



## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

# Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor



M.T. Loredó-Figueroa<sup>a</sup>, R.M. Gallegos-Torres<sup>b,\*</sup>, A.S. Xequé-Morales<sup>b</sup>,  
G. Palomé-Vega<sup>b</sup> y A. Juárez-Lira<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Querétaro, México

<sup>b</sup> Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México

Recibido el 15 de junio de 2015; aceptado el 9 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 21 de junio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Adulto mayor;  
Calidad de vida;  
Autocuidado;  
Nivel de  
dependencia;  
México

### Resumen

**Introducción:** El envejecimiento es un proceso natural. La calidad e independencia con que se vive esta etapa depende no solo de la estructura genética de los seres humanos, sino también de lo que se realiza durante el curso de vida.

**Objetivo:** Establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado.

**Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y correlacional. Fueron entrevistados 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Las variables estudiadas fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida. Se utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y correlación de Pearson y Spearman. El presente proyecto fue revisado y aprobado por un Comité de Investigación.

**Resultados:** El 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [isisrmgx@gmail.com](mailto:isisrmgx@gmail.com) (R.M. Gallegos-Torres).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**KEYWORDS**

Aged;  
Quality of life;  
Self-care;  
Dependency level;  
Mexico

**Level of dependency, self-care, and quality of life in the elder adult****Abstract**

*Introduction:* Getting old is a natural process. The quality of life and independency lived during this stage depend not only on the genetic structure, but also on what is done throughout the entire life.

*Objective:* To explore the relationship among the levels of quality of life, dependency, and self-care in the elder adult.

*Methods:* This is a transversal, descriptive, and correlational study. One hundred and sixteen elder adults who attended consultation visits at a health unit were interviewed. The variables studied were: dependency, self-care, and quality of life. The Barthel scale, the Self-Care Capacities Scale, and the SF-36 Quality of Life Questionnaire were used. The Pearson and Spearman correlations were calculated. This project was reviewed and approved by a Research Committee.

*Results:* Fifty four point three percent of the participants were female. The 80.2% of the elder adults interviewed showed independence to perform their daily life activities, while the rest (19.8%) showed a mild level of dependency. In relation to the self-care activities, 22.4% showed a good capacity, while 76.6% showed a very good capacity. In relation to their perception of quality of life, in the physical dimension, 24% of the participants considered their health as good, while 56% consider it as more or less good. In the correlation tests, a minimal relationship was found between the variables of self-care and dependency, also, a low relationship was found between the self-care and the school levels. A positive correlation was found between dependency and quality of life, and also between quality of life and age, though their values were low.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

**PALAVRAS CHAVE**

Idoso;  
Qualidade de vida;  
Autocuidado;  
Nível de dependência;  
México

**Nível de dependência, autocuidado e qualidade de vida do idoso****Resumo**

*Introdução:* O envelhecimento é um processo natural. A qualidade e independência com que se vive esta etapa depende não só da estrutura genética dos seres humanos, senão também do que se realiza durante o curso de vida.

*Objetivo:* Estabelecer a relação entre a qualidade de vida do idoso e o seu nível de dependência e autocuidado.

*Métodos:* Estudo transversal, descritivo e de correlação. Foram entrevistados 116 idosos que acudiram a consulta em uma unidade de saúde. As variáveis estudadas foram: dependência, autocuidado e qualidade de vida. Utilizou-se a escala de Barthel, Escala de capacidades de autocuidado e Questionário SF-36 de qualidade de vida. Realizou-se uma análise descritiva das variáveis e correlação de Pearson e Spearman. O presente projeto foi revisado e aprovado por um Comitê de Pesquisa.

*Resultados:* 54.3% dos participantes era mulher. O 80.2% dos idosos respondentes apresentou independência para realizar as atividades da vida diária e o 19.8% apresentou dependência leve. Na qualificação global das atividades de autocuidado, 22.4% teve boa capacidade e 76.6% muito boa capacidade. Na percepção de qualidade de vida na dimensão física, 24% dos entrevistados considera que sua saúde é boa e o 56% regular. Nas provas de correlação encontrou-se mínima relação entre as variáveis de autocuidado e dependência, escassa entre autocuidado e grau de escolaridade, correlação positiva entre a dependência e a qualidade de vida, bem como a qualidade de vida e a idade, ainda assim, o valor de todas as correlações foi baixo.

