Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería

Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026

Tesis presentada por:

Pinto Manrique, Miguel Angel

ORCID: 0009-0008-2040-8559

Perez Oblitas, Camila Angelica

ORCID: 0009-0009-3050-3091

para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Asesora:

Mg. Chambi Valderrama, Betsy María

ORCID: 0009-0009-1218-1615

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 27 de Septiembre del 2026

Dictamen: 015775-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 015775, presentado por:

2020245832 - PEREZ OBLITAS CAMILA ANGELICA
2020896091 - PINTO MANRIQUE MIGUEL ANGEL

Titulado:

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE PERMANENCIA INSTITUCIONAL Y LA MOTIVACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES. ASILO LIRA- AREQUIPA, 2026

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR

29217246 - RIMACHI JACOBO SONIA FERNANDINA
DICTAMINADOR

45498276 - ASUERO PANDAL EVELYN LADY
DICTAMINADOR

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE PERMANENCIA INSTITUCIONAL Y LA MOTIVACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES. ASILO LIRA- AREQUIPA, 2026

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	18%	7%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	5%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	xdoc.mx Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.unbosque.edu.co Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.unamad.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	www.omniscens.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorioslatinoamericanos.uchile.cl Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
10	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica Trabajo del estudiante	<1%
11	www.cocmed.sld.cu Fuente de Internet	<1%
12	lpderecho.pe Fuente de Internet	<1%
13	Rengifo, Emily Isabel Vizcarra. "Estilo Motivacional Docente, Necesidades Psicológicas Básicas, Tipos de Motivación y Compromiso en Estudiantes Universitarios de Cursos de Literatura", Pontificia Universidad Catolica del Peru - CENTRUM Catolica (Peru), 2022 Publicación	<1%

DEDICATORIA

A Dios, ante todo,

A Dios, mi guía y mi fortaleza, por sostenerme en cada paso de este camino y darme la fe, sabiduría y fuerza para no rendirme. Y a María Santísima, por acompañarme siempre con su amor de Madre y cubrirme con su manto. A ellos, con todo mi corazón, dedico este logro, fruto de su amor y de su infinita gracia.

A mi madre Elizabeth y a su esposo José Luis,

Por su amor, apoyo y compañía incondicional durante este camino. A mi madre, por ser mi mayor inspiración y enseñarme a nunca rendirme; y a José Luis, por sus consejos y por brindarme siempre su apoyo con el cariño de un padre. Gracias por creer en mí y ser parte fundamental de este logro.

A mi familia,

Especialmente a mi papá, Wilmer Pinto Leyva, y a mis hermanos, Wilmer, Gabi y Juan, por ser parte esencial de mi vida. A la señora Irma Contreras, Melva Contreras, por su cariño y apoyo, y a Camila Pérez y Lisbeth Colque, mis hermanas de corazón, por acompañarme siempre y ser parte de este logro.

Miguel Angel Pinto Manrique

A Dios, ante todo,

Por acompañarme en este camino, darme fortaleza y permitirme alcanzar este logro.

A mis padres, Sandra y Hernán

Por su amor incondicional, sus sacrificios y por motivarme siempre a seguir adelante.

A mi familia,

Por su cariño, apoyo y por cada palabra de aliento durante mi formación.

Finalmente, a mis amigos,

Por su apoyo, sus palabras de ánimo y por compartir conmigo esta etapa de mi vida.

Camila Angélica Pérez Oblitas

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por darme fortaleza en los momentos difíciles y permitirme seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A mi madre, por su apoyo y por acompañarme durante todo este proceso.

A mis docentes de la Facultad de Enfermería, por sus enseñanzas y orientación durante mi formación académica.

A las madres del Asilo Lira, por brindarnos la oportunidad de realizar esta investigación en sus instalaciones.

Un agradecimiento especial a mi asesora de tesis, por su tiempo, su paciencia, sus sabias indicaciones y por guiarme con dedicación en cada paso de este trabajo. Sin su apoyo y orientación no hubiera sido posible llegar a culminar esta investigación.

Finalmente, agradezco a todas las personas que estuvieron presentes y me apoyaron durante este camino. Muchas gracias.

Miguel Angel Pinto Manrique

Agradezco a Dios, por darme la sabiduría y fortaleza en todo momento.

A mis padres por acompañarme en cada etapa de este camino.

A mis docentes, por compartir sus conocimientos y experiencias que contribuyeron a mi formación profesional.

A mi asesora de tesis, por su paciencia, orientación y compromiso durante el desarrollo de esta investigación.

Agradecemos a la Madre Irma, por acogernos en sus instalaciones y darnos las facilidades necesarias para realizar nuestra investigación.

Camila Angélica Pérez Oblitas

RESUMEN

El **objetivo** fue determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores del Asilo Lira, Arequipa, 2026. **Métodos:** Se desarrolló un estudio cuantitativo, observacional, transversal y de nivel relacional, en un universo censal de 59 adultos mayores residentes que cumplieron los criterios de selección. Se aplicó una ficha de recolección de datos y la Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores, validada por juicio de tres expertos, con alfa de Cronbach de 0.82. **Resultados:** Sobre el tiempo de permanencia institucional, el 66.1 % acumulaba de uno a cinco años de estancia, el 86.4 % participaba en actividades y el 76.3 % presentaba enfermedad diagnosticada. El 66.1 % de los residentes presentó motivación para el autocuidado de nivel medio. Hubo relación significativa con la participación en actividades ($p < 0.001$; $V = 0.573$), el número de actividades combinadas ($p = 0.018$), el grupo etario ($p = 0.031$) y la tenencia de hijos ($p = 0.029$), no con la duración de la estancia ($p = 0.466$). **Conclusión:** Al análisis de chi^2 se concluye que existe relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado.

Palabras clave: Autocuidado, Motivación, Enfermería.

ABSTRACT

The **objective** was to determine the relationship between the length of institutional stay and motivation for self-care among older adults at the Lira Nursing Home, Arequipa, 2026. **Methods:** A quantitative, observational, cross-sectional, and relational-level study was conducted in a census population of 59 older adult residents who met the selection criteria. A data collection form and the Motivation for Self-Care Scale for Older Adults were administered; the latter was validated through the judgment of three experts and had a Cronbach's alpha of 0.82. **Results:** Regarding the length of institutional stay, 66.1% had accumulated between one and five years of residence, 86.4% participated in activities, and 76.3% had a diagnosed disease. A total of 66.1% of the residents presented a moderate level of motivation for self-care. A significant relationship was found with participation in activities ($p < 0.001$; $V = 0.573$), the number of combined activities ($p = 0.018$), age group ($p = 0.031$), and having children ($p = 0.029$), but not with the duration of stay ($p = 0.466$). **Conclusion:** Based on the chi-square analysis, it is concluded that there is a relationship between the length of institutional stay and motivation for self-care.

Keywords: Self-care, Motivation, Nursing.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1. Enunciado 4

1.2. Descripción del Problema 4

1.2.1. Campo, Área y Línea 4

1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables 4

1.2.3. Interrogantes de la Investigación 5

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema 6

1.3. Justificación del problema 6

2. MARCO TEÓRICO 7

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 30

3.1. A nivel internacional 30

3.2. A nivel nacional 33

3.3. A nivel local 34

4. OBJETIVOS 35

5. HIPÓTESIS 35

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 36

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO 37

1.1. Técnica 37

1.2. Instrumento 37
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN 38
2.1. Ubicación espacial 38
2.2. Ubicación Temporal 38
2.3. Unidad de estudio 38
2.3.1. Universo 38
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 39
3.1. Organización 39
3.2. Recursos 40
3.2.1. Humanos 40
3.2.2. Materiales 40
3.2.3. Económicos 40
3.2.4. Institucionales 40
CAPÍTULO III RESULTADOS 41
DISCUSIÓN 78
CONCLUSIONES 81
RECOMENDACIONES 82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables……4
Tabla 2 Plan de cuidados de Enfermería 25
Tabla 3 Puntuaciones Escala motivación para el autocuidado 38
Tabla 4 Distribución de los adultos mayores según grupo etario y sexo..... 42
Tabla 5 Distribución de los adultos mayores según estado civil 44
Tabla 6 Distribución de los adultos mayores según grado de instrucción..... 46
Tabla 7 Distribución de los adultos mayores según procedencia 48
Tabla 8 Distribución de los adultos mayores según tenencia de hijos 50
Tabla 9 Distribución según contexto institucional: recepción, frecuencia y fuente de las visitas..... 52
Tabla 10 Distribución según tiempo de duración de estancia 55
Tabla 11 Distribución según condición de ingreso……..57
Tabla 12 Distribución según participación en actividades 59
Tabla 13 Estado de salud: presencia de enfermedad diagnosticada y condición principal..... 62
Tabla 14 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado físico y funcional 64
Tabla 15 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado de la salud..... 66
Tabla 16 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado psicoemocional 68
Tabla 17 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado social y espiritual..... 70
Tabla 18 Nivel de motivación para el autocuidado del adulto mayor 72
Tabla 19 Prueba de normalidad 74
Tabla 20 Relación entre las características de la duración de estancia, sociodemográficas, institucionales, de ingreso, participación y salud del adulto mayor y el nivel de motivación para el autocuidado en el Asilo Lira. 75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de los adultos mayores según grupo etario y sexo 43
Figura 2 Distribución de los adultos mayores según estado civil 45
Figura 3 Distribución de los adultos mayores según grado de instrucción 47
Figura 4 Distribución de los adultos mayores según procedencia 49
Figura 5 Distribución de los adultos mayores según tenencia de hijos 51
Figura 6 Distribución según contexto institucional: recepción, frecuencia y fuente de las visitas 54
Figura 7 Distribución según tiempo de duración de estancia 56
Figura 8 Distribución según condición de ingreso 58
Figura 9 Distribución según participación en actividades 61
Figura 10 Estado de salud: presencia de enfermedad diagnosticada y condición principal 63
Figura 11 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado físico y funcional 65
Figura 12 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado de la salud 67
Figura 13 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado psicoemocional 69
Figura 14 Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado social y espiritual 71
Figura 15 Nivel de motivación para el autocuidado del adulto mayor 73
Figura 16 Tamaño del efecto (V de Cramer) de cada característica sobre el nivel de motivación para el autocuidado 77

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1 Matriz de Coherencia……...…91

Anexo Nº 2 Consentimiento informado……..….93

Anexo N° 3 Ficha de recolección de datos……..……94

Anexo N° 4 Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores …….…….97

Anexo N° 5 Constancia de ejecución del estudio ……104

Anexo N° 6 Dictamen del comité de ética…….……..……..105

Anexo Nº 7 Matriz de datos…….……..106

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud(1) proyecta que para el año 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, cifra que se duplicará hacia el año 2050, alcanzando aproximadamente los 2100 millones de personas adultas mayores. Este proceso acelerado impone desafíos multidimensionales a los sistemas de salud, particularmente en lo referente a la provisión de cuidados sostenidos, el mantenimiento de la funcionalidad y la promoción de la autonomía en personas con necesidades complejas de atención (2).

La institucionalización de los adultos mayores en centros geriátricos, hogares de reposo y centros de atención residencial emerge como respuesta organizada a las demandas de cuidado que exceden la capacidad de las redes familiares y comunitarias (3). La vida en entornos institucionales conlleva transformaciones profundas en la cotidianidad del adulto mayor: cambios en los roles sociales, alteraciones en los hábitos, pérdida de autonomía percibida y modificaciones en la red de apoyo afectivo que condicionan el bienestar físico y psicosocial (4). La dependencia progresiva asociada a la institucionalización no solo impacta sobre la funcionalidad, sino que se articula con factores psicosociales como la depresión y la soledad, que deterioran el bienestar subjetivo del residente a lo largo del tiempo (4).

El autocuidado, conceptualizado por Dorothea Orem(5) como el conjunto de actividades que el individuo inicia y realiza en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar, representa una dimensión central de la enfermería gerontológica. Los adultos mayores que preservan comportamientos activos de autocuidado presentan mejores indicadores de calidad de vida, menor dependencia funcional y una percepción más positiva de su propio proceso de envejecimiento (6). Sin embargo, la transición al entorno institucional puede generar en el adulto mayor un deterioro progresivo de la motivación para el autocuidado, especialmente cuando el tiempo de permanencia se prolonga y las oportunidades de autodeterminación se reducen (7).

La motivación para el autocuidado comprende un conjunto de procesos cognitivos, afectivos y volitivos que orientan al individuo hacia la adopción y mantenimiento de conductas promotoras de su propia salud (8). Desde la Teoría de la autodeterminación, la motivación se clasifica en intrínseca, cuando emerge del interés genuino y la satisfacción personal y extrínseca cuando

es impulsada por factores externos como recompensas o presión social(9). En adultos mayores institucionalizados, la dependencia progresiva del entorno y del personal de salud puede desplazar la motivación intrínseca hacia formas de regulación externa, comprometiendo la adherencia al autocuidado y la participación activa en el propio proceso de salud (10).

El tiempo de permanencia institucional constituye una variable de interés clínico y de enfermería aun insuficientemente estudiada en relación con la motivación para el autocuidado. Mientras algunos estudios sugieren que la adaptación progresiva al entorno institucional puede favorecer rutinas de autocuidado estructuradas (11), otros reportan que la permanencia prolongada se asocia a mayor pasividad conductual, reducción de la iniciativa y declive en la motivación autónoma para el cuidado personal (12). Esta tensión entre adaptación funcional y dependencia generada por el entorno configura un campo de indagación relevante para la práctica de enfermería en contextos geriátricos.

En el contexto latinoamericano, la atención institucional al adulto mayor enfrenta desafíos estructurales vinculados a la insuficiencia de políticas públicas de envejecimiento activo, la limitada formación especializada del personal de cuidado y las desigualdades en el acceso a servicios geriátricos de calidad. Investigaciones realizadas en América Latina han documentado que factores como el deterioro cognitivo, la depresión y el aislamiento social impactan negativamente sobre la capacidad y la motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados (7,9). Estas evidencias señalan la urgencia de contar con datos contextualizados que orienten las intervenciones de enfermería gerontológica en países de ingresos medios.

