

Autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor

Selfcare and quality of life in the elderly

Autores:

- **Janela Nicole Ochoa Rivera**  (<https://orcid.org/0000-0002-9123-5950>).
Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Estudiante de Grado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Enfermería. Ambato. Ecuador.
- **Anderson Jose Sangacha Yugsi**  (<https://orcid.org/0000-0003-1440-1916>).
Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Docente de la Carrera de Enfermería. Ambato. Ecuador.

Autora de correspondencia:

- **Janela Nicole Ochoa Rivera**  (<https://orcid.org/0000-0002-9123-5950>).
Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Estudiante de Grado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Enfermería. Ambato. Ecuador.
Correo electrónico: aj.sangachauta@edu.ec.

Fecha de recepción:

- 10/01/2025

Fecha de aceptación:

- 11/04/2025

DOI:

- <https://doi.org/10.51326/ec.8.5949611>

Modo de referenciar el artículo:

- Ochoa Rivera JN, Sangacha Yugsi AJ. Selfcare and quality of life in the elderly. *Enferm Cuid.* 2025;8. <https://doi.org/10.51326/ec.8.5949611>



Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

Introducción: El autocuidado constituye un eje fundamental en la etapa de la vejez. Los adultos mayores que mantienen la independencia y autonomía, comúnmente tienen una mejor percepción del bienestar general.

Objetivo: Determinar el nivel de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención Geriátrica del cantón Salcedo.

Métodos: Estudio analítico transversal, con una población de 59 usuarios, de los cuales se obtuvo una muestra de 41 participantes. Se empleó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado y el Test WHOQOL-OLD, que abordó 6 dimensiones, aplicada en el mes de octubre del año 2024.

Resultados: De los 41 adultos mayores, el 68.3% presentó un nivel de autocuidado bajo. La calidad de vida general fue valorada como medianamente buena por el 48.8% y buena por el otro 48.8% de los participantes, lo que indicó una distribución similar entre ambas valoraciones; la dimensión de muerte y morir obtuvo una puntuación superior a la media con 3.51, mientras que la dimensión intimidad tuvo la puntuación más baja con 2.67. Por otro lado, se encontró una correlación directa de grado moderado de 0.589, determinando que, a mayor nivel de autocuidado, mejor fue la percepción de la calidad de vida de los participantes.

Conclusión: A pesar de las limitaciones en el autocuidado, incluyendo la presencia de enfermedades y la falta de apoyo emocional, los adultos mayores han logrado encontrar satisfacción y bienestar en otros aspectos de su vida.

Palabras clave: Adulto Mayor; Autocuidado; Calidad de Vida; Geriátrica.

Abstract

Introduction: Self-care constitutes a fundamental axis in the stage of old age. Older adults who maintain their independence and autonomy usually have a better perception of their general wellbeing.

Objective: To determine the level of self-care and quality of life in older adults attending the Centro Integral de Atención Geriátrica del Cantón Salcedo.

Methods: Cross-sectional analytical study, with a population of 59 users, from which a sample of 41 participants was obtained. The Self-Care Agency Assessment Scale and the WHOQOL-OLD test were used, which addressed 6 dimensions, applied in October 2024. Results: Of the 41 older adults, 68.3% presented a low level of self-care. General quality of life was rated as moderately good by 48.8% and good by 48.8% of the participants, which indicated a similar distribution between both ratings; the dimension of death and dying obtained a score above the mean of 3.51, while the dimension of intimacy had the lowest score of 2.67. On the other hand, a moderate direct correlation of 0.589 was found, determining that the higher the level of self-care, the better the participants' perception of quality of life.

Conclusion: Despite limitations in self-care including the presence of illness and lack of emotional support, older adults have managed to find satisfaction and well-being in other aspects of their lives.

Keywords: Elderly; Geriatrics; Quality of Life; Self Care.

Introducción

El adulto mayor se enfrenta a un proceso biológico e inevitable que genera cambios morfofisiológicos en distintos sistemas corporales, como el músculo-esquelético afectando en las actividades de la vida diaria. Este sistema está encargado de establecer la capacidad de mantener la funcionalidad y autonomía, por lo que sus alteraciones afectan directamente la independencia en la vida cotidiana¹. Por ende, a medida que las personas envejecen existe una disminución fisiológica de las estructuras y limitaciones del funcionamiento afectando la habilidad física y mental. La capacidad de mantenerse independiente en la etapa más avanzada de la vida es crucial para aceptar el proceso de envejecimiento. El envejecimiento saludable es el proceso que los adultos mayores adoptan hábitos saludables que les permite alcanzar un mayor bienestar general, salud y calidad de vida, a través del autocuidado². En este contexto en Ecuador, se considera adulto mayor a toda persona desde los 65 años en adelante³.

El autocuidado se refiere a las actividades que realiza el individuo de forma independiente a lo largo de la vida para promover y preservar el bienestar personal. En el ámbito de enfermería, la teorizante Dorothea Orem precursora de la creación de la teoría del déficit de autocuidado propone que es una actividad o conducta dirigida por las personas a sí mismas o hacia el entorno con el fin de regular los factores que afecten el funcionamiento con relación a la salud⁴. Es fundamental destacar que, para un envejecimiento saludable y favorable es primordial mantener prácticas adecuadas de autocuidado a lo largo de la vida, en especial en la etapa de la vejez, puesto que esta práctica es considerada como garantía para conservar una buena calidad de vida.

