cuestionario de Percepción del estado de Salud SF-12, las capacidades con la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) y las actividades de autocuidado con el Índice de Lawton y Brody (AIVD).

### **Cuestionario de Percepción del Estado de Salud SF-12**

El Cuestionario de Salud SF-12, es la segunda versión de SF-36, fue desarrollado en Estados Unidos en el año 1994, para su uso en los estudios de los resultados médicos, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud aplicable tanto a los pacientes como a la población general, es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Existe la segunda versión del Cuestionario de Salud SF-12, actualizada en el año 2002, su objetivo principal es permite obtener puntuaciones de las ocho dimensiones del SF-36. El cuestionario está dirigido a personas mayores de 14 años y

tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Consta de 12 preguntas, provenientes de las 8 dimensiones del SF-36, y se resumen en dos componentes: físico y mental. Las dimensiones que contiene el cuestionario son: Función física (grado en que la salud limita las actividades físicas de subir escaleras y caminar más de una hora), rol físico (realizo menos actividades físicas y dejo de hacer algunas), dolor corporal (intensidad del dolor y dificultad), salud general (valoración de la salud general), vitalidad (energía), función social (frecuencia en que la salud física y emocional dificultan las actividades sociales), rol emocional (grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo) y salud mental (sentimientos de tranquilidad, desánimo y tristeza). Es una escala tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Para la interpretación del puntaje del cuestionario se estandarizan con las normas poblacionales, de forma que 50 (desviación estándar de 10) es la media de la población general, lo valores superiores o inferiores a 50 deben ser interpretados como mejores o peores, respectivamente, que la población de referencia. Sus características métricas aportan una fiabilidad, validez y sensibilidad (alfa de Cronbach  $> 0,7$ , reproducibilidad test-retest Coeficiente de Correlación Intra clase CCI rho t0, 75) (Ramírez et al., 2010).

### **Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA)**

La escala de apreciación de la agencia o capacidad de autocuidado (ASA) es un instrumento que fue elaborada por las enfermeras Evers e Isenberg seguidoras de la teoría del autocuidado de Orem, en la facultad de ciencias de la salud de Maastrich (Holanda), en el año 1986. Tiene como objetivo medir la capacidad de la persona para realizar



operaciones de autocuidado. La validez y confiabilidad de la escala en español fue determinada mediante estudio descriptivo, correlacional y transversal en un grupo de adultos diabéticos por la Doctora Esther C. Gallegos Cabriales (1998), donde empleó la escala “Apreciación de agencia de autocuidado” en versión español, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0,77. El cuestionario está conformado por 24 ítems de pregunta cerrada que se encuentra dividido en 5 secciones: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente; preservación de equilibrio entre actividad y reposo; mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social; prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal; promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas. Cuenta con una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones, donde 1=nunca, 2=casi nunca, 3=casi siempre y 4=siempre, 1 (totalmente en desacuerdo) que sería el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) que es el valor más alto, el puntaje para esta escala va de 24 a 120 puntos, se toma en consideración los siguientes rangos, de 24 a 43 muy baja agencia de autocuidado, de 44 a 62 baja agencia de Autocuidado, de 63 a 81 regular agencia de autocuidado y de 82 a 96 buena agencia de autocuidado. La confiabilidad de ASA original muestra una confiabilidad de 0.72 -0.82 para el coeficiente alfa este instrumento ha sido aplicado a estudios en poblaciones de Holanda, Noruega, suiza, México y Hong Kong (Velasco et al., 2013).

### **Índice de Lawton y Brody**

El índice de Lawton y Brody fue desarrollado en Philadelphia Geriatric Center y publicada en el año 1969, evalúa la autonomía física y Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD) en población anciana institucionalizada o no. Ha demostrado su utilidad

como método objetivo que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador, permite detectar las primeras señales de deterioro cognitivo. Es una escala que evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer comprar, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos. Cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente), se clasifica el grado de dependencia: 0-1 puntos dependencia total, 2-3 puntos dependencia severa, 4-5 puntos dependencia moderada, 6-7 puntos dependencia ligera y 8 autónomo, permite estudiar y analizar una puntuación global y también cada uno de los ítems. La información se obtiene mediante una entrevista directamente al individuo o al cuidador principal, el tiempo medio requerido es de 4 minutos. Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra-observador alto, 0.94 (Trigás, 1993).

### **Recolección de Datos**

Para la recolección de datos las investigadoras se presentaron con los adultos mayores quienes asistían a consulta externa del centro de salud y a los adultos mayores que se les realizaba visitas domiciliaria con el apoyo del promotor, quien presentaba a las investigadoras con el familiar y los adultos mayores, se les explicaba el objetivo de dicha investigación dando un breve introducción sobre la importancia al realizar la entrevista, posteriormente se les dio a conocer los instrumentos que fueron utilizados, especificando las diferentes respuestas que los cuestionarios presentan, los adultos mayores que estuvieron de acuerdo en participar se les mostro el conocimiento informado si estaban de acuerdo firmaban el documento. Se realizó una entrevista previa con datos

sociodemográficos donde se les preguntaba sus nombres anotando las iniciales de nombre y apellido para mayor confidencialidad, edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad y cuidador principal.

