

# UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

### CARRERA DE ENFERMERÍA

**Tema: “Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores”**

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del  
título de Licenciada en Enfermería

AUTORA: Villota Bracho Fátima Robertina

TUTORA: Lcda. Realpe Sandoval Jacqueline A, MSc.

Tulcán, 2024.

## CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que la estudiante Villota Bracho Fátima Robertina con el número de cédula 0402097125 ha desarrollado el Trabajo de Integración Curricular: "Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores".

Este trabajo se sujeta a las normas y metodología dispuesta en el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular, Titulación e Incorporación de la UPEC, por lo tanto, autorizo la presentación de la sustentación para la calificación respectiva.

---

Lcda. Realpe Sandoval Jacqueline A, MSc.

**TUTORA**

Tulcán, junio de 2024

## **AUTORÍA DE TRABAJO**

El presente Trabajo de Integración Curricular constituye un requisito previo para la obtención del título de Licenciada en la Carrera de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias de la Educación.

Yo, Villota Bracho Fátima Robertina con cédula de identidad número 0402097125 declaro que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que he llegado son de mi absoluta responsabilidad.

---

Villota Bracho Fátima Robertina

**AUTORA**

Tulcán, junio de 2024

## **ACTA DE SESIÓN DE DERECHOS DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

Yo Villota Bracho Fátima Robertina declaro ser autora de los criterios emitidos en el Trabajo de Integración Curricular: "Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores" y eximo expresamente a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

---

Villota Bracho Fátima Robertina

**AUTORA**

Tulcán, junio de 2024

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento especial a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi por abrirme sus puertas y permitir que me forme como una profesional en Enfermería.

A mi tutora de tesis Jacqueline Realpe, por la comprensión y el apoyo durante este proceso que se volvió un camino duro, pero no imposible.

Y a todos aquellos que siempre estuvieron a mi lado apoyándome durante mi enfermedad para poder salir adelante y lograr conseguir mi título, el cual en un momento lo vi imposible.

Gracias.

Fátima Robertina Villota Bracho

## DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi trabajo de investigación a Dios por haberme brindado la oportunidad de continuar creciendo y siempre bendecirme.

A mis padres Doris Bracho Y William Villota quienes con tanta paciencia y amor son un pilar fuerte en mi vida, quienes en cada tormenta han estado para protegerme y cuidarme, quienes siempre me mantienen de pie para poder continuar luchando a diario.

A mi segundo padre, mi hermano Gustavo Villota, a quien amo infinitamente y le debo mi título, quien ha estado en todo momento apoyándome de diferentes maneras para poder seguir luchando.

A mi cuñada, Gaby Acosta quien junto a mi hermano me han brindado un hogar en donde poder escampar en la tormenta.

A mi amada pareja, Santiago Ortiz quien es la luz en mi vida, mi segunda familia, quien durante años ha estado a mi lado dándome ánimos y fuerzas, le agradezco infinitamente por ayudarme a llegar hasta aquí.

A mi hermano Wladimir Villota y su familia que desde la distancia me brinda apoyo para poder continuar y salir adelante.

Fátima Robertina Villota Bracho

## ÍNDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>I. EL PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>20</b>
1.4.1. Objetivo General .....	20
1.4.2. Objetivos Específicos .....	20
1.4.3. Preguntas de Investigación .....	20
<b>II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
2.2.1. Envejecimiento.....	27
2.2.1.1. Adulto mayor.....	27
2.2.1.2. Envejecimiento poblacional.....	27
2.2.1.3. Envejecimiento.....	28
2.2.1.4. Características del envejecimiento .....	28
2.2.1.5. Tipos de envejecimiento .....	29
2.2.1.6. Cambios biopsicosociales de los adultos mayores .....	30
2.2.1.6.1. Cambios biológicos .....	30
• Sistemas sensoriales.....	30
• Sistemas orgánicos .....	30
2.2.1.6.2. Cambios sociales .....	32
2.2.1.6.2.3. Cambios psicológicos.....	33
2.2.3. Autocuidado.....	34

2.2.3.1. Definición .....	34
2.2.3.2. Dimensiones de la capacidad de autocuidado .....	34
2.2.3.3. Principios para al autocuidado .....	35
2.2.3.4. Factores determinantes del autocuidado.....	36
2.2.3.4.1. Factores internos o personales.....	36
2.2.3.4.2. Factores externos o ambientales.....	36
2.2.4. Complicaciones en la salud mental .....	37
2.2.4.1. Definición .....	37
2.2.4.2. Enfermedades más prevalentes en el adulto mayor .....	37
2.2.4.3.1. Trastorno depresivo .....	38
• Epidemiología de la depresión en el anciano .....	38
• Síndrome depresivo en el anciano.....	38
• Manifestaciones clínicas.....	39
2.2.4.3.2. Trastornos de ansiedad.....	39
• Epidemiología del trastorno de ansiedad en el adulto mayor .....	40
• Ansiedad en el adulto mayor .....	40
• Manifestaciones clínicas.....	41
2.2.5. Modelos y teorías de enfermería relacionadas con el proyecto de investigación .....	41
2.2.6. MARCO LEGAL .....	44
2.2.6.1. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores - 2015 .....	44
2.2.6.2. Constitución del Ecuador - 2008.....	45
2.2.6.3. Ley Orgánica de las personas adultas mayores - 2019 .....	46
<b>III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>48</b>
<b>3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO .....</b>	<b>48</b>
3.1.1. Enfoque.....	48
3.1.2. Tipo de Investigación.....	48



<b>3.2. HIPÓTESIS .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>50</b>
3.3.1. Definición de las variables .....	50
3.3.2. Operacionalización de las variables.....	51
<b>3.4. MÉTODOS UTILIZADOS .....</b>	<b>51</b>
<b>3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>54</b>
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>4.1. RESULTADOS .....</b>	<b>55</b>
4.1.1. Prueba de Chi-Cuadrado.....	74
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
<b>5.1. CONCLUSIONES .....</b>	<b>79</b>
<b>5.2. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>80</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>81</b>
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>86</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables .....	51
Tabla 2. Características sociodemográficas de la población .....	55
Tabla 3. Enfermedades que padecen los adultos mayores.....	56
Tabla 4. Valoración de Agencia de Autocuidado .....	57
Tabla 5. Edad y Valoración de Agencia de Autocuidado .....	58
Tabla 6. Sexo y Valoración de Agencia de Autocuidado .....	59
Tabla 7. Nivel de educación y Valoración de Agencia de Autocuidado .....	59
Tabla 8. Sustento económico y Valoración de Agencia de Autocuidado .....	60
Tabla 9. Convivencia y Valoración de Agencia de Autocuidado.....	61
Tabla 10. Lugar de residencia y Valoración de Agencia de Autocuidado .....	62
Tabla 11. Enfermedad diagnosticada y Valoración de Agencia de Autocuidado ...	62
Tabla 12. Complicaciones en la salud mental .....	63
Tabla 13. Complicaciones en la salud mental y edad .....	64
Tabla 14. Complicaciones en la salud mental y sexo .....	65
Tabla 15. Complicaciones en la salud mental y estado civil .....	66
Tabla 16. Complicaciones en la salud mental y convivencia .....	67
Tabla 17. Complicaciones en la salud mental y sustento económico.....	68
Tabla 18. Complicaciones en la salud mental y lugar de residencia.....	69
Tabla 19. Complicaciones en la salud mental y nivel de educación .....	70
Tabla 20. Complicaciones en la salud mental y enfermedad diagnosticada.....	71
Tabla 21. Valoración de Agencia de Autocuidado y Valoración de ansiedad.....	72
Tabla 22. Valoración de agencia de autocuidado y valoración de depresión.....	73
Tabla 23. Prueba de Chi-cuadrado.....	74
Tabla 24. Aplicación de encuestas .....	95

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Acta de la sustentación de Predefensa del TIC .....	86
Anexo 2. Certificado del abstract por parte de idiomas .....	87
Anexo 3. Autorización del Centro Diurno de Atención Integral de Mira.....	88
Anexo 4. Instrumento para la recolección de datos de los adultos mayores .....	89
Anexo 5. Consentimiento y asentimiento.....	93
Anexo 6. Aplicación de encuestas a la población adulta mayor .....	95

## RESUMEN

Actualmente se observa un crecimiento en la población adulta mayor esto debido a que existe un aumento en el índice de esperanza de vida, por eso es fundamental la promoción de un envejecimiento saludable a nivel físico y mental con la finalidad de evitar la sobre carga en el sistema de salud. La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024, se empleó una metodología basada en un enfoque cuantitativa, de tipo exploratoria, descriptiva, de campo, documental, no experimental, transversal y correlacional. La población objeto de estudio fueron 59 adultos mayores, participaron bajo consentimiento informado, se aplicó como técnica la encuesta y como instrumentos la escala de valoración de agencia de autocuidado, la escala geriátrica de ansiedad GAS-1 de Segal y Payne, y por último la escala geriátrica de depresión Yesavage. Los resultados obtenidos revelan que existe una población de adultos mayores con más de 86 años de edad y con un 52,5% son mujeres, con relación al nivel de autocuidado el 57,6% presentan un nivel bueno seguido del 25,4% siendo regular; el 55,9% muestran un nivel de ansiedad muy leve seguido de 23,7% con un nivel leve, por último en depresión el 88,1% reflejan un nivel normal seguido del 10,2% depresión leve; en la prueba de chi-cuadrado se observa que existe una relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental con un valor en la significación asintótica de 0,000. En conclusión, entre mayor sea el nivel de autocuidado menos complicaciones se presentarán en la salud mental del adulto mayor.

**Palabras Claves:** nivel de autocuidado, adultos mayores, salud mental, ansiedad, depresión.

## ABSTRACT

Currently, there is a growth in the older adult population, and this is due to the fact that there is an increase in the life expectancy index, which is why it is essential to promote healthy aging on a physical and mental level in order to avoid overload on the Health System. The objective of this research was to analyze the relationship between the level of self-care and complications in the mental health of older adults at the Comprehensive Care Day Center of the City of Mira in the period September 2023 - February 2024, a methodology based on a quantitative approach, exploratory, descriptive, field, documentary, non-experimental, cross-sectional and correlational. The population under study was 59 older adults who participated under informed consent; the survey was applied as a technique and as an instrument to the self-care agency assessment scale, the GAS-1 geriatric anxiety scale by Segal and Payne, and finally, the Yesavage Geriatric Depression Scale. The results obtained reveal that there is a population of older adults over 86 years of age, and 52,5% are women; in relation to the level of self-care, 57,6% have a good level, followed by 25,4% being regular; 55,9% show a very mild level of anxiety followed by 23,7% with a mild level, finally in depression 88,1% reflect an average level followed by 10,2% mild depression; The chi-square test shows that there is a relationship between the level of self-care and mental health complications with an asymptotic significance value of 0.000. In conclusion, the higher the level of self-care, the fewer complications will occur in older people's mental health.

**Keywords:** level of self-care, older adults, mental health, anxiety, depression.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente las personas están viviendo un cambio demográfico relacionado a los ciclos de vida, en los últimos estudios epidemiológicos se puede evidenciar que la mayor parte de la población se encuentra conformada por personas de la tercera edad, de las cuales tienen una edad mayor a 80 años, por eso se afirma que en un futuro la población se volverá en su mayoría longeva, lo cual demanda de una atención más enfocada a la prevención de enfermedades con la promoción de un estado físico y mental más activo y saludable para que exista una vejez de calidad, esto también con la detección temprana de los factores que influyen y dichos problemas que afectan su salud en todos los aspectos, teniendo en cuenta de no atribuir los problemas que presentan a los cambios del envejecimiento, ya que esto no es un sinónimo de menor capacidad para hacer diversas cosas, de aquí nace la importancia de potenciar el nivel de autocuidado que presenta cada adulto mayor buscando no brindar apoyo cuando no es necesario, lo cual puede generar en muchas ocasiones una dependencia innecesaria, y eso a su vez puede generar problemas en la salud mental.

En la Ciudad de Mira no se observan muchos estudios relacionados con los adultos mayores y su salud, de aquí nace la motivación para la investigación, sobre todo que se trata de una población que asisten a un centro la mitad del día, en donde realizan diversas actividades, entre ellas, bailo terapia, manualidades, concursos de talento, interacción con otros adultos mayores y la alimentación de medio día después de esto regresa a sus hogares en donde la familia y las actividades diarias se vuelve un complemento para el personal de salud en el proceso de fortalecer al autocuidado y la salud mental de los adultos mayores.

El presente estudio se realizó en la provincia del Carchi, en el Cantón Mira, el cual busca analizar la posible relación que existe entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral, con la finalidad de demostrar el estado actual de la población estudiada y la importancia de implementar más centros de este tipo en el país, permitiendo que exista mayor actividad en los adultos mayores fortaleciendo su salud mental y previniendo el abandono en centros de asilo.

En el capítulo uno corresponde a El Problema en el cual se detalla la problemática a investigar, la formulación del problema, la justificación y los objetivos y preguntas de investigación que guiarán el desarrollo del trabajo.

A continuación, se encuentra el capítulo dos denominado Fundamentación Teórica en donde se detallan otras investigaciones como tesis y artículos de revistas científicas que fundamentan y apoyan el estudio del nivel autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores, dentro del marco teórico se habla sobre el adulto mayor, el envejecimiento poblacional, las características y tipos de envejecimiento, los cambios biopsicosociales que viven los adultos mayores. En el autocuidado se puede apreciar sus dimensiones y principios, también aquellos factores que lo determinan entre ellos internos y externos. Dentro de las complicaciones de la salud mental se enfoca a las más prevalentes en este tipo de población, las cuales son ansiedad y depresión, en donde se habla de su definición, epidemiología, formas y manifestaciones clínicas. La teorizante que se relaciona con la investigación es Dorothea Orem quien habla sobre el auto cuidado y su deficiencia. Como parte importante se habla de los derechos y leyes que amparan al adulto mayores, entre ellas la convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la Constitución del Ecuador y la Ley Orgánica de las personas adultas mayores.

El capítulo tres hace referencia a la Metodología, en el cual se establece el enfoque con el cual se trabajó, cuantitativo, con la finalidad de encontrar una relación y afirmar o negar las hipótesis planteadas. Además, se identifican los tipos de investigación empleados: exploratoria, descriptiva, de campo, documental, no experimental, transversal y correlacional, en donde se explica la razón de porqué se utilizó cada una. De igual manera, se detalla la operacionalización de las variables de estudio y las técnicas e instrumentos a aplicar a la población de estudio.

En el capítulo cuatro se encuentra los resultados alcanzados mediante la información recolectada y el análisis estadístico evidenciada a través de tablas, para posteriormente realizar la discusión de los resultados obtenidos con otras investigaciones similares.

En el capítulo cinco se encuentra las debidas conclusiones y recomendaciones referente a los objetivos establecidos y la investigación en general.

Finalmente se plasman las referencias bibliográficas de donde se extrajo la información que sustenta el estudio y por último se encuentran los anexos.

## I. EL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las personas están viviendo un cambio demográfico relacionado a los ciclos de vida, en los últimos estudios epidemiológicos se puede evidenciar que la mayor parte de la población se encuentra conformada por personas de la tercera edad y la disminución en la tasa de fecundidad a nivel mundial, por eso se afirma que en un futuro la población se volverá en su mayoría longeva, lo cual demanda de una atención más enfocada a la prevención de enfermedades con la promoción de un estado físico y mental más activo y saludable para que exista una vejez de calidad, con la detección temprana de los factores que influyen y afectan su salud en todos los aspectos. Según Rueda L., menciona que:

La esperanza de vida al nacer está alcanzando niveles más altos en los países industrializados; para 2030 el pronóstico está en que superará la edad de 80 años de edad en estas regiones. Un reto para los gobiernos, que tal vez no estén preparados para un envejecimiento de una gran parte de la población mundial, debido a que no es únicamente la prolongación de la vida lo que realmente vale, deben considerarse aspectos sanitarios y sociales con el aumento progresivo de las personas en el patrón de edad avanzada y, por consiguiente, el predominio de las enfermedades crónicas y la incapacidad en el patrón de morbilidad. Si bien la discapacidad no es una consecuencia propia del envejecimiento, las situaciones de fragilidad son crecientes a edades avanzadas y pueden desencadenar situaciones de pérdida de autonomía. (2022, p.7).

La mayoría de los adultos mayores no conocen el proceso que van a vivir durante el envejecimiento y todos los cambios generados, esta puede ser una de las razones que llega afectar a la salud mental de ellos y a su vez a su nivel de autocuidado, este gran cambio sociodemográfico busca obtener una calidad de vida óptima para la población adulta mayor, uno de los factores que influye para su bienestar es el nivel de capacidad de autocuidado o también mencionado como dependencia del



adulto mayor, ya que se lo podría considerar como un determinante para que su vida sea o no placentera y autónoma. Según la Fundación Silencio define al autocuidado como “una aproximación a la salud, en la cual la persona es responsable de llevar a cabo acciones individuales y/o colectivas que puedan fortalecer o restablecer el estado de bienestar o prevenir enfermedades” (2021 p.10). Entonces, el autocuidado cumple un papel importante dentro de vivir una vejez saludable, pero en muchos casos es una barrera que impide un bienestar en los adultos mayores, esto se debe a que muchos de ellos padecen alguna discapacidad física, la cual no les permite realizar diferentes actividades de la vida diaria, o una enfermedad mental haciendo que pierdan consciencia de su propia condición biológica. Otro punto que también es importante mencionar, es la salud mental que tenga el adulto mayor porque esto influirá en el interés que presente por su propio cuidado. Se debe tener en cuenta que al hablar de salud no solo se menciona algo físico, sino también mental. Según la Organización Mundial de la Salud (1948) define a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con esta definición se tiene en cuenta la importancia de la salud mental dentro de la salud del adulto mayor.

En Ecuador se puede apreciar el mismo cambio demográfico, observando una considerable cantidad de adultos mayores, en su mayoría ya con una enfermedad como antecedente que puede afectar su nivel de autocuidado, esto debido a que los vuelve dependientes a un cuidador. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022) en Ecuador: “la esperanza de vida ha subido de 49 años en 1950 a 77 años en 2022”.