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como "la percepción que tiene el individuo sobre su vida en el contexto cultural y los sistemas de valores en que vive y en relación a las metas, expectativas, normas y preocupaciones"⁵. Este concepto está determinado por diversos factores incluyendo la salud física, el estado mental, el grado de autonomía y las relaciones sociales, además de la conexión con el entorno que lo rodea. Es decir, es el bienestar a nivel físico, social y emocional que permite a las personas satisfacer sus necesidades⁶.

Según la OMS, a nivel mundial existe un incremento de la longevidad, dado que el número de personas de 60 años o más han superado al de niños menores de 5 años. Además, se estima que el porcentaje en este grupo poblacional se va a duplicar del 12% al 22% entre el año 2025 y 2050⁷. En países desarrollados del continente europeo, las estadísticas revelan que el 19.7% de la población supera actualmente los 65 años, adicionalmente se considera que para el año 2060 los

adultos mayores serán de un aproximado de 248 millones. El aumento de la esperanza de vida no solo ocurre en países con mayor desarrollo económico, sino a escala global, por ejemplo, en América Latina y el Caribe se espera que las personas ancianas crezcan del 10% actual al 25% de la población total en 2050. De igual manera, en los continentes de África, Asia, Oceanía, América del Norte y Europa se calcula que las cifras se duplicarán al mismo año^{8,9}.

A nivel de Latinoamérica, se proyecta que en Chile para el año 2050 el 25,4% de la población será de personas mayores a los 60 años. Mientras que, en Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) se considera que, para el mismo año, las personas geriátricas se triplicarán, de manera que existiría alrededor de 125 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, en comparación con la cifra de 38.8% en la actualidad¹⁰. Basándose en las estimaciones, la OMS incentiva a comprender a la salud no solo como un recorrido para aumentar los años de vida sino como garantía para mejorar la calidad de vida en un futuro, disminuyendo la aparición de limitaciones físicas y dependencia¹¹.

El autocuidado comprende las acciones que los individuos realizan para llevar hábitos de vida saludable incluyendo el cuidado de las enfermedades crónicas. Tal como lo manifiesta Du M, et al.¹², en un estudio realizado en China con adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial que tuvo el objetivo de revelar su estilo de vida promotor de la salud, la agencia de autocuidado, la calidad relacionada con la salud de los niveles de vida y las asociaciones entre ellos, en donde se evidenció que el 36,9% presentaron un nivel bajo de autocuidado referente a la enfermedad y el 3,4% tuvieron un nivel alto, lo que señaló que tanto el estilo de vida y la capacidad de autocuidado de la población estudiada no eran ideales. Con respecto a la calidad de vida se obtuvo una puntuación total media de 65.05 y en las dimensiones de salud física y mental la media fue de 72,9 y 49,55 respectivamente, considerada baja. También se demostró que a medida que aumentaron los niveles de autocuidado, mejoraron las puntuaciones de calidad de vida.

Con respecto a Centroamérica, en México según lo expuesto por Avilés-Silva et al.¹³, en su estudio observacional, descriptivo, de corte transversal que tuvo el objetivo de caracterizar el estado de autocuidado en pacientes de la tercera edad de un consultorio médico, obtuvo que el 60% de la población estudiada presentó un déficit parcial de autocuidado, a pesar de que la mayoría de los adultos mayores consideraron que tenían una buena condición de salud y una capacidad funcional de independencia. Este hallazgo destacó la importancia del autocuidado para fomentar la autonomía y mejorar el bienestar, así como la percepción de calidad de vida a través de hábitos saludables y un manejo efectivo de la salud.

En Ecuador un estudio elaborado por Mejía-Álvarez et al.¹⁴, cuyo objetivo fue determinar la valoración sobre el autocuidado en adultos mayores con independencia funcional, que acudían al Centro de Salud Priorato, se determinó que la mayoría de los participantes no practicaban actividades de autocuidado. El 48,82% nunca realizaba ejercicios físicos, el 84,12% no podía mantener limpio el ambiente donde vivían y el 70,59 % no podía mantener la higiene y confort por sí mismos. Esto indicó que la existencia de un déficit de conocimiento sobre prácticas de autocuidado puede influenciar en la aparición de un riesgo para el bienestar individual.

Con el presente estudio, se pretende beneficiar tanto a la población anciana como a los profesionales de la salud describiendo la relación entre el autocuidado y la calidad de vida. Es importante abordar esta temática, puesto que permite identificar y comprender las necesidades de los adultos mayores facilitando la detección de problemas y factores de riesgo que puedan afectar directamente en la calidad de vida. A través de este estudio, se busca contribuir al desarrollo de futuras investigaciones orientadas al diseño de programas e intervenciones de enfermería efectivas que ayuden a promover y mejorar el bienestar general mediante el autocuidado, así como garantizar un envejecimiento saludable en esta población vulnerable.

El estudio tuvo como objetivo, determinar el nivel de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención Geriátrica del cantón Salcedo.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: Describir el nivel de autocuidado que presentan los adultos mayores del Centro Integral de Atención Geriátrica. Identificar la calidad de vida que tienen los adultos mayores del Centro Integral de Atención Geriátrica. Relacionar el nivel de autocuidado con la calidad de vida que presentan los adultos mayores del Centro Integral de Atención Geriátrica.