La continuidad a las preguntas que los cuestionarios incluyen, se les preguntaba conforme al contenido de los instrumentos que llevan por nombre “Escala de Lawton y Brody”, “Cuestionario de Salud SF-12” y la “Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)” anotando sus respuestas con una X en cada casilla de estos y si tenían dudas en las preguntas se les explicaba por medios de ejemplos.

### **Análisis de los Datos**

En este estudio los datos se procesaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences o Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 22, en español. El análisis de los datos se realizó con estadísticas descriptivas para variables categóricas como frecuencia.

Cada instrumento fue capturado en diferentes sesiones del paquete estadístico SPSS, para el instrumento de Lawton y Brody se capturaron las respuestas dicotómicas de si (1) y no (0), obteniendo un puntaje global clasificándola de la siguiente manera: 0-1 puntos dependencia total, 2-3 puntos dependencia severa, 4-5 puntos dependencia moderada, 6-7 puntos dependencia ligera y 8 autónomo. El instrumento de la escala de apreciación de la agencia de Autocuidado (ASA) se obtuvo la sumatoria de los 24 ítems de nunca (1), casi nunca (2), casi siempre (4) y siempre (5), clasificando la agencia de autocuidado: 24-43 muy baja, 44-62 baja, 63-81 regular y 82-96 buena.

Para obtener las correlaciones, primero se realizó un análisis de correlación bivariado de los factores condicionantes básicos y las capacidades de autocuidado y por último se obtuvo un análisis de correlación bivariado, para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

### **Consideraciones Éticas**

Las consideraciones éticas manejadas en la investigación de acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud: Título primero. Disposiciones Generales. Capítulo único.

Artículo 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud; IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y VI. A la producción de insumos para la salud.

Título segundo, capítulo 1: artículo 13, 14 fracción I al V;

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en

laboratorios o en otros hechos científicos. III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo; IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles; V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Capítulo III

### Resultados

En este apartado se describen los resultados de los datos recolectados con los instrumentos dando respuesta a los objetivos: los datos sociodemográficos y el Cuestionario de percepción del estado de salud SF-12 que representan a los factores condicionantes básicos, la Escala de apreciación de la agencia o capacidades de autocuidado (ASA) y la autonomía para las actividades instrumentales de la vida diaria índice de Lawton y Brady que representan las actividades de autocuidado.

#### **Factores Condicionantes Básicos o Perfil Sociodemográfico de los adultos mayores**

En este apartado se observan los factores condicionantes básicos que influyen en la salud de los adultos mayores, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, cuidador y la percepción de del estado de salud.

En el perfil sociodemográfico de la muestra los adultos mayores son del sexo femenino 61.9% (n=78), el 67.5% (n=85) no cuentan con seguridad social, en su mayoría el 67.5% (n=85) son casados y el 22.2% (n=28) son viudo/as, el 37.3% (n=47) se dedican a labores del hogar, en relación con la escolaridad el 63.5% (n=80) estudiaron la primaria y los hijos/as el 57.9% (n=73) son cuidadores primarios. Tabla 1

La edad de los participantes fueron personas mayores de 60 años en la muestra, con una media de 67.56 (DE=6.46), con un total de 126 adultos mayores.

Tabla 1

*Perfil sociodemográfico de los adultos mayores*

VARIABLES DE ESTUDIO	Características	f	%
Sexo	Femenino	78	61.9
	Masculino	48	38.1
Estado civil	Casado	85	67.5
	Soltero	7	5.6
	Unión libre	6	4.8
	Viudo/Viuda	28	22.2
Ocupación	Empleado	7	5.6
	Desempleado	38	30.2
	Independiente	21	16.7
	Jubilado	13	10.3
	Ama de casa	47	37.3
Escolaridad	Primaria	80	63.5
	Secundaria	19	15.1
	Bachillerato	7	5.6
	Técnico	--	--
	Universitario	10	7.9
	Ninguno	10	7.9
Cuidador Principal	Cónyuge	47	37.3
	Hijo/Hija	73	57.9
	Otro familiar	6	4.8

Fuente: Perfil sociodemográfico

## Percepción de la salud en los adultos mayores

La percepción de la salud de los adultos mayores el 59.5% ( $n=75$ ) la consideran de manera regular, el 27% ( $n=34$ ) buena salud y el 3.2% ( $n=4$ ) la consideran muy buena como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2

*Salud General de los adultos mayores*

	<i>f</i>	%
Excelente	5	4
Muy buena	4	3.2
Buena	34	27
Regular	75	59.5
Mala	8	6.3
Total	126	100

Fuente: Cuestionario de Salud SF-12



### Agencia o Capacidad de Autocuidado (ASA)

La agencia o capacidad de autocuidado de los adultos mayores presentan regular agencia o capacidad de autocuidado el 57.1% ( $n=72$ ), buena el 31% ( $n=39$ ) y baja el 11.9% ( $n=15$ ), como se observa en la tabla 3.