También se menciona que esto no solo afecta al sistema de salud o a la propia salud de los adultos mayores, sino que también afecta a la economía, y se espera que en el Ecuador para el año 2045 se convierta en una economía envejecida a causa de que el consumo agregado de las personas superará al porcentaje de las personas jóvenes. El Ministerio de Salud Pública debido a este cambio demográfico ha buscado crear más actividades que se encuentren enfocadas al apoyo del autocuidado e independencia del adulto mayor, de igual manera fomentando la práctica de estilos de vida más saludables y una buena salud mental desde la corta edad con la finalidad de que en un futuro exista una menor cantidad de adultos mayores enfermos y dependientes.

Según Zambrano P. y Estrada J. (2020) el adulto mayor presenta: "Más morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. La demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39%" (p. 6). Haciendo mención que al verse afectada la salud mental como es la depresión también influye directamente en la capacidad del adulto mayor de llevar a cabo actividades diarias, ya viéndose afectado el nivel de autocuidado. En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en Ecuador se puede apreciar que: "Desde los 65 años en adelante las enfermedades mentales que más prevalecen son enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastornos depresivos, de ansiedad, autolesión, entre otros" (p. 2).

En el 2023 según el Instituto Nacional de Estadística y Censos en la provincia del Carchi existe una población total de 172.828 de ella 70.639 son adultos mayores, en donde hay mayor prevalencia del sexo femenino con el 51.1%. En el análisis poblacional se indica que el índice de vejez en el 2010 fue de 29 y en el 2023 de 46, en donde se puede observar un crecimiento significativo de la población. En un estudio realizado por Revelo V. (2021) en la ciudad de Mira sobre la relación que existe entre el autocuidado de enfermedades que padecen y la salud mental se muestra que: "La mayoría de la población con una edad de 61 a 70 años, muestra ansiedad leve con un 33.3% y depresión leve con un 53%, esto relacionado con la enfermedad que padecen y la exigencia que esta amerita para evitar complicaciones" (pp. 63-64).

Esto demuestra que aquellas enfermedades que presente el adulto mayor tienen una sobrecarga de autocuidado como puede ser, la toma de medicación prescrita afectando de manera indirecta al estado de salud mental, como es la ansiedad, desde el punto de que la medicación es la parte fundamental para que la enfermedad no se complique y pueda generar más problemas. Debido al aumento de la población adulta mayor y sus propios cambios relacionados con el envejecimiento y enfermedades presentes, se ha visto afectado el nivel de autocuidado junto con su estado de salud mental al verse vulnerables y no autosuficientes para realizar actividades básicas que antes las solían realizar, y muchas veces depender de un cuidador para tener una vida de calidad, haciendo que el adulto mayor se sienta inútil para sí mismo o la sociedad.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira durante el periodo de septiembre 2023 – febrero 2024?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo tiene como finalidad analizar el nivel de autocuidado y la presencia de ansiedad y depresión en los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira, y a su vez la posible relación que exista entre estas dos, como causa y efecto.

Esta investigación es relevante porque busca demostrar que el nivel de autocuidado puede influenciar en la salud mental de los adultos mayores, impidiendo que tengan una vida de calidad.

La población que se beneficiará con el estudio son los adultos mayores, pero también tiene un enfoque a nivel de niños, jóvenes y adultos, porque se busca demostrar la importancia del autocuidado desde la niñez hasta la vejez. Los profesionales de enfermería también se verán beneficiados, porque con la información adquirida en la investigación permitirá reflexionar sobre la importancia de la promoción de hábitos saludables, de forzar cuidados que generen dependencia sin la finalidad de educar y apoyar para la autonomía, junto con la importancia de la salud mental y como esta puede verse afectada por este nivel de autocuidado.

Como se mencionó la población de estudio son los adultos mayores, esto debido a que en los últimos estudios de la tasa de mortalidad y fecundidad se observa que la población se ha vuelto más longeva y muchos de ellos presentan enfermedades que afectan su capacidad de autonomía para cuidarse, no solo a nivel físico sino también mental.

Durante la investigación documental no se encuentran investigaciones que hablen sobre la importancia de la relación de estas dos variables en los adultos mayores, de aquí nace la idea de realizar este estudio. Se busca que los resultados obtenidos sirvan para futuras investigaciones y la creación de planes de intervención enfocadas en la salud mental y física de los adultos mayores junto con la educación sobre los cambios en la vejez, esto para poder mejorar la calidad de vida de este grupo etario, y de esa

manera no solo ayudar a ellos, sino también al sector de la salud, al personal de salud y a las futuras generaciones.

#### **1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

##### 1.4.1. Objetivo General

Analizar la relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024.

##### 1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de autocuidado de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024.
- Identificar las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024.
- Establecer la relación que exista entre el nivel de autocuidado y la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024.

##### 1.4.3. Preguntas de Investigación

¿Cuál es el nivel de autocuidado en adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024?

¿Cuáles son las complicaciones en la salud mental que presentan los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024?

¿Existe una relación entre el nivel de autocuidado y la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en el periodo septiembre 2023 – febrero 2024?

## II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Después de la revisión bibliográfica de los documentos que aportan valides al trabajo de investigación, no se evidencia alguno en donde las dos variables a estudiar estén juntas, por esta razón se opta por sustentar cada variable de estudio de manera independiente.

Como primer antecedente se encuentra la tesis realizada por Castillo D. (2023) de la Universidad Politécnica Amazónica de Perú, quien realizó un estudio denominado “Capacidad de agencia de autocuidado en usuarios que asisten al centro integral de atención al adulto mayor de San Luis, Utcubamba - 2023”. El objetivo fue determinar el nivel de capacidad de agencia de autocuidado en usuarios que asisten al centro integral de atención al adulto mayor de San Luis, Utcubamba - 2023. Este trabajo investigativo tuvo un diseño no experimental, descriptivo, transeccional. El tamaño de la muestra fue de 81 adultos mayores, la recolección de datos fue mediante la Escala de capacidad de agencia de autocuidado. Los resultados de esta investigación mostraron que hay niveles regulares de capacidad de agencia de autocuidado en sus cinco dimensiones, estos se mencionan en el orden de cual se ve más afectado, bienestar personal, actividad y reposo, interacción social, desarrollo personal y finalmente consumo de alimentos. Por tanto, se concluye que los adultos mayores del centro integral poseen un nivel regular de capacidad de agencia de autocuidado.

En esta investigación se mostró que la población adulta mayor presenta un nivel regular de capacidad de agencia de autocuidado. Otro punto que se tiene en cuenta es que se aplicó la misma escala mencionada en la investigación, al igual que su similitud con el tipo de investigación no experimental, descriptivo y transeccional.

De igual manera, se consideró la investigación de Canto A. y Castro M. (2023) de la Universidad Roosevelt, quienes realizaron un estudio titulado: “Capacidad funcional y autocuidado de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo – Huancayo 2023”. El objetivo fue determinar la relación entre la capacidad

funcional y autocuidado de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo – Huancayo 2023. Esta investigación fue de tipo básica y un diseño no experimental, correlacional y transversal, el tamaño de la población fue de 50 adultos mayores a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, la recolección de datos se obtuvo mediante la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario. Los resultados mostraron que en su mayoría la población presenta un nivel de autocuidado bueno, seguido de un autocuidado deficiente, esta última relacionada más a una dependencia severa, en un gran porcentaje los adultos mayores presentaron autonomía para realizar actividades de la vida diaria.

Se puede observar que la población adulta mayor en su gran parte no presenta un nivel de autocuidado deficiente y más que esté relacionado a una dependencia leve o moderada, sino a una severa, esto quiere decir que cuando el individuo ya no puede hacer ninguna de las actividades y necesita apoyo por completo de un cuidador, esto demuestra que es mejor potenciar el nivel de autocuidado que presente antes que forzar una dependencia innecesaria, lo cual se busca mostrar en la investigación, habiendo una relación entre estos dos puntos.

Otro antecedente que aporta a la investigación es la tesis realizada por Torres V. y Ruiz A. (2022) correspondiente a la Universidad María Auxiliadora de Perú, quienes realizaron un estudio titulado: "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2022". El objetivo fue determinar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante abril del 2022. Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y descriptivo, la muestra de la población fue de 174 adultos mayores, la recolección de datos fue mediante la escala de agencia de autocuidado que consta de 5 dimensiones y 24 ítems. Los resultados de esta investigación mostraron que la mayoría de los adultos mayores presentaron un nivel de autocuidado moderado, seguido de un nivel alto y por último en poca cantidad aquellos con un nivel bajo, la dimensión que más se ve afectadas es la de actividad física y reposo.

En la investigación se aplicó la misma escala dando buenos resultados en su aplicación y en los resultados, los cuales son similares al estudio realizado, demostrando que gran cantidad de los adultos mayores presentan un nivel de

autocuidado moderado y alto. Al igual se aplicó el mismo tipo de investigación, en donde se busca determinar el nivel de autocuidado. Otro punto que se tuvo en cuenta fue la escala que se aplicó para evaluar el nivel de autocuidado, esta fue la misma que se utilizó en la recolección de datos.

Citando otra investigación realizada por Romero I. (2021) perteneciente a la Escuela Profesional de Enfermería denominado "Capacidad de autocuidado del adulto mayor del Programa Integral Nacional para el bienestar familiar octubre 2020". El objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor del Programa Integral Nacional para el bienestar familiar de Lima. Este trabajo investigativo tuvo una metodología de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal prospectivo, el tamaño de la muestra fue de 50 adultos mayores que pertenecían al servicio de refugio temporal, la recolección de datos fue mediante la entrevista y como instrumento un cuestionario estructurado, para medir las dimensiones y valorar el nivel de autocuidado. Los resultados de esta investigación mostraron que la mayoría de los adultos mayores presentan un autocuidado inadecuado.

El trabajo de investigación aportó significativamente al estudio, ya que es de tipo cuantitativo en donde se valoró el nivel de autocuidado de los adultos mayores mediante a escala similar a como se realizó en la investigación para valorar ese nivel en la población a estudiar; en el estudio se demuestra que la mayoría de los adultos mayores presentan un nivel inadecuado de autocuidado, similar a como se esperó en la investigación.

Por otra parte, se encuentra el estudio de Posso G., Meléndez M. y Parra S. (2020) perteneciente a la Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud, titulada: "Autocuidado de los adultos mayores relacionados con sus características sociodemográficas". El objetivo fue determinar el nivel de autocuidado y sus características sociodemográficas relacionadas. Este trabajo de investigación tuvo una metodología de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la población a estudiar fue de 32 adultos mayores de la parroquia Eloy Alfaro-Latacunga. Los resultados de este estudio mostraron que en relación con el estado civil la mayoría son casados, sus ocupaciones más prevalentes son agricultura y quehaceres domésticos, con relación al nivel de autocuidado se observa que hay mayor prevalencia en aceptable y adecuado.

Un punto importante que se relaciona con la investigación actual es que lo sociodemográfico influye de alguna manera en el nivel de autocuidado, ya que muchos de ellos aún se mantienen activos con diferentes trabajos, uno de ellos la agricultura, que no solo les ayuda físicamente sino también mentalmente, esto se puede observar también en la investigación actual, su mayoría presentan un mejor nivel de autocuidado. También se observa un tipo de investigación descriptiva y transversal similar al estudio.

Por otra parte, se encuentra la investigación de Alcalá P. (2023) perteneciente a la Universidad Iberoamericana de República Dominicana, titulada "Frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio del 2023 evaluados a través de la escala de Yesavage". El objetivo fue identificar la frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi, la metodología de investigación fue de tipo descriptivo, trasversal, prospectivo y observacional, con una muestra de 60 pacientes, la recolección de datos se obtuvo mediante un cuestionario de preguntas generales sobre variables sociodemográficas y algunas preguntas del ámbito sociofamiliar del paciente y se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados indican que el 60% de los pacientes del estudio fueron normales, seguido de aquellos que presentaron síntomas leves de depresión y en un menor porcentaje los de depresión severa. El sexo más prevalente en la investigación fue el sexo femenino.

La escala que se aplicó para evaluar el nivel de salud mental del adulto mayor es similar al que se utilizó en la investigación, también se mostró que, aunque exista una cantidad menor de personas que presenten sintomatología depresiva es importante tenerlo en cuenta, y esto es lo que buscó la investigación mostrar la importancia de la salud mental del adulto mayor.

Como último antecedente se encuentra el estudio de Arévalo J. y Cepeda A. (2023) perteneciente a la Universidad Nacional de Chimborazo, quienes realizaron una tesis denominada "Depresión en el adulto mayor revisión bibliográfica". El objetivo es caracterizar la conducta depresiva en el adulto mayor. Esta investigación fue de tipo descriptiva, de diseño documental, no experimental, cualitativa de corte transversal con apoyo en el método analítico, la recolección de datos se obtuvo mediante revisión bibliográfica tomando en cuenta directrices y criterios de elegibilidad. Los



resultados mencionan que la depresión es una de las problemáticas que más se presenta en el adulto mayor y están relacionadas con los factores demográficos, biológicos, sociales y económicos. Esta enfermedad es una entidad que ataca al adulto mayor en estado de vulnerabilidad, esto debido al proceso de envejecimiento, que usualmente está subestimada por el personal de salud, por ello es importante evaluar el estado del paciente de manera individual para establecer las medidas adecuadas según el caso de manera oportuna.

En el trabajo de investigación se mencionó que una de las problemáticas de los adultos mayores es la depresión, similar a como se mencionó en la prevalencia de enfermedades mentales en Ecuador, también relaciona que posiblemente el proceso de envejecimiento puede afectar para generar depresión, lo cual es un punto importante que aportó a la tesis, ya que se buscó como el nivel de autocuidado el que puede verse afectado por ese proceso de envejecimiento está relacionado con la depresión. Su tipo de investigación se relacionó con la investigación, al ser también no experimental y transversal.

Por otro lado, es importante el trabajo realizado por Rojas S. y Monge Z. (2022), quienes realizaron un estudio denominado "Salud mental del adulto mayor atendido en el centro de salud Chilca, Huancayo 2022". El objetivo fue determinar los problemas de salud mental en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chilca, Huancayo 2022". Esta investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva y transversal, el tamaño de la muestra fue censal con un total de 60 adultos mayores, la recolección de datos fue mediante la técnica de encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario SRQ-18. Los resultados de esta investigación mostraron que en gran parte los adultos mayores presentan ansiedad, seguido de depresión, probable trastorno convulsivo y con un menor porcentaje el alto riesgo de alcoholismo. Llegando a la conclusión de que los adultos mayores presentaron ansiedad y depresión.

El estudio demostró que la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más prevalentes en los adultos mayores, esto aportó significativamente al estudio, ya que son las dos problemáticas que se investigaron mediante la aplicación de escalas, similar a como se realizó en el estudio antes mencionado.

También es necesario citar la investigación de Duran T. et al (2021) de la Revista electrónica trimestral de Enfermería global, quienes realizaron una investigación

denominada "Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados". El objetivo fue determinar la relación entre la depresión, ansiedad y función cognitiva con la dependencia en adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal, con una muestra de 98 adultos mayores hospitalizados, la recolección de datos se obtuvo mediante una escala hospitalaria de ansiedad y depresión, el test de evaluación cognitiva de Montreal e Índice de Barthel. Los resultados mostraron que en un gran porcentaje no presentaron signos de depresión, seguido de con probable depresión y finalmente depresión establecida; con relación a la ansiedad en primer lugar esta aquellos que no presentaron signos de ansiedad, seguido de aquellos con problemas de ansiedad. Al hablar de la dependencia, es más prevalente la dependencia total, seguido de la dependencia severa, dependencia moderada, dependencia escasa y finalmente aquellos que son independientes en menor porcentaje. El estudio también mostró que la depresión y ansiedad se relaciona con la edad y la dependencia funcional para realizar actividades diarias de la vida.

Como se indicó con anterioridad al hablar de autocuidado se menciona la autonomía de las personas para mantener su propia salud, y esta se ve afectada cuando el adulto mayor se vuelve dependiente a un cuidador, como se mencionó en la investigación gran parte de los adultos mayores tienen su nivel de autocuidado afectado, lo cual aportó al estudio. También se mencionó algo importante, al ser un estudio correlacional entre depresión y ansiedad, las dos enfermedades que se tomó en cuenta para el estudio con su relación con la dependencia demostraron que existe esta relación aportando un punto clave a la investigación.

Así mismo se consideró la investigación de Zambrano P. y Estrada J. (2020) quienes son miembros de la Universidad de Guayaquil, y realizaron una investigación titulada: "Salud mental en el adulto mayor". El objetivo fue contribuir al conocimiento de la salud mental en el adulto mayor y de los factores asociados. Este trabajo investigativo se realizó mediante una búsqueda bibliográfica, la recolección de datos fue mediante artículos obtenidos de páginas como MEDLINE, PLoS y Scielo. Los resultados de esta investigación mostraron que son frecuentes en la población adulta mayor los problemas de salud mental, más de una cuarta parte de este grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial; es de mayor relevancia prestarle atención a los

problemas de salud mental que a los de salud física, esto sin minimizarlos, ya que pueden exacerbar sus manifestaciones e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios.

El estudio tiene un punto importante por el cual también fue realizada la investigación, este fue que en muchas ocasiones la población adulta mayor minimiza los problemas de salud mental o muchas veces la sintomatología de estas problemáticas suelen confundirse con el proceso de la vejez. Otro punto que se tomó en cuenta es que mencionó que por los problemas de salud puede existir el incremento de la dependencia funcional, recordando que esto afecta ya directamente al autocuidado del adulto mayor, haciendo implícita una posible relación entre salud mental y el nivel de autocuidado del adulto mayor, lo cual apporto significativamente a la investigación.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### 2.2.1. Envejecimiento

#### 2.2.1.1. Adulto mayor

Reyes R. (2018) menciona que la Organización Mundial de la Salud define al adulto mayor como: "Toda persona mayor de 60 años, existiendo una subclasificación que es, edad avanzada 60 a 74 años, viejos o ancianos 75 a 89 años, grandes viejos o longevos 90 a 99 años y centenarios más de 100 años".