Direitos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

## Introducción

Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad<sup>1,2</sup>. Por lo tanto, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención. Mientras la población general crece un 1.7% anual, la población de adultos mayores crece un 2.5%<sup>3</sup>. En Querétaro el avance del envejecimiento en la entidad, visto como la relación entre las generaciones más jóvenes y las más viejas, se espera que sea paulatino. El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) informa que para el año 2010 habían 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 18 en 2013, y para el año 2030 se estima que habrán casi 38 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Querétaro en el lugar 27 en el proceso de envejecimiento poblacional del país<sup>4</sup>.

Los adultos mayores en este periodo experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social. La pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico) ha dado lugar a estereotipos respecto al envejecimiento en la cultura occidental, por lo que las personas experimentan cierto temor frente a la llegada de esta etapa que puede llevar incluso al aislamiento social<sup>5</sup>.

La funcionalidad del adulto mayor alude a las facultades para realizar las actividades de la vida diaria para enfrentar las demandas del ambiente, y vivir de manera independiente<sup>6</sup>. Su evaluación permite conocer el grado de independencia y autonomía<sup>7</sup>.

Con la pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y las tareas definidos socialmente se ven afectados y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir, y aparece así el término «discapacidad».

De la Fuente et al.<sup>8</sup> definen la discapacidad como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren asistencia o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Estas se operacionalizan en funciones principales como vestirse, bañarse, utilizar los servicios o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia.

Se ha observado que los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente ocasionados por las diferencias en la dieta, en el ejercicio diario y las maneras de afrontar los problemas y solucionarlos.

Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida está vinculada a «la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones»<sup>9</sup>.

Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales. También la calidad de vida se ha definido como «tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad»<sup>10</sup>.

Con respecto a los estudios que abordan el fenómeno de la calidad de vida del adulto mayor, estos la han definido en términos de calidad de vida positiva o negativa; positiva cuando se cuenta con relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales, pero se hace una valoración negativa cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales<sup>11</sup>.

Otras investigaciones de adultos mayores se centran en evaluar la funcionalidad y dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, sobre todo en el adulto mayor con patologías incapacitantes; aunque se reconoce que no todos los adultos mayores presenta este tipo de padecimientos, hay quienes cuentan con un nivel de salud que no incapacita y solo presentan el deterioro propio de la edad. En este sentido, es importante la evaluación geriátrica integral, la medición de la capacidad funcional, la calidad de vida y el autocuidado<sup>12</sup>.

En enfermería, para Dorotea Orem<sup>13</sup> el autocuidado «es la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar».

Así, como se ha señalado, la calidad de vida está altamente vinculada con las actividades que el adulto mayor ha realizado durante el transcurso de su vida, lo que puede determinar su grado de dependencia.

La investigación actual se centra en la medición de la dependencia, el autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor. Para su evaluación se seleccionaron instrumentos validados y con alto grado de confiabilidad en la medición de las respectivas variables (Escala de Barthel de actividades de la vida diaria, Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 para calidad de vida).

Así, el objetivo de este estudio fue establecer la relación que existe entre la calidad de vida del adulto mayor, su nivel de dependencia y el autocuidado.

## Métodos

El estudio fue de tipo transversal, correlacional. Se llevó a cabo en adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de medicina familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Querétaro. El muestreo fue de tipo probabilístico simple; para fines del estudio se incluyeron en él los adultos mayores entre 60 y 70 años, debido a que en esta edad la literatura refiere menor daño neurológico (demencias). El tamaño del universo en ese momento fue de 7,497. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con base en la fórmula para poblaciones finitas; quedó constituida por 116 adultos mayores, los cuales firmaron un consentimiento informado. Se excluyeron adultos mayores con alguna demencia senil, y se eliminaron los cuestionarios incompletos.