Tabla 3

*Agencia de Autocuidado de los adultos mayores*

Clasificación	<i>f</i>	%
Muy baja	--	--
Baja	15	11.9
Regular	72	57.1
Buena	39	31
Total	126	100

Fuente: Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA)

### Acciones de Autocuidado

Las actividades instrumentales de la vida diaria que realizan los adultos mayores no realizar las actividades son: el 49.2% ( $n=62$ ) uso del teléfono, 30.2% ( $n=38$ ) lavandería, compras 28.6% ( $n=36$ ) y el 27% ( $n=34$ ) cocina, las actividades con mayor independencia fueron: 92% ( $n=116$ ) medicación, 85.7% ( $n=108$ ) cuidado del hogar, 81% ( $n=102$ ) uso de transporte y el 73.8% ( $n=93$ ) manejo de sus finanzas. Ver tabla 4

Tabla 4

*Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de los adultos mayores*

	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Capacidad para usar un teléfono	64	50.8	62	49.2
Transporte	102	81	24	19
Medicación	116	92.1	10	7.9
Finanzas	93	73.8	33	26.2
Compras	90	71.4	36	28.6
Cocina	92	73	34	27
Cuidado del hogar	108	85.7	18	14.3
Lavandería	88	69.8	38	30.2
Total	126	100	126	100

Fuente: Índice de Lawton y Brody

El grado de autonomía para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria o nivel de dependencia de los adultos mayores, el 40.5% ( $n=51$ ) se encuentran en dependencia ligera, el 28.6% ( $n=36$ ) son autónomos y como dependencia moderada el 15.1% ( $n=19$ ), ver Tabla 4.

Tabla 4

*Grado de dependencia para realizar AIVD de los adultos mayores*

	<i>f</i>	%
Dependencia total	5	4
Dependencia severa	15	11.9
Dependencia moderada	19	15.1
Dependencia ligera	51	40.5
Autónomo	36	28.6
Total	126	100

Fuente: Índice de Lawton y Brody

## **Asociación de los Factores Condicionantes Básicos y Capacidades de Autocuidado**

De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró una relación significativa entre las variables. Se observa que la edad se relaciona de manera inversa con las capacidades de autocuidado ( $r=-.212^*$ ) con un valor de  $p \leq .05$ , el estado civil ( $r=-.187^*$ ), con la presencia del cuidador ( $r=-.216^*$ ), y con la percepción del estado de salud de los adultos mayores ( $r=-.213^*$ ). Lo que sugiere que tener mayor edad, no tener pareja, tener mayor tiempo un cuidador y una peor percepción del estado de salud se relacionan de manera negativa con las capacidades o agencia de autocuidado de los adultos mayores.

La ocupación de los adultos mayores ( $r=.208^*$ ) fue el único factor condicionante básico que presentó una relación positiva y estadísticamente significativa con las capacidades de autocuidado, lo que podría sugerir que mantenerse activo en una ocupación apropiada resulta favorable para mantener un buen nivel de capacidades de autocuidado. Por lo tanto los factores condicionantes básicos influyen en las capacidades de autocuidado los adultos mayores como se muestra en la Tabla 6.

Por lo anterior, se considera que de los factores condicionantes básicos, la ocupación se relaciona de manera positiva incrementando las capacidades de autocuidado, y de manera negativa la edad, el estado civil o no tener pareja, tener cuidador o perder la autonomía y una peor percepción del estado de salud reducen o disminuyen la agencia o capacidades de autocuidado. Por esta evidencia empírica se decide aceptar la 1ª hipótesis planteada en la investigación. Tabla 5

Tabla 5

**Asociación de los Factores Condicionantes Básicos y Capacidades de Autocuidado**

FCB	Edad	¿Cuenta con seguro social?	Sexo	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Cuidador	Percepción del estado de salud AM	Agencia o capacidades de autocuidado
Edad	1								
¿Cuenta Seguro social?	.045	1							
Sexo	.269**	.022	1						
Estado civil	.213*	.061	-.250**	1					
Ocupación	-.087	-.074	-.423**	.118	1				
Escolaridad	.013	-.228*	-.089	-.106	.165	1			
Cuidador	.178*	.080	-.302**	.468**	.131	-.052	1		
Percepción estado de salud AM	-.081	-.218*	.004	.043	-.156	.114	-.054	1	
Capacidades de AC	-.212*	.027	-.040	-.187*	.208*	.078	-.216*	-.213*	1

Nota: \*\**p.* <.01. \**p.* <.05

### Asociación de las Capacidades y Actividades de Autocuidado

De acuerdo a los resultados obtenido se encontró una relación significativa entre las variables. Los resultados se presentan en la Tabla 7, donde se observa que las capacidades de autocuidado se relacionan de manera positiva y significativa con las actividades de autocuidado ( $r = .335, p = .01$ ), es decir a mayores capacidades más actividades instrumentales de la vida diaria realizarán los adultos mayores para cuidar de sí mismo hacia un envejecimiento exitoso. Esto permite verificar la 2ª. Hipótesis alterna de estudio derivada de los supuestos teóricos de Orem. Tabla 6

Tabla 6

*Correlación de Spearman de Capacidades con Actividades de Autocuidado*

<b>Variables</b>	Capacidades de Autocuidado	Actividades de Autocuidado (AIVD)
Capacidades de Autocuidado	1	
Acciones de Autocuidado (AIVD)	.335**	1

Nota: \*\* $p < .01$

## Capítulo IV

### Discusión

En la teoría de Orem, la capacidad de autocuidado se puede ver afectada por los factores condicionantes básicos, por lo tanto, en este estudio los datos sociodemográficos representaron este constructo, en el perfil sociodemográfico de la muestra de adultos mayores predominó el sexo femenino 61.9%, estudios previos muestran características similares que en su mayoría el 76.7% pertenecían al sexo femenino (Fernández & Manrique, 2011).