#### 2.2.1.2. Envejecimiento poblacional

Según Martínez T., et al. (2018) menciona que:

El envejecimiento poblacional constituye en la actualidad el centro de atención a nivel internacional, problemática de la cual ningún país se ve exonerado. Los adultos mayores han existido en todas las épocas, pero el envejecimiento poblacional es un fenómeno nuevo, poco conocido y que ya estamos viviendo. Constituye uno de los eventos poblacionales que ha emergido con rapidez e involucra a políticas nacionales e internacionales, a científicos, obreros o hasta instituciones. (p.2.)

Este fenómeno de envejecimiento poblacional se da por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, ya que actualmente se puede observar el aumento de los adultos mayores en las calles, en las comunidades o en los centros de salud, y se habla de adultos mayores a aquellas personas mayores de

65 años de edad, y el envejecimiento de la población se pudo dar por el éxito de las estrategias de salud pública y el desarrollo socioeconómico, esto se relaciona al hecho de que los avances tecnológicos y científicos han permitido que la medicina avance y se creen tratamientos más efectivos que ayudan a mejorar y mantener la salud de los individuos y esto a su vez genera que la esperanza de vida aumente, al igual que las campañas de los métodos anticonceptivos y la nueva ideología de la procreación han aportado a la disminución de la tasa de fecundidad.

#### 2.2.1.3. Envejecimiento

Como menciona Pinilla M., Ortiz M. y Suárez J. (2021) el envejecimiento puede determinarse como ese descenso de la capacidad del organismo para adaptarse al ambiente, lo que necesita una particular atención sanitaria. Esta fase del envejecimiento abarca un extenso grupo de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados a la vejez. El funcionamiento exacto consecuente del deterioro funcional relacionado con la edad se desconoce, pero se conocen varios factores biológicos, como disfunción mitocondrial, autofagia disminuida, reducción del estado bioenergético celular, minoría en la longitud de telómeros y daños en el ADN, disfunción endotelial, daño oxidativo, inflamación crónica de bajo nivel, degeneración neurológica, deterioro neuromuscular, cambios en la vasodilatación, disfunción metabólica, cambios hormonales, cambios en la oxitocina y sarcopenia; pero es claro que el envejecimiento no se debe limitar únicamente al deterioro fisiológico y esperado de las estructuras, funciones corporales y a limitaciones en el cumplimiento o en la participación social, sino que también se abarcan aspectos como procesos patológicos preexistentes, así como ganancias psicológicas (experiencias) y sociales (pp. 492 – 493).

En síntesis, el envejecimiento es propio de cada persona, de cómo llevaba su vida, ya que esto define qué tipo de envejecimiento va a vivir con el paso del tiempo.

#### 2.2.1.4. Características del envejecimiento

De acuerdo con Lagos L. (2020), las características de la etapa de envejecimiento son:

- Universal, porque afecta a todos los individuos
- Intrínseco, porque no depende de factores externos, aunque puede ser regulados por ellos.

- Progresivo, ya que no ocurre de forma repentina sino gradualmente con el tiempo y aumenta de magnitud con la edad.
- Deletéreo, puesto que los cambios son desfavorables para la adaptación del individuo.
- Heterogéneo, ya que no todos los adultos mayores envejecen de la misma manera. (p.92)

#### 2.2.1.5. Tipos de envejecimiento

Existen tres tipos de envejecimiento, los cuales tienen el propósito de dar una conceptualización positiva al término envejecimiento. Según Pinilla M., Ortiz M. y Suárez J. (2021) estos son:

Envejecimiento exitoso, que es la capacidad del individuo de mantenerse en un minucioso riesgo de enfermarse, esto debido a la práctica o ejecución de elevados niveles de actividad física, actividad mental, mantenimiento de relaciones interpersonales y participación en actividades importantes y vitales. Este tipo de envejecimiento puede ser explicado como una aceptación continua a las actividades y actitudes de los adultos jóvenes, como posibilidad a la sustitución de los roles que se han perdido debido a la edad, con el fin de mantener un sentido positivo de uno mismo (p. 493).

Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS, se lo define como aquello que promueve y mantiene la capacidad funcional del adulto mayor en beneficio de la placidez en la vejez, por lo tanto, envejecer de manera saludable no es sinónimo de envejecer sin enfermedades, ya que es un proceso por el cual se refuerzan los estilos de vida que les permiten obtener el máximo de bienestar, salud y calidad de vida por medio del autocuidado, ayuda mutua y autogestión (p. 493).

Envejecimiento activo, propuesto por la OMS, es el proceso que maximiza las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Se reportan seis determinantes del envejecimiento activo, estos son los económicos, conductuales, personales, sociales, relacionados con los sistemas sanitarios y sociales, y los relacionados con el entorno físico. Este tipo de envejecimiento va más allá de estilos saludables y del sector salud, es un concepto inter y multisectorial (p. 494).

#### 2.2.1.6. Cambios biopsicosociales de los adultos mayores

Durante el proceso de envejecimiento se provocan una serie de cambios que influyen tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona. Como plantean Carcúz J., León L., Charuc E., Esteban J., Estrada T. y Gómez M. (2022) estos cambios son:

##### 2.2.1.6.1. Cambios biológicos

- Sistemas sensoriales
  - Visión: Reduce el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que causa que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para distinguir colores.
  - Audición: menor agudeza para las frecuencias altas, lo que deteriora la capacidad para diferenciar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la razón por la que una persona mayor tiene más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.
  - Gusto y olfato: se reduce la sensibilidad para identificar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al desgaste de las papilas gustativas. A nivel del olfato hay una pérdida de capacidad para reconocer los olores de los alimentos.
  - Tacto: La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se provocan en la piel pueden observarse a simple vista, como son: aparición de arrugas, manchas, flacidez y resequedad, todos esos cambios suceden como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular; pero también son causa de la deficiencia en la alimentación, por posibles enfermedades o por una desmesurada exposición al sol sin la adecuada hidratación o protección.
- Sistemas orgánicos
  - Estructura muscular: Se origina una significativa pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que descienden en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios producen el deterioro de la fuerza muscular.

- Sistema esquelético: La masa esquelética se degrada, pues los huesos se vuelven más porosos y quebradizos, debido al proceso de desmineralización, también los huesos se tornan más frágiles y, por lo tanto, más propensos a sufrir fracturas. Estas modificaciones afectan en mayor promedio a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, entre otros.
- Articulaciones: Se vuelven menos eficientes al disminuir la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debido al deterioro de los cartílagos, tendones y ligamentos, que son las tres estructuras forman las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.
- Sistema cardiovascular: en el corazón hay un crecimiento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada que lo envuelve, alteraciones del colágeno, que producen un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción; los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias, el estrechamiento y la pérdida de la elasticidad dificultan el paso de la sangre; las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.
- Sistema respiratorio: Su capacidad de funcionamiento se ve afectada por diversos factores, entre ellas está la atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales, las modificaciones óseas y el deterioro del tejido pulmonar. Todo ello provoca una pérdida del contenido de oxígeno en sangre, que disminuye entre un 10% y un 15%, y el aumento de la prevalencia de una enfermedad respiratoria, como es el enfisema, enfermedad común en adultos mayores.
- Sistema excretor: El riñón disminuye su capacidad para eliminar los desechos. Es por ello que es necesario para el organismo el aumento de la frecuencia en micciones. El deterioro del sistema excretor también hace más frecuentes los episodios de incontinencia.

- Sistema digestivo: Los cambios que se producen en el sistema digestivo generan una alteración en la digestión y un impedimento para el metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago e intestino delgado. Los cambios que se generan son, la pérdida de piezas dentales generando una complicación en la digestión de los alimentos, debido a la mala masticación de los alimentos; disminución de los movimientos esofágicos, cuya función es ayudar a la deglución; disminución de la capacidad para secretar enzimas digestivas, dificultando la digestión; atrofia de la mucosa gastrointestinal, generando una menor absorción de nutrientes; disminución del tono muscular y peristaltismo, produciendo menor masa y frecuencia de eliminación de sólidos, y esto a su vez estreñimiento; con relación a la vesícula e hígado, en los adultos mayores se genera mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado (pp. 5-12).

#### 2.2.1.6.2. Cambios sociales

En opinión de Castellanos Y. (2020) socialmente, ser adulto mayor implica muchas connotaciones y significados socialmente adquiridos, se habla de cuando una persona tiene cierta edad y a ello también se le atribuye una serie de derechos y servicios especialmente dirigidos a esa población. Además, que deja de ser solo un número, porque socialmente se habla de un proceso biológico y natural de todos los seres humanos, en donde se vive un proceso social que viene acompañado de discriminación o aceptación, esto dependiendo del entorno en el cual el adulto mayor se encuentre. Algunos de los cambios sociales que se puede observar en los adultos mayores es el alejamiento o retiro de los roles activos y a su vez la sociedad lo va limitando en la participación y obligaciones sociales, lo cual lo obliga a adaptarse a su nuevo rol. Cuando se habla del rol del adulto mayor también se hace referencia al círculo familiar, ya que pasan de ser la cabeza del hogar a quien recibe ayuda familiar. Un punto importante a tener en cuenta es la economía que presenta, ya que muchos pueden tener un fondo reservado, jubilación o apoyo económico que les permita vivir una vejez tranquila y de calidad, o por el contrario aquellos que no tendrán la suficiente economía para obtener lo básico para el vivir diario. La jubilación debería ser aquella etapa de la vida de disfrute, descanso, satisfacción y de disfrutar lo obtenido a lo largo de la vida, pero muchos de los adultos mayores no



pueden vivirla así, ya que muchos han trabajado durante toda su vida y sienten la necesidad de continuar ejerciendo estas actividades.

En este proceso el adulto mayor disminuye significativamente sus relaciones sociales, debido a que muchos permanecen la mayor parte del tiempo en sus hogares o en un asilo, por esta razón su relación con el mundo exterior disminuye, por lo tanto, sus actividades también, esto afectando a su salud mental (pp. 9 – 21)

#### 2.2.1.6.2.3. Cambios psicológicos

Desde el punto de vista de Castellanos Y. (2020) los cambios psicológicos hacen parte de la aceptación del cambio de los ciclos vitales que presenta una persona a lo largo de la vida y va de la mano con el cambio de etapas, actividades, funciones, roles y papeles que van asumiendo o dejando de lado, que pueden generar frustración como felicidad. Se menciona que la personalidad de los adultos mayores cumple un papel fundamental, ya que este influye en el proceso de aceptación y adaptación del envejecimiento (p.11).

El envejecimiento de los individuos trae como consecuencia a un aumento en las alteraciones orgánicas asociadas con la edad, así como alteraciones de la mente. Estos cambios en el aspecto psicológico van desde pérdidas del tipo intelectual, afectivo emocional y de interés o motivacional (García M., 2021, p. 5).

Como expresa Castanedo C. y Sarabia C. existen diversos cambios a nivel psicológico, estos van desde:

- Procesamiento de la información: se genera un enlentecimiento en todos los hemisferios, el cual puede a su vez provocar un enlentecimiento en la emisión de respuestas. Existe una diversidad de factores que contribuyen de manera negativa al procesamiento de la información, estos son estados de ánimo negativos, ansiedad, preocupación ante las pérdidas siendo el detonante principal de estos problemas.
- Inteligencia: se mantiene estable durante la etapa del envejecimiento, a pesar de ello existe un enlentecimiento y un aumento en el tiempo de respuesta frente a un problema. Este enlentecimiento se puede manifestar como fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultad en la concentración. No obstante, los cambios significativos aparecen desde los setenta años de edad.

- Memoria: la inmediata se mantiene relativamente bien preservada, la de largo plazo se conserva, a diferencia de la memoria reciente que se empieza a ver afectada con pequeños olvidos cotidianos.
- Lenguaje: la capacidad de lenguaje se mantiene al igual que el proceso comunicativo, aunque este puede estar enlentecido.
- Afectividad emocional: el envejecimiento está marcado por pérdidas, desde familiares, físicas, laborales, entre otras. La afectividad depende de la personalidad del propio individuo y de su capacidad para enfrentar los cambios y/o pérdidas. (pp. 1 – 2).

### 2.2.3. Autocuidado

#### 2.2.3.1. Definición

La OMS (2009) define el autocuidado como: “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica”.

Tal como Bello C., Ruiz A. y Estévez G. (2019) el autocuidado debe ser:

Un estado de salud depende, en gran medida, de los cuidados que se brinda a sí misma. Es así como el autocuidado se rige como una estrategia para la prevención y promoción de conductas saludables, por medio del cual se puede contribuir al cuidado integral del ser humano, convirtiéndolo en gestor de su propio cuidado, ganando en autonomía y mayor control sobre sí, para el fomento y conservación de su propia salud (p. 121).

#### 2.2.3.2. Dimensiones de la capacidad de autocuidado

Para el equilibrio y mantenimiento de la capacidad de autocuidado se debe mantener también otras dimensiones en equilibrio, ya que estas interaccionan para el correcto estado de capacidad de autocuidado en las personas. Como señala Castillo D. (2023) el autocuidado involucra cinco aspectos o dimensiones importantes, estas son:

- Interacción social: hace referencia a la red de apoyo con la que cuentan los adultos mayores y también se relacionan a los cambios emocionales que experimentan durante la vejez. Si no se logra un manejo adecuado en esta dimensión el adulto mayor puede percibir aislamiento, discriminación, rechazo

y abandono de parte de familiares, amigos o el entorno social. A diferencia de que sea manejada adecuadamente, en la cual el adulto mayor busca apoyo a personas de confianza permitiéndole tener un mejor estilo de vida e interacción social.

- Bienestar personal: es un factor intrínseco de la persona vinculado a manera directa a las necesidades, objetivos, preferencias, preocupaciones, estándares y expectativas de cada adulto mayor, que necesita para vivir bien, es encontrar el equilibrio entre el estado físico y mental para que el individuo pueda desarrollarse en el ámbito que desee, realizando sus actividades de manera correcta.
- Actividad y reposo: es la capacidad para mantenerse activo corporalmente, la movilización, y el descanso necesario y oportuno de los individuos.
- Consumo de alimentos: es la capacidad que tienen los adultos mayores para alimentarse con una dieta balanceada evitando el consumo de alimentos que no aportan nutrientes necesarios, esto con la finalidad de mantener un peso adecuado.
- Desarrollo personal: se refiere al manejo de situaciones previo al desarrollo de aptitudes y habilidades personales que permiten al adulto mayor conservar su personalidad, seguridad y la de su familia. El adulto mayor es capaz de cuidarse como él desea a pesar de sus limitaciones y aunque existan cambios en el día a día se ajustan para mantenerse con salud (pp. 21 – 23).

#### 2.2.3.3. Principios para al autocuidado

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud del Salvador (2022) los principios para el autocuidado son:

- Es un acto de vida que permite a los individuos convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso totalmente voluntario, donde el individuo hace las cosas para sí mismo.
- Implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias de la vida diaria.
- Tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Las personas desarrollan el autocuidado con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

- Se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autocuidado, autocontrol, autoestima, autoconcepto y resiliencia (pp. 11- 12).

#### 2.2.3.4. Factores determinantes del autocuidado

Cuando los factores tanto internos como externos se relacionan de manera favorable llegan a una vida de calidad, estos son:

##### 2.2.3.4.1. Factores internos o personales

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan el autocuidado, como lo hace notar el Ministerio de Salud de El Salvador (2022) estos son:

- Los conocimientos: determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, que permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.
- La voluntad: es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una "clave para la acción" diferente con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos.
- La actitud: son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada.
- Hábitos: son la repetición de una conducta que internaliza la persona, como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición (pp. 12 - 13).

##### 2.2.3.4.2. Factores externos o ambientales

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y, sin embargo, no depende de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos según Ministerio de Salud de El Salvador (2022) hay:

- Cultural: con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de

nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y tradiciones.

- De género: las prácticas de autocuidado en la sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en hombres y mujeres.
- Físico, económico, político y social: para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo: en teoría estos asuntos son competencia de los gobiernos y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector particular, sino que requiere de compromisos intersectoriales y sociales.
- Violencia: en cualquiera de sus manifestaciones, deriva en efectos negativos sobre la población, lo que puede repercutir en una afectación de la salud pública y evidenciarse en la atención de padecimientos de ansiedad, estrés postraumático y sintomatología depresiva (p.13).

#### 2.2.4. Complicaciones en la salud mental

##### 2.2.4.1. Definición

Citando a la OMS (2022) las complicaciones en la salud mental son aquellas que:

Se dan en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad, angustia, resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes, los cuales llevan a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, impidiendo al individuo hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y a su vez contribuir a la mejora de su comunidad (p.1).

##### 2.2.4.2. Enfermedades más prevalentes en el adulto mayor

Como dice la OMS (2023) aproximadamente:

El 14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental. De acuerdo con las estimaciones mundiales de salud, estas afecciones representan el 10.6% de la discapacidad total entre los adultos mayores. Las afecciones de salud mental más frecuentes en los adultos mayores son la depresión y la ansiedad. A nivel mundial alrededor de una cuarta parte de las muertes por suicidio se producen en personas de 60 años o más.

#### 2.2.4.3.1. Trastorno depresivo

Según Parada K., Guapizaca J. y Bueno G. (2022) define a los trastornos depresivos como:

Un trastorno psicológico que altera los pensamientos y conducta de una persona dificultando las relaciones intra e interpersonales, el adulto mayor llega a perder el sentido de la vida y percibe su entorno negativamente. Para que el individuo sea diagnosticado con depresión debe presentar al menos cinco síntomas, mismos que se presentan diariamente o casi todos los días por un periodo de dos semanas, siendo necesaria la presencia de un estado de ánimo decaído, desinterés y disminución de la gratificación (p. 81).

- Epidemiología de la depresión en el anciano

Teniendo en cuenta a Rosales I., Rosales L. y Serrano M. (2023) la depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y, probablemente, el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana. Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que ocurren durante el proceso de envejecimiento asociados a diversas enfermedades, fundamentalmente crónicas, conllevan a pensar que en los ancianos existen factores que favorecen la aparición de la depresión. La prevalencia de la depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países, por ejemplo, en China existe una prevalencia de 0.3% de depresión a diferencia de un país Latinoamericano como Colombia en donde existe depresión con un 11.5% en mujeres y 4% en hombre, evidenciándose el aumento del trastorno en países menos desarrollados. Se menciona también que la depresión será la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, solamente por detrás de las enfermedades cardíacas, radicando en esto la importancia de su diagnóstico temprano y oportuno (pp. 7 – 8).