En el Perú, la Defensoría del Pueblo registra 390 centros de atención residencial para adultos mayores, muchos de los cuales ingresan sin respaldo o en situación de abandono (13). En Arequipa, estos centros atienden a una población heterogénea de adultos mayores con diferentes perfiles de funcionalidad, tiempo de institucionalización y condiciones de salud. No obstante, la relación entre el tiempo de permanencia en estas instituciones y la motivación para el autocuidado permanece escasamente documentada en el contexto regional. Esta brecha de conocimiento limita la capacidad de enfermería para diseñar intervenciones contextualizadas que fortalezcan el autocuidado autónomo en adultos mayores institucionalizados. Razón por la cual se decide realizar el presente estudio.

La investigación se desarrolla en tres capítulos: Planteamiento teórico, planteamiento operacional y resultados.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Campo, Área y Línea

CAMPO: Ciencias de la salud

ÁREA : Enfermería

LÍNEA : Salud del hombre (adulto y adulto mayor)

1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables

El estudio presenta dos variables:

Variable Independiente: Tiempo de permanencia institucional

Dependiente: Motivación para el autocuidado

Tabla N° 1

Operacionalización de variables		
Variable	Indicadores	Sub indicadores
Variable Independiente: **Tiempo de permanencia institucional**	**Contexto institucional**	- Recibe visitas familiares o de personas cercanas. - Frecuencia de visitas. - Persona que lo visita con mayor frecuencia.
	Duración de estancia	- Año - Meses
	Condición de ingreso	- Falta de apoyo familiar - Necesidad de cuidado permanente - Enfermedad o limitación física - Decisión personal - Situación económica
	Participación en actividades	- Si participa - No participa.
	Tipo de actividades en las que participa	- Recreativas - Religiosas - Físicas o terapéuticas - Manualidades - Sesiones educativas

	Estado de salud	- Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Artrosis / artritis - Enfermedad cardiovascular - Enfermedad respiratoria - Problemas visuales o auditivos
Variable Dependiente: Motivación para el autocuidado	**Autocuidado físico y funcional**	- Higiene y alimentación - Actividad física y descanso
	Autocuidado de la salud (manejo de comorbilidad)	- Adherencia al tratamiento farmacológico - Participación en controles de salud
	Autocuidado psicoemocional	- Manejo emocional - Autoconcepto y autonomía percibida
	Autocuidado social y espiritual	- Participación social y actividades de ocio - Búsqueda de sentido y propósito en la vida dentro del entorno institucional

Datos sociodemográficos	
Edad	- 60 a 69 años - 70 a 79 años - 80 años a mas
Sexo	- Masculino - Femenino
Estado civil	- Soltero - Casado - Conviviente - Viudo - Divorciado/separado
Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior técnico - Superior universitaria
Procedencia	- Arequipa - Otra provincia de Arequipa - Otra región del Perú
Tiene hijos	- Si - No

1.2.3. Interrogantes de la Investigación

1. ¿Cuánto es el tiempo de permanencia institucional de adultos mayores del Asilo Lira de Arequipa 2026?
2. ¿Cuál es el nivel de motivación para el autocuidado que presentan los adultos mayores del Asilo Lira?
3. ¿Existe relación entre el tiempo de permanencia institucional con la motivación para el autocuidado en adultos mayores del Asilo Lira?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo: Cuantitativo, de campo, corte transversal
Nivel: Descriptivo- Relacional

1.3. Justificación del problema

El envejecimiento acelerado de la población mundial (personas mayores de 65 años pasaron del 5,5% al 10,3%)(14) y el incremento de la demanda de institucionalización geriátrica configuran un escenario en el que el autocuidado del adulto mayor cobra relevancia clínica y de salud pública. Se ha documentado que en los entornos de cuidado institucional las tasas de dependencia funcional, depresión y pérdida de autonomía son significativamente más elevadas que en la comunidad (4). En el Perú, en 2024 los establecimientos de salud del MINSA atendieron 45 143 casos de depresión en personas adultas mayores, y el 17,6% de los 256 563 casos totales de depresión correspondió a personas mayores de 60 años(15).

El tiempo de permanencia institucional ha sido identificado como una variable con potencial influencia sobre los comportamientos de autocuidado, aunque su asociación específica con la motivación para el autocuidado permanece insuficientemente estudiada, en particular en contextos latinoamericanos (7).

En el Perú, los adultos mayores institucionalizados representan una población en situación de alta vulnerabilidad, con limitado acceso a programas públicos orientados al fortalecimiento del autocuidado autónomo (16). En Arequipa, no se dispone de estudios actualizados que aborden la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. En este contexto, se decide realizar el

presente estudio, el cual tiene por objetivo determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores.

Desde una perspectiva **científica**, este estudio contribuye a caracterizar con precisión la asociación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores en el contexto arequipeño. La generación de evidencia local desde entornos de atención geriátrica permitirá comprender la magnitud real del fenómeno en este contexto específico, orientada al fortalecimiento de la autonomía del adulto mayor institucionalizado (6).

El estudio tiene **relevancia social**, dado que la pérdida de motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados impacta directamente sobre su calidad de vida, su autonomía y su dignidad (12). Identificar cómo el tiempo de permanencia institucional se relaciona con la motivación para el autocuidado permitirá diseñar intervenciones de enfermería focalizadas, culturalmente pertinentes y escalonadas que reduzcan la dependencia, preserven la agencia del adulto mayor y contribuyan a la equidad en el acceso a un envejecimiento digno dentro del entorno institucional (10).

El estudio tiene **relevancia humana**, dado que aporta a una problemática no evidenciada y que afecta a población vulnerable (adultos mayores institucionalizados).

El estudio es **viable y factible**. Los investigadores cuentan con el respaldo institucional de la Universidad Católica de Santa María y con acceso formal al centro de atención residencial para adultos mayores, lo que facilita el reclutamiento de los participantes y garantiza el acopio sistemático de la información. Financieramente, el estudio es accesible para los investigadores.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Tiempo de permanencia institucional

2.1.1. Definición

El tiempo de permanencia institucional se define como el período continuo, expresado en meses o años, transcurrido desde el ingreso formal de un adulto mayor a un centro de atención residencial hasta la fecha de referencia del estudio (3). Este constructo trasciende la dimensión meramente cronológica: implica un proceso dinámico de

adaptación, reestructuración identitaria y transformación de los patrones de comportamiento del residente en respuesta al entorno institucional (17). La duración de la estadía opera como modulador de variables psicosociales clave, entre ellas el bienestar subjetivo, la autonomía funcional y la motivación para el autocuidado (17).

La Organización Mundial de la Salud(1) señala que el envejecimiento global está generando una demanda creciente de servicios de atención de larga duración, dentro de los cuales los centros residenciales constituyen la modalidad más estructurada. En este contexto, la permanencia prolongada en entornos institucionales puede producir efectos diferenciados sobre la salud del adulto mayor: mientras períodos cortos se asocian a una fase de transición con mayor vulnerabilidad emocional, permanencias prolongadas pueden consolidar rutinas de cuidado pero también incrementar el riesgo de dependencia progresiva y pasividad conductual (4).

Según el estudio de Yadav, et al(18), el tiempo de permanencia institucional fue operacionalizado en tres categorías: estadía corta (≤ 6 meses), media (7–24 meses) y larga (> 24 meses), cada uno de estos tiempos se caracterizó en términos de adaptación, funcionalidad y motivación para el autocuidado. Zhang et al(19) encontraron que factores como el deterioro sensorial, la percepción de pérdida de autonomía y la insuficiencia del apoyo social modulan la disposición del adulto mayor hacia la permanencia institucional, poniendo de relieve que el tiempo de estadía no es un fenómeno pasivo sino el resultado de una interacción continua entre las características individuales del residente y las condiciones del entorno de cuidado.

2.1.2. Centros de atención residencial para personas adultas mayores en Perú: normativa, políticas y lineamientos para el ingreso

En el Perú la norma técnica de salud N°229-MINSA/DGSP-2025, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 310-2025 el 7 de mayo 2025, establece los lineamientos técnicos para garantizar un envejecimiento activo y saludable en la población ≥ 60 años, mediante acciones de prevención, control de riesgos, valoración clínica geriátrica integral (VACAM), manejo de síndromes geriátricos y promoción de la motivación y capacidad para el auto cuidado, tanto en domicilio como en instituciones de larga estancia con el asilo lira. Estos lineamientos constituyen el referente

normativo del presente estudio, al evaluar como el tiempo de residencia institucional influye en la motivación para el autocuidado de los adultos mayores residentes. (45)

En el Perú, los centros de atención residencial para personas adultas mayores están regulados por la Ley N.° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor (20), dónde se establecen las condiciones técnicas, de habilitación y de funcionamiento de estas instituciones. Esta normativa define al Centros de atención residencial como el servicio de atención integral que brinda alojamiento, alimentación, vestimenta, atención médica básica, actividades de rehabilitación y apoyo psicosocial, de manera temporal o permanente, a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad o riesgo social.

Los lineamientos para el ingreso a un Centro de atención residencial (CAR-PAM) contemplan criterios de elegibilidad vinculados a situaciones de abandono familiar, ausencia de redes de soporte social, deterioro funcional severo o derivación por parte de servicios sociales o de salud (13). La política nacional de envejecimiento activo y saludable, promueve que la institucionalización sea una medida complementaria a los cuidados comunitarios y familiares, no una alternativa de primera línea. Sin embargo, la escasa cobertura de los programas de cuidado domiciliario en regiones vulnerables convierte con frecuencia a la institucionalización en la única opción disponible para adultos mayores sin soporte familiar.

Los CAR-PAM en el Perú se clasifican en públicos, privados y religiosos, con diferencias marcadas en capacidad instalada, dotación de personal y calidad de atención. Según el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP) (16), existen a nivel nacional más de 200 establecimientos registrados, que albergan a adultos mayores con distintos perfiles de funcionalidad, situación social y tiempo de permanencia. La supervisión de estos establecimientos está a cargo de la Dirección de Personas Adultas Mayores del MIMP, que realiza visitas de verificación técnica para asegurar el cumplimiento de los estándares mínimos de cuidado y dignidad establecidos en la normativa vigente. La articulación entre los CAR-PAM y los establecimientos de salud del primer nivel de atención constituye una tarea pendiente en el sistema peruano de cuidados de larga duración.

2.1.3. Centros de atención residencial y su relación con el bienestar del adulto mayor

El bienestar del adulto mayor institucionalizado ha sido analizado desde múltiples marcos teóricos. Erikson citado por Jacobus (21) sitúa la vejez en la crisis de integridad del yo versus desesperanza: el adulto mayor que no logra integrar su historia de vida experimenta una profunda desesperanza que impacta negativamente sobre su motivación para el autocuidado. En el contexto institucional, este proceso puede verse exacerbado por la pérdida de roles, referentes identitarios y vínculos afectivos. Cano et al(4) documentaron que los adultos mayores con mayor dependencia funcional en CAR presentaban significativamente mayores síntomas depresivos y menor calidad de vida, evidenciando la confluencia entre dimensiones funcionales y psicosociales en el bienestar del residente.

La teoría de la actividad sostiene que el bienestar en la vejez se mantiene a través de la participación en roles y actividades socialmente significativas(22). Cuando un adulto mayor es institucionalizado, especialmente de manera involuntaria, la reducción abrupta de sus actividades y el distanciamiento de sus redes sociales habituales generan lo que Liang et al (12) describen como pasividad reactiva: un estado de desvinculación progresiva que deteriora la motivación para el autocuidado. Por ello, los programas de activación social y física dentro de los CAR son esenciales para preservar el bienestar del residente a lo largo de toda la estadía.

Desde la gerontología positiva, Rowe y Kahn, citado en Caravali (23) conceptualizaron el envejecimiento exitoso en torno a tres componentes: ausencia de enfermedad y discapacidad, alta capacidad cognitiva y funcional, y compromiso activo con la vida. En el entorno institucional, estos componentes pueden ser sostenidos o comprometidos según la calidad del cuidado y la estructura del entorno residencial (17). Dodds et al(24) encontraron que las redes sociales activas dentro de los entornos institucionales se asocian a mejor función cognitiva y mayor calidad de vida, subrayando que el compromiso social activo es un predictor independiente del bienestar geriátrico en entornos residenciales.

A nivel internacional, los países del norte de Europa y Norteamérica han desarrollado sistemas robustos de atención residencial caracterizados por entornos centrados en la persona, con altos estándares de habilitación, equipos interdisciplinarios y políticas activas de vinculación familiar (4). Estos sistemas operan bajo marcos regulatorios estrictos que garantizan la autonomía, la dignidad y la participación del residente en

las decisiones de su propio cuidado, financiados predominantemente por sistemas de seguro de dependencia o cobertura pública universal. La investigación producida en estos contextos constituye el referente metodológico y de calidad para la gerontología internacional.

En América Latina, la realidad es considerablemente heterogénea. Chile, Argentina y Brasil cuentan con una mayor trayectoria en la regulación y expansión de los servicios residenciales geriátricos, mientras que en Perú, Ecuador y Bolivia estos servicios se encuentran en proceso de consolidación normativa (7). La doble vulnerabilidad que caracteriza al adulto mayor latinoamericano en entornos institucionales (socioeconómica y de salud) se refleja en condiciones de atención que frecuentemente no alcanzan los estándares de la gerontología contemporánea, con déficits en personal especializado, infraestructura y programas de intervención psicosocial sistemáticos.

En el Perú, los CAR-PAM públicos enfrentan desafíos estructurales adicionales: escasez de recursos humanos especializados en geriatría, infraestructura insuficiente, limitada articulación con los servicios de atención primaria de salud y ausencia de protocolos estandarizados de valoración geriátrica integral (16). La mayoría de los residentes son adultos mayores en situación de abandono o pobreza extrema, con comorbilidades múltiples y bajo nivel educativo, lo que incrementa su vulnerabilidad y la complejidad del cuidado requerido. No obstante, estudios recientes en contextos similares reportan que la institucionalización de calidad puede ser una opción protectora para la salud física y psicosocial del adulto mayor (7).