Otro factor que se pudo lograr obtener es el estado civil de los adultos mayores, en su mayoría son casados el 67.5% y solamente el 22% viudos, un estudio realizado por Trejo y Maldonado (2020) encontraron que el 63% son casados y el 22% viudos. Adicionalmente la investigación realizada en el Club Conjunto Residencial de San Juan de Miraflores en el año 2013 el 71% eran ama de casa, 20% jubilados y el 9% cesantes, en el Centro de Salud de Villa Vicente Guerrero con más predominante el 37.3% siendo amas de casa, como segundo hallazgo el 30.2% son desempleados y solo el 10.3% son jubilados siendo menor en el estudio anterior (Chávez & Arteaga, 2016).

En el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, un estudio realizado por Torres (2020), identificó que los adultos mayores tuvieron un grado de instrucción hasta primaria con el 49.09%, siendo como principal nivel de estudio en dicha investigación con el 63.5%, esto significa que los adultos mayores de Centla presentan un bajo nivel de conocimientos.

En relación con la capacidad de autocuidado de los adultos mayores se encontró como principal que el 57% mantienen su capacidad de manera regular o medio, un tercio con un nivel de capacidad bueno 31% y bajo solo el 11.9%, estudios similares con regular agencia de autocuidado como Hernández y Lozano (2016) con el 78.8%, Olazo y Contreras (2015) el 90.9% presentan una agencia de autocuidado regular, lo que representa que la mitad de este grupo etario se encuentran factores que condicionan la capacidad para poder llevar a cabo el cuidado principal de su salud.

Para mantener el autocuidado del individuo, Dorothea E. Orem especifica requisitos universales que son necesarios para poder llevar un buen funcionamiento vital, las actividades instrumentales de la vida diaria son algunos de estos requisitos, del estudio realizado el 41% presentan autonomía y dependencia ligera, mientras que fueron autónomos un tercio; dependencia severa y total 16% y dependencia moderada 15%. Un estudio realizado por Velasco et al., (2014) encontró que el 39% son capaz de contestar un teléfono, realizar pequeñas compras, preparar la comida, el 63% el lavado de ropa debe ser realizado por otro, 34% viajaban en transporte público, 42% son capaces de tomar sus medicamentos y el 68% son incapaz de manejar su propio dinero, en relación con el estudio anterior en el Centro de Salud se encontró que 92% pueden tomar sus propios medicamento y el 30.2% son incapaces de lavar su ropa, y las actividades que menos se relacionan con respuestas si el 81% uso de transporte y 73.8% manejo de sus propias finanzas, y las actividades que son dependientes 49.2% uso de teléfono, 28.6% compras y el 27% cocina, un hallazgo similar realizado por Lara et al. (2012), la actividad con dificultad el 12% de realizar las compras, resultados que difieren a lo reportado por Díaz y Quijano (2018) la mayor dependencia de los adultos mayores son el consumo de medicamentos 83.7% y uso



de transporte 75.6%, mientras que las actividades con mayor independencia son el lavado de ropa 55.8% y uso de teléfono 53.5%.

El grado de independencia en la actividades instrumentales de la vida diaria de la población estudiada permite detectar inicios de un deterioro funcional, estudios muestran que el 46% son moderadamente dependiente en realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en el Poblado C-29 de Cárdenas, Tabasco, México y la muestra que fue tomada de la población del Centro de Salud Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco el 40.5% la dependencia es ligera, siendo en su minoría el 15.1% dependencia moderada (Fócil & Zavala, 2014). Para Bautista y Gamboa (2017), encontraron que el 85.5% de la población son moderadamente independiente. Esto representa que al no ser atendidos en mejorar las actividades de los adultos mayores, podrían disminuir la capacidad de autocuidado en los adultos mayores.

La relación de las variables de estudio se verificó con las asociaciones de Spearman. Los factores condicionantes básicos fueron verificados en este estudio que afectan las capacidades o agencia de autocuidado, se relacionó de forma positiva con la ocupación, ya que dos tercios de la muestra se mantienen activos realizando alguna actividad ocupacional lo que favorece el desarrollo de la capacidad de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas.

Los factores condicionantes básicos que se relacionaron de manera inversa fueron edad, estado civil, tener cuidador y la percepción del estado de salud, respectivamente con la percepción del estado de salud ( $r=-.213^*$ ), Olazo y Contreras en el año 2015 realizaron una correlación de las variables de capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida (percepción del estado de salud) esta se relaciona de manera directa y significativa

( $\rho=0.284$ ,  $p=0.000$ ). Esto sugiere que a mayor edad, vivir solo sin pareja, tener un cuidador y percibir un mal estado de salud afecta de manera negativa las capacidades de autocuidado de los adultos mayores.

En la correlación de la variable capacidad de autocuidado con las acciones de autocuidado se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa ( $r=.335$ ,  $p=.01$ ), lo que permite inferir que tener una capacidad media o buena permitirá a los usuarios tener un excelente autocuidado donde podrán realizar el cuidado de sí mismos al tiempo que preservan su autonomía y mantienen su independencia.

Por lo cual también se decide aceptar la hipótesis de investigación planteada que se deriva de la proposición teórica que los factores condicionantes básicos se relacionan con las capacidades de autocuidado.

Además, que existe una relación entre las capacidades y las acciones de cuidado, verificando empíricamente estos supuestos.