Las variables estudiadas fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor.

Se consideró dependencia el estado en que se encuentra el adulto mayor que por razones ligadas a la falta o pérdida

de autonomía física, psíquica o intelectual necesita asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos cotidianos de la vida diaria. Para medirla, se empleó el índice de Barthel de actividades de la vida diaria, ya que es uno de los instrumentos de medición más utilizado en geriatría<sup>14</sup>. Consiste en una escala ordinal que incluye 10 áreas de actividades básicas de la vida diaria: vestido, baño, aseo personal, uso del retrete, continencia urinaria y fecal, alimentación, deambulaci3n, traslado y uso de escaleras. Cada ítem puntúa de acuerdo a su relevancia (p. ej., baño/deambulaci3n: 5/15 puntos), lo cual permite que la suma de puntuaciones pueda representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde los ítems tienen igual peso. El puntaje es de 0-100, siendo 100 la máxima independencia, aunque sus creadores dejan claro que esto no implica que el individuo pueda vivir solo sin necesidad de ayuda. Así, los valores del instrumento se categorizan en la siguiente forma: >60: dependencia leve o independencia; 40-55: dependencia moderada, y 20-35: dependencia severa.

Para evaluar el autocuidado, entendido como práctica de actividades que los adultos mayores realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, se utilizó la escala de capacidades de autocuidado realizada por los profesores Rosalinda Díaz Guerrero, Ma. Lourdes Jordán Jinés, Cacique Cacique Leticia, Ana María Vera Ramírez, Eva Olalde García, Laura Ruiz Paloalto (instrumento sin publicar proporcionado directamente por la autora principal). Se trata de un instrumento constituido por 2 partes: la primera es para obtener datos de identificaci3n e incluye los factores condicionantes básicos que afectan el desarrollo o la adecuaci3n de las capacidades de la persona para cuidar de sí misma o de los que dependen de ella. La segunda parte está constituida por 25 ítems que evalúan los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y de desviaci3n de salud.

Para calificar las actividades de autocuidado se asignó un valor de 3 en los ítems contestados en siempre, de 2 en las respuestas de frecuentemente, de 1 en las respuestas de a veces y de 0 a las respuestas de nunca. Se clasificaron los resultados conforme a la capacidad de autocuidado de la siguiente manera: mala 0-18, regular 19-37, buena 37-56 y muy buena 57-75.

La calidad de vida se evaluó a partir de la percepci3n que el adulto mayor tiene de su salud, y para ello se seleccionó el cuestionario SF-36, uno de los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud<sup>15</sup>. Incluye 9 dimensiones: funci3n física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funci3n social, rol emocional, salud mental y transici3n de salud notificada. Para calificar esta prueba se realizó la homogeneizaci3n de la direcci3n de las respuestas mediante la recodificaci3n de los 10 ítems que lo requieren con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de a mayor puntuaci3n, mejor estado de salud. El nivel de medici3n de los 3 instrumentos fue de tipo ordinal.

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos en una clínica de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de Querétaro, a diez adultos mayores que se encontraban en espera de ser atendidos por su médico familiar, los cuales firmaron un consentimiento informado. La aplicaci3n de las tres pruebas duró entre 20 y 30 minutos; hubo una buena aceptaci3n por parte

de los sujetos por participar en el estudio, se incluyó el criterio de exclusi3n a los adultos mayores con algún problema mental (referido por algún familiar o el personal de salud).

Se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 17. Se utilizaron medidas de tendencia central y correlaci3n de Pearson (para variables numéricas y Spearman (para variables categóricas).

El presente protocolo fue evaluado por el Comité de Investigaci3n de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

## Resultados

Se encuestó a 116 adultos mayores, de los cuales el 54.3% eran mujeres y el resto hombres. Con respecto al estado civil, el 67.2% estaban casado y el 24.1% eran viudos. En relaci3n a la escolaridad, el 32.8% de los participantes tenían primaria incompleta y el 23.3%, completa; el 20.7% tenían nivel de estudios profesionales. El 86.2% de los participantes profesaban la religi3n católica. Con respecto a la ocupaci3n, el 60% se dedicaban a estar en su hogar; de estos casos, en el 52.6% su fuente de ingresos era la pensi3n.

