



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Capacidad de Agencia de Autocuidado en los Adultos Mayores de
la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote 2021

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Br. Cerna Castro, Sheiner Elena Soledad (ORCID:0000-0003-3555-5746)

ASESORA:

Mgt. Ruiz Ruiz, María Teresa (ORCID: 0000-0003-1085-2779)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas y Gestión en Salud

LIMA-PERÚ

2021

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre que es mi fortaleza, por cuidarme y amarme desde el primer día que supo que venía a este mundo, a ella mi eterna admiración por su esfuerzo y valentía.

A mis abuelitos, mis padres, mi tía Jacqueline y mis hermanos por su confianza, apoyo incondicional, por sus consejos, porque día a día estuvieron para poder levantarme cada vez que tropezaba, agradezco su amor infinito a cada uno de ellos.

A mi ángel Mónica Magdalena Castro Rodríguez que es mi segunda mamá y a pesar que hoy no está conmigo físicamente desde el cielo siempre recibo su calor, amor y apoyo como siempre lo tuve, impulsándome a seguir adelante. TE AMO MAMI MALENA.

AGRADECIMIENTO

MI ETERNA GRATITUD:

A Dios por darme la oportunidad de culminar este trabajo a pesar de tantos obstáculos y ayudarme a cumplir cada meta trazada.

A mi familia por su apoyo incondicional que ha sido sumamente importante para alcanzar mis objetivos.

A mi asesora Mgt. Ruiz Ruiz María Teresa, por haber compartido sus conocimientos y haberme guiado en este proceso de elaboración de mi tesis para lograr mi desarrollo profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización.....	14
3.3. Población, muestra y muestreo.....	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos	17
3.6. Método de análisis de datos.....	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS	19
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES.....	28
VII. RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote - 2021.	19
Tabla 2. Nivel de capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de interacción social del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.	19
Tabla 3. Nivel la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de bienestar personal del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.	20
Tabla 4. Nivel la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de actividad y reposo del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.	20
Tabla 5. Nivel la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de consumo suficiente de alimentos del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.	21
Tabla 6. Nivel de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.	21

RESUMEN

La etapa del adulto mayor es diferente a las demás en la vida, porque es un grupo poblacional complejo, por un lado, los aspectos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, y cambios en la funcionalidad, frecuencia o mayor dependencia, por ello se tuvo como objetivo principal determinar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021, la investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de diseño no experimental y según el tiempo transversal, la población estuvo constituida por 50 adultos mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote en el periodo 2021, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA); se utilizó el estadístico descriptivo porcentual y se analizaron mediante el programa SPSS 25, en los resultados se encontraron que el nivel de capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores de la comunidad urbano-marginal fue de nivel moderado con un 52% (29), seguido de un nivel alto con un 48% (24). Concluyendo que los adultos mayores tienen algunas dimensiones donde se deben de mejorar para obtener un nivel alto de autocuidado.

Palabras Clave: Autocuidado, adultos mayores, capacidad de agencia.

ABSTRACT

The stage of the elderly is different from the others in life, because it is a complex population group, on the one hand, the aspects of aging, high prevalence of chronic degenerative diseases, and changes in functionality, frequency or greater dependence, therefore The main objective was to determine the self-care agency capacity of the elderly in the marginal urban community La Libertad, Chimbote - 2021, the research is focused quantitative, descriptive, of non-experimental design and according to time cross-sectional, the population consisted of 50 older adults from the marginal urban community La Libertad, Chimbote in the period 2021, the survey technique was used as an instrument and the self-care agency assessment scale (ASA) was used, the statistic descriptive percentage and will be analyzed through the SPSS 25 program, in the results we find that the level of agency capacity of a Self-care of older adults in the urban-marginal community is of a moderate level with 52% (29), followed by a high level with 48% (24), concluding that older adults have some dimensions where they should be improved to obtain a high level of self-care.

Keywords: Self-care, older adults, agency capacity.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al grupo de personas mayores aquellas que pasan los 60 años de edad. También nos dice que entre 2015 y 2050, el número y el porcentaje de la población anciana se duplicará a nivel mundial. Aunque hay un incremento de la población adulta en todo el mundo, no es uniforme en todos los continentes y países. (1)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), categoriza a Perú como un país con fases del proceso de envejecimiento demográfico de nivel moderado. (2) El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), nos dice que el envejecimiento de la población peruana ha aumentado, el porcentaje de población adulta fue de 5,7% en 1950 a 12,7% en 2020. En el primer trimestre de 2020, el 43,9% de los hogares de todo el país tienen al menos una persona de 60 años o más como miembro. Del total de hogares del país, el 27,4 % están encabezados por personas mayores. Por sexo, hay más mujeres que hombres como jefes de hogar, lo que indica un cambio significativo en la pirámide de edad. (3)

Este proceso es conocido como transición demográfica, que conlleva a cambio en la estructura poblacional dado por el aumento del número de ancianos, asimismo, enmarca cambios en el perfil epidemiológico poblacional, por una alta mortalidad y natalidad a niveles bajos, esto provoca tener un aumento gradual de la longevidad. A su vez, suscita un cambio en el patrón global de salud-enfermedad caracterizado por un aumento de las enfermedades degenerativas y crónicas, que requieren una capacidad activa de los servicios sociales y de salud; igual que el enfoque apropiado adoptado por el personal médico (4,5)

Junto con el crecimiento de la población adulta, también está aumentando la demanda de atención de la salud, que está determinada en gran medida por la dependencia y la fragilidad características del envejecimiento. Existen diversos reguladores del envejecimiento, entre los cambios fisiológicos encontrados a lo largo del tiempo, esto es de carácter universal, por lo que afectan los procesos

patológicos previos de diferentes formas para cada individuo, en función de su gravedad y secuelas del proceso de envejecimiento y, en última instancia, las condiciones de estilo de vida y de comportamiento socioambiental que puede actuar como factor protector o de riesgo para el anciano. (5)

Durante la experiencia pre profesional del internado hospitalario en la rotación por el servicio de PADOMI, se acudió a esta comunidad urbano marginal como parte de las actividades como interna, donde se identificó un déficit del autocuidado de los adultos mayores. Aproximadamente el 95% de las personas mayores a lo largo de los años vive en un entorno comunitario y el 90% entre 75 y 84 años conserva un alto grado de independencia en las tareas de autocuidado. Por tanto, es a nivel comunitario donde se dispensa a la mayoría de los ancianos. Medir la salud del anciano es complejo, ya que mide el resultado de diversas variables biológicas, psicológicas y sociales, por qué la salud de un sujeto debe medirse en función de su función. (5)

Como problema general de esta investigación se planteó la siguiente pregunta ¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021?

Esta investigación tuvo justificación en cuanto a su relevancia social puesto que si consideramos los cambios demográficos previstos para nuestro país, este implica el abordaje de la población adulta mayor desde este sentido holístico para evitar desconocimiento sobre la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor, esto se hará con pleno conocimiento de los hechos pero requiere el compromiso de las personas mayores; asimismo, desde la profesión de enfermero se imparte instrucción sobre cómo cuidarse a sí mismo en todas las etapas de la vida, y se compromete por la propia salud a brindar cuidados que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida y sobre todo de salud. Pero, eso no sucedió, cuando miramos a los antepasados, nos muestra un hecho muy inquietante y el envejecimiento de la población está aumentando en todo el mundo, y nuestro país no es ajeno a esto; cabe señalar que este contexto se da

en una situación de pobreza, lo más importante es preservar la salud de la población.

La etapa del adulto mayor es diferente a otras etapas de la vida, por tratarse de un grupo poblacional complejo, por un lado, aspectos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, cambiante funcionalidad, frecuencia o mayor dependencia, colocándolos en una posición vulnerable; esto se suma también a la ya mencionada escasez de recursos económicos, bajo apoyo familiar y social, agravando así la vulnerabilidad, contribuyendo a la mala salud de la población de estas personas. Por otro lado, no existe un enfoque para emplear a personas mayores sin seguro. Por ello, es necesario determinar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor para saber si pueden ser autosuficientes y así lograr un envejecimiento activo y saludable. (6)

Como objetivo general tenemos: Determinar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote - 2021.