## **Conclusión**

La capacidad de autocuidado de los adultos mayores según la teoría de Orem, se puede ver afectada por la demanda y factores condicionantes básicos que afecten la salud en este tipo de población, causando un déficit de autocuidado, del perfil sociodemográfico la mayoría fueron del sexo femenino, el estado civil de la población estudiada se identificaron que son casados y viudos, la ocupación de los individuos son ama de casa, y en segundo lugar desempleados, ya que esto puede condicionar a mantener un estilo de vida saludable, las personas que viven y asistían al Centro de Salud del poblado Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco, México estudiaron hasta el nivel primario.

La teoría del déficit de autocuidado surge desde el momento en que la persona tiene una alta demanda de autocuidado terapéutico incluyendo las acciones y factores condicionantes básicos, como último objetivo se identificó que la capacidad de autocuidado de los adultos mayores lleva su autocuidado de manera regular, se pudo lograr obtener que los factores al ir aumentando pueden desequilibrar el cuidado e impedir que la persona tenga una muy buena agencia de autocuidado.

Dorothea E. Orem propuso tres requisitos, estos requisitos son importantes ya que son los componentes que la persona puede realizar en su autocuidado, las actividades instrumentales de la vida diaria se encuentran ubicadas en el primer requisito, también conocido como requisito universal, se identificaron que las actividades que mayor tenían un grado de dependencia o que necesitan ayuda es el uso del teléfono, realizar compras, preparar sus propios alimentos y lavar su ropa, las acciones pueden realizar de manera independiente como ingerir sus propios medicamentos, cuidar de su hogar, uso de transporte y manejar sus propias finanzas. En cuanto a su grado de dependencia de manera general, los adultos mayores en su mayoría se encuentran con una dependencia ligera, aunque sea el de mayor prevalencia se considera como un diagnóstico precoz que podría ser de beneficio para prevenir que llegue a una dependencia total.

Se logro obtener que la correlación de los factores condicionantes básicos como la edad, estado civil o no tener pareja, tener cuidador o perder la autonomía y la percepción de la salud influyen de manera negativa en las capacidades de autocuidado, se observó que la ocupación se relaciona de manera positiva. Las capacidades de autocuidado se relacionan de manera positiva y significativa con las actividades o acciones de autocuidado, cuanto

más mayor es la capacidad de autocuidado en este grupo etario mayor será el cuidado de sí mismo, logrando así llevar un envejecimiento saludable.

La investigación realizada será de beneficio con los datos obtenidos para futuras generaciones y ser un punto de partida para ampliar el tamaño de la muestra, realizando comparación con otras instituciones, áreas rurales y urbanas.

### **Recomendaciones**

Evaluar los diferentes factores condicionantes básicos como los patrones de vida o hábitos diarios, recursos económicos, factores del sistema de familiar, socioculturales y espirituales a la población mayores de 60 años que acuden al Centro de Salud Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco.

Dar a conocer la problemática de los adultos mayores cuando presentan la agencia de autocuidado se ve afectada por las demandas y factores que estén afectando la salud de la población estudiada.

Desarrollar intervenciones preventivas que ayuden a modificar los factores condicionantes básicos, mediante un equipo interdisciplinario y multidisciplinario, ya que se necesitan apoyos de diferentes disciplinas.

Realizar intervenciones educativas mediante la promoción de la salud en los adultos mayores y en el personal que cuida de ellos.

## Referencias Bibliográficas

- Amado, C. O., Flórez, K. H., Rodríguez, A. P., Mora, A. F., Ríos, J. R., & Cruz, M. V. Q. (2012). EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN UN HOGAR GERIATRICO DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA. 2012-2. SALUD EN MOVIMIENTO, 4(1). URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/267928813.pdf>
- Bautista Bautista, M., & Gamboa Bendezú, C. (2017). Capacidad funcional y práctica de autocuidado en los adultos mayores del programa pensión 65. Distrito de Quinua-Ayacucho, 2017. URL: <https://1library.co/document/q76m2pny-capacidad-funcional-practica-autocuidado-programa-pension-distrito-ayacucho.html>
- Bruno, F., & Alemán, J. A. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. In Forum Sociológico. Série II (No. 29). CESNOVA. URL: <https://journals.openedition.org/sociologico/1453>
- Cedeño Mera, d. M. (2019). Estrategia educativa del autocuidado en el adulto mayor desde el enfoque enfermero (Doctoral dissertation). URL: <https://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/123456789/2599/1/ULEAM-ENF-0075.pdf>
- Chávez, Y. C., & Arteaga, C. M. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. Rev Enfermería Hered. el, 8. URL: <file:///C:/Users/End%20User/Downloads/2860-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6896-1-10-20160808.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2021. Día Internacional de las Personas de Edad. URL: <https://www.gob.mx/conapo/es/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad>

[284170?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20las%20actuales,cada%20100%20ser%C3%A1n%20personas%20mayores.](https://www.gob.mx/conadis/articulos/en-mexico-con-discapacidad-31-de-cada-100-adultos-mayores-segun-datos-oficiales)

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad. 31 de Julio 2015. URL: <https://www.gob.mx/conadis/articulos/en-mexico-con-discapacidad-31-de-cada-100-adultos-mayores-segun-datos-oficiales>

De La Rosa, M. Y., & Rivera, H. S. (2017). Factores socioculturales relacionados con la capacidad de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, Trujillo 2017. Cientifi-k, 5(2), 167-173. URL: <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/cientifi-k/article/view/1293/1155>