- Síndrome depresivo en el anciano

A juicio de Barbotó V. y Sigüencia D. (2024) la depresión se define como un trastorno emocional que se manifiesta en sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, irritabilidad y frustración, afectando la vida diaria durante un largo período. Es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes entre los adultos mayores, siendo una epidemia significativa, aunque a menudo permanece subestimada debido al aislamiento que experimentan quienes la padecen. Aunque es un problema generalizado en esta población, es importante destacar que no forma parte natural

del proceso de envejecimiento. La depresión que se presenta en personas mayores de 60 años son de dos tipos, la de inicio temprano que comienza antes de los 60 años y se manifiesta en personas mayores como depresión persistente o recurrente y la de inicio tardío que comienza después de los 60 años y se vincula con una mayor incidencia de cambios neurológicos. Hay que tener en cuenta que no solo depende lo físico o mental, sino también los factores sociodemográficos que lo influyen como puede ser el poco acceso a una casa de salud, una economía baja, áreas rurales entre otras (p. 14- 15).

Más aún, la depresión también afecta el funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y memoria, dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo muchas veces ya está anticipadamente en el adulto mayor deprimido, haciendo más dificultoso el reconocimiento, y complica, en no pocas ocasiones, la evolución del síndrome.

- Manifestaciones clínicas

Desde la posición de Parada K., Guapizaca J. y Bueno G. (2022) la depresión es un ejemplo de enfermedad de presentación atípica e inespecífica en la población geriátrica. Los síntomas comunes son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Incremento o pérdida representativa de peso o apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Perturbación psicomotora detectada por un informante externo.
- Fatiga o menor energía.
- Sensación de incapacidad o culpa desmesurada.
- Dificultad para concentrarse.
- Ideas constantes de muerte, intento o planeación de suicidio (p. 82).

#### 2.2.4.3.2. Trastornos de ansiedad

Como señala la Chacón E., Xatruch D., Fernández M. y Murillo R. (2021) los trastornos de ansiedad son:

Patologías mentales frecuentes, caracterizados por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situaciones que no

representan un peligro real para el individuo. También se caracteriza por el miedo excesivo, angustias, ataques de pánico y evitación de amenazas. Los cuales pueden afectar su rendimiento social, académico y laboral (pp. 24- 28).

- Epidemiología del trastorno de ansiedad en el adulto mayor

Desde el punto de vista de Macas B., Castelo W., González N., Castro M. y Castro T. (2023) se estima que:

El 15% de los adultos mayores sufren de problemas de salud mental, en donde la ansiedad afecta al 3,8% de la población de edad mayor a nivel mundial, conllevando a que aproximadamente una cuarta parte de las muertes autoinfligidas se produzcan en personas mayores de 60 años. Menciona que en contexto de salud ecuatoriana las emociones negativas afectan la salud de los adultos mayores, los cuales provocan estrés en un 65% y ansiedad en un 15%, y esto a su vez generando un deterioro cognitivo. (pp. 2 - 3).

- Ansiedad en el adulto mayor

Como lo hace notar Andrade K. y Durán I. (2023) los trastornos de ansiedad en la vejez reflejan:

Es una emoción que surge ante diferentes circunstancias, puede aparecer como una amenaza, preparando así al sujeto para conducirse hacia ellas por diferentes reacciones cognitivas, fisiológico y conductuales. Es importante recalcar que se vuelve patológica cuando la conducta es excesiva para la circunstancia y cuando es demasiado prolongada. Se menciona que la mayoría de los adultos mayores que sufren ansiedad padecen una enfermedad crónica, las cuales les generan limitaciones funcionales y a su vez un problema a nivel de salud mental, ya que los niveles elevados de este trastorno se asocian al deterioro de velocidad de procesamiento, atención selectiva y funciones ejecutivas. (pp. 20 – 21).

- Formas clínicas

Como señala Barbotó V. y Sigüencia D. (2024) los trastornos de la ansiedad en el adulto mayor se presentan de la siguiente manera:

- Trastorno generalizado de ansiedad: se define por una preocupación desproporcionada ante diversas situaciones que persiste al menos durante seis meses. Entre los síntomas adicionales se incluye fatiga frecuente,



irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, problemas de concentración y tensión muscular. Este tipo de ansiedad es frecuente en adultos mayores que viven solos o se encuentran mucho tiempo solos en las casas, lo cual empieza a generar diversos pensamientos que detonan la ansiedad.

- Ataque de pánico: se experimentan súbitamente sentimientos de pánico sin una amenaza real evidente. Además del episodio de pánico, se presentan síntomas físicos intensos como latidos acelerados, dolor en el pecho, dificultad para respirar, temblores o vértigo, que pueden asemejarse a un ataque cardíaco.
- Trastorno de estrés postraumático: este trastorno se origina después de experimentar un evento traumático, es posible revivir esos sucesos de manera involuntaria a través de recuerdos. Esta ansiedad puede generar dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de tristeza, soledad, culpabilidad y episodios de ira repentinos, entre otros síntomas. (p. 13 - 14).

- Manifestaciones clínicas

Con base en la OMS (2023) las características clínicas del trastorno de ansiedad son:

- Miedo o una preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Irritabilidad, tensión o inquietud.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Palpitaciones.
- Sudoración, tiritones o temblores.
- Trastornos del sueño.
- Sensación de peligro inminente, de pánico o de fatalidad. (p.1)

## 2.2.5. Modelos y teorías de enfermería relacionadas con el proyecto de investigación

La teorizante que apoya la investigación es la de Dorothea E. Orem, quien plantea la teoría del déficit del autocuidado, la cual está compuesta a su vez por otras tres que se relacionan entre ellas, de éstas, dos son las más importantes para la investigación y son:

### 2.2.5.1. Teoría del autocuidado

De acuerdo con Suárez B. (2022) el concepto de autocuidado fue introducido por Dorothea Orem en 1969, considerándose como una conducta en situaciones

concretas de la vida, que se dirige sobre la persona misma, los demás y el entorno. Esta teoría es definida como la actividad que tiene el individuo para cuidar de sí mismo, proponiendo tres requisitos:

- Requisito de autocuidado universal: son comunes a todos los individuales e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisito de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, madurez y vejez.
- Requisito de autocuidado de la desviación de la salud: surgen o están vinculados a los estados de salud (pp.15 – 16).

Dorothea E. Orem menciona que existen factores condicionantes básicos que son internos y externos, los cuales afectan la capacidad de autocuidado del individuo. Identificó diez variables agrupadas dentro de los condicionantes básicos y estos son: edad, sexo, estado de desarrollado, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. Estos se verán influenciados para que los individuos presenten o no un nivel adecuado de autocuidado (Naranjo Y., 2019, p. 818).

#### 2.2.5.2. Teoría del déficit de autocuidado

Según Suárez B. (2022) esta teoría tiene una relación entre la demanda del autocuidado terapéutica y la acción de autocuidado de las propiedades de la persona, aquí se refiere a que el individuo requiere ayuda e intervienen varias fuentes como familia, amigos y profesionales de enfermería. La agencia de autocuidado es la capacidad que tienen los humanos para gestionar su propio cuidado, aquí intervienen ciertas características como son, cuidar de uno mismo, limitaciones de los cuidados y el aprendizaje del autocuidado (pp. 16 – 17).

Como se mencionó anteriormente esta teoría está relacionada de forma estrecha con el estudio, ya que en él se habla sobre autocuidado y su déficit, centrándose en las dos teorías de Dorothea E. Orem. Esto junto a diferentes autores que han

investigado sobre ella. El autocuidado es esta capacidad que tiene el individuo para cuidarse de sí mismo, esto de manera consciente y racional, para mantener su estado de salud, restablecerla o evitar que ciertos padecimientos avancen.

Los factores internos y externos establecidos por Dorothea Orem son aquellos que van a influir en el cuidado, en relación al estudio se estaría haciendo referencia a la edad principalmente, que es la vejez, en donde los individuos sufren muchos cambios no solo a nivel físico sino también mental, impidiendo que realicen varias de las actividades diarias de manera independiente forzándolos a vivir de un cuidador, pero hay que tener en cuenta que ésta se construye con el tiempo y es aprendido del entorno, de aquí nace la importancia de fomentar los buenos estilos de vida que forma parte de estos factores.

También se habla sobre el estado de salud, uno de los puntos que se ve afectado en la mayoría de los adultos mayores, ya que tienen enfermedades que afectan su capacidad de autocuidado, como puede ser la enfermedad de Alzheimer que deteriora su propio cuidado y el de su entorno, por esta razón Dorothea indica el requisito de autocuidado de la desviación de la salud, ya que esta está vinculada a esas acciones que el individuo realiza cuando presenta problemas de salud.

Con relación otra teoría que es el déficit de autocuidado en donde los individuos reconocen su propia demanda de cuidado pero están limitados para poder complacerlas de manera total, este caso se relaciona con lo mencionado anteriormente de una enfermedad y su incapacidad para poder cuidarse completamente, de igual modo el proceso de envejecimiento limita a los individuos para satisfacer su demanda de cuidado, volviéndolos dependientes en algunos casos para poder realizar sus actividades diarias.

Teniendo en cuenta también puede afectar el estado de salud mental de los adultos mayores al mirar que no pueden cuidarse por sí mismos. Dorothea E. Orem con su teoría dirige la visión y conocimientos de los profesionales de la salud a ayudar a los adultos mayores en su cuidado, pero no ha crear dependencia, sino a fomentar y apoyar el fortalecimiento de ese nivel de autocuidado, siendo conscientes del límite y la demanda que presenta, para así poder mejorar su salud o mantenerla, teniendo en cuenta que este nivel también puede afectar a su salud mental.

## 2.2.6. MARCO LEGAL

Las leyes y los derechos son importantes para toda la población y estas deben cumplirse a cabalidad, en este caso se mencionan aquellos que apoyan y protegen la dignidad de los adultos mayores, permitiendo que tengan una vida digna.

### 2.2.6.1. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores - 2015

#### Art. 6.- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado (p.6).

#### Art. 7 Derecho a la independencia y a la autonomía

Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas (p.6).

#### Art. 19.- Derecho a la salud

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación.

Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la

prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social (p.11).

#### 2.2.6.2. Constitución del Ecuador - 2008

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (p.9).

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario,
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento (p.9).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferentes específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentarán el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social,
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquiera otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección (pp. 9-10).

#### 2.2.6.3. Ley Orgánica de las personas adultas mayores - 2019

Art. 10.- Corresponsabilidad de la sociedad. Es corresponsabilidad de la sociedad:

- a) Promover y respetar los derechos de las personas adultas mayores y brindar un trato especial y preferente.
- c) Contribuir en la vigilancia y control de las acciones y medidas para su protección.
- d) Tener una cultura de respeto y solidaridad hacia las personas adultas mayores (p.11).

Art. 16.- Derechos a la vida digna. Garantizar la protección integral que el Estado, sociedad y la familia deben dotar a las personas adultas mayores, con el propósito

de lograr el efectivo goce de sus derechos, deberes y responsabilidades; tendrán el derecho de acceder a los recursos y oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas, así como al perfeccionamiento de sus habilidades, competencias y potencialidades, para alcanzar su derecho personal y comunitario que le permitan fomentar su autonomía personal (p.14).

## II. METODOLOGÍA

### 3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

#### 3.1.1. Enfoque

Para el desarrollo de la presente investigación se optó por un enfoque cuantitativo, ya que de acuerdo con Calle S. (2023) este se encarga de:

Responder a expresiones ¿Cómo?, ¿Cuánto?, ¿Hasta qué punto?, ¿Hay alguna relación?, etc., para desarrollarlo como parte de las variables independientes y dependientes, estos a su vez se los conoce como la causa y el efecto. Este diseño obedece a una forma de ver la realidad como algo concreto y objetivo, resulta del comportamiento de las varianzas, ya sean estos de forma independiente o dependiente (pp. 1875 – 1876).

Este enfoque permitió en la investigación la recolección de datos con un puntaje numéricos a través de la aplicación de escalas a los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira, con el objetivo de analizar la relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental, y a su vez con el análisis de estos datos se pudo sustentar la hipótesis propuesta y determinar si existe una relación entre las dos variables.

#### 3.1.2. Tipo de Investigación

El presente trabajo fue realizado con diferentes tipos de investigación, entre ellos están:

3.1.2.1. Investigación exploratoria: como expresa Ramos C. (2020) “es aplicada en fenómenos que no se han investigado previamente y se tiene el interés de examinar sus características” (p.2).

La relación entre el nivel de autocuidado y la salud mental en los adultos mayores es un tema poco estudiado dentro del Ecuador, esto ya que durante la investigación bibliográfica no se encuentran suficientes estudios sobre el tema, de aquí nace este tipo de investigación.



3.1.2.2. Investigación descriptiva: “en este tipo de investigación ya se conocen las características del fenómeno y lo que se busca, es exponer su presencia en un determinado grupo” (Ramos C., 2020, p. 2).

Se relaciona con el estudio porque también es descriptiva, ya que busca mediante escalas de salud para poder determinar el perfil que ellos presenten, como es nivel de autocuidado, ansiedad y depresión; toda esta información recolectada en un grupo de personas con ciertas características similares, permitiendo generar un análisis y afirmar o negar la hipótesis planteada.

3.1.2.3. Investigación de campo: en base a Cejas M. y Prato J. (2022) “la investigación de campo estudia el fenómeno y objeto de estudio en su ambiente natural. El investigador no manipula las variables” (p.1).

Los datos que se recolectaron para la investigación se realizaron casa a casa, logrando así observar el estado de salud de adulto mayor, como vive día a día y mediante la aplicación de las escalas saber cómo es su nivel de autocuidado, su posible estado de ansiedad y depresión.

3.1.2.4. Investigación documental: se encarga de: “recolectar, recopilar y seleccionar información de las lecturas de documentos, revistas, libros, artículos, revistas científicas, entre otros; en ella la observación está presente en el análisis de datos, su identificación, selección y articulación con el objeto de estudio” (Reyes L. y Carmona F., 2020, p. 1).

Durante la redacción del trabajo se investigó varios estudios que la sustenten y apoyen, entre ellos tesis y revistas científicas, las cuales en varios puntos mostraron la realidad que vive no solo el mundo sino también en Ecuador con relación a la población adulta mayor y su salud en general. Por eso se menciona este tipo de investigación debido a la carga de investigación bibliográfica que tuvo.

3.1.2.5. Investigación no experimental: “la investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables” (Hernández S. y Collado L., 2023, p. 2).

Se empleó debido a que en ese estudio no se realizó ningún experimento con la población, solo se observó el comportamiento de esta a través de la aplicación de escalas para valorar el nivel de autocuidado y su salud mental, a su vez también se logró observar a los adultos mayores en sus propias viviendas y como estos viven.

3.1.2.6. Investigación transversal: "se obtiene la información del objeto de estudio en un solo momento dado y en una misma población" (Cejas M. y Prato J., 2022., p. 16).

El estudio se realiza en un periodo determinado de seis meses, al igual que en una población específica como es la de los adultos mayores.

3.1.2.7. Investigación correlacional: desde la posición de Ramos C. (2020) "para este tipo de investigación surge la necesidad de plantear una hipótesis en la cual se proponga una relación entre dos o más variables" (p. 3).

Se utilizó este tipo de investigación ya que se conoció la relación que puede existir entre las dos variables de estudio planteadas y defender la hipótesis.

### **3.2. HIPÓTESIS**

H<sub>0</sub>: El nivel de autocuidado no se relaciona con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira durante el periodo de septiembre 2023 – febrero 2024

H<sub>1</sub>: El nivel de autocuidado se relaciona con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira durante el periodo de septiembre 2023 – febrero 2024

### **3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

#### 3.3.1. Definición de las variables

Las variables del presente estudio son:

##### 3.3.1.1. Variable independiente: autocuidado

Citando a la OMS (2009) el autocuidado se define como: "La capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica"

##### 3.3.1.2. Variable dependiente: Complicaciones de la salud mental

Como plantea la OMS (2022) las complicaciones de la salud mental son aquellas que:

Se dan en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad, angustia, resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes, los cuales llevan a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, impidiendo al individuo hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus

habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y a su vez contribuir a la mejora de su comunidad (OMS, 2022, p.1).

### 3.3.2. Operacionalización de las variables

**Tabla 1.** Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Técnica	Instrumento
	Física	Ejercicios Alimentación Control de la salud Hábitos nocivos Sueño y descanso		
Variable independiente: Nivel de autocuidado	Psicológica	Conocimiento de la enfermedad Estados emocionales Autovaloración Estrategia de afrontamiento	Encuesta	Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)
	Social	Redes de apoyo Uso del tiempo libre Actividades de ocio y esparcimiento Relaciones con la familia, pareja y compañeros de trabajo		
Variable dependiente: Complicaciones de la Salud mental	Ansiedad	Subescala somática Subescala cognitiva Subescala afectiva Subescala clínica	Encuesta	Escala Geriátrica de Ansiedad GAS-1 de Segal y Payne
	Depresión	Indicativos positivos Indicativos negativos		Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

### 3.4. MÉTODOS UTILIZADOS

Los métodos utilizados en la investigación fueron:

3.4.1. Método analítico – sintético: es método se encarda del: “análisis de la información y posibilita descomponerla en busca de lo que es esencial en

relación con el objeto de estudio, mientras que la síntesis puede llevar a generalizaciones que van contribuyendo paso a paso a la solución del problema" (Quesada A. y Medina A., 2020, p.3).

Esto debido a que las variables a estudiar se dividieron en diferentes ítems que permitieron ser evaluadas mediante escalas y con esto poder obtener resultados, que a su vez generen un análisis que sustente la hipótesis de la investigación.

3.4.2. Método inductivo – deductivo: como afirma Quesada A. y Medina A. (2020) son dos métodos teóricos de fundamental importancia para la investigación. La inducción se puede definir como una forma de razonamiento por medio de la cual se pasa del conocimiento de cosas particulares a un conocimiento más general que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales, y la deducción es una forma del razonamiento, mediante el cual se pasa de un conocimiento general a otro de menos nivel de generalidad. (pp. 7 - 8).