Siendo los objetivos específicos son: Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la **dimensión de integración social** del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021. Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la **dimensión de bienestar personal** del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021. Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la **dimensión de actividad y reposo** del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021. Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la **dimensión de consumo suficiente de alimentos** del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021. Identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la **dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal** del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Entre los **antecedentes nacionales** tenemos a Rupay R. (7), quien, en el año 2020, realizó un estudio que tuvo como finalidad fijar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con DM que acuden al consultorio externo del Hospital Municipal – Los Olivos. La investigación fue cuantitativa, no empírica, central y transversal, la población incluyó un total de 120 adultos mayores. Sus resultados fueron un autocuidado moderado con 59% seguido de un nivel bajo con 39% y un autocuidado alto con 12%. Se concluyó que un autocuidado moderado, predomina en los ancianos con diabetes mellitus que acudieron al ambulatorio del hospital antes mencionado.

Tafur A. (8), en el 2020, en el hospital de Chancay desarrolló una investigación que considero como objetivo señalar la capacidad de autocuidado para prevenir caídas en un programa de atención integral para ancianos del nosocomio en mención. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, no experimental. Concluyeron que el cuidado personal para prevenir caídas en los ancianos no está ampliamente aceptado, con un 55% seguido de un autocuidado aceptable con un 25% y por último un 12% que indica un nivel bajo.

A su vez, Carbajo N. (9), en su investigación que tuvo como finalidad establecer la percepción de la capacidad del autocuidado en el adulto mayor del “Hogar Geriátrico Señor de la Ascensión” en el año 2019. Se obtuvo una capacidad adecuada con un 38%, parcialmente adecuado con 34.1% y una inadecuada percepción al 27.1%. Se llegó a la conclusión que el porcentaje más alto indica que los ancianos son autosuficientes en el cuidado personal en el hogar geriátrico en cuestión.

Ramírez O. (10), quien estudio el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la Microred Chavín – Ancash en el año 2018, la cual tuvo como finalidad evaluar la relación entre ambas variables; la investigación fue de enfoque cuantitativo. Sus resultados

fueron de un autocuidado regular, bueno y malo con un 55.26%, 26.32% y 18.42% respectivamente. Se determinó que si existe una relación entre ambas variables.

Por lo que se refiere a Pérez S, y Saucedo K. (11), en el año 2018, en su investigación que tuvo como fin conocer la relación entre el nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor con familia disfuncional de una comunidad urbano-marginal en San Juan de Dios, Chimbote; fue descriptivo, correlacional donde la población estuvo conformada por 54 adultos mayores. Los resultados fueron que más del 50% presentó un nivel inadecuado de autocuidado y se concluyó que el tener altos niveles de estrés es un riesgo y genera muy altos niveles insuficientes de autocuidado.

Tenemos a Tejada T. (12), en su investigación que realizó en el año 2018 donde su objetivo fue conocer la capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en ancianos del distrito de Ayapata. Fue un estudio descriptivo cuantitativo, la muestra de este estudio estuvo conformada de 75 personas mayores que tienen derecho a "65", programa de jubilación. Se utilizó la técnica de entrevista y se ejecutó la escala ASA, obteniendo los resultados que el 85.3% de las personas mayores tienen una capacidad media para cuidarse a sí mismos.

Por otro lado, Arteaga M. (13), en su estudio que tuvo como objetivo establecer la capacidad de autocuidado para personas mayores del hospital EsSalud II Jaén en el año 2017. Utilizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo donde la población que fue de 60 ancianos, a los cuales se le aplicó un cuestionario, de donde se concluyó que los ancianos tienen una categoría media de agencia de autocuidado con un 60%.

Luego tenemos a Pardavé F. (14), en su estudio que tuvo como finalidad conocer la relación entre la capacidad de autocuidado y la conciencia de la salud de los ancianos de la ciudad de Santa María del Valle en el año 2016. Fue un estudio de análisis de relaciones en 72 ancianos, utilizando la prueba de aptitud y percepción de autonomía de los ancianos y un cuestionario sobre recopilación de datos. Como conclusión sobre la capacidad de autocuidado; el 38,9% de las

personas ancianas se cuidan parcialmente, el 29,2% no se mantienen por completo y sobre su conciencia de su salud, el 69,4 % de los ancianos consideran que su estado no es bueno.

Entre los **antecedentes internacionales** tenemos a Molano D. (15), en su investigación que busco determinar la relación entre la capacidad de la agencia para el autocuidado y la calidad de vida en persona con insuficiencia cardiaca; la investigación fue de correlación cuantitativa. El padrón estuvo constituido por 107 pacientes de un nosocomio de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia. A los participantes se le aplico la escala ASA y un cuestionario de cardiomiopatías de la ciudad de Kansas. Se halló que la capacidad de autocuidado está en una categoría alta con un 63.5% al igual que se encontró una correlación débil pero importante entre variables.

Por otro lado, tenemos a Castiblanco M. y Fajardo E. (16), en su investigación del año 2017, cuyo objetivo fue evaluar el autocuidado y la conciencia de los adultos mayores utilizando el programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) de la comuna ocho, ubicado en el barrio La Cima de Ibagué en el departamento del Tolima, Colombia. El trabajo que realizó fue un abordaje que quiso definir, describir y transformar con una muestra de 88 ancianos, de 60 a 93 años. Los resultados muestran que la capacidad y percepción del autocuidado en los ancianos se categorizó en los siguientes grupos: exclusión, descanso y/o sueño, higiene, descanso y control de la salud; siendo estos grupos los que presentan puntuaciones medias. No hubo evidencia de una escasez inadecuada de autocuidado para todos los grupos, debido al carácter multidisciplinar del programa.

A su vez Cantillo C. y Blanco J. (17), en el año 2017, iniciaron una investigación cuyo objetivo fue señalar la capacidad de autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. El estudio fue descriptivo y cuantitativo transversal de la población de 111 pacientes en diálisis en una unidad de nefrología en Florencia - Colombia. Los resultados demuestran que el autocuidado de los pacientes en diálisis se caracteriza por nivel de habilidad alto con 80.2% y moderado con un 19.8%, sin embargo, requiere la intervención de

una enfermera especialista y del equipo médico en función de la necesidad personal para mantenerla, mejorarla y preocuparse.

Alrededor de teorías relacionadas a la variable, se tiene como teorista a Dorothea Orem, quien define el autocuidado como la "Contribución continua de un individuo a su propia existencia, es una actividad aprendida del individuo hacia un objetivo". Comportamientos que existen en determinadas situaciones de la vida, que las personas dirigen hacia sí mismos, los demás o el entorno, con el fin de modificar los factores que afectan el desarrollo y funcionamiento del "yo" para el bien de su vida, su salud o felicidad. Identifica tres requisitos de autocuidado, que son comunes e incluyen la preservación del aire y el agua, la eliminación, la actividad y el descanso, la soledad y la inclusión social, la prevención y control de riesgos; y la interacción con la actividad humana. (18)

Luego vienen los requisitos de autocuidado para el crecimiento, es decir, fortalecer las condiciones necesarias para la vida y el crecimiento, previniendo la ocurrencia de condiciones adversas o minimizando el impacto de situaciones previas en diferentes momentos. Momentos de la evolución o desarrollo humano: infancia, adolescencia, adultez y vejez; finalmente, buscar el autocuidado para las disparidades de salud, que surjan o estén relacionadas con una condición de salud. (18)

Orem establece la teoría del déficit del autocuidado como modelo general incluye tres subteorías relacionadas: la teoría del déficit del autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. Esta teoría tiene sus raíces en la relevancia intencionada, es decir, en cómo las personas gestionan su cuidado personal, adoptan un enfoque holístico que pone la atención primaria en el centro para ayudar a las personas a vivir vidas más largas y felices, es decir, para mejorar su calidad de vida.