La decisión de institucionalización ha sido abordada de manera creciente desde la literatura científica gerontológica. Jordan et al (3) señalan que esta decisión no debe evaluarse en términos absolutos de correcto o incorrecto, sino en función del contexto específico de cada adulto mayor: su nivel de dependencia funcional, la capacidad real de la red familiar para proveer cuidado adecuado y la disponibilidad de alternativas comunitarias de atención. La evidencia indica que cuando la institucionalización es una decisión informada, voluntaria y se produce en un entorno de calidad, puede representar una opción protectora para la salud del adulto mayor, especialmente en aquellos con alta dependencia funcional o sin redes de soporte.

Entre los beneficios documentados de la institucionalización en centros de calidad se encuentran: acceso continuo a atención médica y de enfermería, reducción del riesgo

de caídas mediante entornos adaptados, provisión regular de alimentación adecuada, oportunidades de socialización con pares y personal, y acceso a programas de estimulación cognitiva y actividad física (4). Zhao et al(17) encontraron que los adultos mayores con mayor apoyo social dentro del CAR y mayor satisfacción con la vida presentaban niveles significativamente superiores de adaptación institucional, lo que se traduce en mejores indicadores de bienestar subjetivo y de motivación para el autocuidado.

No obstante, la evidencia también señala riesgos asociados a la institucionalización, particularmente cuando es involuntaria o se produce en entornos de baja calidad: aumento de síntomas depresivos, deterioro acelerado de la funcionalidad y pérdida de la motivación para el autocuidado (3,4). Aji y Nasrun(25) documentaron que los adultos mayores institucionalizados por abandono presentan elevadas tasas de necesidades psicosociales insatisfechas, lo que subraya la urgencia de intervenciones de enfermería especializadas para este subgrupo. La institucionalización debe considerarse, por lo tanto, como una opción dentro de un continuo de cuidados, complementada con visitas familiares regulares y mantenimiento de vínculos comunitarios.

2.1.4. Características del tiempo de permanencia institucional

2.1.4.1 Condición de ingreso

El abandono familiar y la carencia de redes de soporte social constituyen la principal causa de ingreso a los CAR-PAM en el Perú (16). Este tipo de ingreso implica una ruptura brusca del entorno habitual del adulto mayor, frecuentemente asociada a sentimientos de abandono, pérdida de identidad y desesperanza que impactan negativamente sobre la motivación para el autocuidado (4). Aji y Nasrun(25) evidenciaron que los adultos mayores institucionalizados por abandono presentan necesidades psicosociales insatisfechas significativamente más elevadas en comparación con aquellos que ingresan por decisión voluntaria, subrayando la importancia de intervenciones de enfermería específicas para este subgrupo.

La carencia de soporte familiar no se expresa únicamente como ausencia física de cuidadores, sino también como insuficiencia en la calidad del cuidado que la familia puede proveer. Factores como la migración, la inserción laboral de los

cuidadores informales, los conflictos familiares y la falta de competencias para el cuidado de personas dependientes contribuyen a que la institucionalización sea la única alternativa viable (3). En este contexto, el equipo de enfermería del CAR asume un rol central en la construcción de vínculos afectivos sustitutivos que contribuyan a la adaptación del residente y al mantenimiento de su motivación para el autocuidado a lo largo de la estadía.

La institucionalización voluntaria, ya sea a iniciativa del propio adulto mayor o acordada con la familia, se asocia a mejores indicadores de adaptación y bienestar en comparación con los ingresos involuntarios (17). Cuando la decisión es tomada de manera libre e informada, el adulto mayor conserva una mayor sensación de control y autonomía sobre su proceso de envejecimiento, condición que Deci y Ryan (26) denominan autonomía percibida en el marco de la Teoría de la Autodeterminación. Esta autonomía percibida constituye un predictor significativo de la motivación intrínseca para el autocuidado y del bienestar subjetivo en el entorno institucional.

Yadav et al(18) exploraron los procesos de razonamiento residencial en adultos mayores y encontraron que aquellos que participaban activamente en la decisión de institucionalización mostraban mayor satisfacción con la vida dentro del CAR y mayor disposición para el autocuidado autónomo. La planificación anticipada del cuidado y la participación activa del adulto mayor en la elección del centro residencial son, por lo tanto, prácticas que contribuyen a una transición más favorable. El personal de enfermería tiene un rol clave en acompañar este proceso de toma de decisiones, brindando información veraz y promoviendo la autonomía del adulto mayor.

La derivación desde otro centro de atención , ya sea un hospital, un servicio social o un CAR-PAM de menor complejidad, implica una doble transición para el adulto mayor, con el consecuente impacto en su proceso adaptativo y en su motivación para el autocuidado (3). En estos casos, el equipo de enfermería del centro receptor debe realizar una valoración geriátrica integral que incluya la historia de institucionalización previa, las condiciones del centro de origen y el estado funcional, cognitivo y emocional del residente al momento del traslado. La continuidad del cuidado y el traspaso de información clínica entre centros

son condiciones indispensables para garantizar la seguridad del residente y preservar su motivación para el autocuidado durante el proceso de readaptación.

2.1.4.2 Duración de la estancia y su relación con el bienestar del adulto mayor

La relación entre la duración de la estancia institucional y el bienestar del adulto mayor es compleja y no lineal. En las fases iniciales (≤ 6 meses), los residentes suelen experimentar una etapa de transición con mayor vulnerabilidad emocional, incremento de síntomas ansiosos y depresivos, y mayor dependencia del personal de cuidado(4). Aji y Nasrun(25) señalan que las necesidades insatisfechas son especialmente elevadas en esta fase, lo que exige intervenciones de enfermería específicas orientadas a la integración social, el establecimiento de rutinas y la construcción de vínculos de confianza con el equipo de atención.

En estadías prolongadas (> 24 meses), los adultos mayores pueden experimentar lo que la literatura denomina institucionalización de la identidad: un proceso por el cual el individuo asume el rol de residente como identidad primaria, con la consecuente reducción de comportamientos autónomos de autocuidado (12). Kılıç y Kahraman (27) encontraron que tiempos prolongados de la estadía institucional se asocia negativamente con la capacidad de autocuidado y positivamente con los niveles de soledad.

2.1.4.3 Contexto institucional

La presencia activa de la familia constituye uno de los factores protectores más consistentemente respaldados por la evidencia en el contexto de la institucionalización geriátrica (17). Las visitas familiares regulares se asocian a menores niveles de depresión, mayor satisfacción con la vida, mejor adherencia al tratamiento y niveles más elevados de motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados (4). Jordan et al (3) encontraron que la frecuencia de contacto familiar, ya sea presencial, telefónico o virtual, actúa como mediador significativo entre las condiciones del entorno institucional y el bienestar subjetivo del residente, independientemente del tiempo de permanencia.

El rol de la familia no se limita a la visita periódica: incluye la participación activa en la toma de decisiones de salud del adulto mayor, la colaboración con el equipo de enfermería en la elaboración del plan de cuidado individualizado y el mantenimiento de los vínculos afectivos que preservan la identidad y autoestima del residente. Dodds et al(24) documentaron que las redes sociales activas (incluyendo la familia), se asocian de manera independiente a mejor función cognitiva y mayor calidad de vida en adultos mayores en entornos institucionales, reforzando el valor del apoyo social como componente terapéutico del cuidado geriátrico.

La ausencia de visitas familiares o su disminución progresiva a lo largo de la estadía es un fenómeno frecuentemente reportado en los CAR-PAM peruanos, y constituye un factor de riesgo para el deterioro de la motivación para el autocuidado y para la aparición de síndromes geriátricos como la depresión y el declive cognitivo acelerado(4). Sadeghi et al(2) identificaron que el apoyo social insuficiente es uno de los principales factores asociados a la autogestión ineficaz en adultos mayores con enfermedades crónicas múltiples.

2.2. Motivación para el autocuidado

2.2.1 Definición

Autocuidado

El autocuidado comprende el conjunto de acciones, decisiones, hábitos y conductas que la persona realiza de manera consciente, voluntaria y responsable para conservar, fortalecer y promover su salud, bienestar y calidad de vida. No se limita únicamente al cuidado físico, sino que integra dimensiones emocionales, mentales y sociales que permiten al adulto mayor mantener su autonomía, adaptarse a los cambios propios del envejecimiento y participar activamente en su entorno familiar y comunitario (5).

Desde una perspectiva integral, el autocuidado implica que el adulto mayor reconozca sus propias necesidades, identifique los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, y adopte medidas orientadas a preservar su funcionalidad. En este sentido, el autocuidado favorece la independencia funcional (5).

El autocuidado también se relaciona con la capacidad de realizar actividades que generan satisfacción, seguridad y bienestar en la vida cotidiana. Por ello, debe ser comprendido como una práctica cotidiana que permita, en este estudio, al adulto mayor sentirse útil, activo, valorado y capaz de tomar decisiones sobre su propia vida (5).

Motivación para el autocuidado

La motivación para el autocuidado en adultos mayores puede definirse como el conjunto de procesos psicológicos, cognitivos, afectivos y volitivos, que impulsan, orientan y sostienen en el tiempo los comportamientos del individuo dirigidos a la preservación y promoción de su propia salud y bienestar (8). Esta definición integra elementos de la psicología motivacional y de la teoría de enfermería, reconociendo que la motivación para el autocuidado no es un estado estático sino un proceso dinámico influenciado por factores individuales, interpersonales y contextuales (10). En adultos mayores institucionalizados, esta motivación puede ser modulada por la duración de la estancia, el nivel de autonomía percibida, la calidad del entorno de cuidado y la presencia de redes de apoyo social.

Desde la perspectiva de enfermería, el autocuidado motivado es aquel en el que el adulto mayor actúa como agente activo de su propio proceso de salud, tomando iniciativas para mantener su funcionalidad, manejar sus enfermedades crónicas y preservar su bienestar emocional y social (28). Cuando esta agencia de autocuidado se ve comprometida, ya sea por deterioro cognitivo, depresión, dependencia excesiva del entorno o reducción de la autonomía percibida, se instala un déficit de autocuidado que requiere intervención de enfermería planificada y sostenida (7). La valoración sistemática de la motivación para el autocuidado constituye, por lo tanto, un componente esencial de la valoración geriátrica integral en entornos residenciales.

Camp et al(29) señalan que la motivación para el autocuidado en adultos mayores no opera de manera aislada: está mediada por procesos de autocontrol que regulan la transformación de la intención de autocuidado en comportamiento efectivo. Este hallazgo implica que las intervenciones de enfermería orientadas a fortalecer la motivación deben abordar simultáneamente la dimensión motivacional y la dimensión volitiva del autocuidado, integrando estrategias de establecimiento de metas,

planificación de acciones y refuerzo positivo que faciliten la traducción de la intención en conducta sostenida.

2.2.2. Teorías sobre motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados

Teoría de la Autodeterminación

La Teoría de la Autodeterminación (TAD) desarrollada por Deci y Ryan (26) constituye el marco psicológico más influyente para comprender la motivación para el autocuidado en adultos mayores. La TAD distingue entre motivación autónoma, que incluye la motivación intrínseca y la regulación identificada y motivación controlada, que comprende la regulación introyectada y la regulación externa, así como la abulia, definida como la ausencia de intención de actuar. Palombi et al(8) señalan que los adultos mayores con mayor motivación autónoma para el cuidado de su salud presentan mayor adherencia a los comportamientos de autocuidado, mejor calidad de vida y menor riesgo de deterioro funcional en entornos institucionales.

La TAD postula que la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación) constituye el sustrato motivacional del comportamiento de salud (26). En el contexto de los CAR, los entornos que favorecen la toma de decisiones del adulto mayor, refuerzan su percepción de competencia para el cuidado y promueven vínculos afectivos positivos con el personal y los pares generan condiciones favorables para el desarrollo de motivación autónoma y sostenida. Cotter et al(30) documentaron que las intervenciones en salud basadas en los principios de la TAD, orientadas al apoyo de la autonomía, producen mejoras significativas en la motivación intrínseca para el autocuidado y en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

La teoría general del autocuidado de Dorothea Orem(28), compuesta por las teorías del autocuidado, del déficit de autocuidado y de los sistemas de enfermería, provee el marco específico de enfermería para comprender la motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados. Orem define el autocuidado como las acciones que el individuo inicia y realiza deliberadamente para mantener la vida, la salud y el bienestar, enfatizando que esta práctica requiere tanto capacidad como motivación.

En el contexto de los CAR, la teoría de Orem permite identificar los déficits de autocuidado existentes e implementar sistemas de cuidado (compensatorio total, compensatorio parcial o de apoyo-educación) acordes al nivel de dependencia y motivación de cada residente.

La agencia de autocuidado en adultos mayores institucionalizados puede verse comprometida por múltiples factores: deterioro cognitivo, síntomas depresivos, dolor crónico, baja autoeficacia percibida y limitaciones funcionales (7). González-González y Requena (6) documentaron que las intervenciones de autocuidado implementadas de manera sistemática en adultos mayores producen efectos positivos significativos sobre la capacidad funcional, el bienestar y la calidad de vida. La aplicación del sistema de apoyo-educación de Orem, el más relevante para residentes con capacidad funcional conservada o levemente comprometida, permite fortalecer progresivamente la agencia y la motivación para el autocuidado autónomo.

Modelo de Autoeficacia de Bandura

La autoeficacia, definida por Bandura como la creencia del individuo en su capacidad para ejecutar un comportamiento específico y lograr un resultado determinado, constituye un predictor robusto de la motivación para el autocuidado en adultos mayores (31). Amin et al(10) encontraron que la autoeficacia para el autocuidado mediaba de manera significativa la relación entre los comportamientos de salud y el bienestar psicológico en adultos mayores con hipertensión, evidenciando que fortalecer la percepción de capacidad del residente es una estrategia clave para promover la motivación para el autocuidado. Lim et al(32) añaden que la resiliencia y la autoeficacia actúan como amortiguadores del deterioro funcional en adultos mayores frágiles, reforzando el valor de estas variables como objetivos de intervención de enfermería.