La investigación habla de estudiar la existencia de una relación entre variables y al final del estudio demostrar la causa efecto que se genera entre ellas.

3.4.3. Método hipotético – deductivo: como dice Sánchez F. (2019) "este método tiene como finalidad de comprender los fenómenos y explicar el origen o las causas que la generar, sus objetivos son la predicción y el control". (p. 108).

Este se relaciona con la investigación, ya que primero se observó a la población adulta mayor su nivel de autocuidado y su estado de salud mental, mediante esto se creó una hipótesis de la posible relación que puede existir entre las dos variables, luego con la aplicación de escalas poder valorar estos niveles, analizar los resultados y comprobar si la hipótesis es afirmativa o nula.

La técnica utilizada en el desarrollo de la investigación fue la encuesta y como instrumentos tres escalas geriátricas que permitieron identificar el nivel de autocuidado y el estado de salud mental.

Las escalas empleadas fueron:

- Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado (ASA): fue desarrollada por Evers para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente, y la agencia de autocuidado estimulada por la enfermera, con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de

autocuidado. La escala ASA fue creada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado. Se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo), significa el valor más bajo de la capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. Las pruebas psicométricas del ASA original mostraron una confiabilidad de 0,72 a 0,82 para el coeficiente alfa, y un índice de validez de contenido IVC de 0,88. (Manrique F. Fernández A. y Velandia A., 2009).

- Escala geriátrica de Ansiedad Gas-1: fue creada por Segal, June, Payne, Coolidge y Yochim en el 2010, se compone de 30 reactivos, los cuales se subdividen de la siguiente manera: 9 pertenecen a la subescala somática, 8 a la subescala cognitiva, 8 a la subescala afectiva y 5 pertenecen a la subescala clínica. La última subescala es utilizada para sondear posibles situaciones ansiógenas, por lo que los autores aclaran que su puntaje no se debe sumar al puntaje total de la escala. Es una escala tipo Likert, donde 0 es para nada, 1 algunas veces, 2 la mayor parte del tiempo y 3 todo el tiempo (Álvarez T. y Villanea M., 2014, p. 236). En cuanto a las evidencias de confiabilidad se muestra que la escala tiene un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.95. (Blanco T. y Salazar M., 2014, pp. 236 – 237).
- Escala de depresión de Yesavage: fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Existen varias versiones desde 30 ítems a 15 ítems que fue desarrollada en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica se ha probado en personas mayores por lo demás sana, enferma o con deterioro cognitivo leve a moderado. (Instituto Nacional de Geriátrica, s.f., p. 1). Desde su versión original de 30 reactivos, la escala ha mostrado una excelente confiabilidad con valores alfa entre 0.80 a 0.95 y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad (Aguilar S., Fuentes A., Ávila J. y García E., 2007, p.257).

### **3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El programa que va a permitió valorar los datos recolectados de manera estadística y realizar el análisis entre las dos variables fue SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), el cual es un conjunto de herramientas de tratamiento de datos para el análisis estadístico; el mismo que permitió la realización de gráficas y tablas para demostrar de manera efectiva el comportamiento que tiene la población en estudio. Para el análisis de datos se usó estadística descriptiva aplicando frecuencias y porcentajes, del mismo modo, se aplicó la Chi-Cuadrado de Pearson para conocer la relación de las variables de estudio.

La población objeto de estudio para la presente investigación fueron 70 adultos mayores pertenecientes al Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira. Durante la aplicación del instrumento se logró captar a 59 adultos mayores, ya que siete de ellos se trasladaron a otras ciudades para vivir con sus hijos y cuatro fallecieron.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de la población

Características Sociodemográficos			
	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad	65-69 años	4	6,8 %
	70-75 años	13	22,0 %
	75-79 años	13	22,0 %
	80-85 años	12	20,3%
	Más de 86 años	17	28,8%
	Total	59	100,0%
Sexo	Hombre	28	47,5%
	Mujer	31	52,5%
	Total	59	100,0%
Estado civil	Soltero	16	27,1%
	Casado	24	40,7%
	Viudo	19	32,2%
	Total	59	100,0%
Nivel de educación	Primaria	48	81,4%
	Secundaria	1	1,7%
	Ninguno	10	16,9%
	Total	59	100,0%
Vive con	Hijos	16	27,1%
	Conviviente	25	42,4%
	Solo	18	30,5%
	Total	59	100,0%
Lugar de residencia	Ciudad	15	25,4%
	Rural	44	74,6%
	Total	59	100,0%
Ingreso económico	Jubilado	9	15,3%
	Otro trabajo	24	40,7%
	Familiar	26	44,1%
	Total	59	100,0%

En la tabla 2 se observa que la mayor parte de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira, en su mayoría sobrepasan los 86 años con el 28,8%, esto puede deberse al avance en la medicina y el nivel de autocuidado que tiene la población investigada, esto gracias a las actividades que realizan en el centro. Por otro lado, existe una prevalencia del género femenino con el 52,5%; con relación al estado civil el 40,7% están casados permitiendo tener constantemente un apoyo por parte de la pareja en las actividades diarias mejorando el nivel de autocuidado y a su vez mantener un estado de salud mental estable; el nivel de educación sobrepasa la primaria con un 81,4% ésta siendo completa e incompleta; el 42,4% de los adultos mayores viven con su pareja esto estando relacionado directamente con el estado civil; la mayoría de los adultos mayores viven en una zona rural con un 74,6%, lo cual potencia el nivel de autocuidado y la salud mental, ya que la mayoría se mantienen ocupados en diversas actividades del campo. Por último, los ingresos económicos son generados en un 44,1% por parte de la familia, mostrando que el rol de pertenencia a la familia del adulto mayor aún se mantiene.

**Tabla 3.** Enfermedades que padecen los adultos mayores

Tipo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje válido
Ninguna	21	35,6%
Diabetes e hipertensión arterial	2	3,4%
Hipertensión arterial	19	32,2%
Hipotiroidismo	2	3,4%
Alzheimer	1	1,7%
Hipertensión arterial, artrosis y depresión	1	1,7%
Diabetes	3	5,1%
Parkinson	1	1,7%
Hipertensión arterial, diabetes, discapacidad auditiva y cáncer de mama	1	1,7%
Artritis	1	1,7%
Hiperplasia prostática e hipertensión arterial	2	3,4%
Gastritis, hipertiroidismo y colon irritable	1	1,7%
Hipertiroidismo	1	1,7%
Hipertensión arterial, hipertiroidismo, gastritis y osteoporosis	1	1,7%
Angina de pecho	1	1,7%
Soplo al corazón	1	1,7%
Total	59	100,0%



Como se observa en la tabla 3 los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de Mira con un 35,6% no presentan ninguna enfermedad diagnosticada, a continuación, se presenta la enfermedad diagnosticada con mayor prevalencia siendo la hipertensión arterial con un 32,2%, seguido de la diabetes mellitus con un 5,1%, estas asociadas a las principales causas de muerte en la vejez, pero no es atribuida al proceso de envejecimiento. Por último, se observa que cierto grupo de adultos mayores llegan a presentar de 3 a 4 enfermedades diagnosticadas.

**Tabla 4.** Valoración de Agencia de Autocuidado

Valoración de Agencia de Autocuidado		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	4	6,8%
Baja	6	10,2%
Regular	15	25,4%
Buena	34	57,6%
Total	59	100,0%

En la tabla 4 donde se valora el nivel de autocuidado de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de Mira, el 57,6% presentan un nivel bueno de autocuidado y solo el 6,8% un nivel muy bajo, mostrando un punto clave para el personal de enfermería que es mejorar, mantener o apoyar para que el ese nivel de autocuidado en los adultos mayores no se pierda con la sobre ayuda en las actividades diarias que aún pueden realizar o por el proceso natural del envejecimiento.

**Tabla 5.** Edad y Valoración de Agencia de Autocuidado

		Valoración de Agencia de Autocuidado				
		Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total
65-69 años	Frecuencia	0	1	1	2	4
	Porcentaje	0,0%	1,7%	1,7%	3,4%	6,8%
70-75 años	Frecuencia	1	2	3	7	13
	Porcentaje	1,7%	3,4%	5,1%	11,9%	22,0%
Edad 75-79 años	Frecuencia	1	1	5	6	13
	Porcentaje	1,7%	1,7%	8,5%	10,2%	22,0%
80-85 años	Frecuencia	1	0	3	8	12
	Porcentaje	1,7%	0,0%	5,1%	13,6%	20,3%
Más de 86 años	Frecuencia	1	2	3	11	17
	Porcentaje	1,7%	3,4%	5,1%	18,6%	28,8%
Total	Frecuencia	4	6	15	34	59
	Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%

En la tabla 5 se observa que del 28,8% de los adultos mayores con edad superior a 86 años, el 18,6% presentan un nivel de autocuidado bueno y 5,1% regular, esto puede estar relacionado con la toma de conciencia de los adultos mayores ante los cambios que viven con el envejecimiento, en donde se ven limitadas la realización de ciertas actividades las cuales les pueden causar algún daño tanto a su salud física como mental si no las realizan adecuadamente. También existe una prevalencia de un nivel de autocuidado regular entre las edades de 70-75 años y los de más de 86 años, esto debido a que en estas edades viven procesos de transición, la primera conocida como vejez temprana, en donde el adulto mayor empieza a vivir los primeros cambios del envejecimiento y su lucha por la adaptación; con relación a los de más de 86 años quienes viven un proceso mayor del envejecimiento en donde necesitan más apoyo no solo del personal de salud sino de la familia. Otro punto importante a tener en cuenta es que la edad de 75-79 años prevalece ante las otras edades al presentan un nivel de autocuidado regular con un 8,5% a diferencia de las otras que presentan un porcentaje menor.

**Tabla 6.** Sexo y Valoración de Agencia de Autocuidado

		Valoración de Agencia de Autocuidado					
		Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total	
Sexo	Hombre	Frecuencia	4	2	6	16	28
		Porcentaje	6,8%	3,4%	10,2%	27,1%	47,5%
	Mujer	Frecuencia	0	4	9	18	31
		Porcentaje	0,0%	6,8%	15,3%	30,5%	52,5%
Total	Frecuencia	4	6	15	34	59	
	Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%	

La tabla 6 resalta que las mujeres prevalecen en un 52,5% ante los hombres; siendo ellas quienes presentan un mejor nivel de autocuidado, con un 30,5% un nivel bueno y 15,3% un nivel regular. Es decir, las adultas mayores tienen una tendencia a practicar un mayor autocuidado en comparación con los hombres. Esto puede estar relacionado con el papel que cumple la mujer dentro del hogar como cuidadora de sí mismo y de su familia, cargando un gran rol que se mantiene hasta edad avanzada, a diferencia del hombre quien cumple un papel de proveedor y protector.

**Tabla 7.** Nivel de educación y Valoración de Agencia de Autocuidado

		Valoración de Agencia de Autocuidado					
		Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total	
Nivel de educación	Primaria	Frecuencia	2	3	14	29	48
		Porcentaje	3,4%	5,1%	23,7%	49,2%	81,4%
	Secundaria	Frecuencia	0	1	0	0	1
		Porcentaje	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	1,7%
	Ninguno	Frecuencia	2	2	1	5	10
		Porcentaje	3,4%	3,4%	1,7%	8,5%	16,9%
Total	Frecuencia	4	6	15	34	59	
	Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%	

En los resultados estadísticos de la tabla 7 se evidencia que el 81,4% cuenta un nivel educativo primario; de ellos el 49,2% presentan un nivel de autocuidado bueno y con un 23,7% un nivel regular, demostrando que con la existencia de una base educativa por más mínima que sea, el personal de enfermería puede potenciar los conocimientos con una idea sencilla y entendible sobre las enfermedades que padecen, el proceso de envejecimiento y como cuidarse durante la vejez permitiendo así que tengan un mejor nivel de autocuidado. Muchos de los adultos

mayores no tienen una buena accesibilidad a la información como lo podría tener aquel adulto mayor que sabe manejar la tecnología y es aquí en donde el personal de enfermería debe actuar, brindando esta información. También se observa que dentro del grupo que no presentan ningún nivel educativo representado por el 16,9%, tienen una mayor prevalencia de sufrir niveles entre muy bajo y bajo de autocuidado.

**Tabla 8.** Sustento económico y Valoración de Agencia de Autocuidado

			Valoración de Agencia de Autocuidado				
			Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total
	Jubilación	Frecuencia	1	4	4	0	9
		Porcentaje	1,7%	6,8%	6,8%	0,0%	15,3%
Sustentación económica	Otro trabajo	Frecuencia	2	0	7	15	24
		Porcentaje	3,4%	0,0%	11,9%	25,4%	40,7%
	Familiar	Frecuencia	1	2	4	19	26
		Porcentaje	1,7%	3,4%	6,8%	32,2%	44,1%
Total		Frecuencia	4	6	15	34	59
		Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%

En la tabla 8 se evidencia que en su mayoría la sustentación económica de los adultos mayores proviene de su familia, representada por el 44,1% del total de la población, dentro de este grupo se observa que el 32,2% presentan un buen nivel de autocuidado y el 6,8% un nivel regular, mostrando que existe mejor nivel de cuidado en este grupo de adultos mayores. A continuación, le sigue aquellos que tienen un sustento económico de otro trabajo, haciendo énfasis en la agricultura, con un 40,7% del total, en donde el 25,4% presentan un nivel de autocuidado bueno, siendo el grupo que prevalece en este nivel a los demás, esto puede ser porque aún son activos fomentando así sus capacidades físicas y mentales, las cuales les permiten tener un mejor cuidado a su salud.

Esto demuestra que el apoyo económico por parte de la familia es un punto importante, ya que los adultos mayores no logran conseguir un trabajo que les genere ingresos o el proceso de envejecimiento no les permite, que en muchos casos ésta escasez en la economía genera un impedimento en el autocuidado debido a que es un factor externo que influye.

**Tabla 9.** Convivencia y Valoración de Agencia de Autocuidado

			Valoración de Agencia de Autocuidado				
			Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total
Convivencia	Hijos	Frecuencia	1	3	1	11	16
		Porcentaje	1,7%	5,1%	1,7%	18,6%	27,1%
	Conviviente (esposa /o)	Frecuencia	1	1	12	11	25
		Porcentaje	1,7%	1,7%	20,3%	18,6%	42,4%
	Solo	Frecuencia	2	2	2	12	18
		Porcentaje	3,4%	3,4%	3,4%	20,3%	30,5%
Total	Frecuencia	4	6	15	34	59	
	Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%	

La tabla 9 indica que la mayoría de los adultos mayores viven con su pareja representados por el 42,4%, de los cuales el 20,3% tiene un nivel de autocuidado regular y el 18,6% un nivel bueno, esto puede ser un punto beneficioso ya que los dos están en constante apoyo por la pareja. Además, los adultos mayores que viven con sus hijos representan el 27,1% muestran niveles de autocuidado regular con un 5,1% que los demás adultos mayores, con relación a los que viven solos representados con el 30,5% tienen más prevalencia de sufrir niveles muy bajos y bajos, pero a pesar de ello son quienes presentan un mayor nivel de autocuidado bueno con un 20,3%. Por lo tanto, los niveles de autocuidado de los adultos mayores varían según si vive con alguien o solo, esto puede relacionarse a que muchos de los hijos con quienes viven tiene sus propias obligaciones y actividades impidiendo que estén presentes en los momentos que el adulto mayor necesita ayuda, al igual que aquellos que están solos quienes no tienen a una persona con quien interactuar día a día.

**Tabla 10.** Lugar de residencia y Valoración de Agencia de Autocuidado

			Valoración de Agencia de Autocuidado				
			Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total
Lugar de residencia	Urbano	Frecuencia	2	1	7	5	15
		Porcentaje	3,4%	1,7%	11,9%	8,5%	25,4%
	Rural	Frecuencia	2	5	8	29	44
		Porcentaje	3,4%	8,5%	13,6%	49,2%	74,6%
	Total	Frecuencia	4	6	15	34	59
		Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%

En la tabla 10 se observa que aquellos adultos mayores que viven en lugares rurales representado por el 74,6% del total, el 49,2% presentan un nivel de autocuidado bueno y el 13,6% un nivel regular. En contraste, en la ciudad, los niveles de autocuidado tienden a ser más bajos, pero esto no significa que la mayoría haya presentado un nivel inadecuado, ya que el 11,9% presentaron un nivel de autocuidado regular y el 8,5% un nivel bueno. Esto puede atribuirse a que muchos de los adultos mayores que viven en lo rural aún realizan actividades que lo hacían de joven, como es el trabajo en el campo, lo cual los mantiene activos fomentando una mejor salud y potenciando su autocuidado. Aquellos que viven en la ciudad tienen mayor acceso a un puesto de salud permitiendo tener mejores niveles de salud y a su vez de cuidado.

**Tabla 11.** Enfermedad diagnosticada y Valoración de Agencia de Autocuidado

			Valoración de Agencia de Autocuidado				
			Muy baja	Baja	Regular	Buena	Total
Enfermedad diagnosticada	Si	Frecuencia	0	5	8	25	38
		Porcentaje	0,0%	8,5%	13,6%	42,4%	64,4%
	No	Frecuencia	4	1	7	9	21
		Porcentaje	6,8%	1,7%	11,9%	15,3%	35,6%
Total	Frecuencia	4	6	15	34	59	
	Porcentaje	6,8%	10,2%	25,4%	57,6%	100,0%	

Como se observa en la tabla 11 el 64,4% de los individuos diagnosticados con alguna enfermedad reportan mejores niveles de autocuidado, siendo el nivel bueno que más prevalece con un 42,4%. Por otro lado, entre aquellos que no tienen un diagnóstico

de enfermedad representados con el 35,6% también muestra un nivel significativo de autocuidado con el 15,3% un nivel bueno y 11,9% un nivel regular. Por lo tanto, el estado de salud puede influir en los niveles de autocuidado en adultos mayores, esto debido a que deben adaptarse a cambios en sus estilos de vida y en la toma de conciencia del cuidado a seguir para evitar complicaciones que les pueda generar una discapacidad o hasta la muerte.