El 64% de los adultos mayores encuestados vivían con su esposa y el 23.3% con sus hijos. Como actividades recreativas, el 34.5% solían salir a caminar y el 17.2% de ellos no tenían ninguna actividad recreativa.

Con respecto a las enfermedades que los participantes padecían, se encontró que predominó la hipertensi3n con un 30%, el 13% tenían diabetes mellitus y el 5.2% no presentaban enfermedad.

Los resultados sobre el nivel de dependencia mostraron que el 25% necesitaban apoyo para subir o bajar escalones, el 24.1% necesitaban ayuda física o supervisi3n para caminar 50 m y el 18.1% requerían ayuda física o supervisi3n para el traslado. El 19.8% de los adultos mayores encuestados presentaban dependencia leve, por lo que el 80.2% eran independientes para realizar las actividades de la vida diaria.

Respecto a los requisitos de autocuidado universales, se obtuvieron los siguientes resultados. El 33.9% eran capaces de buscar informaci3n necesaria para el cuidado de su salud, el 57.8% comían alimentos nutritivos y el 56.9% evitaban comer alimentos que pudieran hacerles daño; el 30.2% realizaban ejercicio, aunque el 79.3% tomaban medidas adicionales para mantener su peso ideal, el 72.4% eran capaces de valorar los signos y síntomas de su estado de salud, el 49.1% dedicaban tiempo para el cuidado de su cuerpo y el 71.6% descansaban cuando se sentían cansados, aunque el 57.8% señalaron dormir lo suficiente como para descansar.

En cuanto a las adicciones, el 82.8% evitaban consumir alcohol, tabaco y drogas. El 62.1% estaban habituados a consumir agua. En cuanto a la comunicaci3n, el 83.7% manifestaron facilidad para comunicarse con las personas; en este sentido, el 93.1% siempre tuvieron con quien recurrir en caso necesario. De la misma manera, el 26.7% siempre convivían con un grupo de amigos.

En la valoraci3n global, la calificaci3n obtenida de las actividades de autocuidado universales fueron las siguientes: el 1% presentó capacidad regular de autocuidado, el 22.4% buena capacidad de autocuidado y el 76.6% muy buena capacidad de autocuidado.

**Tabla 1** Salud física y emocional de los participantes y su afcción en las actividades cotidianas

Usted ha presentado. . .	Sí (%)	No / (%)
Reducción del tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas debido a la salud física	34.5	65.5
Reducción de actividades en el trabajo a causa de la salud física	35.3	64.7
Disminución de tareas o actividades cotidianas debido a la salud física	36.2	63.8
Dificultad al hacer el trabajo o actividades cotidianas debido a la salud física	35.3	64.7
Reducción del tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas debido a algún problema emocional	35.3	64.7
Disminución de actividades debido a algún problema emocional	30.5	65.5
Abandono de sus actividades cotidianas por causa de algún problema emocional	33.6	66.4

Con respecto a los resultados de percepción de calidad de vida en función de su salud, se encontró que el 29.3% de los entrevistados consideraban que esta era buena y el 56%, regular. En este sentido, se observó que los pacientes reconocían las limitaciones físicas propias de la edad, aspectos que ya se mencionaron en los resultados del nivel de dependencia.

Sobre las actividades cotidianas, la [tabla 1](#) muestra cómo la salud física o emocional ha impactado en estas.

Sobre la presencia de dolor en alguna parte del cuerpo, el 29.3% de los entrevistados no lo presentaron, aunque el 26.7% presentaron mucho dolor, dificultando, en el 28.4% de los casos, la realización de actividades.

El 57.8% de los participantes sintieron que no se enferma con facilidad; el 52.6% indicaron que están sanos como cualquiera, aunque el 41.4% sintieron que su salud empeorará en el futuro.