Díaz, Y. A. S., & Quijano, E. M. (2020). Capacidad de autocuidado en adultos mayores para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria Centro Poblado el Ron Cajaruro-2018. Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades, 2(2), 09-14. URL: [file:///C:/Users/End%20User/Downloads/537-2640-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/End%20User/Downloads/537-2640-1-PB%20(1).pdf)

Dominguez Lozano, L. L. (2020). Mejorando el autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial en el centro de atención primaria Essalud II San Jacinto-Ancash, 2020. URL: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/18927/AUTOQUIDAD\\_O\\_ARTERIAL\\_DOMINGUEZ\\_LOZANO\\_LADY\\_LIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/18927/AUTOQUIDAD_O_ARTERIAL_DOMINGUEZ_LOZANO_LADY_LIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Fernández, A. R., & Manrique-Abril, F. G. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Avances en enfermería, 29(1), 30-41. URL: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>

- Fernández, A. R., & Manrique-Abril, F. G. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances en enfermería*, 29(1), 30-41.  
URL: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>
- Fócil-Némiga, E., & Zavala-González, M. A. (2014). Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *RFS Revista Facultad de Salud*, 6(2), 12-19. URL:  
<https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/159/284>
- Galleguillos Céspedes, D. (2015). Inclusión social y calidad de vida en la vejez. Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante. URL:  
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142331/memoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garcilazo Salazar, M. E. (2015). Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014. UR.:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4131/Garcilazo\\_sm.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4131/Garcilazo_sm.pdf?sequence=1)
- Hernández L. de Lourdes, M., & Lozano Z. Magdalena, M. Puntajes obtenidos en la agencia de autocuidado y prácticas saludables en adultos mayores. URL:  
<http://www.index-f.com/para/n25/409.php>
- Hernández, F. B. (2005). El rostro de la miseria y la vejez. El adulto mayor de las zonas periféricas de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 15(1), 11-33. URL:  
<https://www.redalyc.org/pdf/654/65415101.pdf>

- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espiritvana, 19(3). URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espiritvana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2020. Panorama sociodemográfico de Tabasco. Censo de Población y Vivienda 2020. URL: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvineg/i/productos/nueva\\_estruc/702825198008.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvineg/i/productos/nueva_estruc/702825198008.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). 2019. URL: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
- Jaramillo Forero, A., Morales Serrato, L. I., & Martínez Herrera, Á. (2016). Factores condicionantes básicos de la teoría de dorothea orem a partir de la caracterización socio-demográfica, laboral y ambiental de los trabajadores agrícolas que participan en los sistemas productivos de frutas y hortalizas de la vereda hatoviejo del municipio de arbeláez-region del sumapaz 2014-2016 (Doctoral dissertation). URL: <https://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/238/Factores%20Condicionantes%20Básicos%20de%20la%20Teoría%20de%20Dorothea%20Orem%20a%20Partir%20de%20la%20Caracterización%20Sociodemográfica%20Laboral%20y%20Ambiental%20de%20los%20trabajadores%20Agricultores%20que%20Participan%20en%20los%20Sistemas%20Productivos%20de%20Frutas%20Y%20Hortalizas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jodra, P., Maté-Muñoz, J. L., & Domínguez, R. (2019). Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. Rev. Psicol. Deporte, 28, 127-134. URL: <https://www.researchgate.net/profile/Raul-Dominguez->



[6/publication/335601978 Percepcion de salud autoestima y autoconcepto fisico en personas mayores en funcion de su actividad fisica/links/5d6f7663a6fdcc5bdca57aa/Percepcion-de-salud-autoestima-y-autoconcepto-fisico-en-personas-mayores-en-funcion-de-su-actividad-fisica.pdf](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100006)

Lara Jaque, R. A., López Espinoza, M. Á., Espinoza Lavoz, E. D. C., & Pinto Santuber, C. (2012). Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 23-27. URL:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100006)

Leiton Espinoza, Z. E. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería universitaria*, 13(3), 139-141. URL:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00139.pdf>

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. URL:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>

Medina Gustavino, M. D. C., & Yuquilema Shigla, M. E. (2015). Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes que asisten al club de adulto mayor Francisco Jacome 2015 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería). URL:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9117/1/CONOCIMIENTOS%20Y%20PRACTICAS%20DEL%20AUTOCUIDADO%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR%20FRANCISCO%20JACOME%200006.pdf>

- Merchán, M. E., & Cifuentes, C. R. Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento. (2016). URL: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Merino, J. F. R. (2011). Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Doctoral dissertation, Universitat de Barcelona). URL: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43127/2/JFRM\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43127/2/JFRM_TESIS.pdf)
- Millán Méndez, I. E. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de enfermería*, 26(4), 202-234. URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v26n4/enf07410.pdf>
- Nítola, M. N. S., & Cortázar, F. R. (2018). Pensamiento social de vejez: actitudes y Representaciones Sociales. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 11(2), 27-42. URL: [file:///C:/Users/CORBAN/Downloads/Dialnet-PensamientoSocialDeVejez-6734858%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/CORBAN/Downloads/Dialnet-PensamientoSocialDeVejez-6734858%20(3).pdf)
- Obando, F. A. O., & Castro, M. C. (2015). Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 8(2), 25-30. URL: [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/view/247/247](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/247/247)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6aed.). St. Louis, Missouri, USA: Mosby, Inc.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). Envejecimiento y salud. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021). Maltrato de las personas mayores. URL:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model*, 53(9),1689-99. URL:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf)

Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia.