**Tabla 12.** Complicaciones en la salud mental

Complicaciones en la salud mental			
	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	Muy leve	33	55,9%
	Leve	14	23,7%
	Moderado	6	10,2%
	Severa	6	10,2%
	Total	59	100,0%
Depresión	Normal	52	88,1%
	Depresión leve	6	10,2%
	Depresión establecida	1	1,7%
	Total	59	100,0%

En el análisis de las complicaciones de la salud mental de la tabla 12 se puede apreciar que el 55,9% de los adultos mayores presentan un nivel de ansiedad muy leve, seguido del 23,7% de un nivel leve. Con relación a la depresión el 88,1% presentan un nivel "normal", haciendo referencia a que el adulto mayor está satisfecho con su vida, a pesar de los cambios que está viviendo con el envejecimiento y como esto afecta a su estado emocional; seguido del 10,2% de un nivel de depresión leve. Se observa que en las dos complicaciones de la salud mental no hay presencia de casos graves, esto puede deberse a que asisten al Centro Diurno de Atención Integral de Mira en donde realizan diversas actividades recreativas al igual que la socialización con los diferentes adultos mayores, esto son aspectos que fortalecen la salud mental y les permite mantenerse en buenas condiciones de salud.

**Tabla 13.** Complicaciones en la salud mental y edad

			Edad					Total	
			65-69 años	70-75 años	75-79 años	80-85 años	Más de 86 años		
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	3	8	7	8	7	33
			Porcentaje	5,1%	13,6%	11,9%	13,6%	11,9%	55,9%
		Leve	Frecuencia	0	4	1	3	6	14
			Porcentaje	0,0%	6,8%	1,7%	5,1%	10,2%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	1	0	2	1	2	6
			Porcentaje	1,7%	0,0%	3,4%	1,7%	3,4%	10,2%
		Severa	Frecuencia	0	1	3	0	2	6
	Porcentaje		0,0%	1,7%	5,1%	0,0%	3,4%	10,2%	
	Total	Frecuencia	4	13	13	12	17	59	
		Porcentaje	6,8%	22,0%	22,0%	20,3%	28,8%	100,0%	
	Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	4	12	10	12	14	52
			Porcentaje	6,8%	20,3%	16,9%	20,3%	23,7%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	0	1	3	0	2	6
			Porcentaje	0,0%	1,7%	5,1%	0,0%	3,4%	10,2%
Depresión establecida		Frecuencia	0	0	0	0	1	1	
		Porcentaje	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%	
Total		Frecuencia	4	13	13	12	17	59	
	Porcentaje	6,8%	22,0%	22,0%	20,3%	28,8%	100,0%		

En los resultados estadísticos de la tabla 13 se observa que los adultos mayores de 86 años con un 28,8% son quienes más presentan ansiedad en los niveles de moderado y severo, con dos casos cada una a diferencia de las otras edades. Entonces, entre mayor edad presentan los adultos mayores tienen a experimentar niveles de ansiedad moderados a severos con mayor frecuencia en comparación con otros grupos de edad, dado que influye el proceso del envejecimiento y en muchos casos no poder realizar por si solos ciertas actividades diarias y necesitar la ayuda de alguien más, esto con la preocupación de los adultos mayores de generar incomodidad en quien los apoya. Con relación a la depresión también se ve presente en los adultos mayores con una edad mayor a 86 años mostrando una prevalencia significativa en esta edad con un 28,8% del total, esto también puede estar relacionado con los cambios del envejecimiento y el miedo a volverse una persona dependiente de un cuidador o como lo mencionan “una carga”. De ese modo, al analizar los niveles de depresión, se determina que el mismo grupo de edad también presenta la mayor



proporción de casos en la categoría depresión leve y depresión establecida, con 2 casos y 1 caso respectivamente. Lo cual indica que los adultos mayores de más de 86 años enfrentan mayores riesgos de experimentar niveles de depresión, incluso en sus formas más leves.

**Tabla 14.** Complicaciones en la salud mental y sexo

			Sexo			
			Hombre	Mujer	Total	
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	17	16	33
			Porcentaje	28,8%	27,1%	55,9%
		Leve	Frecuencia	5	9	14
			Porcentaje	8,5%	15,3%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	3	3	6
			Porcentaje	5,1%	5,1%	10,2%
	Severa		Frecuencia	3	3	6
			Porcentaje	5,1%	5,1%	10,2%
	Total	Frecuencia	28	31	59	
		Porcentaje	47,5%	52,5%	100,0%	
	Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	24	28	52
			Porcentaje	40,7%	47,5%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	3	3	6
			Porcentaje	5,1%	5,1%	10,2%
		Depresión establecida	Frecuencia	1	0	1
			Porcentaje	1,7%	0,0%	1,7%
	Total	Frecuencia	28	31	59	
		Porcentaje	47,5%	52,5%	100,0%	

La tabla 14 indica que tanto hombres como mujeres muestran una distribución similar en los niveles de ansiedad, con una ligera prevalencia de casos en mujeres. Específicamente, el 52,5% de los casos provienen del grupo de mujeres, mientras que el 47,5% proviene del grupo de hombres. En ese sentido, no hay una diferencia significativa en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres en esta población. Sin embargo, los niveles de ansiedad son leves en ambos géneros. Con relación a la depresión se identifica que hombres como mujeres la presentan, sin embargo, la mayoría de los casos provienen del grupo de mujeres con relación a un nivel de depresión "normal" en comparación con los hombres quienes llegan a sufrir depresión establecida aun en pocos casos, pero se observa que está presente, aunque la diferencia no es muy significativa. En conclusión, las adultas mayores experimentan

niveles más altos de depresión y ansiedad en comparación con los hombres, a pesar de ello no se ven ausentes de sufrirlo.

**Tabla 15.** Complicaciones en la salud mental y estado civil

			Estado civil				
			Soltero	Casado	Viudo	Total	
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	11	16	6	33
			Porcentaje	18,6%	27,1%	10,2%	55,9%
		Leve	Frecuencia	1	6	7	14
			Porcentaje	1,7%	10,2%	11,9%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	1	1	4	6
			Porcentaje	1,7%	1,7%	6,8%	10,2%
	Severa	Frecuencia	3	1	2	3	
		Porcentaje	5,1%	1,7%	3,4%	10,2%	
	Total	Frecuencia	16	24	19	59	
		Porcentaje	27,1%	40,7%	32,2%	100,0%	
	Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	13	23	16	52
			Porcentaje	22,0%	39,0%	27,1%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	2	1	3	6
			Porcentaje	3,4%	1,7%	5,1%	10,2%
		Depresión establecida	Frecuencia	1	0	0	1
			Porcentaje	1,7%	0,0%	0,0%	1,7%
	Total	Frecuencia	16	24	19	59	
		Porcentaje	27,1%	40,7%	32,2%	100,0%	

Los resultados estadísticos de la tabla 15 reflejan que, en todos los niveles de ansiedad y depresión la mayoría de los casos provienen del grupo de adultos mayores casados, representando el 40,7%, seguido de los viudos con un 32,2% y por último los solteros con un 27,1%, presentándose estos porcentajes en las dos complicaciones de la salud mental. También se presenta en mayor proporción casos de ansiedad moderada y severa en casados, esto se debe a que cada uno aún cumple un rol, la mujer de cuidadora y el hombre de proveedor, lo cual muchas veces al no llegar a cumplirlas correctamente por cambios que sufren en el envejecimiento les llega a generar preocupación, miedo, angustia, entre otros síntomas que en conjunto llevan a la ansiedad. Con relación a la depresión se observa que se presenta más en adultos mayores solteros observando un 3,4% en depresión leve y 1,7% en depresión establecida, ya que aquellos que viven solos tienden a experimentar el abandono

debido a que no tienen a quien acudir durante una necesidad de apoyo, o muchas veces con quien conversar, generando tristeza y vacío en sus vidas.

**Tabla 16.** Complicaciones en la salud mental y convivencia

			Convivencia				
			Hijos	Conviviente	Solo	Total	
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	8	18	7	33
			Porcentaje	13,6%	30,5%	11,9%	55,9%
		Leve	Frecuencia	4	5	5	14
			Porcentaje	6,8%	8,5%	8,5%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	1	1	4	6
			Porcentaje	1,7%	1,7%	6,8%	10,2%
		Severa	Frecuencia	3	1	2	3
			Porcentaje	5,1%	1,7%	3,4%	10,2%
	Total	Frecuencia	16	25	18	59	
		Porcentaje	27,1%	42,4%	30,5%	100,0%	
	Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	12	24	16	52
			Porcentaje	20,3%	40,7%	27,1%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	4	1	1	6
			Porcentaje	6,8%	1,7%	1,7%	10,2%
		Depresión establecida	Frecuencia	0	0	1	1
			Porcentaje	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%
Total		Frecuencia	16	25	18	59	
		Porcentaje	27,1%	42,4%	30,5%	100,0%	

La tabla 16 permite identificar que la mayoría de los casos en todos los niveles de ansiedad provienen del grupo que vive con su pareja representado con el 42,4% de la población, de tal modo quienes viven con una pareja tienen una mayor predisposición a experimentar ansiedad en comparación con aquellos que viven con hijos o que viven solos, una de las causas por la cual sufren mayor ansiedad es por los propios cambios que viven con el envejecimiento y como estos afectan a sus actividades diarias impidiendo cumplir adecuadamente su rol dentro del hogar, los cuales pueden generar disgustos entre la pareja y por ellos una constante preocupación de mantener todas las actividades diarias listas y en orden, tanto del hombre como de la mujer. Con referencia a aquellos adultos mayores que conviven con los hijos presentan una preocupación por volverse en una "carga" para sus hijos, ya que ellos tienen sus propias familias y obligaciones que no les permiten pasar el tiempo necesario con el adulto mayor, al igual que no poder apoyar como antes en

las obligaciones, también les generan síntomas de ansiedad que pueden llegar a complicarse.

Al contrario de la depresión, que prevalece en aquellos que viven solos representado por el 30,5%, son quienes experimentan más niveles de depresión leve y establecida, lo cual se debe a las afecciones que genera el envejecimiento, recordando que no todos lo viven de la misma manera y algunos tienen a perder conexiones sociales debido al miedo de que dirá la sociedad o la vergüenza de pedir ayuda a un conocido o vecino para realizar algo que les dificulta, y es aquí en donde el adulto mayor tiende a asilarse, y esa soledad es la que empieza a generar síntomas relacionados con la depresión que con el paso del tiempo se van agravando, hay que tener en cuenta que el ser humano es un ser sociable y mucho más para el adulto mayor, ya que esto fortalece sus capacidades físicas y mentales mejorando su salud.

**Tabla 17.** Complicaciones en la salud mental y sustento económico

			Sustento económico				
			Jubilación	Otro trabajo	Familiar	Total	
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	9	16	8	33
			Porcentaje	15,3%	27,1%	13,6%	55,9%
		Leve	Frecuencia	0	5	9	14
			Porcentaje	0,0%	8,5%	15,3%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	0	1	5	6
			Porcentaje	0,0%	1,7%	8,5%	10,2%
		Severa	Frecuencia	0	2	4	3
			Porcentaje	0,0%	3,4%	6,8%	10,2%
	Total	Frecuencia	9	24	26	59	
		Porcentaje	15,3%	40,7%	44,1%	100,0%	
	Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	9	22	21	52
			Porcentaje	15,3%	37,3%	35,6%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	0	2	4	6
			Porcentaje	0,0%	3,4%	6,8%	10,2%
		Depresión establecida	Frecuencia	0	0	1	1
			Porcentaje	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%
Total		Frecuencia	9	24	26	59	
		Porcentaje	15,3%	40,7%	44,1%	100,0%	

En los resultados de la tabla 17 se puede observar que la mayoría de los casos en todas las categorías de ansiedad y depresión provienen del grupo con la sustentación económica proveniente de un trabajo, con un 40,7% a diferencia del grupo de jubilado quienes tienen la menor cantidad de casos de ansiedad en todos los niveles con un 15,3% del total. De tal modo, los adultos mayores con una sustentación económica proveniente de otro trabajo o de familiares pueden experimentar niveles más altos de ansiedad, esto debido a que no es una entrada de dinero fija, en comparación con aquellos que están jubilados que es fijo, mostrando que una buena situación económica es importante para un buen nivel de salud mental, esto relacionado con la tranquilidad que genera.

**Tabla 18.** Complicaciones en la salud mental y lugar de residencia

			Lugar de residencia			
			Ciudad	Rural	Total	
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	11	22	33
			Porcentaje	18,6%	37,3%	55,9%
		Leve	Frecuencia	4	10	14
			Porcentaje	6,8%	16,9%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	0	6	6
			Porcentaje	0,0%	10,2%	10,2%
	Severa	Frecuencia	0	6	3	
		Porcentaje	0,0%	10,2%	10,2%	
	Total	Frecuencia	15	44	59	
		Porcentaje	25,4%	74,6%	100,0%	
	Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	15	37	52
			Porcentaje	25,4%	62,7%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	0	6	6
			Porcentaje	0,0%	10,2%	10,2%
Depresión establecida		Frecuencia	0	1	1	
		Porcentaje	0,0%	1,7%	1,7%	
Total		Frecuencia	15	44	59	
		Porcentaje	25,4%	74,6%	100,0%	

Los resultados estadísticos de la tabla 19 muestran que la mayoría de los casos de ansiedad y depresión se encuentran en el grupo de residentes rurales representado con el 74,6% y aquellos que viven en la ciudad con un 25,4%, siendo ellos quienes presentan niveles de ansiedad y depresión más bajos. Esto puede estar relacionado a la accesibilidad a un puesto de salud en donde puedan recibir una atención

oportuna a diferencia de aquellos que viven en lo rural, quienes también puede ser por el alcance que tienen para pedir ayuda a un vecino o familiar, a su vez con la socialización, la cual permite la liberación de emociones estresantes y de preocupación.

**Tabla 19.** Complicaciones en la salud mental y nivel de educación

			Nivel de educación					
			Primaria	Secundaria	Ninguno	Total		
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	26	1	6	33	
			Porcentaje	44,1%	1,7%	10,2%	55,9%	
		Leve	Frecuencia	13	0	1	14	
			Porcentaje	22,0%	0,0%	1,7%	23,7%	
		Moderado	Frecuencia	4	0	2	6	
			Porcentaje	6,8%	0,0%	3,4%	10,2%	
		Severa	Frecuencia	5	0	1	3	
			Porcentaje	8,5%	0,0%	1,7%	10,2%	
		Total	Frecuencia	48	1	10	59	
			Porcentaje	81,4%	1,7%	16,9%	100,0%	
		Valoración de depresión	Normal	Frecuencia	43	1	8	52
				Porcentaje	72,9%	1,7%	13,6%	88,1%
	Depresión leve		Frecuencia	4	0	2	6	
			Porcentaje	6,8%	0,0%	3,4%	10,2%	
Depresión establecida	Frecuencia		1	0	0	1		
	Porcentaje		1,7%	0,0%	0,0%	1,7%		
Total	Frecuencia		48	1	10	59		
	Porcentaje		81,4%	1,7%	16,9%	100,0%		

La tabla 19 destaca que la mayoría de los casos en todos los niveles de ansiedad y depresión provienen del grupo con educación primaria, representando el 81,4% del total de la muestra, al igual que aquellos que no tienen ningún nivel de educación. De esa manera, los adultos mayores con educación primaria tienen una mayor predisposición a experimentar niveles de ansiedad en comparación con aquellos con niveles educativos más altos, esto puede deberse al poco alcance y entendimiento de la información que tienen los adultos mayores con un nivel nulo o bajo de educación, generando preocupación sobre las dudas e información errónea que reciben, es aquí en donde el personal de enfermería debe actuar, buscando brindar al adulto mayor información corta, fácil de entender y en un lenguaje claro.

**Tabla 20.** Complicaciones en la salud mental y enfermedad diagnosticada

			Enfermedad diagnosticada			
			Si	No	Total	
Complicaciones en la salud mental	Valoración de ansiedad	Muy leve	Frecuencia	17	16	33
			Porcentaje	28,8%	27,1%	55,9%
		Leve	Frecuencia	11	3	14
			Porcentaje	18,6%	5,1%	23,7%
		Moderado	Frecuencia	6	0	6
			Porcentaje	10,2%	0,0%	10,2%
		Severa	Frecuencia	4	2	3
			Porcentaje	6,8%	3,4%	10,2%
		Total	Frecuencia	38	21	59
			Porcentaje	64,4%	35,6%	100,0%
	Valoración de depresión establecida	Normal	Frecuencia	33	19	52
			Porcentaje	55,9%	32,2%	88,1%
		Depresión leve	Frecuencia	4	2	6
			Porcentaje	6,8%	3,4%	10,2%
Depresión establecida		Frecuencia	1	0	1	
		Porcentaje	1,7%	0,0%	1,7%	
Total		Frecuencia	38	21	59	
		Porcentaje	64,4%	35,6%	100,0%	

Los resultados estadísticos de la tabla 20 muestran que la mayoría de los casos de ansiedad y depresión se observan en individuos que han sido diagnosticados con alguna enfermedad representado con el 64,4% del total de la población. Así mismo, entre aquellos que no han sido diagnosticados con ninguna enfermedad, el 35,6% no muestra signos significativos de ansiedad y depresión. Esto puede estar relacionado a la preocupación que sufren sobre el cuidado y las complicaciones que atribuyen la enfermedad que padecen junto con la constante toma de medicación en un horario establecido, en donde muchas veces no existe una accesibilidad física y/o económica para adquirirlos.

**Tabla 21.** Valoración de Agencia de Autocuidado y Valoración de ansiedad

			Valoración de ansiedad				
			Muy leve	Leve	Moderada	Severa	Total
Valoración de Agencia de Autocuidado	Buena	Frecuencia	4	0	0	0	4
		Porcentaje	6,8%	0,0%	0,0%	0,0%	6,8%
	Regular	Frecuencia	6	0	0	0	6
		Porcentaje	10,2%	0,0%	0,0%	0,0%	10,2%
	Baja	Frecuencia	15	0	0	0	15
		Porcentaje	25,4%	0,0%	0,0%	0,0%	25,4%
	Muy baja	Frecuencia	8	14	6	6	34
		Porcentaje	13,6%	23,7%	10,2%	10,2%	57,6%
	Total	Frecuencia	33	14	6	6	59
		Porcentaje	55,9%	23,7%	10,2%	10,2%	100,0%

Como se observa en la tabla 21 entre más bajo es el nivel de autocuidado que presenta el adulto mayor tiende a sufrir más ansiedad moderada y severa, pero también se aprecia que aquellos que presentan un nivel de autocuidado regular sufren niveles de ansiedad muy leve representado con el 10,2%, y aquellos que presentan un nivel de autocuidado bajo presentan también un nivel de ansiedad muy leve con un 25,4%, esto puede deberse a que el impedimento para cuidarse no es tan preocupante para los adultos mayores, ya que a pesar de tener un nivel bajo aún pueden realizar sus actividades de manera autónoma, y es aquí en donde se debe potenciar el nivel de autocuidado y prevenir complicaciones futuras en la salud. A continuación, se observa como a medida que el autocuidado disminuye estando en un nivel muy bajo, también los niveles de ansiedad aumentan, esto representado con un 23,7% en un nivel leve.