2.2.3. Factores de riesgo para la motivación del autocuidado en adultos mayores institucionalizados

La motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados puede verse comprometida por una constelación de factores de riesgo que operan en diferentes niveles. A nivel individual, el deterioro cognitivo, especialmente en sus etapas leve y

moderada, afecta la capacidad de planificación y ejecución de los comportamientos de autocuidado, así como la conciencia de la propia necesidad de cuidado (7). La depresión, presente en una proporción significativa de adultos mayores institucionalizados, actúa como inhibidor de la motivación al reducir el interés, la energía y la percepción de eficacia del residente para el autocuidado (4).

A nivel interpersonal, la pérdida de vínculos afectivos significativos (por fallecimiento de pares o distanciamiento familiar) constituye un factor de riesgo para la falta de motivación y el abandono de comportamientos de autocuidado (17). Kılıç y Kahraman(27) encontraron que la soledad percibida se asocia negativamente con la capacidad de autocuidado en adultos mayores institucionalizados, señalando la importancia de la vinculación social como factor protector de la motivación. Asimismo, un estilo de cuidado paternalista por parte del personal puede inadvertidamente erosionar la autonomía del residente y reducir su motivación intrínseca para el autocuidado (2).

A nivel contextual, entornos institucionales con escasa estimulación, sin oportunidades de participación activa del residente y con bajo apoyo a la autonomía configuran condiciones desfavorables para la motivación para el autocuidado(8). El dolor crónico, la polimedicación y la presencia de múltiples comorbilidades constituyen factores de riesgo biomédicos que generan fatiga, limitaciones funcionales y sensación de impotencia ante el propio estado de salud (12).

2.2.4. Dimensiones de motivación para el autocuidado

2.2.4.1 Autocuidado físico y funcional

Higiene y alimentación

La higiene personal y la alimentación constituyen los pilares más básicos del autocuidado físico en adultos mayores institucionalizados. Desde la perspectiva de Orem (28), la higiene y la nutrición forman parte de los requisitos universales de autocuidado, cuya satisfacción es indispensable para el mantenimiento de la vida y la prevención de complicaciones. Liang et al(12) reportaron que la motivación para el autocuidado en la dimensión de higiene y alimentación se ve afectada significativamente por el deterioro cognitivo, los síntomas depresivos y la pérdida de autonomía funcional en adultos mayores con enfermedades

crónicas múltiples. En el entorno institucional, la motivación en estas áreas puede disminuir progresivamente cuando el personal asume íntegramente las tareas sin promover la participación activa del residente según sus capacidades reales.

Casey et al(33) demostraron que las prácticas de autocuidado físico en adultos mayores (incluyendo la higiene y la alimentación) tienen impacto directo sobre la actividad cerebral y el bienestar cognitivo, evidenciando que el mantenimiento de estos comportamientos va más allá de la dimensión funcional y contribuye activamente a la salud integral del residente. La promoción de la motivación para el autocuidado en higiene y alimentación requiere estrategias individualizadas que consideren las capacidades funcionales, las preferencias personales y las barreras específicas de cada adulto mayor, incorporando adaptaciones de utensilios, modificaciones del entorno y refuerzo positivo de los comportamientos autónomos.

Actividad física y descanso

La actividad física regular y el descanso adecuado son componentes esenciales del autocuidado funcional en adultos mayores, con impacto documentado sobre la funcionalidad, el estado de ánimo y la calidad de vida. Palombi et al(8) señalan que la motivación para la actividad física en adultos mayores está fuertemente influenciada por la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas: los residentes que perciben que la actividad responde a sus propios intereses y preferencias muestran mayor adherencia.

Camp et al(29) añaden que el autocontrol actúa como mediador entre la motivación para la actividad física y su implementación efectiva, lo que refuerza la necesidad de intervenciones de enfermería que fortalezcan simultáneamente la motivación y los mecanismos de autocontrol del residente.

2.2.4.2 Autocuidado de la salud (manejo de comorbilidad)

Adherencia al tratamiento farmacológico

La adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores institucionalizados es un indicador clave de la motivación para el autocuidado de la salud. Wang et al(31) encontraron que la autoeficacia para el autocuidado mediaba significativamente la relación entre la capacidad de autocuidado y el

nivel de discapacidad en adultos mayores con enfermedades crónicas, evidenciando que la adherencia terapéutica depende no solo del conocimiento del tratamiento sino de la confianza del residente en su propia capacidad para seguirlo. Amin et al(10) documentaron que los adultos mayores con mayor autoeficacia para el autocuidado presentaban mejor adherencia farmacológica y mayor bienestar psicológico.

La polimedicación, frecuente en adultos mayores con comorbilidades múltiples, representa un factor de riesgo para la adherencia terapéutica al incrementar la complejidad del régimen farmacológico, los efectos adversos y las interacciones medicamentosas (12). Las intervenciones de enfermería orientadas a simplificar los esquemas de medicación, educar al residente sobre el propósito de cada fármaco y coordinar con la familia el seguimiento de la adherencia constituyen estrategias respaldadas por la evidencia para fortalecer la motivación del adulto mayor en el manejo de su tratamiento farmacológico.

Participación en controles de salud

La participación activa del adulto mayor institucionalizado en sus controles de salud constituye una expresión concreta de la motivación autónoma para el autocuidado. Sadeghi et al(2) identificaron que los factores que favorecen esta participación activa incluyen la confianza en el equipo de salud, la percepción de que sus opiniones son valoradas, el acceso a información comprensible sobre su estado de salud y la presencia de redes de apoyo social activas. Shaban et al(34) documentaron que la calidad de la relación enfermera-paciente es un predictor significativo de la participación del adulto mayor en las actividades de cuidado y monitoreo de su salud, reforzando el rol central de enfermería en la promoción de la motivación para el autocuidado de la salud.

2.2.4.3 Autocuidado psicoemocional

Manejo emocional

El manejo emocional como dimensión del autocuidado psicoemocional comprende la capacidad del adulto mayor para reconocer, expresar y regular sus emociones de manera adaptativa (33). En el entorno institucional, emociones de pérdida, soledad, frustración y miedo ante la muerte son frecuentes y requieren estrategias activas de afrontamiento que el propio residente pueda implementar

con el apoyo del equipo de enfermería(35). La motivación para el manejo emocional autónomo, es decir, la disposición del adulto mayor para buscar activamente formas de regular sus emociones, constituye un indicador de bienestar psicoemocional y de agencia de autocuidado en el entorno residencial.

Jin et al(36) encontraron que el estrés percibido impacta de manera diferencial sobre la calidad de vida en adultos mayores según el nivel de resiliencia disponible, evidenciando que la resiliencia actúa como mediador entre el estrés y el bienestar. Esta evidencia refuerza la necesidad de intervenciones de enfermería que fortalezcan los recursos de afrontamiento emocional del residente, incluyendo el reconocimiento de las propias fortalezas, el acceso a redes de apoyo dentro del CAR y la integración de estrategias de mindfulness o revisión de vida como herramientas de regulación emocional adaptativas.

Autoconcepto y autonomía percibida

El autoconcepto, la valoración que el individuo hace de sí mismo como agente capaz de cuidarse y tomar decisiones sobre su salud, constituye un predictor fundamental de la motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados (10). Un autoconcepto positivo y una alta percepción de autonomía se asocian a mayor iniciativa para el autocuidado, mayor adherencia terapéutica y mejor calidad de vida (31). Las intervenciones de enfermería que refuerzan positivamente las capacidades del residente, promueven su participación en las decisiones de cuidado y respetan su autodeterminación contribuyen al fortalecimiento del autoconcepto y a la sostenibilidad de la motivación para el autocuidado.

2.2.4.4 Autocuidado social y espiritual

Participación social y actividades de ocio

La participación social activa constituye un componente esencial del autocuidado en adultos mayores, con efectos protectores documentados sobre la salud cognitiva, el bienestar emocional y la calidad de vida en entornos institucionales (17). Dodds et al(24) encontraron que las redes sociales activas se asocian de manera independiente a mejor función cognitiva y mayor calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, reforzando que la participación social no es un lujo sino una necesidad terapéutica en el cuidado geriátrico.

Casey et al(33) señalan que las actividades de ocio y recreación elegidas libremente por el adulto mayor, motivadas intrínsecamente, tienen un impacto mayor sobre el bienestar que aquellas impuestas por el entorno institucional, lo que orienta el diseño de los programas de actividades en los CAR.

Búsqueda de sentido y propósito en la vida dentro del entorno institucional

La búsqueda de sentido y propósito en la vida constituye una necesidad espiritual fundamental del adulto mayor que adquiere particular relevancia en el contexto de la institucionalización (33). La percepción de que la vida en el CAR tiene significado, de que los vínculos afectivos son genuinos y de que existen metas personales alcanzables actúa como poderoso motivador para el autocuidado y el bienestar subjetivo (8). Zhang(37) señala que las actividades de ocio significativo, aquellas que generan experiencias de disfrute, conexión y propósito, favorecen el bienestar emocional del adulto mayor y contribuyen a preservar la motivación para el autocuidado a lo largo de la estadía institucional.

2.3. Rol de enfermería en la gestión del autocuidado de adultos mayores en centros de atención institucionalizados.

2.3.1. Teoría de Dorothea Orem y aplicación de sus principios fundamentales en el autocuidado del adulto mayor institucionalizado

La Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem (5)se estructura en tres teorías interrelacionadas: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería. La primera describe el autocuidado como una actividad humana aprendida y deliberada mediante la cual el individuo mantiene su vida, salud y bienestar; la segunda explica cuándo y por qué se requiere la intervención de enfermería: cuando la demanda de autocuidado terapéutico supera la capacidad del individuo para satisfacerla; y la tercera propone tres sistemas de cuidado: compensatorio total, compensatorio parcial y de apoyo-educación, que orientan el nivel y la modalidad de la intervención según el grado de dependencia del residente.

En el contexto de los CAR-PAM, la aplicación de los principios de Orem requiere en primer lugar una valoración sistemática de la agencia de autocuidado de cada residente: sus capacidades físicas, cognitivas, emocionales y motivacionales para ejecutar las actividades de autocuidado requeridas (6). Con base en esta valoración, el personal de

enfermería diseña un sistema de cuidado individualizado que maximice la autonomía del residente, promoviendo activamente su participación en todas las actividades que su capacidad le permita. Este enfoque contrasta con el modelo asistencialista en el que el personal asume íntegramente las tareas de cuidado sin promover la agencia del adulto mayor (7).

Los requisitos de autocuidado terapéutico identificados por Orem: universales, del desarrollo y de desviación de la salud, adquieren en el adulto mayor institucionalizado una dimensión adicional vinculada al proceso de adaptación al entorno residencial. La promoción del autocuidado en los requisitos universales (higiene, alimentación, actividad, descanso, socialización) debe articularse con el manejo de los requisitos de desviación de la salud propios de las comorbilidades del adulto mayor.

El sistema de apoyo-educación de Orem es el más relevante para adultos mayores con capacidad funcional conservada o levemente comprometida, cuya motivación para el autocuidado puede ser fortalecida mediante educación, acompañamiento y refuerzo positivo). Shaban et al(34). encontraron que la calidad de la relación enfermera-paciente mediaba de manera significativa la adherencia del adulto mayor a las actividades de autocuidado en el entorno institucional, subrayando que la aplicación efectiva del sistema de apoyo-educación de Orem requiere no solo competencias técnicas sino también habilidades de comunicación terapéutica y empatía por parte del personal de enfermería. La articulación de este sistema con los programas de visita familiar y con los servicios de salud del primer nivel de atención potencia sus efectos sobre el bienestar del residente.

2.3.2. Intervenciones de Enfermería (NIC) para promover el autocuidado del adulto mayor en CAR

Pilotto et al (38) evidenciaron que los programas de cuidado transicional , que aseguran la continuidad de las intervenciones entre el entorno hospitalario y el comunitario o residencial reducen significativamente las complicaciones y mejoran los resultados en adultos mayores con enfermedades crónicas.