En lo que respecta a las 3 variables del estudio en forma global, se encontró que de acuerdo a su percepción, el 44% de los encuestados pueden clasificarse como con alta calidad de vida y el 56% con baja calidad de vida. El 76% reflejaron tener muy buen autocuidado, el 22.4% buen autocuidado y el 9% un autocuidado regular. Con relación al grado de dependencia, los resultados fueron del 80.2% totalmente independientes y del 19.8% levemente dependientes.

En el cruce de variables, como se puede observar en la [tabla 2](#), del total de los entrevistados el 45.7% presentan calidad de vida baja con autocuidado muy bueno e independencia, y el 25.9% tienen calidad de vida alta con autocuidado muy bueno e independencia.

Se realizaron pruebas de correlación entre autocuidado y nivel de dependencia, así como calidad de vida y dependencia (Spearman). También se realizó la prueba de correlación de Pearson para nivel de dependencia y edad, así como calidad de vida y edad. Los valores obtenidos fluctuaron entre 0.213 y  $-0.356$ , por lo que en este grupo poblacional no puede determinarse que exista correlación entre las variables señaladas.

## Discusión

La investigación arroja datos relevantes de un grupo poblacional que amerita investigación constante, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención al interior de las instituciones salud, ya que se reconoce el hecho de que no solo las personas con una patología crónica o incapacitante requieren atención. En este caso se trató de adultos mayores de entre 60 y 70 años, con un buen nivel de independencia, que son capaces de desplazarse y de cuidar su salud, que poseen información sobre hábitos o conductas que les favorecen, reconocen sus capacidades y las limitaciones propias de su edad.

En este sentido, el hecho de que los participantes hayan sido derechohabientes a una institución de salud muestra los beneficios de contar con servicios que garanticen el acceso a información valiosa sobre prácticas saludables, monitorización médica, educación de enfermería, orientación en el cuidado, entre otros, aspecto también indicado en los resultados del estudio de Ramírez-Vélez<sup>16</sup>. De la misma manera,

**Tabla 2** Calidad de vida según autocuidado y nivel de dependencia (n = 116)

Autocuidado	Nivel de dependencia		Total autocuidado (%)	Total calidad de vida (%)
	Independencia (%)	Dependencia leve (%)		
<b>Calidad de vida</b>				
<i>Baja</i>				
Bueno	7.8	1.7	9.5	56.0
Muy bueno	45.7	0.9	46.6	
<i>Alta</i>				
Regular	0.9	0.0	0.8	44.0
Bueno	9.5	3.4	12.9	
Muy bueno	25.9	4.3	30.2	
Total	89.7	10.3	100.0	100.0



el hecho de que el 20% de ellos sean profesionistas refuerza lo anterior, al considerar una alta posibilidad de contar con sujetos que pueden fácilmente consultar fuentes de información en salud en internet o bien que lean documentos informativos, de manera tal que las posibles acciones que tomen para el cuidado puedan ser llevadas a cabo, como el hecho de que el 34.5% tengan como costumbre salir a caminar, muy probablemente porque sean conscientes del beneficio de esta práctica.

La información recolectada muestra a un grupo del que más del 50% poseen un apoyo económico que definitivamente impacta en la calidad de vida y repercute en el autocuidado. Así mismo, un factor relevante para el cuidado de la salud, que no todos los adultos mayores del país poseen, es el hecho de contar con alguien que los pueda apoyar, como, en este caso, esposo(a) o hijos. Relacionado con esto, Peña et al.<sup>1</sup> realizaron un estudio para medir la percepción de la calidad de vida en adultos mayores en una clínica de medicina familiar del ISSSTE, y sus resultados se relacionan de manera directa con las relaciones interpersonales; es decir, el hecho de que el adulto mayor pueda valerse por sí mismo, que se sienta satisfecho con la relación con su familia y con el apoyo de amigos o vecinos, le permite ser funcional aun cuando se tenga alguna enfermedad.