Además, se presenta la siguiente hipótesis alterna “el nivel de autocuidado se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención Geriátrica del cantón Salcedo”.

Métodos

El estudio fue analítico transversal, debido a que es un tipo de investigación observacional que analiza los datos en un momento específico con el propósito de identificar posibles asociaciones entre variables. Se efectuó en el “Centro Integral de Atención Geriátrica” (CIAG) perteneciente al cantón Salcedo, Cotopaxi, Ecuador en el mes de octubre de 2024. La población estuvo compuesta por 59 usuarios que asisten a la institución,

se aplicó un muestreo no probabilístico intencional obteniendo 41 participantes.

Criterios de inclusión: Adultos mayores que asisten en la modalidad de jornada completa durante el día. Adultos mayores que asisten al comedor del centro geriátrico a medio día. Aquellos que aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Adultos mayores con diagnósticos de enfermedades mentales graves, que tuvieran deterioro cognitivo severo como demencia y Alzheimer. Adultos mayores con discapacidad auditiva y verbal severa que dificulten al momento de responder las preguntas de los cuestionarios. Según la OMS, la discapacidad auditiva severa se considera aquella con pérdida de audición de 61 a 80 decibeles¹⁵ y la discapacidad verbal donde la comunicación oral se encuentra muy limitada o inexistente. Criterio que se estableció con la información brindada por el médico encargado del Centro Integral de Atención Geriátrica.

Para la recolección de datos se realizó una charla informativa a los adultos mayores juntamente con las autoridades, con la finalidad de explicar en qué consiste el estudio. Posteriormente, se recogieron los datos mediante la administración de los cuestionarios.

Se aplicó la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (Escala ASA), segunda versión en español dirigida para población colombiana, según Velandia y Rivera fue adaptada en 2009 por la profesora Edilma Gutiérrez de Reales, en el proceso de adaptación no hubo cambios que alteren el sentido de cada pregunta por lo que es confiable su uso¹⁶. Este instrumento originalmente fue diseñado por Evers e Isenberg en Holanda¹⁷ para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem porque permite obtener el nivel de autocuidado en diferentes poblaciones. Tiene gran aceptación a nivel investigativo y ha sido empleada en estudios en Norteamérica¹⁸, Holanda¹⁹, Noruega¹⁹, Europa, Latinoamérica, entre otros. Tiene una fiabilidad con alfa de Cronbach de 0.744^{16,20}.

Esta escala está conformada por 24 ítems evaluado mediante una escala Likert (1= nunca, 2= casi nunca, 3= casi siempre, 4= siempre); cabe mencionar que tres ítems tienen un sentido inverso (ítems 6, 11 y 20), de manera tal que la puntuación 1 corresponde a siempre y 4 a nunca¹⁶. Es conveniente mencionar que los creadores de la Escala ASA no especifican sus dimensiones y consideran la variable como unidimensional. El puntaje global es de 96 corresponde a una capacidad máxima de autocuidado y un puntaje de 24 a una capacidad mínima de autocuidado. Además, la escala establece rangos de categorías: puntajes mayores a 76: alto nivel de autocuidado. Puntajes iguales o mayores a 70 y menores a 75: medio nivel de

autocuidado. Puntajes menores a 69: bajo nivel de autocuidado²¹.

Conjuntamente, se aplicó el Test WHOQOL-ODL (World Health Organization Quality of Life-Old Adults) para valorar la calidad de vida específicamente en la población adulta mayor. Tiene una fiabilidad con alfa de Cronbach de 0.89²², conformado por 24 ítems, divididos en seis dimensiones:

1) Habilidades sensoriales (HS): Funcionamiento sensorial, impacto de pérdida de habilidades sensoriales en la calidad de vida. 2) Autonomía (AUT): Capacidad de vivir de manera independiente y tomar decisiones propias. 3) Actividades pasadas, presentes y futuras (PPF). Satisfacción por los logros en la vida y deseos para el futuro. 4) Participación social (PS): Participación en las actividades diarias, en especial en la comunidad. 5) Muerte y morir (MEM): Preocupaciones y temores relaciones con la muerte 6) Intimidad (INT): capacidad para establecer relacionarse personales cercanos y la expresión de afecto^{23, 24}.

Las opciones de respuestas fueron en escala Likert, se distribuyen de la siguiente manera; las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, y 9 (1= nada, 2= un poco, 3= lo normal, 4= bastante y 5= extremadamente), las preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 y 24 (1= nada, 2= un poco, 3= moderadamente, 4= bastante, 5= totalmente) y las preguntas 15, 16, 17, 18, 19 y 20 (1= muy insatisfecho, 2= insatisfecho, 3= ni insatisfecho (a) ni satisfecho (a), 4= satisfecho, 5= muy satisfecho). Es relevante indicar que existen ítems en sentido inverso, específicamente los que pertenecen a la dimensión habilidades sensoriales (pregunta 1, 2 y 10) y muerte y agonía (pregunta 6, 7, 8, 9)²³.

La puntuación por dimensión varía entre 4 a 20 puntos, mientras que la puntuación general oscila entre 24 y 120 puntos. En general, a mayor puntuación mayor calidad de vida y menor puntuación menor calidad de vida. También puede expresarse mediante rangos de puntuaciones, donde 24 - 48 puntos: mala calidad de vida. De 49 - 72 puntos: medianamente buena calidad de vida. De 73 - 120 puntos: buena calidad de vida²⁵.