Asimismo, define la enfermería como artes escénicas para personas con discapacidad, ayudándolas a actuar y/o ayudándolas a aprender a actuar por sí mismas con el objetivo de ayudar a la persona a realizar y funcionar, mantener comportamientos para preservar la salud y la vida, recuperarse de una

enfermedad y/o hacer frente a las consecuencias de dicha enfermedad, incluida la capacidad de las relaciones interpersonales para actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y la necesidad de cuidarse a sí mismas, donde deben respetar la dignidad humana, practican la tolerancia, adhieren a los principios de consentimiento, confidencialidad, creencia, honestidad y privacidad, entre otros; permiten que los pacientes participen en la planificación y la implementación de su propia atención médica, si pueden hacerlo, son bienvenidos en los avances técnicos que promueven el avance de la ciencia médica. (18)

En este sentido, se debe asimilar que el autocuidado debe entenderse y aplicarse de manera voluntaria y continua, respetando y perseverando en las alteraciones que cada individuo exhibe en las etapas de desarrollo y crecimiento, estado de salud y características del nivel de salud sobre desarrollos específicos, factores ambientales en los que operan y consumo energético. (18)

Orem definió a la enfermería como un servicio humano, que se brinda cuando una persona es incapaz de cuidarse a sí misma para mantener su salud, vida y felicidad. Así, se trata de brindar a las personas y / o grupos asistencia directa en el autocuidado, según sus necesidades, de las discapacidades derivadas de sus circunstancias individuales. (6)

Personas con déficit de cuidados actuales o que están en un estado de dependencia que legitima una relación de cuidados. Cuando hay un déficit de autocuidado, las enfermeras pueden compensar a través del sistema de salud, quizás, apoyo totalmente compensado, educación parcialmente compensada. El tipo de sistema se refiere al nivel de la capacidad de un individuo para asumir, absorber o rechazar la atención curativa. Una persona o un grupo pueden cambiar de un sistema de atención a otro en todos los casos, o pueden tener varios sistemas al mismo tiempo. (6)

“Las prácticas de autocuidado requieren una atención especial: Nutrición adecuada según necesidades, higiene, manejo del estrés, relaciones sociales,

ejercicio y actividad física, capacidad de control, control y reducción del consumo de drogas y en definitiva la gestión del ocio y el tiempo libre” Dorothea Orem. (6)

En este sentido, Orem designa al órgano del autocuidado como una capacidad progresiva compleja que permite a los individuos en maduración, capaces de distinguir rasgos controlados o procesados, autorregular su manejo y desarrollo, para así emprender acciones reguladoras para expresar la necesidad de autocuidado (condición de autocuidado, tecnología, nivel de atención). Las actividades de atención están diseñadas para satisfacer las necesidades de cuidado personal a largo plazo. (19)

El órgano del autocuidado se puede estudiar relacionando la integridad de un individuo con su definición de emoción, racionalidad, biológica e integradora, porque estos factores trabajan juntos cuando un sujeto interactúa, y esto incluye su relación en términos de habilidad y el tipo de conocimiento que posee. Su salud y bienestar, ya que le permite asumir la responsabilidad de varios comportamientos específicos. (19)

Entre las habilidades y personalidades, Orem en 2001, señaló que son la base de la agencia de autocuidado, que incluye elementos de la autopercepción de los compañeros de trabajo, la voluntad de contribuir con la devoción al autocuidado, a la autoimagen y preocupaciones de salud. Hábitos y preferencias a largo plazo mediante el uso de sensaciones y percepciones. Esto indica que la autoconciencia del cuerpo juega un papel diverso y complejo en los componentes del sistema de autocuidado. (20)

La escala de valoración usada en esta investigación es de la Agencia de Autocuidado (ASA), producto de un trabajo colaborativo de Isenberg & Evers, esta escala consta de 24 ítems y fue dividida en 5 dimensiones:

Como primera dimensión tenemos a la interacción social, esta representa los requisitos básicos del cuidado personal para obtener conocimientos y valores del desarrollo humano. En el que las personas que construyen relaciones con otros a través de interacciones pueden categorizarse como procesos sociales.

Consideramos que la comunicación es fundamental en todas las relaciones sociales, ya que es el mecanismo que organiza y crea interacciones entre las personas. Y con ella surge la existencia de la red de relaciones sociales que conforman lo que llamamos sociedad. Por lo tanto, los humanos que establecen relaciones con otros a través de interacciones pueden clasificarse como procesos sociales. Dependiendo de la relación y contacto interpersonal con él, su seguridad, confianza, capacidad de pensamiento, entre otros, se puede lograr en uno mismo y en las relaciones con los demás. (21)

Según Orem, este es un requisito de autocuidado que debe cumplirse no solo para controlar la enfermedad de manera temprana, sino también para buscar apoyo en los demás e influir en su comportamiento y hábitos. Sin embargo, debe haber un equilibrio entre el aislamiento y la interacción social, un individuo es un ser social que forma parte de un grupo de personas, desde el nacimiento hasta la muerte, comenzando por el grupo familiar. Así lo describen Rigol y Ugalde, argumentando que la familia, la comunidad y la cultura son los factores esenciales para que las personas puedan satisfacer sus necesidades, pues a través de la interacción del sujeto con los de este elemento adquiere aprendizaje, madurez y las herramientas para cuidarse a sí mismo. (22)

Como segunda dimensión tenemos al bienestar personal, subjetivo o psicológico se definió como una experiencia emocional placentera. Es un constructo común que se superpone o se correlaciona con otros constructos, como la felicidad, la satisfacción personal y la calidad de vida subjetiva. Es multidimensional: influencia positiva, influencia negativa, pero también puede ser una percepción valorativa y, según algunos, una percepción del sentido de la vida. (23)

Según Diener, el concepto de felicidad individual incluye tres elementos que lo caracterizan. Por un lado, está su individualidad, que se basa en la experiencia personal, sus percepciones y juicios, por otro lado, tienen una dimensión global, que incluye la evaluación o juicio de todos los aspectos de la vida (por ejemplo, satisfacción con la vida). Finalmente, es necesario incluir medidas positivas, ya que su naturaleza va más allá de la simple ausencia de factores negativos. (24)

Como tercera dimensión tenemos a la actividad y reposo, estos elementos constituyen los requisitos básicos, propuestos por Orem, que son universales y fundamentales para el ser humano. Incluye la capacidad de moverse u obtener ayuda con problemas de movimiento, actividad física y ejercicio (actividad física planificada, organizada, repetitiva y específica) (18) Asimismo vemos que la actividad es una parte tan esencial de la vida humana, que la pérdida permanente de la capacidad de mover cualquier parte del cuerpo es una de las peores tragedias que le pueden pasar a una persona. La pérdida de movilidad reduce la autoimagen de un individuo. (25)

El reposo es sinónimo de descanso o relajación e implica la liberación de tensión emocional y malestar físico. El sueño es una parte inevitable de la vida humana y ocupa un tercio de su tiempo. Todas las células del cuerpo necesitan un período de inactividad para repararse y renovarse. Todavía nos preguntamos si la gente necesita ocho horas de sueño por noche. (25)

Está claro que un estudio de Hartmann y otros investigadores del Laboratorio del Sueño y el ensueño de Estados Unidos planteó dudas al respecto. Descubrieron que las personas que dormían menos de 6 horas por noche parecían estar en mejores condiciones para realizar sus actividades diarias que las que dormían durante períodos prolongados. Las personas que "toman una siesta" son generalmente productivas e importantes, trabajadoras, satisfechas por la mañana, socialmente adaptables, personas consistentes y satisfechas con la vida, el trabajo y el trabajo. Aquellos que duermen mucho, es decir, 9 horas o más, tienden a sentirse ansiosos. También experimentan mucho dolor, incomodidad y ansiedad, y no están completamente seguros de sí mismos, de sus carreras y de sus caminos en la vida. (25)

La falta de cuidado personal se define como la falta de concentración y energía para realizar actividades y una disminución de la hora de acostarse todos los días. Una persona intenta reponer energías mediante el descanso y la reducción

de la actividad física diaria, situación que limita sus actividades normales e indica la necesidad de ayudar a los demás a recuperar su salud. (26)

Como cuarta dimensión tenemos al consumo suficiente de alimentos:

Incluye una dieta saludable, con la energía y los nutrientes adecuados, es decir, aportar las calorías y nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales y realizar actividades físicas e intelectuales. Equilibrado diario según las proporciones recomendadas de diferentes macronutrientes; variedad porque no existe un único alimento que aportan todos los nutrientes y en las cantidades ideales que el cuerpo lo necesita con la edad. (27)

Las necesidades nutricionales de los ancianos son las mismas que las de otras personas, aunque necesitan menos calorías, pero también debido a la falta de actividad, los problemas nutricionales suelen estar provocados por una dieta insuficiente. Los adultos mayores a menudo carecen de proteínas, vitaminas y minerales en sus dietas. (25)