*Revista ciencias de la salud*, 16(1), 114-128. URL:

<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00114.pdf>

Peña, Y. N., & Salas, M. C. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global*, 9(2). URL:

<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/106821/101521>

Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014).

La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 36(6), 835-845. URL:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A., & Jerez-Valderrama, A. M. (2010).

Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud pública*, 12, 807-819. URL:

[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf)

- Reyna M.L, González M. V, López F. J & González G. R. (2014). Demencias, una visión panorámica. Universidad Autónoma de San Luís Potosí. URL:  
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>
- Robles-Espinoza, A. I., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E. V., & Nava-Zavala, A. H. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El residente*, 11(3), 120-125. URL:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Rodríguez, R. V., Soto, M. B., Gutiérrez, R. S., Brambila, A. B. M., Guerrero, V. B., & Ortiz, L. G. (2015). Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 12(74), 3. URL: <file:///C:/Users/End%20User/Downloads/Dialnet-EnvejecimientoYCapacidadFuncionalEnAdultosMayoresI-6266570.pdf>
- Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. URL:  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/35886/NOM-019-SSA3-2013.pdf>
- Tapia, C., Iturra, V., Valdivia, Y., Varela, H., Jorquera, M., & Carmona, A. (2017). Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 35-45. URL:  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n3/0717-9553-cienf-23-03-00035.pdf>
- Tejada Quispe, T. (2018). Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018. URL:  
[http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada\\_Quispe\\_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada_Quispe_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Toapaxi, E., Guarate, Y., & Cusme, N. (2020). INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA EN EL ESTADO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES. *Enfermería Investiga*, 5(4), 18-24. URL: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/966/896>
- Torres Tello, S. A. (2021). Funcionalidad del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en el Asilo Francisca Navarrete, Huacho, 2019. URL: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/4693/Torres%20Tello%2c%20Shirley%20Almendra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Trejo-García, C. A., & Maldonado-Muñiz, G. (2020). Influencia del Apoyo Educativo en las Capacidades de Autocuidado del Adulto Mayor del Centro Gerontológico Integral de Tlahuelilpan Hidalgo. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 8(16), 12-15. URL: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/5904/7181>
- Trigás Ferrín, M. Escala de Lawton y Brody (Philadelphia Geriatric Center) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). 1993. URL: <https://meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
- Velazco, A., Fernandez, A., Pacheco, D., Rondon, L., & Vasquez, S. (2014). CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR. *REVISTA SALUD, HISTORIA Y SANIDAD*, 9(2), 93-102. URL: <http://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/259/258>

## Apéndices A

Título de estudio: Análisis de las capacidades de autocuidado para un envejecimiento saludable, centro de salud “Villa Vicente Guerrero”, Centla, Tabasco.

La estudiante Estefanía Gerónimo Suárez de la Maestría en Gerontología Social Integral está interesada en analizar las capacidades de autocuidado para un envejecimiento saludable, Centro de Salud de Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco. Siendo estudiante de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, de posgrado, me ha hecho la invitación a participar en la investigación que están realizando en conjunto con su titular, la Dra. María Asunción Vicente Ruiz y la maestra Carmen de la Cruz García.

Me ha explicado que siendo un adulto mayor y que desconozca mis capacidades de autocuidado, es por ello que fui considerado idóneo para colaborar respondiendo preguntas sobre mis actividades instrumentales de la vida diaria y capacidad de autocuidado.

### Riesgos

Me comentaron que se llevara a cabo una entrevista, por tanto, no me encuentro en riesgo.

Participación voluntaria/abandono.

Han sido claros que mi participación es de forma voluntaria y que si no estoy de acuerdo en ningún acuerdo puedo negarme y dejar de participar sin ningún problema.

### Preguntas

Ante cualquier duda sobre la investigación, puedo asegurarme directamente con o acudir a Posgrado de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco en la División Académica de ciencias de la salud localizada en Av. Gregorio Méndez Magaña 2838-A, Col. Tamulté, Villahermosa, Tabasco. C. P. 86150.

### Confidencialidad

El equipo me refiere que todos mis datos proporcionados serán exclusivamente de estudio por ellos mismos y que los resultados obtenidos serán con fines académicos y que mi nombre no aparecerá publicado en ningún sitio o momento.

### Declaración del consentimiento

Finalmente, después de haberme explicado y dado a conocer el propósito del estudio, abordando los riesgos y beneficios de participar, el sí puedo dejar de participar si así lo deseo, doy cordialmente mi consentimiento para ser participe en este estudio.

---

Firma y nombre del participante

---

Firma y nombre del investigador

### **Primer Testigo**


Nombre y firma


### **Segundo Testigo**


Nombre y firma

---

## Apéndices B

 **UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**  
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"

 División Académica de Ciencias de la Salud

 Jefatura del Área de Estudios de Posgrado

Villahermosa, Tab., a 21 de enero de 2021  
UJAT/POSG/ MGS/001/2021

**DR. SANTIAGO REYES SÁNCHEZ**  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS**  
**DE VILLA VICENTE GUERRERO**  
**PRESENTE:**

Por este medio enviamos a usted un cordial saludo, felicitándolo por la gran labor que realiza para la protección de los Adultos Mayores en el Estado de Tabasco.