**Tabla 22.** Valoración de agencia de autocuidado y valoración de depresión

		Valoración de depresión			
		Normal	Depresión Leve	Depresión Establecida	Total
Buena	Frecuencia	4	0	0	4
	Porcentaje	6,8%	0,0%	0,0%	6,8%
Regular	Frecuencia	6	0	0	6
	Porcentaje	10,2%	0,0%	0,0%	10,2%
Baja	Frecuencia	15	0	0	15
	Porcentaje	25,4%	0,0%	0,0%	25,4%
Muy baja	Frecuencia	27	6	1	34
	Porcentaje	45,8%	10,2%	1,7%	57,6%
Total	Frecuencia	52	6	1	59
	Porcentaje	88,1%	10,2%	1,7%	100,0%

Como se observa en la tabla 22 la mayoría de la población en los diferentes niveles de autocuidado presentando una depresión "normal" con un 88,1%, esto haciendo esto referencia a que los adultos mayores presentan síntomas de depresión, pero no como tal un trastorno depresivo. En aquellos que presentaron un nivel de autocuidado bajo se aprecia en un 25,4% una depresión "normal", pero cuando el adulto mayor empieza a sufrir niveles más bajos de autocuidado, empieza a verse casos de depresión leve con un 10,2% y establecida con un 1,7%, pero la mayoría de los adultos mayores que tienen este nivel de autocuidado pasan por una depresión "normal" con un 45,8% haciendo referencia a que sufren una sintomatología y no más no un trastorno.

#### 4.1.1. Prueba de Chi-Cuadrado

**Tabla 23.** Prueba de Chi-cuadrado

Prueba de Chi- Cuadrado					
Nº Pruebas	Variable independiente + Variable dependiente	Descripción	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
P1	Valoración de la Agencia de Autocuidado + Valoración de la depresión	Chi Cuadrado de Pearson	5,840 <sup>a</sup>	6	0,441
		Nº de casos válidos	59		
P2	Valoración de la Agencia de Autocuidado + Valoración de la ansiedad	Chi Cuadrado de Pearson	34,180 <sup>a</sup>	9	0,000
		Nº de casos válidos	59		

La prueba 1 de Chi-cuadrado revela un valor de 5.840, con un grado de 6 y una significación asintótica de 0.441. No obstante, este valor no es significativamente menor 0.05, y por ende no existe relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores con relación a la depresión.

En la prueba 2 de Chi-cuadrado revela un valor de 34.180, con un grado de 9 y una significación asintótica de 0.000. Dado que este valor es significativamente menor a 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se adopta la hipótesis alternativa que sugiere que si existe relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores con relación a la ansiedad.

En conclusión, se descarta la hipótesis nula, la cual menciona que el nivel de autocuidado no se relaciona con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira durante el periodo de septiembre 2023 – febrero 2024 y se opta por la hipótesis alternativa en donde si existe una relación entre estas dos variables según la prueba de chi-cuadrado.

#### 4.2. DISCUSIÓN

En la presente investigación se analizó el nivel de autocuidado y la relación que puede existir con la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la Ciudad de Mira, esto específicamente en las más prevalentes según estudios previos, siendo la depresión y la ansiedad. Los resultados obtenidos muestran diferentes puntos que llegan a ser claves para el personal de salud.

Con relación a los datos sociodemográficos se encuentra ciertas semejanzas con otras investigaciones, como menciona Castillo P. (2023) existe mayor prevalencia de adultos mayores de sexo femenino. Aunque la población estudiada en su mayor porcentaje son mujeres enfatizando en que son quienes viven más, no significa que lo hagan en mejores condiciones tanto físicas como mentales que los hombres, entre ellos varias sufren de una o hasta tres enfermedades ya diagnosticadas, lo cual afecta su nivel de autocuidado y como se observó en la investigación las mujeres son quienes con el paso de los años sufren de mayor ansiedad y depresión.

Los datos que se obtuvieron reflejan que la mayoría de la población encuestada tiene una edad mayor a 86 años, como lo hace notar Molocho C. (2019) en su investigación el 57.5% fueron adultos mayores de entre 76-90 años, haciendo notar que con el paso de los años el envejecimiento se vuelve más extenso, esto puede estar relacionado a los avances dentro de la salud y sus tratamientos permitiendo alargar la vida del adulto mayor.

Con relación al nivel de autocuidado Orrala M. (2022) afirma que el 50% de los adultos mayores presentan autocuidado medio y 26% con un nivel de autocuidado alto; esto también se puede evidenciar en la presente investigación, ya que la mayor parte de la población encuestada presenta un autocuidado regular o bueno. Dentro de los ítems valorados a los adultos mayores hubo buenos resultados, ya que muchos de ellos tienen la disposición para ejercer cambios con la finalidad de mejorar su salud y recibir educación por parte de sus cuidadores o del personal de enfermería, lo que se aprecia es que no tienen las fuerzas necesarias para hacer ciertas actividades, pero piden ayuda para conseguirlo y mantenerse bien, otro punto a tener en cuenta es que en un gran porcentajes son las mujeres quienes mantienen un mejor autocuidado, esto puede deberse a ciertas ideologías que aún persisten en los adultos mayores, siendo entre ellas que la mujer es quien se cuida y cuida a los demás, el entorno, la alimentación, la vestimenta, la higiene, entre otros, a diferencia del hombre quien es el sustento de la casa, quien provee protección y economía, esto haciendo relación que es el único que trabaja y muchas veces no tiene el tiempo suficiente para el cuidado. Pero algo importante aquí es que la mayoría de los adultos mayores aún tiene un trabajo y este es en el campo, lo cual los mantiene activos mejorando el nivel de autocuidado y su salud mental.

Teniendo en cuenta a Espinosa Y., Díaz Y. y Hernández E. (2020) en su investigación se observa que a partir de los 80 años los niveles de ansiedad y depresión van aumentando, esto debido a la serie de enfermedades que padecían y como los hacía comportarse con más cuidado, con mayor lentitud, depender de alguna manera de un bastón, la percepción de que había vivido mucho tiempo y las vivencias de mayor contacto con la muerte al morir compañeros institucionalizados. Se encuentra una comparación significativa con la investigación realizada, ya que en ella existe un aumento de estas dos problemáticas con el paso de los años, específicamente desde los 86 años en adelante, en la aplicación de la escala geriátrica de ansiedad GAS-1 y Yesavage hubo un gran promedio de adultos mayores que respondieron asertivamente a los literales que llegan a relacionarse con el aumento de este nivel, entre ellos se tiene que por los cambios propios del envejecimiento muchos ya no pueden realizar las mismas actividades con la misma fuerza o entusiasmo que antes, lo cual genera cierta frustración y desánimo. Otro punto a tener en cuenta es el nivel económico de los adultos mayores, en la investigación se observó que los que tienen una jubilación, siendo un sustento fijo, sufren menos de ansiedad a diferencia de aquellos que dependen de un trabajo, que puede o no darles lo suficiente para todas sus necesidades, esto haciendo relación a una enfermedad y el gran gasto que conlleva; también se habla del apoyo de los familiares, que muchas veces genera conflictos, ya que la mayoría tienen sus propios gastos o no disponen de un trabajo que les genere lo suficiente para brindar a los adultos mayores un dinero fijo para todos los gastos. Lo que más genera ansiedad y depresión a los adultos mayores que se contempla en las encuestas es la preocupación por su salud tanto actual como a futuro, como se sabe el adulto mayor vive un proceso físico y psicológico que se va deteriorando con el paso de los años impidiendo el funcionamiento correcto y su propio cuidado, de igual manera las enfermedades que padecen y la implicación que llevan los nuevos estilos de vida y el tratamiento provocan una carga psicológica en el adulto mayor que desencadena en estas patologías estudiadas. Por otra parte en una de las preguntas de la escala de ansiedad se obtuvo que los adultos mayores sufren una gran preocupación por sus hijos y el miedo a convertirse en una carga para ellos y como esto les genera ansiedad debido a como se menciona anteriormente los hijos tienen ya una vida aparte y sus propias preocupaciones, lo cual influye en el olvido y abandono, asimismo afecta durante el proceso de cuidado completo o parcial de

los adultos mayores, provocando vergüenza y recelo de ser cuidados por otra persona y volverse una carga, esto no solo afecta físicamente, ya que aumenta el deterioro del adulto mayor, sino que también afecta a su salud mental. Por eso es importante el fomento del envejecimiento saludable en la nueva generación y la creación de un fondo monetario que sea de apoyo.

Muchos de los adultos mayores mencionan el abandono a actividades que les gustaba realizar y su relación con el envejecimiento, a pesar de esto muchos de ellos hacen referencia a la adaptación a estos cambios, mostrando un punto fuerte de que los adultos mayores tienen la voluntad de aprender cosas nuevas que fortalezcan y mejoren su proceso de envejecimiento, es aquí en donde enfermería puede trabajar en nuevas estrategias que promuevan el envejecimiento saludable con la finalidad de mejorar el autocuidado y la salud mental. Se tiene en cuenta que la población estudiada muestra mejores resultados en ansiedad y depresión, ya que asisten a un centro en la mañana, en donde realizan varias actividades que fomentan su salud mental y física a base de diferentes actividades e interacciones personales, a diferencia de la población estudiada por Espinosa Y., Díaz Y. y Hernández E. (2020) que residen en un asilo y muestran niveles de ansiedad medio de 52.6% y depresión de 52.6%, identificándose un problema marcado.

La población de adultos mayores a pesar de los cambios que se generan en el envejecimiento optan por acoplarse a ellos antes que dejar deteriorarse, por esta razón presentan niveles de autocuidado buenos, como menciona Canto A. y Castro M. (2023) en su investigación el 54% de su población estudiada presentan un nivel de autocuidado bueno, seguido del 24% con un nivel regular y por último el 22% con un nivel deficiente, esto también se observa en el estudio, ya que la mayoría de la población tienen niveles buenos de autocuidado, esto relacionado a la toma de consciencia de los adultos mayores sobre las limitaciones que están viviendo y como esto puede afectar a su salud. Esto también se puede apreciar en la investigación de Posso G., Meléndez M. y Parra S. (2020) en donde el 42,47% de los adultos mayores presentan un nivel aceptable y el 30,14% adecuado, demostrando que este grupo etario presenta las bases necesarias para que el personal de enfermería potencie el autocuidado, haciendo a un lado el pensamiento erróneo de que la vejez es un sinónimo de impedimento para la realización de actividades de manera autónoma, lo cual puede generar una dependencia innecesaria, por eso se debe mirar el aspecto

positivo y promover más actividades que favorezcan las capacidades de los adultos mayores. Es importante tener en cuenta que la población anteriormente mencionada no pasa permanentemente en una casa de salud, de ayuda al adulto mayor o un asilo.

A diferencia de una población que está internada en una casa de salud, como es en la investigación de Torres V. y Ruiz A. (2022) en donde el 49,4% presenten un nivel de autocuidado moderado y el 23,1% un nivel bajo, esto puede estar asociado a que las actividades más sencillas que solía hacer el adulto mayor de manera autónoma ahora se ven acompañados de un cuidador constante, el cual muchas veces no mira las capacidades que tiene el paciente y solo se limita a brindar un cuidado mecánico, el cual fuerza al adulto mayor a volverse dependiente y se acostumbra a que haya otra persona quien le realice lo que él aún puede hacer. Esto se diferencia mucho a la población de estudio, ya que ellos interactúan con el personal de salud del Centro de Atención Integral Diurno de la Ciudad de Mira, pero no dependen de ellos para hacer sus actividades, ya que sus capacidades son potenciadas con la finalidad de que tengan un mejor proceso de envejecimiento.

Otro ejemplo de una población similar al del estudio es la de Castillo D. (2023) en donde los adultos mayores asisten a un Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, los cuales presentaron en un 24,7% un nivel de autocuidado bueno, el 56,8% un nivel regular y el 18,5% un nivel deficiente, también se observa que el nivel de educación fue de 45,7% con una primaria incompleta y en su mayoría son mujeres con un 56,8%. Aquí se puede observar la importancia de potenciar las capacidades que tiene el adulto mayor para así mejorar su nivel de autocuidado, a pesar de ello el nivel de educación no se vuelve un limitante porque, aunque existan niveles bajos también existe esa base y apertura para aprender que es la fundamental para ellos, esto mediante la realización de actividades recreativas que no solo activan su función física sino también la mental, generando muchos beneficios para su salud.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

- El nivel de autocuidado de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira en primer lugar es de un nivel bueno en la mayoría de ellos, seguido de un nivel regular y bajo, y en poca cantidad se presentó un nivel de autocuidado muy bajo.
- Las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira se enfocaron en aquellas que son más prevalentes, con relación a la ansiedad se presenta en su mayoría un nivel muy leve y leve y en poco porcentaje un nivel severo y moderado. Con relación a la depresión el nivel que más se muestra es el "normal", seguido de una depresión leve y en un pequeño porcentaje una depresión establecida.
- El nivel de autocuidado está relacionado con las complicaciones en la salud mental, específicamente generando ansiedad, esto debido a los cambios del envejecimiento y las diversas enfermedades que padecen, las cuales afectan su estabilidad mental, pero se ve mejorada ya que en el centro reciben apoyo para poder afrontarla y mejorarla. Con relación a la depresión no se encontró una relación, esto debido a que presentan un nivel de autocuidado adecuado gracias a la atención que reciben en el Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda al Centro Diurno de Atención Integral de la ciudad de Mira continuar con las actividades recreativas que realizan con los adultos mayores, junto con la atención médica que reciben constantemente y el apoyo que les brindan durante sus tratamientos médicos, los cuales les permite afrontar de mejor manera no solo su enfermedad sino también el proceso del envejecimiento.
- Se recomienda al personal de salud poner más énfasis en la prevención y valoración temprana de las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores evitando confundirlas con ciertos procesos normales del envejecimiento ya su vez fortalecer el nivel de autocuidado mediante la educación y práctica, evitando sobrecargar el apoyo que genere una dependencia innecesaria, a su vez previniendo futuros problemas en los cuidadores.
- Se recomienda a los municipios del Ecuador en conjunto con el MIES implementar más de estos centros de atención a los adultos mayores, en donde pasan la mitad del día realizando diversas actividades que fortaleces sus capacidades físicas y mentales junto a otros adultos mayores, y la otra mitad del día junto a su familia como red de apoyo para el personal de salud.



## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, K. y Durán, I. (2023). Revisión sistemática de ansiedad y depresión de adultos mayores con y sin Alzheimer [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12727>
- Aguilar, S., Fuentes, A., Ávila, J. y García, E. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Revista de Salud Pública México*, 49(4). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000400005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005)
- Alcalá, P. (2023). Frecuencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital Dr. Vinicio Calventi en el mes de junio del 2023 evaluados a través de la escala de Yesavage [Tesis de posgrado, Universidad Iberoamerica].
- Arévalo, J. y Cepeda, A. (2023) Depresión en el adulto mayor REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10477>
- Asamblea Nacional Constituyente de Ecuador. (2008). Constitución Política del Ecuador. [https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador\\_act\\_ene-2021.pdf](https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf)
- Barbotó, V. y Sigüencia, D. (2024). Ansiedad y depresión en adultos mayores con y sin alzheimer [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/13951>
- Bello, C., Ruiz, A. y Estévez, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes psicológicos*, 20(2), 119–138. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200/101>
- Blanco, T. y Salazar, M. (2014). Escala Geriátrica de Ansiedad GAS-1 de Segal y Payne [Universidad de Costa Rica]. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/79314/EscalaAnsGeriatricacuamet6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Calle, S. (2023). Diseños de investigación cualitativa y cuantitativa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 1865–1879. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i4.7016](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7016)
- Canto, A. y Castro, M. (2023). Capacidad funcional y autocuidado de los adultos mayores que acuden al centro de salud de San Jerónimo – Huancayo 2023 [Tesis de licenciatura, Universidad Roosevelt]. <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1944/TESIS%20CANTO%20-%20CASTRO.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Carcúz, J., León, L., Charuc, E., Esteban, J., Estrada, T. y Gómez, M. (2022). Cambios biológicos en el adulto mayor. [Universidad de Vinci de

- Guatemala]. <https://es.scribd.com/document/642972628/Cambios-Biologicos-En-El-Adulto-Mayor>
- Castanedo, C. y Sarabia, C. (s.f.). Tema 3. Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento. Universidad de Cantabria.  
<https://ocw.unican.es/pluginfile.php/691/course/section/357/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>
- Castellanos, G. (2020). Reconfiguración del rol de los adultos mayores en la dinámica familiar y económica [Tesis de grado, Universidad Externado de Colombia].  
<https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/97f9347f-b554-491e-a755-34dc1453b28b/content>
- Castillo, D. (2023). Capacidad de agencia de autocuidado en usuarios que asisten al centro integral de atención al adulto mayor de San Luis, Utcubamba – 2023 [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Amazónica]. <https://repositorio.upa.edu.pe/handle/20.500.12897/241>
- Cejas, M. y Prato, J. (2022). Metodología de investigación científica. [http://obsinvestigacion.unach.edu.ec/obsrepositorio/eventos/2022/Metodologias-de-la-Investigacion/dr-prato/MODULO\\_IV.pdf](http://obsinvestigacion.unach.edu.ec/obsrepositorio/eventos/2022/Metodologias-de-la-Investigacion/dr-prato/MODULO_IV.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). Población, desarrollo y derechos en América Latina y el Caribe: propuesta de segundo informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/68684-poblacion-desarrollo-derechos-america-latina-caribe-propuesta-segundo-informe>
- Chacón, E., De la Cera, D., Fernández, M. y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Duran, T., Benítez, V., Martínez, M., Gutiérrez, G., Herrera, J., y Salazar, M. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(1), 276–284. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/422641/297491>
- Espinosa, Y., Díaz, Y. y Hernández, E. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204d.pdf>
- Fundación Silencio. (2021). Manual de Autocuidado. <https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual%20de%20Autocuidado.pdf>
- García, M. (2021). Cambios psicosociales en el adulto mayor. <https://es.scribd.com/document/510817646/Cambios-Psicosociales-en-El-Adulto-Mayor>
- Hernández, R. y Collado, L. (2023). Diseños no experimentales de investigación. [http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasS4/Hernandez\\_Sampieri\\_Cap.\\_7\\_disenos\\_no\\_experimentales.pdf](http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasS4/Hernandez_Sampieri_Cap._7_disenos_no_experimentales.pdf)