Orem (1983) afirma que la ingesta adecuada de nutrientes debe ser proporcional al estado de salud específico en el que se encuentre cada individuo, es decir, con una ingesta rica en tipo y cantidad, la capacidad de cambiar los hábitos alimentarios es imprescindible. (28)

Las deficiencias nutricionales en muchos adultos mayores pueden tener varias razones, tales como: falta de dinero para comprar o cocinar alimentos, información nutricional y discapacidades físicas que hacen que no sea seguro comprar o cocinar alimentos. Se vuelve difícil comer, sentimientos de soledad, rechazo o letargo, entre otros. (25)

Como quinta y última dimensión tenemos a la promoción del funcionamiento y desarrollo personal que se entiende como la preocupación por la superación personal, o lo que una persona puede hacer fuera de su crecimiento natural en función de su edad. Para desarrollarse o avanzar, definirán metas y acciones para alcanzar la meta, encontrarán dificultades que

las harán distantes y menos accesibles. Responder a estos obstáculos determinará el rápido logro de las metas, cuyo éxito radica en aprender a responder positivamente a las desventajas y aprender a superarlas. (26)

El autocuidado ocurre cuando las personas se involucran en acciones de bienestar, lo que influye en factores internos y externos para regular sus carreras y su crecimiento personal. (27) En el anciano, la vida implica la exposición a muchas situaciones negativas o cambios (pérdidas, declives, tensiones ambientales) en áreas importantes de la vida y el funcionamiento personal, pero al mismo tiempo también asume la posibilidad de una serie de oportunidades y cambios positivos. (29)

Los aspectos sociales van desde el aspecto económico hasta tener una red social que brinde apoyo material y espiritual al paciente y su familia. El surgimiento de esta red se ve como un recurso adecuado para hacer frente a las condiciones de enfermedad y pérdida, otro aspecto que debe tenerse en cuenta por el paciente y su familia es el trabajo de cada paciente, y los ingresos que pueden mejorar su atención. (30)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Este estudio es de tipo básica, porque se hace uso del método científico con el fin de encontrar un conocimiento más completo gracias a la comprensión de los aspectos básicos de los fenómenos, eventos observables o relaciones que establecen variables (31), adopta el nombre de investigación pura, porque su propósito no es económico, sino impulsado por la curiosidad y el amor por la ciencia, es fundamental porque es la base de la investigación aplicada y esencial porque es importante para el progreso de la ciencia. (32)

El presente estudio es descriptivo, cuantitativo, no experimental, con estimaciones transversales. Es descriptivo porque su objetivo es describir cómo se manifiesta la capacidad de autocuidado de las personas mayores en la urbanización La Libertad, Chimbote. (33) Es cuantitativo porque la información obtenida y los resultados se procesarán y se presentarán en tablas, expresados en números y porcentajes, obtenidos de pruebas matemáticas y estadísticas. (34)

El diseño no es experimental, ya que la variable independiente no se controla intencionalmente para influir sobre otra variable de estudio. En este tipo de diseño, solo se observan o miden situaciones actuales sin ser abordadas. Es transversal porque la información cambiante de la capacidad de una agencia de autocuidado se recopilará durante un período de tiempo específico, aplicando la herramienta solo una vez. (35)

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Capacidad de agencia de autocuidado

Definición conceptual: Habilidad que crece en la vida diaria a través del proceso de aprendizaje espontáneo que incluye: asistencia, comprensión, adaptación, adquisición de conocimientos, toma de decisiones y acción.

Definición operacional: Conjunto de recursos y aptitudes que el adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, tiene para participar en el autocuidado. La variable se evaluará en 5 dimensiones. (Ver anexo 1)

3.3. Población, muestra y muestreo

Una población se define como un grupo que presenta determinadas características, y estas características deben ser muy detalladas para determinar los parámetros de la muestra. Entre estas características se encuentran el contenido, el lugar, el tiempo y la accesibilidad. (36)

La población estudiada la constituyo 50 Adultos Mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote en el periodo 2021.

La muestra se puede definir como un subconjunto de la población de estudio, de donde se recolectará información, esta muestra debe ser representativa, para posteriormente generalizar los resultados a la población. (37)

Por tanto, la muestra fue de 50 adultos mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote en el periodo 2021, siendo una población muestral.

Unidad de análisis:

Constituido por los adultos mayores que proceden de una zona rural, de una comunidad de clase media.

Criterios de inclusión

- ✓ Personas varón o mujer de 60 á o +
- ✓ Adultos mayores que sabe leer y escribir
- ✓ Adultos mayores que dieron su consentimiento informado

Criterios de exclusión

- ✓ Personas con enfermedades neurológicas como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, Demencia senil, entre otros; que impidan su gestión de autocuidado, dependientes de otras personas para su cuidado.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista con la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA) aplicada como herramienta, producto del trabajo colaborativo de Isenberg, Philipsen H., Evers G., Brauns G. y Smeets H., iniciado en 1983 en la Facultad de Salud. Ciencias de la Universidad de Maastricht - Holanda, basado en la teoría de enfermería de los déficits del autocuidado. Con la posterior realización de la validez estructural por Evers G. e Isenberg (38)

La capacidad de autocuidado se evaluó en términos de interacción social (2 ítems), bienestar personal (12 ítems), actividad y reposo (5 ítems), consumo adecuado de alimentos (1 ítem) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (4 ítems). (39)

Esta escala consta de 24 ítems con un formato de 5 alternativas estilo Likert, donde el número uno (nunca), dos (rara vez), tres (a veces), cuatro (a menudo) y el cinco (siempre). Los puntajes pueden ser de 0 a 96 puntos, teniendo 3 niveles: Alto, moderado y bajo (40) (ver anexo 6)

Dimensiones:

Interacción social: ítems 12 y 22.

Bienestar Personal: ítems 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23.

Actividad y reposo: ítems 3, 6, 11, 13 y 20.

Consumo suficiente de alimentos: ítem 9.

Promoción del funcionamiento y desarrollo personal: ítems 10, 1, 18 y 24.

Validez y Confiabilidad:

La escala ASA mostró un valor extrínseco demostrado en grupos de muestras de diferentes países con características similares en términos de capacidad de autocuidado, que obtuvieron medios semejantes al responder la escala. (38)

La validez y confiabilidad fueron realizadas en Columbia, por Velandia y Rivera en sujetos con factores de riesgo cardiovascular, confiabilidad según la evaluación de consistencia interna, con alfa de Cronbach de 0,7, la validez se mide mediante análisis factorial de Kaiser Meyer Olkin (KMO) de 0,70 y afirmación de Bartell es estadísticamente significativo; 0,001; 276gl. Chi² 117,6.

(41) Los resultados confirmaron validez y confiabilidad de la escala ASA en la versión en español, para evaluar si una persona puede satisfacer las necesidades generales actuales de una agencia de autocuidado; medición de conceptos clave de la teoría de la discapacidad en enfermería de Orem. (12)

Así mismo se realizó la confiabilidad del instrumento en una prueba piloto que estuvo conformada de 12 adultos mayores, para lo cual se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, ya que los valores utilizados son del tipo politómico; alcanzando un 0,731 lo cual indica que es un instrumento confiabilidad aceptable para la población. (ver anexo 3, base de datos de la prueba piloto)

3.5. Procedimientos

Se envió un documento solicitando la autorización al secretario para la ejecución del instrumento en la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote; luego se procedió a ejecutar la visita casa por casa para informar sobre la ejecución de la investigación si aceptaban, firmaron el consentimiento y finalmente se procedió a aplicar el instrumento.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 25, en donde se ingresó toda la base de datos obtenida en la aplicación de la herramienta, y luego se presentaron los resultados en tablas estadísticas.

3.7. Aspectos éticos

Hirsch A. y Navia A. en el 2018, abordaron tres objetivos de la ética en el trabajo de investigación, el primero es proteger a los participantes, que la investigación beneficie a los participantes y a la sociedad, y evaluar todos los estudios para evitar riesgos, proteger la confidencialidad e informar el uso del consentimiento. (42)

El **principio de beneficencia y no maleficencia**, buscó que los participantes de la investigación no sufrieran ningún tipo de daño, ni físico, ni psicológico, ni emocional, en todo se salvaguarda la protección de la salud. También, se salvaguarda la confidencialidad, al tratar la información en forma anónima; los instrumentos se codificaron y luego de ser aprobado el informe final serán destruidos. (43)

El **principio de autonomía**, los ancianos que aceptaron participar en la investigación, lo hicieron de manera libre y voluntaria. Además, en cumplimiento a la autodeterminación, el adulto mayor puede abandonar el estudio cuando lo decidiese, sin recibir ningún tipo de amenaza o coacción. Fue requisito para su participación que firme el Consentimiento Informado (Anexo 5).