El análisis estadístico se realizó mediante Microsoft Excel y el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en la versión 27.0 para Windows²⁶. Se elaboraron tablas de frecuencias para interpretar las variables. A continuación, se describe el análisis estadístico de las variables.

Escala ASA: se estableció una puntuación del 1 a 4 a cada opción de respuesta tomando en cuenta los ítems inversos, a continuación, se realizó la sumatoria de las 24 variables totales y se asignó el nivel correspondiente según los rangos establecidos.

Test WHOQOL-ODL: para calcular la puntuación general se asignó un valor de 1 a 5 a cada opción de respuesta, considerando los ítems inversos, seguidamente se sumaron las 24 variables y se establecieron los rangos según la puntuación obtenida. De igual manera, para determinar la puntuación de cada dimensión, se identificó los ítems que lo conforman y se realizó la sumatoria, obteniendo un resultado de 4 a 20 puntos por dimensión y se calculó la media estandarizada por el número de ítems, las puntuaciones cercanas a 1 indican una puntuación baja en comparación con la media, mientras que las cercanas a 5 indican una puntuación alta.

Correlación entre dos variables: se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, obteniendo un p-valor de $< \alpha$ (0.05), lo que indicó que los datos no siguen una distribución normal. El p-valor obtenido es $p=0.00$ o $\alpha < 0.05$, por lo que se consideró que hay suficiente evidencia para aceptar la hipótesis alterna. Posteriormente, se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman, cuyos resultados se interpretan según la cercanía a +1 y -1. Un valor cercano a +1 indica correlación alta o moderada, mientras que un valor cercano a 0 existe una relación baja o muy baja. Además, un coeficiente positivo (+) indica una relación directa y un coeficiente negativo (-) señala una relación inversa²⁷.

Críterios éticos

El presente estudio cuenta con la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de Seres Humanos de la Universidad Técnica de Ambato con carta de aprobación 293 - CEISH-UTA-2024, fecha 19 de septiembre de 2024, resolución Nro. UTA-CD-FCS-2024-3970 y la autorización correspondiente del Centro Integral de Atención Geriátrica. La investigación aseguró durante todo el estudio los cuatro principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía mediante el consentimiento informado y justicia. Los instrumentos se aplicaron manteniendo el anonimato de los participantes, garantizando la confidencialidad de los datos. Además, se informó a los participantes que el estudio es completamente voluntario y que podría retirarse en cualquier momento sin ningún problema, solamente deberá informar al investigador principal. De igual manera, se tomó en cuenta los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki²⁸.

Resultados

Finalmente, los datos fueron obtenidos de 41 adultos mayores que conformaron la muestra final del estudio (n=41).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

Variable	Indicador	n	%
Rangos de edad	65 – 75	23	56.1
	76 – 85	14	34.1
	86 – 95	4	9.8
	Total	41	100.0
Mediana de la edad		75	
Sexo	Masculino	24	58.5
	Femenino	17	41.5
	Total	41	100.0
Nivel de escolaridad	Primaria	28	68.3
	Secundaria	2	4.9
	Tercer nivel/estudios universitarios	1	2.4
	Cuarto nivel	0	.0
	Sin estudios	10	24.4
	Total	41	100.0
Estado civil	Casado	21	51.2
	Soltero	5	12.2
	Divorciado	6	14.6
	Viudo	9	22.0
	Unión libre	0	.0
	Total	41	100.0
Convivencia	Solo	13	31.7
	Con su pareja o cónyuge	15	36.6
	Con sus hijos	11	26.8
	Con algún familiar	2	4.9
	Total	41	100.0
Ocupación	Trabaja por su cuenta	3	7.3
	Jubilado	1	2.4
	Desempleado	1	2.4
	Quehacer doméstico	17	41.5
	Agricultura	6	14.6
	No trabaja	13	31.7
	Total	41	100.0

Fuente: Elaboración propia de los autores.

En la Tabla 1 se presentaron los datos sociodemográficos, destacando que la mayoría de los participantes se encontraba entre los 65 y 75 años equivalente al 56.1% (n=23) del total, con una mediana de la edad de 75 años. Este grupo etario, considerado parte de la etapa temprana de la vejez, mostró una

representación significativa en comparación con los demás rangos de edad. Con respecto a la convivencia, el 36.6% (n=15) vivían junto a su pareja y el 4.9% (n=2) con otro familiar.

Tabla 2. Datos clínicos de los participantes.

Variable	Indicador	n	%
Padecimiento de alguna enfermedad crónica	Si	13	31,7
	No	28	68,3
	Total	41	100,0
Tipo de enfermedad crónica	Diabetes Mellitus Tipo 2	1	7,7
	Hipertensión arterial	1	7,7
	Gonartrosis	4	30,8
	Parkinson	1	7,7
	Epilepsia	1	7,7
	Múltiples patologías (Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión arterial, Gonartrosis)	5	38,5
	Total	13	100,0

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Los datos clínicos revelaron que, el 31.7% (n=13) de los participantes padecían alguna enfermedad crónica, mientras que el 68.3% (n=28) no reportó ninguna. Entre los adultos mayores con enfermedades crónicas, la mayoría padecía múltiples patologías como Diabetes

Mellitus Tipo 2, hipertensión arterial y gonartrosis equivalente a un 38.5% (n=5), tal como se observa en la Tabla 2.