Tabla 2

Plan de cuidados de Enfermería

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
00182 Disposición para mejorar el autocuidado		
Factores relacionados: **• Deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado** **• Percepción de ausencia de obstáculos para el autocuidado** **• Expresión de deseo de mejorar la responsabilidad sobre el autocuidado**	**1209 Motivación** • Expresa intención de actuar • Identifica metas personales • Inicia comportamientos dirigidos a metas **0300 Autocuidado: AVD** • Entra y sale de la cama de forma independiente • Realiza higiene personal • Se viste solo/a **2002 Bienestar personal** • Satisfacción con el estado de salud • Satisfacción con las actividades diarias	**4480 Facilitar la autorresponsabilidad** • Animar al adulto mayor a asumir la mayor responsabilidad posible en sus propios autocuidados • Fomentar la independencia pero ayudar cuando no pueda • Establecer un plan de cuidados que incluya metas graduales e individualizadas **5400 Potenciación de la autoestima** • Observar las afirmaciones del paciente sobre su propia valía • Reforzar positivamente los logros alcanzados en el autocuidado • Ayudar a identificar capacidades y puntos fuertes del residente **1800 Ayuda al autocuidado** • Observar la capacidad del paciente para el autocuidado independiente • Proporcionar un entorno terapéutico que fomente la independencia • Establecer una rutina de actividades de autocuidado adaptada a las capacidades del residente
00108 Déficit de autocuidado: baño/higiene		
Factores relacionados: **•Deterioro musculoesquelético** **• Deterioro neuromuscular** **• Dolor** **• Deterioro cognitivo**	**0301 Autocuidado: baño** • Se lava las manos • Se lava la cara • Se baña la parte superior del cuerpo • Se baña la parte inferior del cuerpo	**1801 Ayuda al autocuidado: baño/higiene** • Determinar la cantidad y el tipo de asistencia necesaria • Proporcionar los artículos de aseo personal deseados según las preferencias

• **Motivación disminuida para el autocuidado**	**0303 Autocuidado: higiene oral** • Se cepilla los dientes o la prótesis • Se enjuaga la boca • Reconoce cuando necesita asistencia **1205 Autoestima** • Presenta imagen personal adecuada • Mantiene la higiene y el arreglo personal	• Facilitar que el paciente lleve a cabo las AVD hasta el nivel de su capacidad • Enseñar a la familia a apoyar la higiene conservando la independencia del residente **6480 Manejo ambiental** • Adaptar el entorno para facilitar el acceso al baño de forma segura (barras, alfombrillas) • Garantizar la privacidad durante el aseo personal • Reducir los estímulos ambientales que aumentan la dependencia **4360 Modificación de la conducta** • Identificar el comportamiento de autocuidado que debe ser modificado o reforzado • Aplicar refuerzo positivo ante conductas de higiene autónoma • Registrar el progreso y comunicarlo al equipo interdisciplinario
00102 Déficit de autocuidado: alimentación		
Factores relacionados: **• Deterioro cognitivo** **•Deterioro musculoesquelético** **• Motivación disminuida** **• Debilidad o fatiga** **• Dolor**	**0302 Autocuidado: alimentación** • Agarra los utensilios de comer • Lleva la comida a la boca con utensilios • Come en una cantidad de tiempo razonable • Bebe de una taza o vaso de forma independiente **1004 Estado nutricional** • Ingestión de nutrientes • Ingestión de alimentos • Relación peso/talla	**1803 Ayuda al autocuidado: alimentación** • Identificar el régimen dietético prescrito • Proporcionar los dispositivos de adaptación de alimentación necesarios • Asegurarse de la postura correcta del paciente para facilitar la masticación y la deglución • Proporcionar alimentos y bebidas preferidos del paciente dentro de las restricciones establecidas • Observar la capacidad del paciente para deglutir **1100 Manejo de la nutrición** • Determinar las preferencias alimentarias del adulto mayor en coordinación con el servicio de nutrición

		• Controlar el consumo de alimentos y la ingesta calórica • Comprobar los valores de laboratorio relacionados con el estado nutricional • Notificar al equipo de salud las alteraciones en el apetito o la ingesta
00078 Gestión ineficaz de la salud		
Factores relacionados: • **Conflicto de decisiones** • **Déficit de conocimientos sobre el régimen terapéutico** • **Percepción de dificultad para seguir el régimen terapéutico** •**Apoyo social insuficiente**	**1847 Conocimiento: gestión enfermedad crónica** • Describe el proceso de la enfermedad • Describe los beneficios del tratamiento • Describe la importancia de la adherencia farmacológica **1813 Conocimiento: régimen terapéutico** • Identifica las medicaciones prescritas • Describe los efectos secundarios de los medicamentos • Describe la pauta posológica correcta	**5602 Enseñanza: proceso de enfermedad** • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente sobre su proceso de enfermedad crónica • Describir los signos y síntomas de alerta en un lenguaje sencillo y comprensible • Proporcionar información escrita (cuando proceda) sobre el proceso de la enfermedad y el tratamiento **5616 Enseñanza: medicamentos prescritos** • Instruir al paciente sobre el nombre, acción y efectos secundarios de cada medicamento • Evaluar la capacidad del paciente para automedicarse • Coordinar con la familia el seguimiento de la adherencia farmacológica • Registrar en la historia clínica las sesiones de educación realizadas **4420 Acuerdo con el paciente** • Establecer objetivos realistas y alcanzables de adherencia terapéutica con el residente • Determinar las estrategias para facilitar el cumplimiento del régimen terapéutico • Supervisar el progreso periódicamente y ajustar el plan con el equipo de salud
00124 Desesperanza		

Factores relacionados: **• Abandono familiar** **• Institucionalización prolongada** **• Deterioro del estado fisiológico** **• Estrés de larga data** **• Pérdida de la fe en valores espirituales o en el personal de salud**	**1201 Esperanza** • Expresa fe en el futuro • Expresa sentido a la vida • Expresa optimismo sobre el presente **1300 Aceptación: estado de salud** • Reconoce la realidad de su situación de salud • Se adapta a los cambios del estado de salud • Muestra actitud positiva hacia el autocuidado **1205 Autoestima** • Verbaliza autoaceptación • Mantiene postura erguida • Mantiene contacto ocular	**5310 Potenciación de la esperanza** • Ayudar al paciente y su familia a identificar áreas de esperanza en la vida institucional • Demostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente • Facilitar la revisión de vida como fuente de significado y propósito • Fomentar la participación en actividades espirituales según preferencias **5270 Apoyo emocional** • Hacer comentarios o afirmaciones empáticas • Escuchar las expresiones de sentimientos con atención activa • Proporcionar apoyo durante la fase de adaptación a la institucionalización • Coordinar con el equipo de psicología la intervención especializada cuando proceda **5230 Aumentar el afrontamiento** • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas de afrontamiento ya empleadas en su vida • Fomentar las relaciones con personas de confianza dentro del CAR • Proporcionar un ambiente de aceptación y escucha activa
00052 Deterioro de la interacción social		
Factores relacionados: **• Ausencia de personas de confianza** **• Barreras de comunicación** **• Barreras ambientales** **• Disfunción del sistema de apoyo**	**1503 Participación social** • Participa en actividades recreativas • Colabora con otros residentes • Mantiene contacto con familia **1504 Apoyo social** • Refiere relaciones de confianza con personal	**5100 Potenciación de la socialización** • Fomentar las relaciones con personas que tienen intereses y objetivos comunes dentro del CAR • Facilitar la participación activa del residente en las actividades grupales

• **Deterioro de la movilidad**	• Expresa satisfacción con las relaciones sociales **1209 Motivación** • Inicia interacciones sociales • Muestra interés por actividades grupales	• Identificar y eliminar barreras para la participación social **4310 Terapia de actividad** • Determinar el compromiso del paciente con actividades que aumenten la socialización • Seleccionar actividades de ocio acordes con las capacidades físicas, psicológicas y sociales del residente • Coordinar con el equipo de terapia ocupacional el diseño del programa de actividades **7140 Apoyo a la familia** • Valorar los recursos emocionales de la familia • Proporcionar información sobre el estado del paciente respetando los deseos de confidencialidad • Orientar a la familia sobre cómo participar activamente en el cuidado del residente • Fomentar la visita familiar regular como factor protector del bienestar del adulto mayor
00120 Baja autoestima situacional		
Factores relacionados: • **Cambio en el rol social** • **Pérdida de la independencia funcional** • **Abandono familiar percibido** • **Institucionalización no deseada** • **Reducción de la autonomía en el entorno residencial**	**1205 Autoestima** • Verbaliza autoaceptación • Mantiene el contacto visual • Describe el éxito en situaciones laborales o sociales previas **1209 Motivación** • Inicia comportamientos de autocuidado sin instrucción • Expresa confianza en su capacidad **2002 Bienestar personal** • Satisfacción con las relaciones sociales • Satisfacción con la capacidad funcional	**5400 Potenciación de la autoestima** • Ayudar a identificar y a verbalizar sentimientos negativos sobre sí mismo • Reforzar positivamente las fortalezas y logros del residente • Animar al paciente a examinar y comprobar sus percepciones negativas **5250 Apoyo en la toma de decisiones** • Determinar si el paciente y la familia comprenden la información relevante para la toma de decisiones • Respetar el derecho del adulto mayor a recibir información y a participar activamente en las decisiones sobre su cuidado • Establecer mecanismos de comunicación regulares entre el

	residente, la familia y el equipo de salud **4480 Facilitar la autorresponsabilidad** • Animar al residente a expresar sus preferencias sobre el plan de cuidados • Fomentar progresivamente la autonomía en las actividades de autocuidado cotidiano • Documentar los avances en la autonomía y comunicarlos al equipo interdisciplinario del CAR

*NANDA 2024-2026(39).

3.ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel internacional

Requelme-Jaramillo et al(7)**. [Estado cognitivo y autocuidado en el adulto mayor institucionalizado en un centro geriátrico.] Ecuador,2025.**

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estado cognitivo y el nivel de autocuidado en adultos mayores institucionalizados en un centro geriátrico de Ecuador. Se aplicaron el Mini-Mental State Examination (MMSE) para la evaluación del estado cognitivo y la Escala de Valoración del Autocuidado en el adulto mayor a una muestra de residentes de un establecimiento geriátrico; la selección de participantes se realizó mediante criterios de inclusión y exclusión definidos a priori. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial, aplicando el coeficiente de correlación de Spearman para establecer la asociación entre las variables.

Los resultados evidenciaron que los adultos mayores con mayor capacidad cognitiva presentaban niveles más elevados de autocuidado, estableciéndose una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. Se identificó que una proporción relevante de los participantes presentaba déficits cognitivos asociados directamente con limitaciones en el desempeño del autocuidado, particularmente en las dimensiones de higiene personal, alimentación y adherencia al tratamiento farmacológico. Asimismo, los participantes con mayor tiempo de institucionalización

tendieron a presentar perfiles de mayor dependencia en las actividades de autocuidado evaluadas.

Las conclusiones del estudio destacan que el estado cognitivo constituye un determinante central del autocuidado en adultos mayores institucionalizados, y subrayan la necesidad de implementar intervenciones interdisciplinarias orientadas a la estimulación cognitiva como estrategia para preservar y fortalecer la capacidad de autocuidado en esta población. El estudio aporta evidencia pertinente para el presente trabajo al documentar la importancia de los factores internos del adulto mayor en la modulación de su autocuidado en contextos institucionales, y al señalar al tiempo de permanencia como una variable de interés clínico en investigaciones futuras.

Cano et al. (4)**. Functional Capacity of Institutionalized Older People and Their Quality of Life, Depressive Symptoms and Feelings of Loneliness: A Cross-Sectional Study [Capacidad funcional de personas mayores institucionalizadas y su calidad de vida, síntomas depresivos y sentimientos de soledad: un estudio transversal]. Portugal,2024.**

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal, cuyo objetivo fue examinar la relación entre la capacidad funcional de los adultos mayores institucionalizados y su calidad de vida, síntomas depresivos y sentimientos de soledad. Se evaluó a adultos mayores residentes en centros de larga estadía de Portugal, aplicando instrumentos validados para la valoración de la capacidad funcional (Índice de Barthel), la calidad de vida (WHOQOL-BREF), los síntomas depresivos (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage) y los sentimientos de soledad (Escala de Soledad de UCLA). El análisis estadístico incluyó correlaciones de Pearson y modelos de regresión lineal múltiple para identificar predictores independientes del bienestar del residente.

Los resultados mostraron que una mayor dependencia en el cuidado personal se asoció de manera significativa con menor calidad de vida, mayor presencia de síntomas depresivos y mayor percepción de soledad en los adultos mayores institucionalizados. Los participantes con mayor autonomía funcional reportaron niveles superiores de bienestar subjetivo y menor sintomatología depresiva, estableciéndose un perfil de vulnerabilidad multidimensional en quienes presentaban dependencia funcional severa. El tiempo de permanencia institucional emergió como una variable asociada a la

intensidad de los síntomas depresivos y a la reducción de la motivación para el cuidado personal.

Las conclusiones subrayan que la dependencia funcional no opera de manera aislada en el entorno institucional, sino que se articula con factores psicosociales, depresión y soledad, que deterioran progresivamente el bienestar del adulto mayor institucionalizado. Estos hallazgos son relevantes para el presente estudio al evidenciar que el entorno institucional puede configurar condicionantes negativos para la motivación y el desempeño del autocuidado, especialmente en aquellos residentes con mayor tiempo de permanencia y mayor grado de dependencia funcional, planteando la necesidad de intervenciones de enfermería que aborden simultáneamente las dimensiones funcionales y psicosociales del cuidado.

Zhao et al. (17)**. Factors associated with adaptation level in the older adult residential care facilities: a path analysis [Factores asociados al nivel de adaptación en residencias de cuidado para adultos mayores: un análisis de rutas]. China,2023.**

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal con análisis de rutas (path analysis), cuyo objetivo fue identificar los factores asociados al nivel de adaptación de adultos mayores residentes en centros de atención institucional y modelar las vías de influencia entre dichos factores. Participaron adultos mayores de establecimientos de cuidado residencial en China. Se aplicaron instrumentos de valoración del apoyo social, la satisfacción con la vida, los síntomas depresivos y el nivel de adaptación institucional. Los datos fueron procesados mediante modelado de ecuaciones estructurales con el software Amos, aplicando el método de máxima verosimilitud y evaluando los índices de ajuste del modelo (CFI, RMSEA, GFI).

Los resultados evidenciaron que el apoyo social y la satisfacción con la vida ejercen una influencia positiva y estadísticamente significativa sobre el nivel de adaptación del adulto mayor al entorno institucional, mientras que los síntomas depresivos actúan como factor inhibidor de dicha adaptación. El análisis de rutas confirmó que las variables psicosociales median la relación entre las condiciones del entorno institucional y el bienestar del residente, identificando a la satisfacción con la vida como el predictor más robusto del nivel de adaptación. Los adultos mayores con períodos más prolongados de institucionalización presentaron trayectorias adaptativas diferenciadas, mediadas por el grado de integración social al interior de la institución.

Las conclusiones destacan que la adaptación institucional no es un proceso unidimensional, sino que está determinado por la interacción de factores de apoyo social, bienestar emocional y condiciones del entorno de cuidado. El estudio aporta al presente trabajo evidencia sobre la relevancia del tiempo de permanencia y los factores psicosociales en la configuración de la motivación y el comportamiento de autocuidado del adulto mayor en entornos residenciales, sugiriendo que las intervenciones de enfermería deben abordar simultáneamente las dimensiones sociales, afectivas e institucionales para lograr resultados sostenibles en el fortalecimiento del autocuidado.