El **principio de justicia**, todos los adultos mayores que participaron en la investigación gozaron de los mismos derechos y oportunidades; bajo ningún sustento ningún participante sufrió discriminación, pues se cumplió el derecho de la justicia y equidad.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote - 2021.

Nivel de la capacidad de agencia de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Moderado	26	52%
Alto	24	48%
Total	50	100%

Fuente: Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado, 2021.

Interpretación: Según la tabla 1, el 52% (26) de la muestra de adultos mayores se ubicaron en un nivel moderado con respecto a la capacidad de agencia de autocuidado, también se encontró que el 48% (24) presentaron niveles altos para esta variable.

Tabla 2.. Nivel de capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de interacción social del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.

Nivel de interacción social	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	20%
Moderado	29	58%
Alto	11	22%
Total	50	100%

Fuente: Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado, 2021.

Interpretación: Según la tabla 2, el 58% (29) de adultos mayores mostraron un nivel moderado en la dimensión de interacción social, así mismo el 22% (11) mostró niveles altos de interacción y solo un 20% (10) se ubicó en un nivel bajo para esta dimensión.

Tabla 3. Nivel la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de bienestar personal del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.

Nivel bienestar personal	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Moderado	23	46%
Alto	27	54%
Total	50	100%

Fuente: Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado, 2021.

Interpretación: Según la tabla 3, el 54% (27) de adultos mayores mostraron un nivel Alto en la dimensión de bienestar personal, así mismo el 46% (23) de la muestra se ubicó en un nivel moderado.

Tabla 4. Nivel la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de actividad y reposo del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.

Nivel de actividad y reposo	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	4%
Moderado	29	58%
Alto	19	38%
Total	50	100%

Fuente: Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado, 2021.

Interpretación: Según la tabla 4, el 58% (29) de la muestra encuestada mostraron un nivel moderado en el nivel de actividad y reposo, así mismo el 38% (19) mostró un nivel alto y solo el 4% (2) mostró un nivel bajo en esta dimensión.

Tabla 5. Nivel la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de consumo suficiente de alimentos del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.

Nivel Consumo suficiente de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	8%
Moderado	31	62%
Alto	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado, 2021.

Interpretación: Según la tabla 5, el 62% (31) la muestra de adultos mayores indicó presentar un nivel moderado del consumo suficientes de alimentos, el 30% (15) mostró un alto nivel de consumo y solo el 8% (4) indicó un nivel bajo de consumo suficiente de alimentos.

Tabla 6. Nivel de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021.

Nivel de promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	2%
Moderado	34	68%
Alto	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado, 2021.

Interpretación: Según la tabla 6, el 68% (34) de adultos mayores se ubicó en un nivel moderado de promoción del funcionamiento y desarrollo personal, también el 30% (15) logró ubicarse en un nivel alto y solo el 2% (1) alcanzó el nivel bajo para esta dimensión.

V. DISCUSIÓN

La salud de las personas mayores es a menudo un reflejo o resultado de acciones o hábitos saludables adoptados a lo largo de la vida. En este punto del ciclo vital, el envejecimiento es básicamente un proceso natural que implica una serie de cambios estructurales y funcionales que afectan las capacidades físicas, psicológicas y sociales y afectan la capacidad de cuidarse. (14)

En cuanto al **objetivo general** de esta investigación fue determinar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021, encontró un nivel moderado con 52% (26), seguido de un nivel alto con un 48% (24), si bien los resultados son positivos para esta población aún hay ciertos hábitos y/o acciones que se pueden mejorar para que el autocuidado se encuentre en una óptima condición, los resultados hallados es similar al de Tejada T. (12) donde halló un nivel medio para la capacidad de autocuidado con un 85.3%, otros estudios con resultados semejantes a los estudios de Rupay R. (7), Ramírez O. (10) y Arteaga M. (13) quienes obtuvieron un nivel medio de capacidad de autocuidado en los ancianos sus resultados fueron de 59%, 50% y 60% respectivamente, aunque estos estudios están relacionados a condiciones de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión y/o diabetes mellitus.

En contraste en las investigaciones de Molano D. (15) quien obtuvo como resultado una categoría alta de autocuidado de 63.5% al igual que Cantillo C. y Blanco J. (17) quienes obtuvieron alto nivel de autocuidado con un 80,2%.

Los resultados están respaldados fundamentalmente por la teoría de investigación de Orem, ya que el autocuidado es un comportamiento, hay situaciones específicas de la vida en las personas se guían a sí mismas, a los demás o al entorno para regular los factores que afectan su crecimiento, desempeño en sus vidas, salud o bienestar. A esto le siguen los requisitos del autocuidado para el desarrollo, es decir, potenciando condiciones necesarias para la vida y el crecimiento, previniendo la ocurrencia de condiciones adversas o mitigando los efectos de condiciones previas en diferentes momentos. En este sentido, debe entenderse que el autocuidado debe entenderse y aplicarse de

forma voluntaria y permanente, respetando y perpetuando los trastornos que cada individuo manifiesta en las etapas de desarrollo y en la edad adulta, el estado de salud, las características del nivel de salud. sobre avances específicos, elementos del entorno en el que opera y consume energía (18)

En segundo lugar en cuanto a mi **primer objetivo específico** que fue identificar la capacidad de la agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de integración social se obtuvo un nivel moderado con un 58% (29) seguido de un nivel alto con un 22% (11), estos resultados son importantes ya que sobre esta dimensión pudimos identificar si el adulto mayor cuenta con un sistema de apoyo en situación de urgencia o emergencia, con respecto a esta dimensión hay estudios que concluyeron un nivel alto de autocuidado en esta dimensión como son los de Tejada T. (12) que obtuvo un 45.3% y Molano D. (15) que obtuvo un 42,9%. En comparación con el estudio realizado por Pardavé F. (14), donde concluyó todo lo contrario en su población de estudio la percepción del autocuidado en adultos mayores en la dimensión social era no saludable en un 63,9%.

Según Blas M, la integración social representa los requisitos básicos del cuidado personal para la adquisición de conocimientos y valores para el desarrollo humano. Vemos que la comunicación es fundamental en todas las relaciones sociales, porque es un mecanismo regulador y crea las interacciones entre las personas. Por tanto, los seres humanos que establecen relaciones con otros a través de interacciones, pueden clasificarse como procesos sociales. (21)

Asimismo, con respecto al **segundo objetivo específico** que fue identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de bienestar personal esta se encontró en un nivel alto con un 54% (27) seguida de un nivel moderado con un 46% (19) con estos resultados vemos que los adultos mayores cuentan con un adecuado entorno, un estilo de vida saludable. Al respecto de esta misma dimensión con un resultado similar tenemos a Molano D. (15), encontró un nivel alto. Así también tenemos a Carbajo N. (9) y Pardavé F. (14), concluyeron que en higiene y confort que son parte del bienestar personal obtuvieron un nivel adecuado con 89.4% y 30,6% respectivamente.

En contraste con estudios donde sus resultados fueron diferentes a la investigación realizada tenemos a Rupay R. (7) en su dimensión de capacidad para operacionalizar que abarca las condiciones en las que se encuentra el adulto mayor y el entorno de este, donde encontró un nivel medio con un 55%, Tafur A. (8), que obtuvo en factores extrínsecos donde se encuentra el tipo de vivienda un nivel poco aceptable 42.5%, tenemos a Ramírez O. (10), que halló en hábitos y costumbres un nivel regular en un 50%, así mismo tenemos a Tejada T. (12), encontró en la misma dimensión un nivel medio con 66,7% y por último tenemos a Castiblanco M. & Fajardo E. (16), quienes obtuvieron en su dimensión de higiene y confort un 58,76% un autocuidado parcial.