Tabla 3. Nivel de autocuidado y calidad de vida general.

Variable	Indicador	n	%
Nivel de autocuidado	Nivel bajo de autocuidado	28	68.3
	Nivel medio de autocuidado	9	22.0
	Nivel alto de autocuidado	4	9.8
	Total	41	100.0
Nivel de calidad de vida general	Mala calidad de vida	1	2.4
	Medianamente buena calidad de vida	20	48.8
	Buena calidad de vida	20	48.8
	Total	41	100.0

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Se observó que el “nivel bajo de autocuidado” prevaleció con un 68.3% (n=28). Por otro lado, el 22% (n=9) de los participantes reportaron un “nivel medio de autocuidado” y solamente un porcentaje mínimo logró alcanzar un “nivel alto de autocuidado” correspondiente al 9.8% (n=4) de los adultos mayores.

En relación a la calidad de vida general, el 48.8% (n=20) correspondió a “buena calidad de vida”, seguida del otro 48.8% (n=20) que representó a “medianamente buena calidad de vida”, obteniendo resultados similares en ambas variables. Por último, el 2.4% (n=1) de los participantes percibieron una “mala calidad de vida”. A pesar de que la mayoría de los adultos mayores alcanzaron niveles aceptables de calidad de vida,

predominaron los niveles bajos de autocuidado. Este resultado constituye un hallazgo relevante a considerar.

Tabla 4. Nivel de calidad de vida según las dimensiones.

Dimensiones	Media	Desviación estándar	Varianza
Habilidades sensoriales (FS)	2.79	1.16	1.35
Autonomía (AUT)	3.30	.88	.77
Actividades pasadas, presentes y futuras (PPF)	2.93	.71	.50
Participación social (PS)	2.68	.79	.63
Muerte y morir (MEM)	3.51	1.17	1.36
Intimidad (INT)	2.67	1.11	1.23

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Los resultados valorados según las seis dimensiones de la calidad de vida indicaron que, la dimensión con una media más baja en relación a las demás fue “Intimidad” correspondiente a 2.67. Por otro lado, la dimensión con una percepción más alta fue “Muerte y Morir” con una media de 3.51. En ambas dimensiones, la desviación

estándar y varianza reflejaron una dispersión considerable de los datos, tal como se observa en la Tabla 4.

Tabla 5. Relación entre nivel de autocuidado y rangos de edades de los adultos mayores.

Nivel de autocuidado	Nivel de autocuidado	Recuento	Rangos de edad			Total
			65 – 75	76 - 85	86 - 95	
Nivel bajo de autocuidado	Recuento	13	11	4	28	
	% del total	31,7%	26,8%	9,8%	68,3%	
Nivel medio de autocuidado	Recuento	6	3	0	9	
	% del total	14,6%	7,3%	0,0%	22,0%	
Nivel alto de autocuidado	Recuento	4	0	0	4	
	% del total	9,8%	0,0%	0,0%	9,8%	
Total	Recuento	23	14	4	41	
	% del total	56,1%	34,1%	9,8%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Se observó que el 68.3% (n=28) de los participantes presentaron un nivel bajo de autocuidado, siendo más prevalente en el rango de edad: 65 a 75 años con el 31.7% (n=13), seguido del grupo de edad: 76 a 85 años con el 26.8% (n=11) y el 9.8% (n=4) pertenecientes a las edades: 86 a 95 años. Destacando los datos obtenidos porque en edades consideradas tempranas en la etapa de

la vejez se registraron niveles bajos de autocuidado, mientras que únicamente un grupo mínimo logró mantener niveles medios con el 14.6% (n=6) y altos con el 9.8% (n=4), como se observa en la Tabla 5.

Tabla 6. Correlación entre el nivel de autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores.

			Nivel de autocuidado	Nivel de calidad de vida general
Rho de Spearman	Nivel de autocuidado	Coefficiente de correlación	1,000	,589**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	41	41
	Nivel de calidad de vida general	Coefficiente de correlación	,589**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	41	41

Nota. Datos analizados en SPSS 27.0, de un grupo de 41 adultos mayores. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los datos presentados mostraron la correlación entre el nivel de autocuidado y el nivel de calidad valorada de manera general. El análisis estadístico reveló una correlación directa y de grado moderado, con un coeficiente Rho de Spearman de 0.589, lo que indicó que a medida que aumentaba el nivel de autocuidado, también se incrementaba la calidad de vida de esta población.

El valor de significación bilateral calculado fue menor al 0.01 ($0.000 < 0.01$), por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna “El nivel de autocuidado se relaciona con la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención Geriátrica del cantón Salcedo”.

Discusión

El autocuidado es fundamental para asegurar el bienestar y la satisfacción personal, especialmente en la etapa de envejecimiento. Las personas mayores necesitan atención especial debido a los diversos cambios que ocurren con la edad. Estos cambios pueden afectar el sistema musculoesquelético lo que resulta en debilidad muscular, fatiga, falta de energía y agotamiento, lo que a su vez impacta tanto en las habilidades como las capacidades motoras. Fomentar el

autocuidado es una manera de motivar a las personas a que se cuiden a sí mismas ayudándoles a mantener un buen estado de salud aumentando su percepción de la calidad de vida.