- INEC. (2022). Censo Ecuador [Interfaz de censo]. <https://censoecuador.ecudatanalytics.com/>
- Instituto Nacional de Geriátrica. (s.f.). Escala de depresión geriátrica. [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod\\_resource/content/19/Repositorio\\_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO\\_1/UNIDAD\\_3/GDS.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_1/UNIDAD_3/GDS.pdf)
- Lagos, L. (2020). Generalidades sobre envejecimiento, vejez y personas mayores. Universidad San Sebastian. <https://resources.uss.cl/upload/2020/06/Generalidades-86.pdf>
- Macas, B., Castelo, W., González, N., Castro, M. y Castro, T. (2023). Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9236224>
- Manrique, A., Fernández, A. y Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la escala valoración de agencia de autocuidado (ASA) en Colombia. Revista Científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 9(3). <https://www.redalyc.org/pdf/741/74112147003.pdf>
- Martínez, T., González C., Castellón G. y González B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Revista Finlay. 8(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/07108.pdf>
- Ministerio de Salud del Salvador. (2022). Manual para el autocuidado de la salud mental en el ámbito laboral del MINSAL. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1393090/manualparaelaucuidadodelasaludmentalenelambitolaboraldelmins\\_Fni9jTP.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1393090/manualparaelaucuidadodelasaludmentalenelambitolaboraldelmins_Fni9jTP.pdf)
- Molocho, Cl. (2019). Impacto del programa autocuidado para una vejez activa" sobre la funcionalidad del adulto mayor centro de salud Monsefú 2019 [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6492/Moloch%20Carrasco%20Cleydi%20Edith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Naranjo, Y. (2019). Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Revista Archivos Médicos Cmagüey. 23(6) [Universidad Ciencias Médicas de Sancti Spíritus] <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-814.pdf>
- Orrala, M. (2022). Agencia de autocuidado en adultos mayores en el centro de salud Bastión Popular tipo C, Guayaquil, 2022 [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8924>
- Organización de los Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores. [//efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Página oficial de la OMS]. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjw9cCyBhBzEiwAJTUWNTrtHafCS hNwIJKOooUOkJP97JZgA-Dli24ywFCv5mXizE6hBtmqUBoCaroQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw9cCyBhBzEiwAJTUWNTrtHafCS hNwIJKOooUOkJP97JZgA-Dli24ywFCv5mXizE6hBtmqUBoCaroQAvD_BwE)

- Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud mental de los adultos mayores [Página oficial de la OMS]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Parada, K., Guapizaca, J. y Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista científica Uisrael*. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rcuisrael/v9n2/2631-2786-rcuisrael-9-02-00077.pdf>
- Pinilla, M., Ortiz, M. y Suárez, J. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Revista Salud Uninorte*. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v37n2/2011-7531-sun-37-02-488.pdf>
- Posso, G. (2020). Autocuidado de los adultos mayores relacionados con sus características sociodemográficas. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9063198.pdf>
- Quesada, A. y Medina, A. (2020). Métodos teóricos de investigación: análisis-síntesis, inducción-deducción, abstracto-concreto e histórico-lógico [Universidad de Matanzas]. [https://www.researchgate.net/publication/347987929\\_Metodos\\_Teoricos\\_De\\_Investigacion\\_Analisis-Sintesis\\_Induccion-Deducccion\\_Abtracto\\_-Concreto\\_E\\_Historico-Logico](https://www.researchgate.net/publication/347987929_Metodos_Teoricos_De_Investigacion_Analisis-Sintesis_Induccion-Deducccion_Abtracto_-Concreto_E_Historico-Logico)
- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *Revista CienciaAmérica*. 9(3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746475>
- Revelo, V. (2021). Nivel de ansiedad y depresión en las personas con diabetes que asisten al Centro de Salud del Cantón Mira [Universidad Técnica del Norte]. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/11158>
- Reyes, L. y Carmona, F. (2020). Investigación documental. [Doctorado en psicología, Universidad Simón Bolívar]. <https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/2af35a4b-2abf-4f78-a550-0a4e4764e674/content>
- Rojas, S. y Monge, J. (2022). Salud mental del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Chilca [Universidad Nacional de Huancavelica]. <https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>
- Romero, I. (2021). Capacidad de autocuidado del adulto mayor del programa integral nacional para el bienestar familiar - octubre 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7431/Romero%20\\_%20YTY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7431/Romero%20_%20YTY.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rosales, I., Rosales, L. y Serrano, M. (2023). Prevalencia de depresión en el adulto mayor en unidad de salud "El Rosario" Cuscatlán, de junio a septiembre del 2023 [Tesis de doctorado, Universidad del Salvador].
- Rueda, L. (2022). Esperanza de vida e inicio de la etapa de adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*. [Universidad del Norte]. <https://www.redalyc.org/journal/817/81775201002/html/>
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación En*

docencia


Universitaria.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v13n1/a08v13n1.pdf>


- Suárez, B. (2022). Intervención de enfermería en pacientes adultos mayores con diabetes según el modelo de Dorothea Orem [Tesis de licenciatura, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. <https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4156?mode=full>
- Torres, V. y Ruiz, A. (2022). Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2022 [Tesis de licenciatura, Universidad María Auxiliadora]. <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/910/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zambrano, P. y Estrada, J. (2020). Salud mental en el adulto mayor. Polo del Conocimiento, 5, 3-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7435297>

## VII. ANEXOS

### Anexo 1. Acta de la sustentación de Predefensa del TIC



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**ACTA**  
**DE LA SUSTENTACIÓN ORAL DE LA PREDENSA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**


<b>ESTUDIANTE:</b> VILLOTA BRACHO FÁTIMA ROBERTINA		<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b> 0402097125	
<b>PERIODO ACADÉMICO:</b> COHORTE MAYO 2023 ABRIL 2024			
<b>PRESIDENTE TRIBUNAL:</b> MSC. SANDRA LORENA LOPEZ REYES		<b>DOCENTE TUTOR:</b> MSC. JACQUELINE DE LOS ANGELES REALPE SANDOVAL	
<b>DOCENTE:</b> MSC. JOHANA ELIZABETH CAICEDO MINA			
<b>TEMA DEL TIC:</b> "Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores"			

No.	CATEGORÍA	Evaluación cuantitativa	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1	PROBLEMA - OBJETIVOS	10.00	
2	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10.00	
3	METODOLOGÍA	10.00	
4	RESULTADOS	10.00	
5	DISCUSIÓN	10.00	
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	10.00	
7	DEFENSA, ARGUMENTACIÓN Y VOCABULARIO PROFESIONAL	8.17	
8	FORMATO, ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	10.00	


Obteniendo una nota de: **9.82** Por lo tanto, **APRUEBA** ; debiendo el o los investigadores acatar el siguiente artículo:

Art. 36.- De los estudiantes que aprueban el informe final del TIC con observaciones.- Los estudiantes tendrán el plazo de 10 días para proceder a corregir su informe final del TIC de conformidad a las observaciones y recomendaciones realizadas por los miembros del Tribunal de sustentación de la pre-defensa.

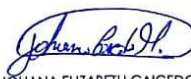
Para constancia del presente, firman en la ciudad de Tulcán el **viernes, junio 07, 2024**



MSC. SANDRA LORENA LOPEZ REYES  
PRESIDENTE TRIBUNAL



MSC. JACQUELINE DE LOS ANGELES REALPE SANDOVAL  
DOCENTE TUTOR



MSC. JOHANA ELIZABETH CAICEDO MINA  
DOCENTE

## Anexo 2. Certificado del abstract por parte de idiomas



### UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI FOREIGN AND NATIVE LANGUAGE CENTER

#### Informe sobre el Abstract de Artículo Científico o Investigación.

**Autor:** Fátima Robertina Villota Bracho

**Fecha de recepción del abstract:** 12 de junio de 2024

**Fecha de entrega del informe:** 12 de junio de 2024

El presente informe validará la traducción del idioma español al inglés si alcanza un porcentaje de: 9 – 10 Excelente.

Si la traducción no está dentro de los parámetros de 9 – 10, el autor deberá realizar las observaciones presentadas en el ABSTRACT, para su posterior presentación y aprobación.

#### **Observaciones:**

Después de realizar la revisión del presente abstract, éste presenta una apropiada traducción sobre el tema planteado en el idioma Inglés. Según los rubrics de evaluación de la traducción en Inglés, ésta alcanza un valor de 9, por lo cual se valida dicho trabajo.

Atentamente



Ing. Edison Peñañiel Arcos MSc  
Coordinador del CIDEN

**Anexo 3.** Autorización del Centro Diurno de Atención Integral de Mira



**Oficio Nro. UPEC-CAEN-2024-0004-OF.**

**Tulcán, 30 de enero de 2024**

**Asunto:** Solicitud de acceso a la información para trabajo de titulación

Señor  
Fausto Isidro Ruiz Quinteros  
**Alcalde**  
**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTÓN MIRA**  
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes hacemos la comunidad universitaria de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi en especial de la carrera de Enfermería, a la vez que le deseamos éxitos en las funciones que usted acertadamente desempeña.

El motivo del presente es solicitar de la manera más comedida la autorización para que la estudiante **Vilota Bracho Fátima Robertina** con documento de identidad 0402097125; pueda aplicar encuestas a los adultos mayores que asisten y participan en el Centro Diurno de Atención Integral Mira.

Cabe indicar que esta información se tomará estrictamente con fines de investigación académica respetando las normas de bioética ya que los resultados ayudarán a cumplir uno de los objetivos del trabajo de investigación del estudiante denominado "**Nivel de autocuidado y sus complicaciones en la salud en la salud mental de los adultos mayores**".

Para el efecto me permito adjuntar el ejemplar de la entrevista.

Por la atención que se dé al presente, reciba mis agradecimientos.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Mgs. Mayra Maribel Chapi Chandi  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

Anexos:


el\_de\_autocuidado\_y\_su\_relacion\_con\_las\_complicaciones\_en\_la\_salud\_mental\_de\_los\_adultos\_mayores.pdf

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO  
DEL CANTÓN MIRA  
**ALCALDÍA**  
**RECIBIDO**  
MIRA - CARCHI Fecha 30.01.2024


f 8:45am



**Anexo 4.** Instrumento para la recolección de datos de los adultos mayores



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**



**POLITÉCNICA DEL CARCHI**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIURNO DE ATENCIÓN INTEGRAL MIRA**

El objetivo de la presente encuesta es analizar la relación entre el nivel de autocuidado y las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores del Centro Diurno de Atención Integral Mira.

Marque con una x la respuesta de cada pregunta de manera honesta.

**1. Datos sociodemográficos**

Edad: 65-69 \_\_\_\_\_ 70-75 \_\_\_\_\_ 75-79 \_\_\_\_\_ 80-85 \_\_\_\_\_ Más de 86 \_\_\_\_\_

Nivel de educación: Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Tercer nivel \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Sustentación económica: Jubilado \_\_\_\_\_ Otro trabajo \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_

Vive con: Hijos \_\_\_\_\_ Conviviente \_\_\_\_\_ Solo \_\_\_\_\_ Hermano \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_

Zona donde vive: Rural \_\_\_\_\_ Urbano \_\_\_\_\_

Enfermedad diagnosticada Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa mencione la enfermedad \_\_\_\_\_

**2. Escala de autocuidado ASA**

No.	Ítem	NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
1	A medida que cambian 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 de siempre.				

Universidad Politécnica Estatal del Carchi  
 Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias de la Educación  
 Carrera de Enfermería

Calle Antisena y Av. Universitaria  
 Telf: (06) 2980637 - 2984435  
 info@upec.edu.ec  
 www.upec.edu.ec  
 Tulcán - Ecuador

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 qué tanto me sirve lo que hago para mantener mi 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 mí.				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

### 3. Escala geriátrica de ansiedad

Mi corazón se ha acelerado o latido más fuerte.	0	1	2	3
Mi respiración ha sido más corta.	0	1	2	3
He tenido malestar estomacal.	0	1	2	3
He sentido que las cosas no son reales o como si estuviera fuera de mi cuerpo.	0	1	2	3
He sentido que he perdido el control.	0	1	2	3
He tenido miedo de ser juzgado por otros.	0	1	2	3
He tenido miedo de ser humillado o avergonzado.	0	1	2	3
He tenido problemas para dormirme.	0	1	2	3
He estado irritable.	0	1	2	3
He tenido estallidos de enojo.	0	1	2	3
He tenido problemas para concentrarme.	0	1	2	3
He estado fácilmente molesto o sobresaltado.	0	1	2	3
He tenido menor interés en hacer cosas que por lo general disfruto.	0	1	2	3
Me he sentido separado o aislado de las demás personas.	0	1	2	3
Me he sentido aturdido, como en otro mundo.	0	1	2	3

Se me ha dificultado quedarme quieto.	0	1	2	3
Me he preocupado mucho.	0	1	2	3
No he podido controlar mi preocupación.	0	1	2	3
Me he sentido inquieto, sobresaltado	0	1	2	3
Me he sentido cansado.	0	1	2	3
Mis músculos han estado tensos.	0	1	2	3
He tenido dolor de espalda, del cuello o con calambres.	0	1	2	3
He sentido que no tengo control sobre mi vida.	0	1	2	3
He sentido que algo terrible está por sucederme	0	1	2	3
He estado preocupado por mis finanzas	0	1	2	3
He estado preocupado por mi salud	0	1	2	3
He estado preocupado por mis hijos	0	1	2	3
He tenido miedo de morirme	0	1	2	3
He tenido miedo de convertirme en una carga para mi familia o mis hijos	0	1	2	3

#### 4. Escala Geriátrica de depresión Yesavage

1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	Si	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se siento con frecuencia aburrido?	Si	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. Teme que algo malo puede ocurrirle?	Si	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido?	Si	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	No
12. ¿Actualmente se siente un inútil?	SI	No
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	No

¿Cree que su capacidad para cuidarse afecta a su salud mental?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_


¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO!




1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	SI	No
2. ¿Ha abandonado muchos de sus malos hábitos?	SI	No
3. ¿Siente que su vida está mejor?	SI	No
4. ¿Se siente con frecuencia abrumado?	SI	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	No
6. ¿Teme que algo malo puede ocurrir?	SI	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	No
8. ¿Con frecuencia se siente desanimado, desmotivado?	SI	No
9. ¿Preferiría usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	No



Anexo 5. Consentimiento y asentimiento

 **UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

 **POLITÉCNICA DEL CARCHI**  
INICIANDO PARA TRANSFORMAR EL MUNDO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**CIUDAD:** MIRA, CARCHI, ECUADOR

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con el número de cédula \_\_\_\_\_ que aparece al pie de mi firma, actuando a mi nombre y en calidad de adulto mayor, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos en el proyecto denominado "Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores", realizado por la investigadora Fátima Robertina Vilotta Bracho con número de cédula 0402097125.

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de forma más honesta posible. Autorizo a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados, para efecto de sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

Expreso que la investigadora me ha explicado con antelación el objetivo y alcances de dicho proceso.

\_\_\_\_\_  
Firma del encuestado

\_\_\_\_\_  
Firma del encuestador

CI: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ENCUESTADOR

\_\_\_\_\_  
Calle Antisana y Av. Universitaria  
Telf: (06) 2980837 - 2984435  
info@upec.edu.ec  
www.upec.edu.ec  
Tulcán - Ecuador

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA DULTOS MAYORES**

**CIUDAD:** MIRA, CARCHI, ECUADOR

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Mi nombre es Fátima Robertina Villota Bracho, soy estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

Voy a realizar un trabajo de investigación denominado "Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones en la salud mental de los adultos mayores" por esta razón voy a trabajar con usted, para juntos intentar cambiar o mejorar la situación que está sucediendo con la población de adultos mayores.

Lo que haré es hablar mucho sobre su salud actual y como maneja su autocuidado para poder mantenerse sano y como esto puede afectar a su salud mental.

No tiene que contestar ahora si quiere o no, lo puede hablar primero con sus familiares o cuidador y si no entiende alguna cosa puede preguntar las veces que quiera y yo le explicaré lo que necesite.

Si decide no participar en este trabajo no pasa nada y nadie se enojará por ello. Tampoco va a influir en el trabajo de los demás.

Si decide participar:

1. Le pediremos a la persona que le cuida que cuando tenga una conversación con la encuestadora, asistiremos a su casa.
2. Todas las cosas que hagamos, las guardaré y solo lo compartiré con los demás si está de acuerdo.
3. Si quiere participar, haga un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quiere, haga la marca en el dedo apuntando para abajo. Con eso bastará para que nosotros sepamos su respuesta.

Si mientras se realiza las preguntas tiene duda, puede preguntarme todo lo que quiera saber y si más adelante no quiere seguir con el trabajo, puede parar cuando quiera y nadie se enojará con usted.

Yo (nombre del adulto mayor) \_\_\_\_\_

**SI** quiero participar



**NO** quiero participar



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL CUIDADOR**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADORA**

Calle Antisana y Av. Universitaria  
Telf: (05) 2980837 - 2984435  
info@upec.edu.ec  
www.upec.edu.ec  
Tulcán - Ecuador



**Anexo 6.** Aplicación de encuestas a la población adulta mayor

**Tabla 24.** Aplicación de encuestas