Respecto a esta dimensión Fierro A, nos dice que el bienestar personal, subjetivo o psicológico se ha definido como una experiencia emocional placentera. Este es un concepto común que se superpone o se relaciona con otros conceptos, tales como felicidad, satisfacción personal y calidad de vida propia. Es multidimensional: influencia positiva, influencia negativa, pero también percepción evaluativa y, según algunos, percepción del sentido de la vida. (23)

Con respecto al **tercer objetivo específico** que fue el identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de actividad y reposo se halló un nivel moderado con un 58% (29) seguido de un nivel alto 38% (19) y un nivel bajo con un 4% (2), con estos resultados vemos que los adultos mayores de esta comunidad se sienten moderadamente con la energía para realizar actividades que sostenga un buen estado de salud y tienen un regular descanso nocturno. Con respecto a estos resultados tenemos estudios con hallazgos similares que obtuvieron un nivel parcialmente adecuado como los de Carbajo N. (9) con un 75.3% en actividad física y 58.8% en descanso/sueño, Ramírez O. (10) halló un 52.63% en actividad física, Tejada T. (12) que obtuvo en actividad y reposo 68% y Pardavé F. (14) encontró un 48.7% en actividad física y un 41.7% en descanso/sueño.

En cuanto a estudios con resultados distintos tenemos a Molano D. (15) que halló en esta dimensión una categoría alta con un 71,9%, así mismo tenemos a Castiblanco M. & Fajardo E. (16), ambos encontraron un nivel adecuado,

obteniendo calificaciones altas en la dimensión de actividad física y descanso/sueño con un 64.1% y 51.9% respectivamente.

En libro de Du Gas no dice que el movimiento es una parte tan esencial de la vida humana que la discapacidad permanente en cualquier parte del cuerpo es una de las peores cosas que le pueden pasar a una persona. Por otro también no dice que el sueño es una parte esencial de la vida humana y ocupa un tercio de su tiempo. Todavía nos preguntamos si la gente necesita ocho horas de sueño por noche. (26)

Está claro que un estudio de Hartmann y otros investigadores del Laboratorio del Sueño y ensueño de Estados Unidos planteó dudas al respecto. Las personas que "toman una siesta" son generalmente productivas e importantes, trabajadoras, descansadas por la mañana, socialmente adaptables, personas estables, satisfechas con la vida y sus trabajos. (26)

Para el **cuarto objetivo específico** que fue identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de consumo suficiente de alimentos donde se halló un nivel moderado con un 62% (31), seguido de un nivel alto 30% (15) y un nivel bajo con un 8% (4), con estos resultados vemos que los adultos mayores tienen una alimentación parcialmente adecuada que les permiten conserva su peso. En comparación con otros estudios encontramos resultados similares en los de Tafur A. (8) y Ramírez O. (10) tienen un nivel regular de autocuidado en la dimensión de alimentación con un 87.5% y 60.53% respectivamente. Con respecto a estudios donde sus resultados fueron distintos encontrando un nivel adecuado en la dimensión mencionada, estas investigaciones son los de Carbajo N. (9) que obtuvo un 81.2%, Pardavé F. (14) con un 48.7%, Molano D. (15) que encontró un nivel muy alto con un 52,3% y Castiblanco M. & Fajardo E. (16) obtuvieron un 53.1% en esta dimensión. Por otro lado, Tejada T. (12), halló un nivel bajo con un 60% en consumo suficiente de alimentos.

En el libro de Du Gas, nos dice que las necesidades nutricionales de los ancianos son las mismas que las de otros adultos, aunque necesitan menos calorías, pero también debido a una actividad reducida, los problemas nutricionales a menudo se deben a una alimentación insuficiente. Las deficiencias nutricionales en

muchos adultos mayores se pueden atribuir a varias razones, tales como: falta de dinero para comprar o cocinar alimentos, y discapacidades nutricionales y físicas que hacen que sea inseguro comprar o cocinar alimentos. (26)

Referente al **quinto objetivo específico** que fue identificar la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor en la dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal donde la población en estudio obtuvo un nivel moderado con 68% (34), seguido de un nivel alto con 30% (15) y en el nivel bajo un 2% (1), con estos resultados logramos observar que los adultos mayores de esta comunidad tienen moderada capacidad para cuidarse y mantenerse seguro asimismo y a su familia al igual que un regular nivel de relacionarse dentro de grupos sociales. Con antecedentes donde se observa similitud en resultados son el de Tejada T. (12), que encontró un 65.3 en esta dimensión, Arteaga M. (13) que menciona esta dimensión con el nombre de capacidades fundamentales donde el adulto tiene la disposición para actuar, realizar cambios que se necesiten para mantener su salud obtuvo un nivel medio con 76% y Castiblanco M. & Fajardo E. (16) quien usa la categoría de la vigilancia de la salud del anciano debe dar a conocer y promover la adopción de un estilo de vida saludable para detectar, controlar y reducir los riesgos, y estos autores coincidieron parcialmente con los hallazgos del 40,68%

En comparación con otros estudios con resultados distintos encontramos a Molano D. (15) que encontró en términos de mejorar el rendimiento y el desarrollo personal un nivel alto con un 49,5%, así mismo tenemos a Rupay R. (7), que nos dice en su investigación en la dimensión de componentes de poder, donde el adulto debió demostrar habilidades para regular su capacidad de autocuidado e integración, en este estudio se halló un nivel bajo con un 55%; Carbajo N. (9), en su estudio hablo de 7 dimensión dentro de ellas se encuentra la de control de salud donde resultó en un criterio de autocuidado adecuado con un 83,5% y al igual que Pardavé F. (14), encontró en la misma dimensión un déficit de autocuidado con un 43,1%.

Montoya L., De Arias L. y Montoya C. nos dicen que el desarrollo personal, se entiende como la preocupación por la superación personal que promueve, o lo que una persona puede hacer con su crecimiento natural en función de su

edad. Responder a estos obstáculos determinará la realización de cuyo éxito radica en aprender a responder positivamente a las desventajas y aprender a superarlas. Los aspectos sociales van desde el aspecto económico hasta la presencia de la red social proporcionando apoyo material y emocional al paciente y su familia. (27)

Por lo antes mencionado, queda trabajo para el profesional de enfermería, respecto a concientizar a los ancianos y las familias, ya que en la mayoría de resultados donde se logró la capacidad moderada de agencia de autocuidado, lo que indica que queda mucho trabajo por hacer para ver mejores resultados al cuidado de ancianos, familia y comunidad.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de capacidad de agencia de autocuidado de adultos mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad es de nivel moderado entonces podemos decir que aún hay deficiencias en algunas dimensiones que no permiten que los adultos obtengan una gran capacidad de agencia de autocuidado.
2. En la dimensión de interacción social los adultos mayores presentan una capacidad de agencia de autocuidado de nivel moderado, debido a que muchos de ellos primero recurren a sus familiares antes que a sus amistades ante una emergencia.
3. En la dimensión de bienestar personal los adultos mayores presentan una capacidad de agencia de autocuidado de nivel alto, ya que en su mayoría cuentan con conocimiento correcto sobre las condiciones adecuadas de higiene, si presentan algún tipo de síntomas buscan información sobre su estado actual, por lo cual pueden actuar y mantener un alto nivel de autocuidado.
4. En la dimensión de actividad y reposo predominó un nivel moderado de capacidad de agencia de autocuidado en los adultos mayores, donde podemos observar que aún es deficiente la calidad y horas de descanso, así como ha disminuido las horas de ejercicios.
5. En la dimensión de consumo suficiente de alimentos los ancianos de esta comunidad tienen un nivel moderado de capacidad de agencia de autocuidado en donde vemos que no hay un adecuado consumo de alimentos que satisfacen sus necesidades.
6. En la dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal predomina una capacidad de agencia de autocuidado moderado esto nos dice que tienen un buen manejo de su propia seguridad y mantener un entorno seguro, así mismo desarrollarse dentro de grupos sociales.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud correspondiente a la jurisdicción, fortalecer el conocimiento sobre autocuidado en la comunidad estudiada, tanto a los adultos mayores como a los familiares, lo cual favorecerá a incrementar la capacidad de autocuidado en los adultos mayores y poner en práctica las diversas medidas que le permitirán tener un envejecimiento saludable.
2. A los adultos mayores residentes en la comunidad estudia deberán acudir en forma continua a un centro médico para recibir asesoramiento médico periódico que permita la identificación oportuna de enfermedades o complicaciones relacionadas con la edad; se pueden proporcionar tratamientos adecuados que les permitan mantener una buena salud.
3. A los familiares de los adultos mayores deben involucrarse en el cuidado de estos, atendiendo sus necesidades físicas y emocionales; y por diversas medidas que les permitan tener una buena calidad de vida.
4. A los dirigentes de la comunidad La Libertad, deberán sensibilizar y hacer gestiones con el equipo del centro de salud correspondiente a la jurisdicción territorial para coordinar acciones que resalten la importancia de la interacción social en el desarrollo de la autoestima de los adultos mayores.
5. Los profesionales de enfermería responsables del cuidado del adulto mayor de la jurisdicción de la comunidad urbano marginal La Libertad, deberán difundir los resultados de la investigación en los diferentes establecimientos de salud para crear estrategias de cuidado a los adultos mayores en base a los resultados encontrados.
6. Se recomienda a los estudiantes de enfermería que realicen estudios sobre la situación del anciano aumentando el número de muestras de estudio, con base en las investigaciones actuales es posible obtener resultados más precisos sobre la condición del anciano y el tema en estudio.