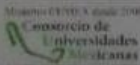
Le informamos que en este momento los estudiantes de la Maestría de Gerontología Social Integral (PNPC) se encuentran elaborando sus trabajos recepcionales, lo que hace necesario la aplicación de sus instrumentos de evaluación, es por esto que solicitamos a usted su inestimable apoyo para que la alumna Estefanía Gerónimo Suárez, Matricula 192E65001, inscrita al 3er. Semestre pueda asistir al Centro que usted tan dignamente dirige para realizar su investigación.

El nombre del trabajo es "Análisis de las capacidades de autocuidado para un envejecimiento saludable, Centro de Salud Villa Vicente Guerrero, Centla, Tabasco, cuyo objetivo es: Analizar las capacidades de autocuidado para un envejecimiento saludable




Para lo cual se aplicarán Cuestionario de Salud SF-12, Escala de apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA) de Índice de atz. La Profesora Investigadora que fungirá como responsable será la Dra. María Asunción Vicente Ruiz, asesora de la alumna.

Es de suma importancia mencionarle que de acuerdo a los criterios que rigen los procesos de investigación esta investigación se apegará a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Gobernación, 2014) que en su Artículo 13 señala que debido a que el ser humano es el sujeto de estudio, prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y

---

 Miembro CE 1013 desde 2008  
Asociación de Universidades Mexicanas

Av. Ocho: Gregorio Méndez, Unidad No. 7833-A,  
Col. Tamolá, Villahermosa, Tabasco,  
C.P. 86130, Villahermosa, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrad@uajat.mx

[www.dacs.ujat.mx](http://www.dacs.ujat.mx)  DIFUSION DACS  DIFUSION DACS OFICIAL  @DACS00FUSION





**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



bienestar, por lo cual se mantendrá su anonimato y la información obtenida solo se utilizará para fines científicos, avalado lo anterior por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Además, si así lo considera necesario se realizará la presentación del documento Recepcional y se harán las sugerencias pertinentes en beneficio de la población atendida.

En espera de su respuesta y su apoyo, me reitero a sus órdenes, agradeciendo la atención que se sirva brindar a la presente:

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

*Maria Trinidad Fuentes Alvarez*

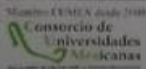
**Dra. María Trinidad Fuentes Alvarez**

**Coordinadora de la Maestría de Gerontología Social Integral  
DACS-UJAT**

Ccp. - Dr. Xavier Moreno Enriquez. Jefe del Área de Estudios de Posgrado de la División Académica de Ciencias de la Salud-UJAT

Ccp. - Interesada

Ccp. - Archivo



Av. Cnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,  
Col. San Andrés de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 7581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado@ujat.mx

[www.dacs.ujat.mx](http://www.dacs.ujat.mx)

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDEFUSION

## Apéndices C

### Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

#### (Índice de Lawton y Brody)

Instrucción:

Lea detenidamente cada ítem. Marcando con un X en la columna correspondiente a 1 o 0 puntos. Es importante identificar la manera en que la persona mayor realiza cada actividad para otorgar el puntaje.

	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
<b>1) Capacidad para usar teléfono</b> Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas. Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. Sí: Contesta el teléfono pero no llama. No: No usa el teléfono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2) Transporte</b> Sí: Se transporta solo/a. Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado. No: Viaja en taxi o auto acompañado. No: No sale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3) Medicación</b> Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. No: Es incapaz de hacerse cargo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4) Finanzas</b> Sí: Maneja sus asuntos independientemente. No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. No: Es incapaz de manejar dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5) Compras</b> Sí: Vigila sus necesidades independientemente. No: Hace independientemente sólo pequeñas compras. No: Necesita compañía para cualquier compra. No: Incapaz de cualquier compra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6) Cocina</b> Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. No: Necesita que le preparen los alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7) Cuidado del hogar</b> Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. No: Necesita ayuda en todas las actividades. No: No participa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8) Lavandería</b> Sí: Se ocupa de su ropa independientemente. Sí: Lava sólo pequeñas cosas. No: Todos se lo tienen que lavar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado

## Apéndices D

### Cuestionario de Salud SF-12

#### CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

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

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

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

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

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

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

	1	2			
	Si	No			
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

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

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

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

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

## Apéndices E

### Escala de apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado (A.S.A)

Instrucción:

Lea detenidamente cada ítem. Marcando con un X en la columna correspondiente de nunca a siempre.

<b>Escala de apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado (A.S.A)</b>				
ITEM	RESPUESTA			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				

8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				

18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23. Puedo sacar tiempo para mi				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

**Elaborado por: Isemberg, Evers and cols.**

**Traducido al español por: Esther Gallegos**

## **Apéndices F**

### **Administración del Proyecto**

Los recursos con los que contamos para el proyecto fueron los siguientes:

Recursos humanos: Lic. En Enf. Elizabeth Cerino Aguirre, Lic. En Enf. Estefanía

Gerónimo Suárez y Tec. En Salud Anastacio Gerónimo Salvador.

Asesoras del proyecto: Dra. En ciencias de Enfermería María Asunción Vicente Ruíz y

Mtra. Carmen de la Cruz García.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.



## Apéndices G

### Cronograma de actividades

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Agosto
Asignación de tema y búsqueda de información									
Realización de cronograma									
Revisión de literatura									
Recogida de datos									
Creación de la base de datos									
Análisis estadístico e interpretación de resultados									
Redacción									
Informes									