En relación con la edad de los participantes, los datos concuerdan con lo mencionado por Ortiz-Montalvo et al.²⁹, en la que obtuvo una media de 73.37, dicha edad se encuentra dentro del rango de 70 años. De igual manera, la mayoría de adultos mayores tuvieron un nivel educativo primario correspondiente al 58.2% y el estado civil casado perteneciente al 45.45% teniendo similitud con los datos del presente estudio. Asimismo, en la investigación realizada por Zorrilla-Martínez et al.³⁰, obtuvieron resultados similares con respecto al nivel de escolaridad, puesto que se concluyó que la mayoría de los adultos mayores no tienen ningún estudio o solamente completaron la educación primaria. En relación con la convivencia, se estableció que la mayoría vivían con su pareja o cónyuge, siendo contraria a la investigación de Mejía-Álvarez et al.¹⁴, donde el 72.94% de adultos mayores vivían solos.

Con respecto a la presencia de enfermedades crónicas se evidenció que la mayoría de los adultos mayores no presentaba ninguna patología correspondiente al 68.3%, difiriendo con el estudio realizado por Gutiérrez-Herrera et al.⁶, en el cual se obtuvo que el 68% de los adultos mayores presentaron alguna o múltiples patologías metabólicas incluyendo diabetes e hipertensión arterial.

Es trascendental destacar que gran parte de los encuestados presentaron un nivel de autocuidado bajo, equivalente al 68.3%. Este hecho concuerda con lo señalado por Ortiz-Montalvo et al.²⁹, donde el 52.2% de los adultos mayores tuvieron prácticas de autocuidado inadecuadas lo que afectó en la capacidad para lograr un envejecimiento satisfactorio. Asimismo, en el estudio realizado por Salviano-Ferreira et al.³¹ se destacó que los participantes obtuvieron un promedio bajo en lo que respecta al autocuidado biológico. Es fundamental señalar que el cuidado personal es esencial e indispensable para tener un impacto positivo en la vida cotidiana de las personas, además, actúa como una estrategia eficaz para la prevención y el manejo de enfermedades.

La calidad de vida se ubicaba entre el nivel medianamente buena y buena con 48.8% en ambas variables, datos que se asemejan parcialmente al estudio elaborado por Villarreal-Amaris et al.³², en el que gran parte de los adultos mayores equivalente al 54% presentaron una percepción regular de la calidad de vida. De igual manera, presentó similitud con lo expuesto por García-López et al.³³ y López-Fernández y Carrillo-Ruiz³⁴, pues la mayoría de los pacientes geriátricos se encontraba dentro de la categoría de media y alta calidad de vida. Además, se estableció que la calidad de vida está influenciada por factores sociales y económicos, dado que las personas necesitan ciertas condiciones para desarrollarse plenamente y cubrir las necesidades materiales, aunque no se puede limitar únicamente a estos aspectos, son considerados esenciales para el bienestar humano.

Por el contrario, en el estudio elaborado por Paulo de la Cruz et al.³⁵ en el que la mayoría de los adultos mayores correspondiente al 57.1% tuvieron la peor calidad de vida, datos que no concuerdan con los obtenidos.

En relación a las dimensiones que valoraron la calidad de vida, según lo expuesto por Villarreal-Ángeles et al.²⁴, las dimensiones más bajas con una media de 1.81 y 2.63 fueron de "muerte y agonía y capacidad sensorial" respectivamente, contrastando con los resultados obtenidos en el estudio, puesto que en dichas categorías se alcanzaron puntajes por encima de la media. Según Zorrilla-Martínez et al.³⁰, en su investigación en la que se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF, la dimensión de menor puntuación fue "relaciones sociales" con un 32.99%, datos que concuerdan parcialmente con los resultados obtenidos, debido a que la categoría "participación social" se encontraba dentro las dimensiones que obtuvieron un puntaje bajo con respecto a las demás.

Para mantener la calidad de vida es importante establecer relaciones sociales y nuevas amistades porque representan un estímulo significativo para evitar la sensación de soledad que aparece ante la pérdida de familiares y amistades. Además, contribuyen a

prolongar la esperanza de vida. Asimismo, un adulto mayor que conserve la funcionalidad física, hábitos saludables, control de las enfermedades crónicas y mantenga relaciones sociales tendrá una mejor percepción de calidad de vida³⁴.

Según Avilés-Silva et al.¹³, mencionó que el rango de edad entre los 60 a 80 años registró déficit parcial de autocuidado. Por otro lado, aquellos individuos que tenían 81 años y más, obtuvieron un déficit total con 31.3%, datos que no muestran semejanza con lo evidenciado en este estudio. Los hechos indicaron que las personas con niveles de autocuidado moderado y malo tienen principalmente edades superiores a los 80 años, sin embargo, en la presente investigación se demostró que desde los 65 años considerada una edad temprana en la vejez se observó que existe deficiencias en el autocuidado.

Los resultados de la investigación revelaron que existe una correlación directa de grado moderado entre las variables, datos que concuerdan con el estudio elaborado en Irán por Soleimanpour et al.³⁶, donde concluyó que el autocuidado en el aspecto emocional y físico se asoció positivamente con la calidad de vida. Además, los factores influyentes de la calidad de vida en la población geriátrica fueron la presencia de enfermedades, el matrimonio y autocuidado social. La relación entre ambas variables es particularmente relevante en el adulto mayor, ya que constituye un aspecto esencial y de gran importancia para la población mundial. Por ello, debería ser considerada como uno de los pilares que requiere mayor atención y cuidado.