3.2. A nivel nacional

Rojas, Satalaya(40)**. Autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado de una casa de reposo de Lima Perú 2025.**

Estudio cuantitativo, buscó determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado de una Casa de Reposo. La investigación empleó el método hipotético-deductivo, bajo un paradigma cuantitativo, con diseño no experimental y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 96 adultos mayores institucionalizados. Para la recolección de datos se aplicaron instrumentos estandarizados: la Escala de Capacidad de Autocuidado (ASA) y la Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (MGH), ambos con validez y confiabilidad en estudios realizados en Perú. Los resultados evidenciaron predominio de autocuidado regular asociado a baja calidad de vida, especialmente en actividad-reposo, alimentación y desarrollo personal. El análisis inferencial mostró un p valor menor a 0,05, confirmando relación significativa.

Castro(41)**. Dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del asilo de Chachapoyas, 2024.**

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la correlación entre el grado de dependencia funcional y la calidad de vida percibida en adultos mayores residentes del asilo Virgen Asunta, ubicado en la ciudad de Chachapoyas, durante el año 2024. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño observacional, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 8 adultos mayores institucionalizados. Para medir la dependencia funcional se utilizó el Índice de Barthel, instrumento que permite valorar el nivel de autonomía en actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, la calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario SF-36. Para

el análisis estadístico se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk y la correlación de Pearson. Los resultados evidenciaron que el 88% presentó dependencia severa. No se halló correlación significativa entre dependencia funcional y calidad de vida ($r = 0.370$; $p = 0.367$), sugiriendo considerar otros factores biopsicosociales.

3.3. A nivel local

Luego de una revisión exhaustiva en principales bases de datos especializadas y repositorios locales, no se encuentran estudios similares al nuestro, razón por la cual se exponen estudios locales relacionados con al menos una variable.

Suaña(42)**. Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024.**

La investigación relacional tuvo como objetivo determinar cómo el autocuidado se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores atendidos en un centro de salud del distrito de Mariano Melgar, Arequipa, durante el año 2024. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores seleccionados por conveniencia, a quienes se aplicó una encuesta mediante dos instrumentos universales, válidos y confiables, orientados a medir autocuidado y calidad de vida. Los resultados evidenciaron que no existieron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del autocuidado y la calidad de vida, dado que los valores de significancia fueron mayores a 0,05. Se observaron tendencias débiles positivas en alimentación y actividad física, y negativas en hábitos nocivos y adherencia al cuidado. Se concluye que otros factores biopsicosociales podrían influir en la calidad de vida.

Aparcana, Mamani, Quispe(43)**. Autocuidado y estilos de vida de los pacientes con diabetes en un establecimiento clinico - Arequipa 2022.**

El presente estudio relacional tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y los estilos de vida de los pacientes con diabetes atendidos en un establecimiento clínico de Arequipa durante el año 2022. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico, prospectivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes con diagnóstico de diabetes. Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario. Los resultados evidenciaron que la mayoría de pacientes presentó un nivel de autocuidado malo, representado por el 75,00%, mientras que el 92,50% mostró un estilo de vida regular.

Asimismo, no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones dieta, glucometría e insulina, ejercicio y tabaco con los estilos de vida. Se concluyó que no existe relación significativa entre ambas variables.

4. OBJETIVOS

1. Describir el tiempo de permanencia institucional de adultos mayores del Asilo Lira de Arequipa.
2. Identificar el nivel de motivación para el autocuidado que presentan los adultos mayores del Asilo Lira Arequipa.
3. Determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional con la motivación para el autocuidado en adultos mayores del Asilo Lira Arequipa.

5. HIPÓTESIS

Dado que el tiempo de permanencia institucional es el período continuo, expresado en meses o años, transcurrido desde el ingreso formal de un adulto mayor a un centro de atención residencial hasta la fecha de referencia del estudio . Por otro lado, la motivación para el autocuidado es el conjunto de procesos psicológicos, cognitivos, afectivos y volitivos, que impulsan, orientan y sostienen en el tiempo los comportamientos del individuo dirigidos a la preservación y promoción de su propia salud y bienestar.

Es probable que exista relación entre el tiempo de permanencia institucional con la motivación para el autocuidado en adultos mayores del Asilo Lira.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

Para la variable independiente y dependiente, se aplicó la encuesta.

1.2. Instrumento

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

- **Para la variable independiente:** Tiempo de permanencia institucional se mide mediante indicadores, se aplicó una ficha de recolección de datos que acopia información sobre:
  - **Datos sociodemográficos** (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, procedencia e hijos)
  - **Contexto institucional** (visitas de familiares o personas cercanas, frecuencia de visitas y personas quien lo visita con mayor frecuencia)
  - **Duración de la estancia** (tiempo de permanencia en el asilo)
  - **Condición de ingreso** (motivo principal de ingreso al asilo)
  - **Participación en actividades** (dentro de la institución y tipo)
  - **Estado de salud** (Presencia de enfermedad diagnosticada y enfermedad/condición principal).

  El instrumento no cuenta con puntajes, no se precisa de validación, por su naturaleza de abordaje epidemiológico(44).

- **Para la variable dependiente:** Motivación del autocuidado, se utilizó la Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores. El instrumento fue diseñado por los autores y validado bajo el juicio de 3 expertos del área de ciencias de la salud. El análisis de confiabilidad demostró alfa de Cronbach de 0.81

  La escala consta de 10 ítem, distribuidos en 4 dimensiones: Autocuidado físico, de la salud, psicoemocional, social y espiritual. La puntuación se realiza mediante escala tipo Lickert de 5 puntos dónde 1 punto corresponde a nunca y 5 a siempre. La puntuación se realiza de la siguiente manera:

Tabla 3

Puntuaciones Escala motivación para el autocuidado

Dimensión / escala	Bajo	Medio	Alto
D1: Autocuidado Físico y Funcional	3–8	9–13	14–15
D2: Autocuidado de la Salud	3–9	10–13	14–15
D3: Autocuidado Psicoemocional	2–6	7–9	10–10
D4: Autocuidado Social y Espiritual	2–6	7–8	9–10
Escala Global	10–29	30–42	43–50

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El asilo Lira se encuentra ubicado en el distrito de Yanahuara, provincia y departamento de Arequipa, Perú. Su localización corresponde a la avenida Cusco sin número.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación es coyuntural para el año 2026

2.3. Unidad de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por adultos mayores residentes del asilo Lira.

2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por 59 adultos mayores.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores conscientes que puedan responder de manera coherente a preguntas formuladas.
- Adultos mayores que acepten participar del estudio y firmen el consentimiento.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que tengan problemas cognitivos y de comunicación
- Adultos mayores que no deseen participar del estudio
- Adultos mayores con menos de 1 mes de ingreso al centro

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- El proyecto de investigación fue presentado inicialmente a la Facultad de Enfermería para su revisión académica y administrativa. Una vez levantadas las observaciones, si las hubiera, y obtenida la aprobación correspondiente, el proyecto fue remitido al Comité de Ética institucional para la evaluación de los aspectos éticos relacionados con la participación de adultos mayores institucionalizados, el consentimiento informado, la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de los datos y el respeto a la dignidad de los participantes.
- Luego de contar con la aprobación académica y ética, se gestionó la autorización formal ante la Dirección o Administración del Asilo Lira de la ciudad de Arequipa. Para ello, se presentó una solicitud institucional acompañada del proyecto aprobado, los instrumentos de recolección de datos, el consentimiento informado y la documentación requerida por la institución. Asimismo, se coordinó con la autoridad responsable, el personal de salud y el equipo asistencial del asilo los días, horarios y ambientes adecuados para la aplicación de los instrumentos.
- Para la recolección de datos, se identificaron los adultos mayores residentes en el Asilo Lira que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio. Previamente, se brindó información clara y comprensible sobre los objetivos de la investigación, la forma de participación, la duración aproximada, los posibles beneficios, la ausencia de riesgos significativos y el carácter voluntario de su participación. Se solicitó la firma del consentimiento informado antes de iniciar la aplicación de los instrumentos.
- Los instrumentos fueron aplicados de manera individual, en un ambiente tranquilo, cómodo y privado dentro del Asilo Lira. Se recabo información relacionada con el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. La aplicación tuvo una duración aproximada de 10 a 15 minutos por participante.
- Una vez recolectada la información, los datos fueron codificados y registrados en una matriz elaborada en Microsoft Excel. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 23.0. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio. Los resultados fueron presentados mediante frecuencias, porcentajes, medias. Posteriormente, se evaluó la normalidad de los datos mediante

la prueba de Kolmogorov-Smirnov. De acuerdo con los resultados de dicha evaluación, se aplicó la prueba de Chi cuadrado con V Cramen. El nivel de significancia estadística fue establecido en $p < 0,05$.

- Los resultados fueron presentados mediante tablas y gráficos, de acuerdo con los objetivos planteados en la investigación. Finalmente, el informe de investigación fue elaborado respetando la estructura académica establecida por la Facultad de Enfermería y entregado a la asesora y al jurado dictaminador para su revisión.
- Una vez aprobada la versión final, se procedió a la sustentación correspondiente.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadores
- Asesora de tesis

3.2.2. Materiales

- Material de escritorio: Hojas bond, lapiceros, lápices, corrector, borrador, tajador, otros.
- Computadora , laptop e impresora

3.2.3. Económicos

El estudio fue autofinanciado por los investigadores

3.2.4. Institucionales

Facultad de Enfermería de la UCSM

Asilo Lira

CAPÍTULO III
RESULTADOS

Tabla 4

Distribución de los adultos mayores según grupo etario y sexo

	Masculino		Femenino		Total	
Grupo etario	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
60 - 69	6	10.1	4	6.8	10	16.9
70 - 79	4	6.8	15	25.4	19	32.2
80 - 89	7	11.9	16	27.1	23	39.0
90 a más	4	6.8	3	5.1	7	11.9
Total	**21**	**35.6**	**38**	**64.4**	**59**	**100.0**

De los 59 adultos mayores, 38 (64.4 %) son mujeres y 21 (35.6 %) son varones, con predominio del grupo de 80 a 89 años (23; 39.0 %) seguido del de 70 a 79 años (19; 32.2 %); ambos grupos concentran el 71.2 % de la muestra. La comparación por sexo muestra edades promedio similares (varones M = 77.29, mujeres M = 77.74).

Se determina que más de la mitad de adultos mayores son mujeres y más de la cuarta parte tienen de 80 a 89 años.

Figura 1

Distribución de los adultos mayores según grupo etario y sexo

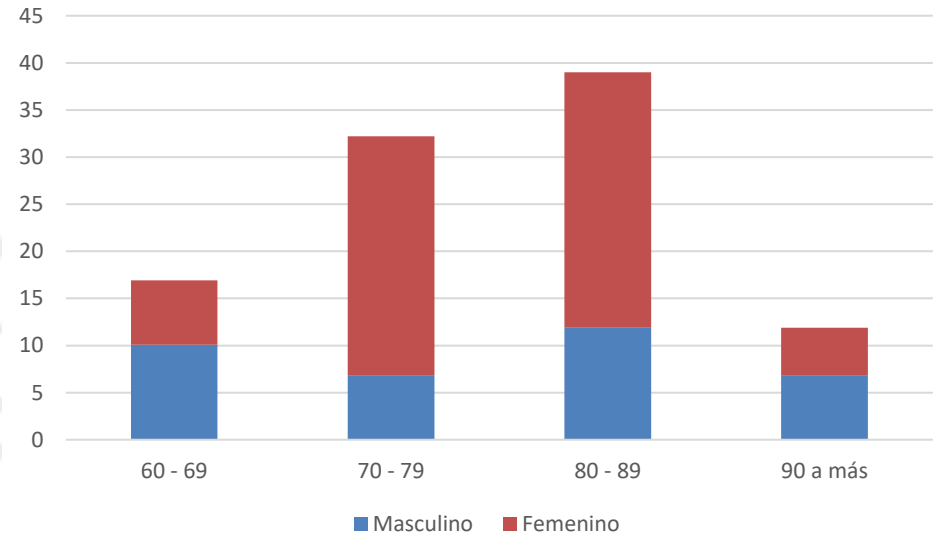


Tabla 5

Distribución de los adultos mayores según estado civil

Categoría	f	%
Soltero(a)	29	49.1
Casado(a)	8	13.6
Conviviente	2	3.4
Viudo(a)	17	28.8
Divorciado(a) / separado(a)	3	5.1
Total	**59**	**100.0**

En la tabla se aprecia que casi la mitad de los adultos mayores indicaron un estado civil de solteros (29; 49.1 %), seguidos por los viudos (17; 28.8 %); juntas, ambas categorías (que denotan ausencia de pareja conviviente) agrupan al 77.9 % de la muestra. Solo 10 residentes (16.9 %) mantienen un vínculo conyugal vigente (casados o convivientes), lo que retrata un perfil de baja disponibilidad de soporte de pareja.

Se determina que más de las tres cuartas partes de adultos mayores residentes del asilo indicaron no tener vínculo con pareja.