REFERENCIAS

1. WHO. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Barcena A. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. CEPAL. 2009;70.
3. INEI. Indicadores Del Adulto Mayor. 2020;(4):1-51.
4. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Resum Políticas Washing DC, Estados Unidos [Internet]. 2018; Disponible en: <https://webimages.iadb.org/publications/2019-01/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
5. Blouin C, Tirado Rao E, Mamani Ortega F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. 2018; Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/133591>
6. Naranjo Y. Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet] [Internet]. 2017;89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
7. Rupay Claros R. Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus que acuden al consultorio externo del Hospital Municipal-Los Olivos-2020. 2020; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59462>
8. Tafur Meza AM. Capacidad de autocuidado y prevención de caídas en el Programa del Adulto del Hospital de Chancay, 2019-2020. 2020; Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3936>
9. Carbajo Minauro N. PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DEL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR GERIÁTRICO SEÑOR DE LA ASCENSIÓN. 2019; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3269>
10. Ramírez Tuya OM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la Microred chavín-Ancash,

2018. 2019; Disponible en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3916>
11. Pérez Moreno SV, Saucedo Miñano KY. Nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familia disfuncional de la comunidad urbano-marginal San Juan de Dios, del distrito de Chimbote, 2017. 2018; Disponible en:
<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/3126>
 12. Tejada Quispe T. Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018. 2018; Disponible en:
<http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/9639>
 13. Arteaga Castañeda M. Capacidad de agencias de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial Hospital EsSalud II Jaén 2016. 2017; Disponible en:
https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1391/T016_70039654_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 14. Pardavé Cámara FG. Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de santa maría del valle. 2016; Disponible en:
<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/130;jsessionid=9EDAB84CE710ADFE22E2574877D79756>
 15. Molano Barrera DY. Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Fac Enfermería [Internet]. 2019; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69845>
 16. Castiblanco M, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué. Colomb Redalyc [Internet]. 2017;33(1). Disponible en:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000100058&lng=en&tlng=.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000100058&lng=en&tlng=)
 17. Cantillo-Medina CP, Blanco-Ochoa J de J. Agencia de Autocuidado de la persona con Enfermedad Renal Crónica en diálisis. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2017;20(4):330-41. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842017000400330&script=sci_arttext&tlng=en
 18. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para

- calidad en la atención. Rev Médica Electrónica; Vol 36, No 6 [Internet]. 2014; Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139>
19. Rojas Gallo, Annia; Pérez Pimentel, Sandra; Lluch Bonet, Adalberto; Cabrera Adàn M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado | Rev. cuba. enferm;25(3-4)jul.-dic. 2009. | CUMED. [citado 23 de noviembre de 2021]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-42896>
 20. Orem DE. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica [Internet]. Ediciones científicas y técnicas; 1993. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text= Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica>
 21. Blas Yanayaco ME. Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y control de tuberculosis en el Centro de Salud Mi Perú Ventanilla 2018. 2018; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/18046>
 22. Díaz VL, Rojas PA, Barboza YB, Sancho EC, Marín MC, Guido YW. Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide. Enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2012;(22). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/448/44823378001.pdf>
 23. Fierro A. Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. Clínica y Salud [Internet]. 2006;17(3):297-318. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000300006
 24. Valdés SEC. El bienestar personal en el envejecimiento. Iberóforum Rev Ciencias Soc la Univ Iberoam [Internet]. 2009;4(7):48-65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>
 25. Du Gas BW, Du Gas BM. Tratado de enfermería práctica. En: Tratado de enfermería práctica [Internet]. 1987. p. xxi-793. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-379427>
 26. Montoya LA, de Arias LMP, Montoya CLV. El desarrollo personal en el

- proceso de crecimiento individual. Sci Tech [Internet]. 2008;3(40):117-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/849/84920454022.pdf>
27. Rodríguez RS, Silva IZ. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huaycán, Lima, 2015. Rev Científica Ciencias la Salud [Internet]. 2015;8(2):44-9. Disponible en: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/250
 28. Ellen Esquivel KD, Padilla Guibovich KE. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015. 2016; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/1687>
 29. Apaza Apaza LV, Arias Fernández JP. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con Osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado-MINSA Arequipa-2016. 2016; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1816>
 30. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2012;28(2):79-86. Disponible en: <https://cutt.ly/yTGg8J0>
 31. Baena Paz G. Metodología de la investigación. Grupo Editorial Patria; 2017.
 32. Paitán HÑ, Mejía EM, Ramírez EN, Paucar AV. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Ediciones de la U; 2014.
 33. Sánchez H, Reyes C. Método Científico. Planificación de la investigación. En: Diseños de Investigación. Perú: Alvitres; 2000. p. 157-62.
 34. Sampieri R, Collado C, Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. Edición McGraw-Hill. 2014. Disponible en: http://www.academia.edu/download/38758233/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
 35. Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 5ta edición. Editorial Limusa; 2012.
 36. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017;35(1):227-32. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
 37. Lilia CFA. Población y muestra. 2015;

38. Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev salud pública [Internet]. 2006;8(3):235-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=en.
39. Manrique-Guzmán JA, Manrique-Chávez CB, Chávez-Reátegui B del C, Manrique-Chávez JE. Calidad técnica y percibida del servicio de operatoria dental en una clínica dental docente. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2018;28(3):185. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v28n3/a07v28n3.pdf>
40. Angarita OMV. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Salud uninorte [Internet]. 2014;30(2):133-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81732428005.pdf>
41. SÁNCHEZ CVB. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Av en Enfermería [Internet]. 2007;25(2):65-75. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a07.pdf>
42. ARIAS AV, ÁLVAREZ LUZNR. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado"(ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana1. Av en enfermería [Internet]. 2009;27(1):38-47. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13548>
43. Hirsch Adler A, Navia Antezana C. Ética de la investigación y formadores de docentes [Internet]. Vol. 20, Revista electrónica de investigación educativa. scielomx; 2018. p. 1-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1607-40412018000300001&lng=es&tlng=es

ANEXOS

ANEXO 1. Operacionalización de la Variable.

ANEXO 2. Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado.

ANEXO 3. Confiabilidad del instrumento y base de datos de la prueba piloto.

ANEXO 4. Autorización para la ejecución del proyecto de investigación.

ANEXO 5. Consentimiento informado.

ANEXO 6. Puntaje y niveles, por dimensiones y variable del instrumento.

ANEXO 7. Base de datos de la muestra.

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	Habilidad que se desarrollan en la vida diaria a través de un proceso de aprendizaje espontáneo que incluye: asistencia, comprensión, adaptación, adquisición de conocimientos, toma de decisiones y acción. (20)	Conjunto de recursos y aptitudes que el adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, tiene para participar en el autocuidado, cuyo valor final alto, moderado y bajo. (20)	Interacción social: ítems 12 y 22.	Cuenta con un sistema de apoyo en situación de urgencia o emergencia.	Ordinal
			Bienestar Personal: ítems 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23	Cuenta con un adecuado entorno donde pueda mantener un buen estado de salud. Examina su cuerpo. Mejora su estilo de vida.	
			Actividad y reposo: ítems 3, 6, 11, 13 y 20.	Se siente con la energía para realizar actividades que sostenga un buen estado de salud. Tiene un buen descanso nocturno.	
			Consumo suficiente de alimentos: ítem 9.	Tiene una buena alimentación, conserva su peso.	
			Promoción del funcionamiento y desarrollo personal: ítems 10, 1, 18 y 24.	Tiene la capacidad para cuidarse y mantenerse seguro asimismo y a su familia. Tiene la capacidad para relacionarse dentro de grupos sociales.	