Para futuras investigaciones se recomienda emplear enfoques mixtos tanto cualitativos y cuantitativos incluyendo el análisis de factores socioeconómicos y culturales que influyen en el autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores para obtener una mejor comprensión de las variables. Además, se sugiere centrarse en implementar intervenciones de enfermería que favorezcan las prácticas de autocuidado en esta población, con el fin de realizar una comparativa entre el estado previo y posterior, permitiendo evaluar la evolución de las intervenciones y el impacto en la calidad de vida.

Limitaciones en el estudio

Al tratarse de un estudio con corte transversal, no fue posible establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas.

Conclusiones

Los adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención Geriátrica (CIAG) del cantón Salcedo, Ecuador tiene un nivel de autocuidado bajo, presentaron una calidad de vida medianamente buena y buena,

asimismo se demuestra que la dimensión con mejor puntuación fue la de Muerte y Morir por el contrario Intimidad y Participación Social obtuvieron un puntaje bajo en relación a las demás. Por medio del análisis correlacional se obtuvo que existe una correlación de Spearman directa de grado moderado. Demostrando que, a medida que el nivel de autocuidado incrementa, también tiende a mejorar la calidad de vida.

Es fundamental destacar que, aunque muchos adultos mayores presentan un bajo nivel de autocuidado, gran parte percibe su calidad de vida como medianamente buena e incluso buena. Esto sugiere que, a pesar de las limitaciones en el autocuidado como la presencia de enfermedades, la falta de apoyo emocional y la disminución de la autonomía han logrado encontrar satisfacción y bienestar en otros aspectos de su vida.

Los datos obtenidos sobre el autocuidado en la población geriátrica son fundamentales para diseñar en un futuro intervenciones que mejoren su calidad de vida y fomenten un envejecimiento saludable. Al identificar sus necesidades y preferencias se pueden implementar estrategias efectivas que promuevan hábitos saludables y empoderen a los adultos mayores a cuidar de sí mismos. La intervención multidisciplinaria es esencial en este proceso, debido a que contribuye a ofrecer un enfoque integral que aborde las diversas dimensiones del bienestar.

Bibliografía

1. Concha-Cisternas Y, Vargas-Vitoria R, Celis-Morales C. Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. *Salud Uninorte*. 2020;36(2):450-70. <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.618.97>
2. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Salud Uninorte*. 2021;37(2):488-505. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>
3. Consejo de Igualdad Intergeneracional. Estado de situación de las personas adultas mayores. Quito: Consejo de Igualdad Intergeneracional; [Fecha desconocida]. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/> [Consultado 20-09-2024]
4. Cancio-Bello Ayes C, Lorenzo Ruiz A, Alarcó Estévez G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicol*. 2020;20(2):119-38. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
5. World Health Organization. WHOQOL: User Manual. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol> [Consultado 20-09-2024]
6. Gutiérrez-Herrera RF, Ordóñez-Azuara YG, Hartmann-Nava J. Calidad de vida en el adulto mayor en Monterrey, Nuevo León y su Área Metropolitana. *Rev Varona*. 2023;76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-82382023000100012&lng=es&tlng=es [Consultado 20-09-2024]
7. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Envejecimiento y Salud; [Fecha desconocida]. Envejecimiento y salud; 1 de octubre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Consultado 20-09-2024]
8. Euskadi. Departamento de Salud. Bilbao: Gobierno Vasco, Departamento de Salud; [Fecha desconocida]. Envejecimiento en Europa: una mirada a las personas mayores; 10 de febrero de 2020. Disponible en: https://arretasoziosanitarioa.euskadi.eus/websosa00-content/es/contenidos/noticia/not_sosa_envejecimiento_en_eu/es_def/index.shtml [Consultado 20-09-2024]
9. Arias C, Soliveréz C, Bozzi N. El envejecimiento poblacional en América Latina. *RELASP*. 2020;2(1):11-23. <https://doi.org/10.35305/rr.v1i2.18>
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; [Fecha desconocida]. INEC estima que, según proyecciones en el mediano plazo, Ecuador tendrá más adultos mayores, menos niños y adolescentes en 2050; 19 de febrero de 2024. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-tendra-mas-adultos-mayores-menos-ninos-y-adolescentes-en-2050/> [Consultado 20-09-2024]
11. Echevarría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Ditrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34>
12. Du M, Kong H, Ran L, Ran Y, Bai L, Du Y et al. Associations among health-promoting lifestyle, self-care agency and health-related quality of life in Bai older adults with hypertension in Yunnan China. *BMC Geriatrics*. 2022;22:942. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03608-0>
13. Avilés-Silva Y, Horta Martínez LE, González Rodríguez AL, Sorá Rodríguez M, Morales Cáseres W, Izquierdo Molina R. Estado del autocuidado en pacientes de la tercera edad de un consultorio médico habanero. *Rev 16 abril*. 2023;62:e1748. Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/articulo/view/1748 [Consultado 20-09-2024]