En una sociedad en la que los hábitos, las conductas y las prácticas cotidianas están desgastando a la población desde edades muy precoces y donde prevalece la enfermedad sobre la salud, los resultados de esta investigación evidencian que adultos mayores que transitan entre los 60 y los 70 años, con condiciones básicas de subsistencia aseguradas, no presentan aún patologías incapacitantes o niveles altos o moderados de dependencia. Esto resalta el papel de la enfermera y el médico como agentes promotores para la mejora de la calidad de la salud desde poblaciones jóvenes que permitan que estos comprendan que es posible tener un estado de salud favorable como adulto mayor si se cuida esta lo mejor posible.

En este sentido, resulta relevante continuar investigando en el tema del adulto mayor en otros grupos de mayor edad, es decir, arriba de los 70 años; de la misma manera es importante reconocer claramente qué condiciones de vida prevalecieron en aquellos que no son independientes, tienen patologías incapacitantes o bien no tuvieron adecuados estilos de vida, como el estudio realizado por Fernández y Manrique<sup>17</sup>, quienes midieron la agencia de autocuidado (concepto introducido por Dorotea Orem que señala la capacidad que posee un individuo para cuidar de sí mismo) en pacientes hospitalizados; encontraron que en ella pueden influir elementos propios de la persona o el ambiente. Dicho estudio fue aplicado a pacientes con hipertensión para determinar su agencia de autocuidado, en el cual se encontró que en el 99.6% de esta fue baja.

## Conclusiones

El grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor.

Fomentar el autocuidado y los hábitos saludables en la población joven garantiza la calidad de vida del adulto mayor, en donde el profesional de enfermería es protagonista en dicha tarea mediante la promoción a la salud en la población joven y, por supuesto, en la que llega a los 60 años de edad y más.

Es necesario fortalecer y fomentar en el adulto mayor, mediante la educación e intervenciones, las herramientas necesarias para afrontar y vivir un envejecimiento exitoso. Los resultados, si bien muestran que este adulto mayor tiene un buen nivel de independencia, reflejan que es necesario asegurar la protección de los mismos de manera tal que se conserve en la medida de lo posible dicho estado, sobre todo porque esta etapa de la vida los hace susceptible de perder, ante cualquier cambio en sus hábitos y actividades cotidianas, la situación de salud que poseen.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** A las personas participantes se les aseguró el manejo confidencial de sus datos y firmaron un consentimiento informado.

## Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Peña B, Terán M, Moreno F, et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir.* 2009;4:53-61.
- Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Méx.* 2013;55:323-31.
- León-Arcila R, Milián-Suazo F, Camacho-Calderón N, et al. Factores de riesgo para el deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47:277-84.
- Consejo Nacional de Población. *Dinámica demográfica 1990-2010 y Proyecciones de población 2010 y 2030.* CONAPO [Boletín]. 2010;05:1-2.
- Villareal G, Month E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte.* 2012;28:75-87.
- Duran D, Valderrama L, Uribe-Rodríguez A, et al. Integración social y habilidades funcionales en los adultos mayores. *Univ Psychol.* 2008;7:263-70.

7. Rodríguez J, Zas V, Silva E, et al. Evaluación geriátrica integral: Importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. 2014;9:35–41.
8. De la Fuente-Bacelis T, Quevedo-Tejero E, Jiménez-Sastré A, et al. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de las zonas rurales. *Arch Med Fam*. 2010;12:1–4.
9. WHOQoL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQoL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403–9.
10. Pérez I. Calidad de vida en ancianos institucionalizados en México: retos. *Tiempo*. 2015;32:1–2.
11. Estrada A, Cardona D, Segura A, et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31:492–502.
12. Acosta C, González-Celis A. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2010;15:393–401.
13. Orem D. *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993. p. 130.
14. Trigas-Ferrín M, Ferreira L, Mejjide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicin Clin*. 2011;72:11–6.
15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135–50.
16. Ramírez-Vélez R, Agredo R, Jerez A, et al. Calidad de vida y condicionantes de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali: Colombia. *Rev Salud Publica*. 2008;10:529–36.
17. Fernández A, Manrique F. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Av Enferm*. 2011;29:30–41.