Figura 2

Distribución de los adultos mayores según estado civil

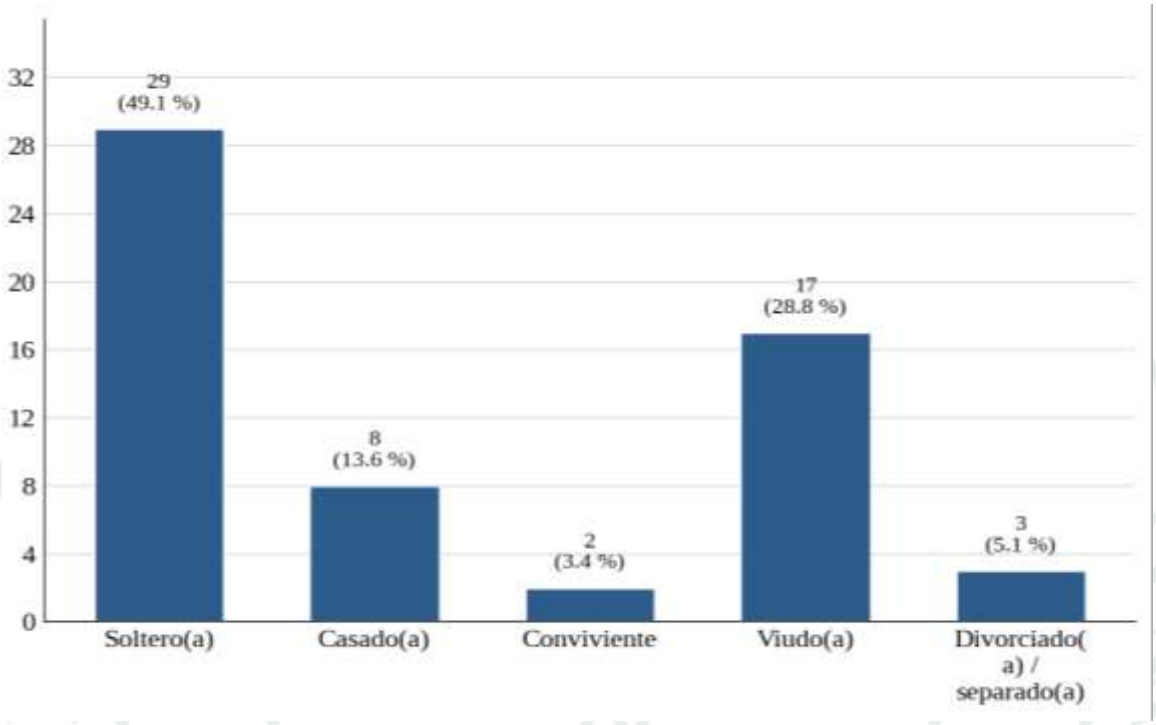


Tabla 6

Distribución de los adultos mayores según grado de instrucción

Categoría	f	%
Sin instrucción	2	3.4
Primaria	12	20.3
Secundaria	22	37.3
Superior técnica	3	5.1
Superior universitaria	20	33.9
Total	**59**	**100.0**

En la tabla se evidencia que el grado de instrucción en adultos mayores institucionalizados: 22 (37.3 %) alcanzaron secundaria y 20 (33.9 %) estudios superiores universitarios, sumando el 71.2 % con instrucción secundaria o superior. Solo 2 residentes (3.4 %) no tuvieron instrucción formal.

Se determina que más de la cuarta parte de adultos mayores presenta grado de instrucción de secundaria y superior universitaria, respectivamente.

Figura 3

Distribución de los adultos mayores según grado de instrucción

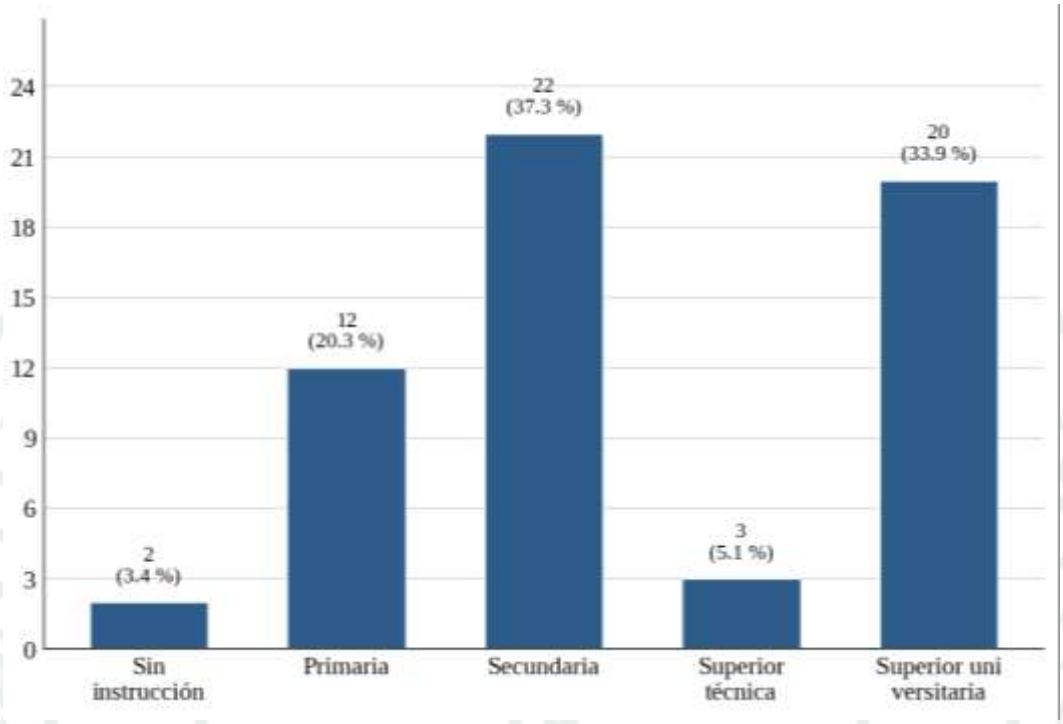


Tabla 7

Distribución de los adultos mayores según procedencia

Categoría	f	%
Arequipa	29	49.2
Otra provincia de Arequipa	1	1.7
Otra región del Perú	29	49.1
Total	**59**	**100.0**

La procedencia se reparte casi exactamente por igual entre residentes nacidos en Arequipa (29; 49.2 %) y quienes provienen de otras regiones del país (29; 49.1 %); solo 1 residente (1.7 %) proviene de otra provincia del propio departamento.

Se deduce que más de la mitad de adultos mayores son procedentes de Arequipa.

Figura 4

Distribución de los adultos mayores según procedencia

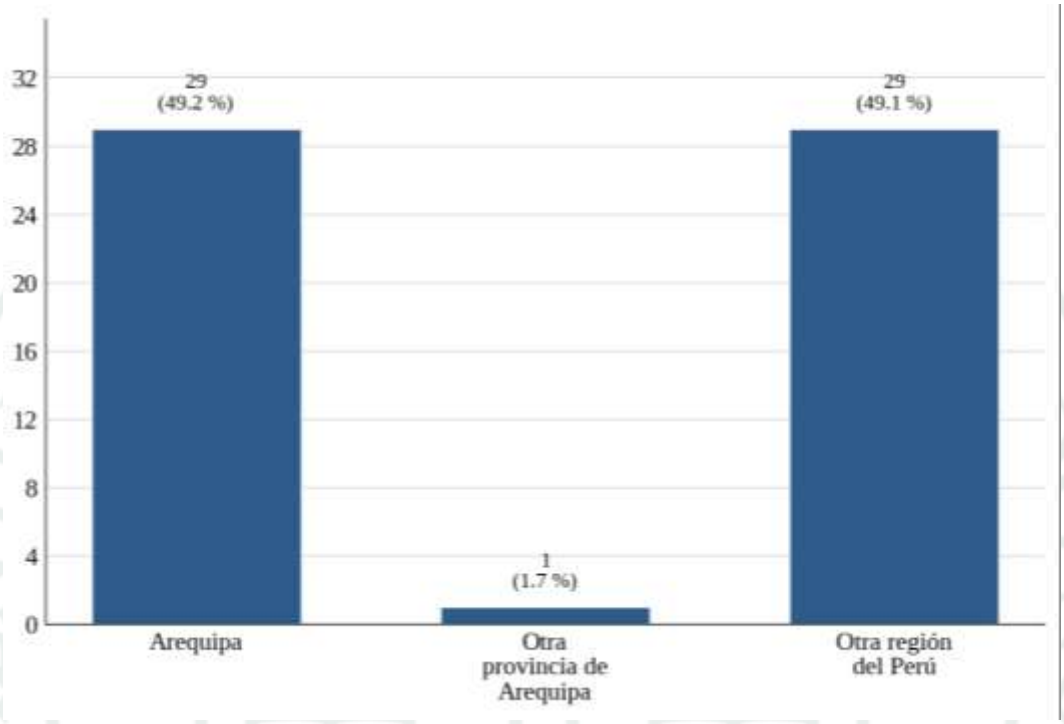


Tabla 8

Distribución de los adultos mayores según tenencia de hijos

Categoría	f	%
Sí	37	62.7
No	22	37.3
Total	**59**	**100.0**

La mayoría de los residentes adultos mayores (37; 62.7 %) refiere tener hijos, frente a 22 (37.3 %) que no los tiene.

Se determina que más de la mitad de adultos mayores indica que sí tiene hijos.

Figura 5

Distribución de los adultos mayores según tenencia de hijos

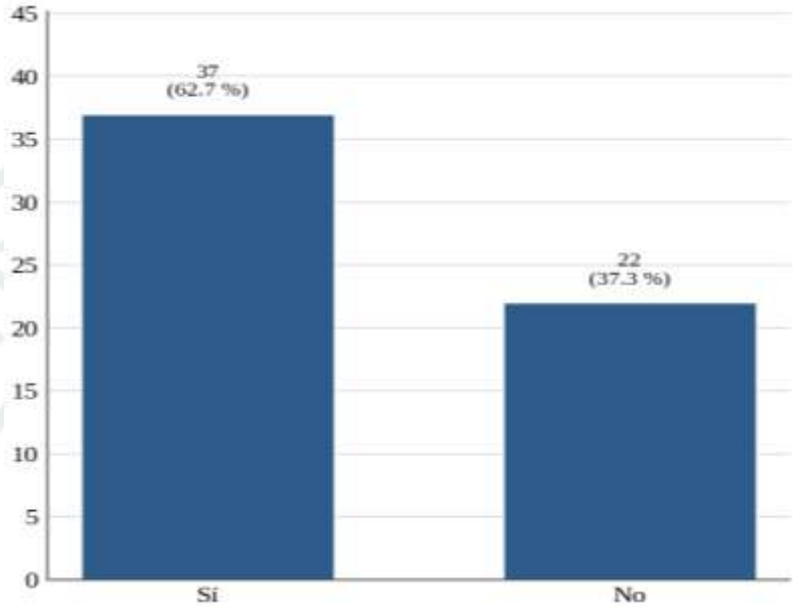


Tabla 9

Distribución según contexto institucional: recepción, frecuencia y fuente de las visitas

Indicador / categoría	f	%
Recibe visitas familiares o de personas cercanas		
Sí	40	67.8
No	19	32.2
Total	59	100.0
Frecuencia de visitas		
Semanal	11	27.5
Quincenal	5	12.5
Mensual	17	42.5
Ocasional	7	17.5
Total	40	100.0
Persona que lo visita con mayor frecuencia		
Hijo(a)	12	30.0
Amigo(a)	11	27.5
Hermano(a)	6	15.0
Nieto(a)	2	5.0
Otro familiar	9	22.5
Total	40	100.0

De los 59 participantes evaluados, 40 personas (67,8 %) manifestaron recibir visitas de familiares o personas cercanas, mientras que 19 (32,2 %) señalaron no recibirlas. Estos resultados muestran que aproximadamente dos de cada tres participantes mantienen contacto presencial con integrantes de su entorno familiar o social; sin embargo, cerca de una tercera parte no recibe visitas, situación que podría reflejar una menor disponibilidad de apoyo social presencial.

Entre las 40 personas que reciben visitas, la frecuencia predominante fue mensual, reportada por 17 participantes (42,5 %). Le siguieron las visitas semanales, con 11 casos (27,5 %); las visitas ocasionales, con 7 casos (17,5 %); y las visitas quincenales, con 5 casos (12,5 %). En consecuencia, aunque todos los participantes incluidos en este bloque reciben visitas, en la

mayoría de los casos estas no se producen con elevada frecuencia, pues las visitas mensuales y ocasionales representan conjuntamente el 60,0 %.

Respecto de la persona que realiza la visita con mayor frecuencia, los hijos ocuparon el primer lugar, con 12 casos (30,0 %), seguidos de los amigos, con 11 casos (27,5 %), y de otros familiares, con 9 casos (22,5 %). En menor proporción se encontraron los hermanos, con 6 casos (15,0 %), y los nietos, con 2 casos (5,0 %). En conjunto, los resultados evidencian que las visitas provienen principalmente de los hijos, amigos y otros familiares, quienes representan el 80,0 % de las personas identificadas como visitantes más frecuentes.

En síntesis, la mayoría de los participantes recibe visitas y dispone de algún vínculo familiar o social presencial; no obstante, la frecuencia predominantemente mensual revela que este contacto podría ser relativamente espaciado. Asimismo, destaca la participación escasa de los hijos, como principal fuente de acompañamiento social.

Figura 6

Distribución según contexto institucional: recepción, frecuencia y fuente de las visitas

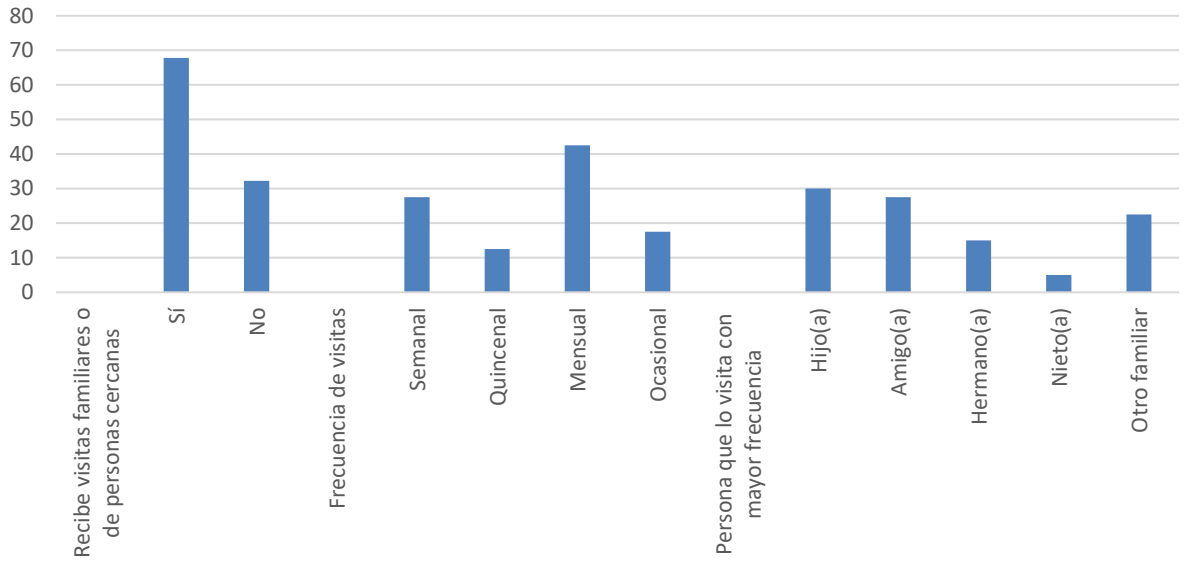


Tabla 10

Distribución según tiempo de duración de estancia

Categoría	f	%
1 a 5 años	39	66.1
6 a 10 años	13	22.0
11 a 15 años	4	6.8
16 a 20 años	3	5.1
Total	**59**	**100.0**

De los 59 adultos mayores evaluados, 39 residentes (66,1 %) tenían entre 1 y 5 años de tiempo de duración de estancia, constituyendo el grupo predominante. Asimismo, 13 residentes (22,0 %) registraron una estancia de 6 a 10 años.