14. Mejía-Álvarez ET, Guerrero-Morán PE, Villarreal-Ger MC. Autocuidado en adultos mayores con independencia funcional, que acuden al Centro de Salud "Priorato". *Rev Cienc Méd Pinar Río*. 2023;27(Supl 1):e6077. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6077> [Consultado 20-09-2024]
15. Olusanya BO, Davis AC, Hoffman HJ. Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health. *Bull W.H.O.* 2019;97(10):725-8. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.230367>
16. Velandia Arias A, Rivera Álvarez LN. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Av Enferm*. 2009;XXVII(1):38-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100005&lng=e [Consultado 01-09-2024]
17. Evers GCM, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Internat J Nurs Stud*. 1993;30(4):331-42. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(93\)90105-4](https://doi.org/10.1016/0020-7489(93)90105-4)
18. Sousa VD, Zauszniewski JA, Bergquist-Beringer S, Musil CM, Neese JB, Jaber AF. Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R). *J Eval Clin Pract*. 2010;16(6):1031-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x>
19. Van Achterberg T, Lorensen M, Isenberg MA, Evers GC, Levin E, Philipsen H. The Norwegian, Danish and Dutch Version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; Comparing Reliability Aspects. *Scand J Caring Sci*. 1991;5(2):101-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1991.tb00091.x>
20. Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):222-35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Consultado 20-02-2025]
21. Herrera-Pineda IV, Díaz-Amador Y, Maggi-Garcés BL, Colmenares-Robles ZC, Moya-Plata D, Monserrate-Cervantes JO. Variables predictoras de Diabetes mellitus Tipo 2 asociadas a conductas de autocuidado. *Rev Cubana Enferm*. 2021;37(3):e3878. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3878/760> [Consultado 01-10-2024]
22. Hernández-Navar JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arrellano SS, Arzate Hernández G, Márquez-Mendoza O. Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *Psiciencia. Rev. latinoam. cienc. psicol.* 2015;7(3):397-405. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333143435001> [Consultado 20-09-2024]
23. Queirolo-Ore SA, Barboza-Palomino M, Ventura-León J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enferm Glob*. 2020;19(4):259-88. <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>
24. Villareal-Angeles MA, Moncada Jiménez J, Ochoa Martínez PY, Hall López JA. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. *Retos*. 2021(41):480-4. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i41.58937>
25. Cespedes-Rodríguez RE. Calidad de vida en adultos mayores de una casa de reposo ubicada en Bellavista, Callao. *Cuidado y Salud Pública*. 2023;3(2):26–31. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/81> [Consultado 22-02-2025]
26. IBM Corp. SPSS Statistics para Windows. Versión 27. Armonk (NY): IBM Corp.; 2020.
27. Mendivelso F, Rodríguez M. Prueba no paramétrica de correlación de Spearman. *Rev Médica Sanitas*. 2021;24(1):42-5. <https://doi.org/10.26852/01234250.578>
28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; 2024. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> [Consultado 23-02-2025]
29. Ortiz Montalvo YJ, Ortiz Romání KJ, Lecaros Díaz AF, Lopez Jaimes HH, Herrera Morales SA. Conocimientos y autocuidado para un envejecimiento con bienestar en adultos mayores. *Rev Cient Cienc Salud*. 2023;5:e5127. <https://doi.org/10.53732/rcsalud/2023.e5127>
30. Zorrilla Martínez LB, Flores Romo AG, Araujo Espino R, Trejo Ortiz PM. Calidad de vida en el adulto mayor de una institución de asistencia social pública. *Enferm Innov y Cienc*. 2020;2(1):42-8. <https://doi.org/10.60568/eic.v1i1.756>
31. Salviano Ferreira GR, Carvalho Viana LR, Lopes Pimenta CJ, Ribeiro da Silva CR, Ferreira da Costa T, Santos Oliveira J, et al. Self-care of elderly people with diabetes mellitus and the nurse-patient interpersonal relationship. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20201257. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1257>
32. Villarreal Amaris GE, Pérez Aguas CP, Usta Carrillo A. Salud y calidad de vida autopercebida de los adultos mayores en un municipio del caribe colombiano. *Salud Uninorte*. 2022;38(1):35-50. <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.042>
33. García López LE, Quevedo Navarro M, La Rosa Pons Y, Leyva Hernández A. Calidad de vida

- percibida por adultos mayores. *Medimay*. 2020;27(1):16-25.
<https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1561> [Consultado 15-11-2024]
34. López Hernández R, Carrillo Ruiz JD. Calidad de vida percibida por personas adultas mayores asistentes al Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Huixquilucan, México. *An en Gerontol*. 2020;12(1):89-114.
<https://archivo.revistas.ucr.ac.cr//index.php/gerontologia/article/view/34048> [Consultado 15-11-2024]
35. Paullo De la Cruz, Risco Mendoza GG, Sigueñas Tafur EJ, González-Farfán ME. Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú. *Rev Hered Rehabil*. 2022(5(1):14-20. Disponible en:
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/4257> [Consultado 15-11-2024]
36. Soleimanpour H, Ghaffari-fam S, Sarbazi E, Gholami R, Azizi H, Daliri M, et al. The Association Between Self-Care and Quality of Life Among Iranian Older Adults: Evidence from a Multicenter Survey. *J Rehabil Sci Res*. 2024;11(4):196-201.
<https://doi.org/10.30476/jrsr.2023.99026.1378>