ANEXO 2

Escala para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Adulto Mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote.

Estimado Señor /señora, muchas gracias por su valiosa información. El objetivo de esta escala es recoger información sobre la capacidad de autocuidado.

Instrucciones:

Por favor lea cada una de las preguntas, responda lo más claro posible y coloque una (X) dentro del recuadro con la respuesta que considere más apropiada.

1. **Edad:** _____

2. **Sexo:** masculino () femenino ()

3. **Procedencia:** costa () sierra () selva ()

4. **Estado civil:** casado(a)() soltero(a)() conviviente() separado(a)() viudo(a)()

5. **Grado de instrucción:** iletrado () primaria () secundaria () superior ()

6. **Ocupación:** empleado () independiente () desempleado () obrero ()

7. **Religión:** católica () evangélica () testigo de Jehová () adventista ()

Ítem		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1	Según cambien las situaciones en mi entorno ¿hago lo necesario para mantenerme con salud?					
2	Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.					
3	Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme					

4	Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor					
5	Si es necesario, Pongo en primer lugar lo que necesito para mantenerme con salud					
6	Tengo la energía para cuidarme como debo					
7	Busco mejores formas de cuidar mi salud					
8	Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño					
9	Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y trato de mantener mi peso adecuado					
10	Tengo la capacidad de relacionarme dentro de grupos sociales y mantenerme tal como soy					
11	Hago ejercicio y descanso un poco durante el día					
12	Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda					
13	Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado					
14	Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿Pido explicación sobre lo que no entiendo?					
15	Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio					
16	Soy capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejora mi salud					

17	Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿Pido información sobre los efectos adversos?					
18	Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros					
19	Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud					
20	En mis actividades diarias, ¿Saco tiempo para cuidarme?					
21	Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada					
22	Busco ayuda si me encuentro en incapacidad					
23	Tengo capacidad para tomar tiempo para mi					
24	Aun con limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta					

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ESTADÍSTICO DE FIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

Confiabilidad del instrumento.

Se realizó a través del instrumento en una prueba piloto que estuvo conformada de 12 adultos mayores, para lo cual se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, ya que los valores utilizados son del tipo politómico; y los resultados fueron los siguientes:

Tabla 1.

Confiabilidad de la variable: Capacidad de Agencia de autocuidado

Variable	Alfa de Cronbach	N de elementos
Capacidad de Agencia de autocuidado	0,731	24

Nota: En la tabla 1 se observa que la variable presenta una confiabilidad aceptable; por lo tanto, el instrumento que mide la variable Capacidad de Agencia de autocuidado, es confiable.

Cuadro 1. Niveles de confiabilidad según alfa de Cronbach

Intervalos de valores	Nivel de confiabilidad
0.90 – 1.00	Confiabilidad muy alta
0.80 – 0.89	Confiabilidad alta
0.70 – 0.79	Confiabilidad aceptable
0.60 – 0.69	Confiabilidad baja
0.50 – 0.59	Confiabilidad muy baja
<0.5	Confiabilidad nula

Tabla 2.

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos	Válido	12
	Excluido ^a	0
	Total	12

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

❖ Base de datos de los ítems, para hallar la confiabilidad del instrumento.

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK															
2	N°	Edad	Sexo	Procedencia	Estado civil	Grado de instrucción	Ocupación	Religión	AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN ADULTO MAYOR																																											
3	1	68	1	0	0	2	0	0	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	TOTAL			Masculino	1															
4	2	75	0	0	4	1	2	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	0	4	2	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	3	89			Femenino	0														
5	3	77	0	0	0	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	90			Costa	0															
6	4	65	0	1	4	0	1	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	0	4	89			sierrs	1															
7	5	81	1	0	0	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0	3	83			selva	2															
8	6	81	1	0	0	1	0	0	4	4	3	4	4	3	4	4	4	0	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	0	3	82																			
9	7	75	0	0	0	1	2	0	4	4	3	4	4	3	4	4	3	0	3	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	0	4	80			Casado	0															
10	8	83	0	1	0	0	2	0	4	4	3	4	4	4	4	4	4	0	4	2	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	0	2	78			soltero	1															
11	9	69	0	1	0	1	2	0	3	4	4	4	4	3	3	3	3	0	4	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	0	3	78			Convivien	2															
12	10	62	0	0	1	2	0	0	4	4	3	4	4	4	4	4	4	0	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	84			Separado	3															
13	11	64	1	0	0	2	1	0	3	3	2	4	4	1	3	3	4	0	2	4	3	4	4	2	4	4	4	3	4	4	0	2	71			Viudo	4															
14	12	60	0	0	0	3	2	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	88																			
15																																					independi	0														
16																																						desemplea	1													
17																																						obrero	2													
18																																																				
19																																							Católico	0												
20																																							Evangélica	1												
21																																							Testigo de	2												
22																																							Adventista	3												
23																																																				
24																																								iltrado	0											
25																																								primaria	1											

ANEXO 4



Lima, 21 de setiembre del 2021

CARTA N° 111 - 2021-EP/ ENF.UCV-LIMA

Señor:

Raúl Enrique Vásquez Ojeda
Sec. General de la Urbanización La Libertad.
Chimbote

Presente. -


Asunto: Solicito Autorizar la ejecución del Proyecto de Investigación de Enfermería.

Por la presente me es grato comunicarme con Usted a fin de saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad César Vallejo y en el mío propio deseándole éxitos en su acertada gestión.

A su vez, la presente tiene como objetivo el solicitar su autorización a fin de que la estudiante: **SHEINER ELENA SOLEDAD CERNA CASTRO** grado bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería pueda ejecutar su investigación titulada: "**Capacidad de Agencia de Autocuidado en los Adultos Mayores en la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021**", en la urbanización La Libertad que pertenece a su digna Dirección; por lo que solicito su autorización a fin de que se le brinden las facilidades correspondientes.

Sin otro particular y en espera de su respuesta

quedo de Usted. Atentamente.


RAUL E. VASQUEZ OJEDA
SEC. GENERAL URB. LA LIBERTAD
DNI 32945514





Mgtr. Zora M. Riojas Yance
Coordinadora de la E. P. de Enfermería
Universidad Cesar Vallejo Lima Norte

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, acepto estar de acuerdo con mi participación en la investigación “Capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote – 2021”, realizado por la Bachiller Sheiner Elena Soledad Cerna Castro de la escuela de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo, sede Lima – Norte como parte del proceso de Licenciatura.

Del mismo modo, reconozco estar informado que dicho proceso de investigación consta de la aplicación de una entrevista en la que se busca recabar información acerca de la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores necesaria para fines de la investigación.

Estoy notificado(a) también que la información obtenida será mantenida en el anonimato y toda la información será usada solo con fines de la investigación.

Si está de acuerdo con lo mencionado líneas anteriores, firme en el lugar adecuado.

Firma del (a) participante

Firma del (a) investigador

ANEXO 6

❖ Puntajes y niveles por dimensiones y variable del instrumento

Dimensión/Nivel	Bajo	Moderado	Alto
Interacción social	0 a 3	4 a 6	7 a 8
Bienestar personal	0 a 16	17 a 32	33 a 48
Actividad y reposo	0 a 7	8 a 14	15 a 20
Consumo suficiente de alimentos	0 a 1	2 a 3	4
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	0 a 5	6 a 11	12 a 16
Capacidad de agencia de autocuidado	0 a 32	33 a 64	65 a 96



Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, **Mg. Ruiz Ruiz, María Teresa**, docente de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Profesional de **Enfermería** de la Universidad César Vallejo (**Lima Norte**), asesora de la Tesis titulada:


Capacidad de Agencia de Autocuidado en los Adultos Mayores de la comunidad urbano marginal La Libertad, Chimbote 2021.

Del autor, **Cerna Castro Sheiner Elena Soledad**, constató que la investigación tiene un índice de similitud de **24%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el trabajo de investigación / tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Lima, 28 de noviembre del 2021

Apellidos y Nombres del Asesor: Ruiz Ruiz, María Teresa	
DNI 07254515	Firma 
ORCID 0000-0003-1085-2779	