En menor proporción, 4 adultos mayores (6,8 %) permanecían en la institución entre 11 y 15 años, mientras que 3 residentes (5,1 %) presentaban una permanencia de 16 a 20 años.

En conjunto, el 88,1 % de los participantes tenía hasta 10 años de estancia en el asilo, lo que evidencia que la mayor parte de la población estudiada se concentra en los periodos de permanencia de menor duración.

Se deduce que más de la mitad de los adultos mayores residentes del asilo tienen un periodo de estancia de hasta 5 años.

Figura 7

Distribución según tiempo de duración de estancia

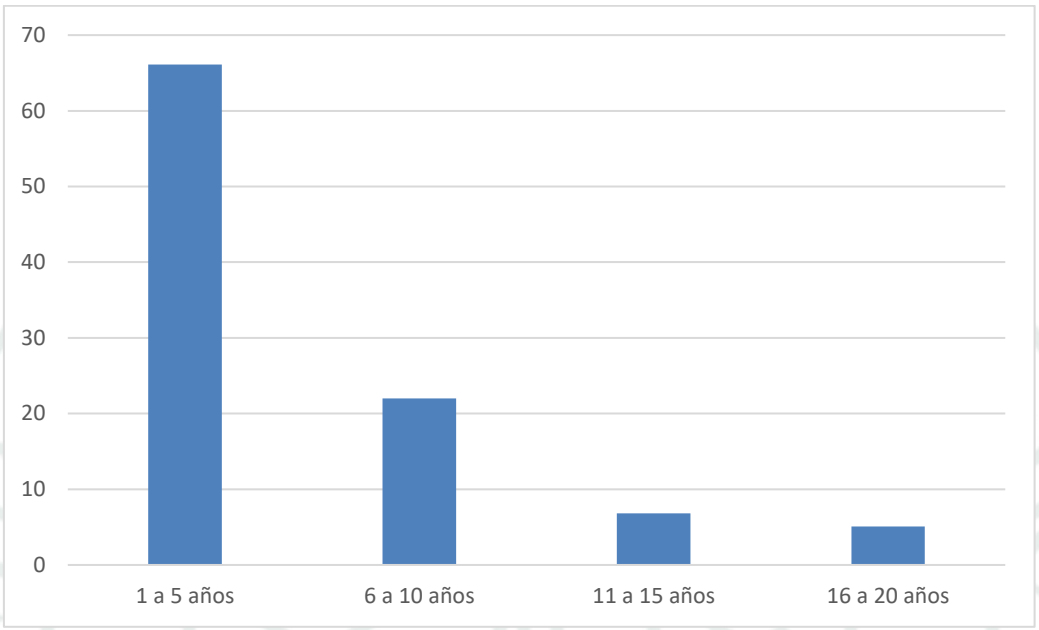


Tabla 11

Distribución según condición de ingreso

Categoría	f	%
Decisión personal	28	47.4
Enfermedad o limitación física	10	16.9
Falta de apoyo familiar	7	11.9
Situación económica	5	8.5
Necesidad de cuidado permanente	5	8.5
Otro motivo	4	6.8
Total	**59**	**100.0**

La decisión personal es la condicón de ingreso predominante (28; 47.4 %), le siguen la enfermedad o limitación física (10; 16.9 %) y la falta de apoyo familiar (7; 11.9 %). Considerando en conjunto la enfermedad y la necesidad de cuidado permanente (5; 8.5 %), los motivos de salud explican el 25.4 % de los ingresos, mientras que los motivos de índole social o familiar (falta de apoyo y situación económica) explican el 20.4 %.

Se determina que en cerca de la mitad de los adultos mayores la condición principal de ingreso fue la decisión personal.

Figura 8

Distribución según condición de ingreso

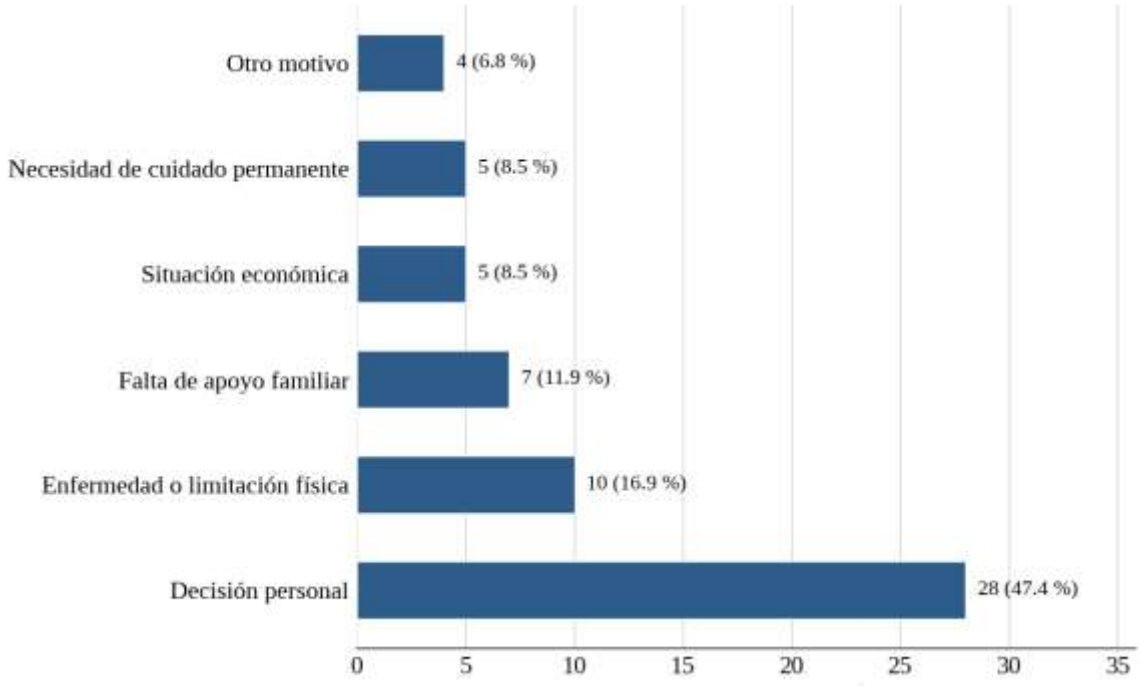


Tabla 12

Distribución según participación en actividades

Indicador / categoría	**f**	**%**
Participa en actividades dentro de la institución (n = 59)		
Sí	51	86.4
No	8	13.6
Total	59	100.0
Actividades en las que participa (n = 51)		
Recreativas, religiosas, físicas o terapéuticas, manualidades y sesiones educativas	15	29.4
Solo religiosas	5	9.8
Solo recreativas	5	9.8
Recreativas, religiosas y físicas o terapéuticas	5	9.8
Religiosas, físicas o terapéuticas, manualidades y sesiones educativas	4	7.8
Religiosas y sesiones educativas	3	5.9
Recreativas, religiosas, físicas o terapéuticas y sesiones educativas	3	5.9
Solo sesiones educativas	2	3.9
Solo manualidades	2	3.9
Religiosas, físicas o terapéuticas y sesiones educativas	2	3.9
Otra actividad, religiosas, físicas o terapéuticas, manualidades y sesiones educativas	1	2.0
Recreativas, religiosas, manualidades y sesiones educativas	1	2.0
Recreativas, religiosas y sesiones educativas	1	2.0
Religiosas, manualidades y sesiones educativas	1	2.0
Recreativas, religiosas, físicas o terapéuticas y manualidades	1	2.0
Total	51	100.0

En la tabla se aprecia que de los 59 adultos mayores, 51 (86,4 %) manifestaron participar en actividades desarrolladas dentro de la institución, mientras que 8 (13,6 %) indicaron no participar. Esto demuestra que la mayoría de los residentes mantiene una participación activa en las actividades.

Entre los 51 participantes, la combinación más frecuente fue la participación conjunta en actividades recreativas, religiosas, físicas o terapéuticas, manualidades y charlas educativas, reportada por 15 adultos mayores (29,4 %). Este resultado muestra que aproximadamente tres de cada diez participantes se integran en todas las modalidades de actividades ofrecidas.

Asimismo, 5 residentes (9,8 %) participaban exclusivamente en actividades religiosas, otros 5 (9,8 %) únicamente en actividades recreativas y 5 (9,8 %) combinaban actividades recreativas,

religiosas y físicas o terapéuticas. Por su parte, 4 participantes (7,8 %) realizaban actividades religiosas, físicas o terapéuticas, manualidades y charlas educativas.

Las demás combinaciones presentaron frecuencias menores, comprendidas entre 1 y 5 participantes, lo que evidencia una amplia diversidad en las preferencias y formas de participación de los adultos mayores.

Al reagrupar las combinaciones según cada tipo de actividad, se observa que las actividades religiosas tuvieron la mayor presencia, al formar parte de las actividades realizadas por 42 participantes (82,5 %). Le siguieron las charlas educativas, presentes en 33 participantes (64,7 %); las actividades recreativas y las físicas o terapéuticas, con 31 participantes cada una (60,9 %); y las manualidades, con 25 participantes (49,0 %).

Se determina que la mayoría de adultos mayores institucionalizados en el asilo Lira realizan actividades participativas que favorece la integración y la socialización, especialmente aquellas que integran componentes religiosos, educativos, recreativos y terapéuticos.

Figura 9

Distribución según participación en actividades

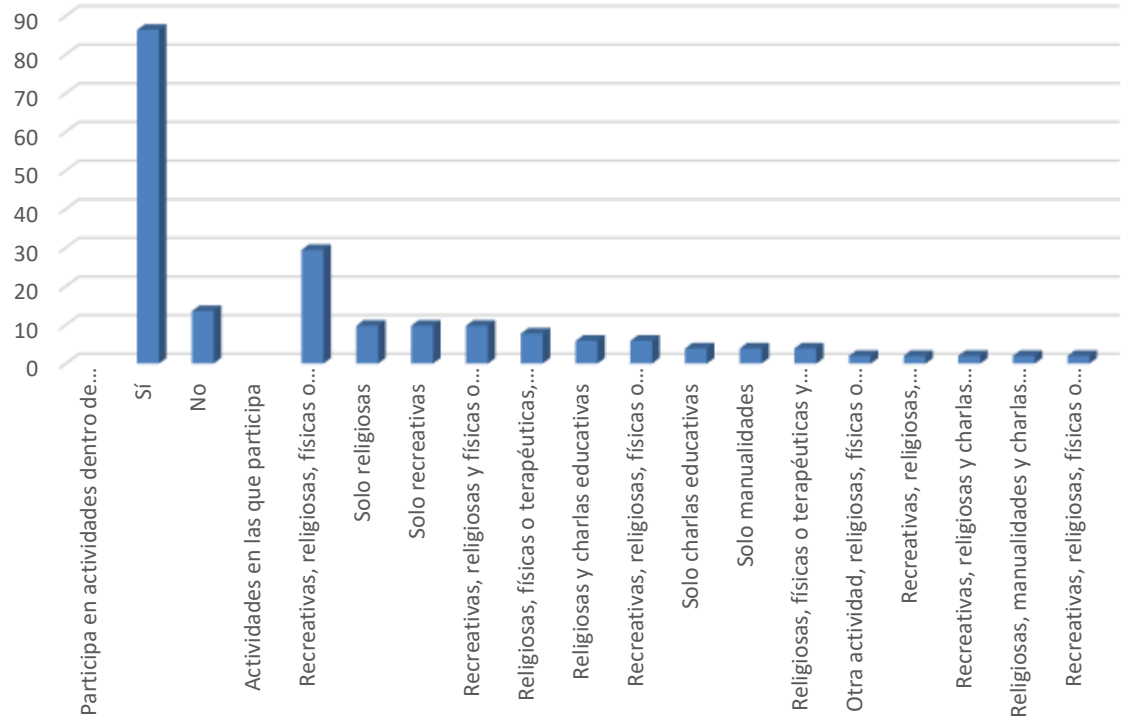


Tabla 13

Estado de salud: presencia de enfermedad diagnosticada y condición principal

Indicador / categoría	f	%
Presenta alguna enfermedad diagnosticada		
Sí	45	76.3
No	14	23.7
Total	59	100.0
Enfermedad o condición principal		
Hipertensión arterial	19	32.2
Problemas visuales o auditivos	15	25.4
Artrosis / artritis	3	5.1
Enfermedad respiratoria	3	5.1
Enfermedad cardiovascular	2	3.4
Diabetes mellitus	2	3.4
Otra (tiroides)	1	1.7
Ninguna	14	23.7
Total	59	100.0

En la tabla se aprecia que 76.3% de adultos mayores presenta al menos una enfermedad diagnosticada. Como condición principal predomina la hipertensión arterial (19; 32.2 %, seguida de los problemas visuales o auditivos (15; 25.4 %).

Se evidencia que más de las tres cuartas partes de adultos mayores presenta alguna enfermedad diagnosticada, siendo en más de cuarta parte hipertensión arterial y problemas visuales o auditivos, respectivamente.

Figura 10

Estado de salud: presencia de enfermedad diagnosticada y condición principal

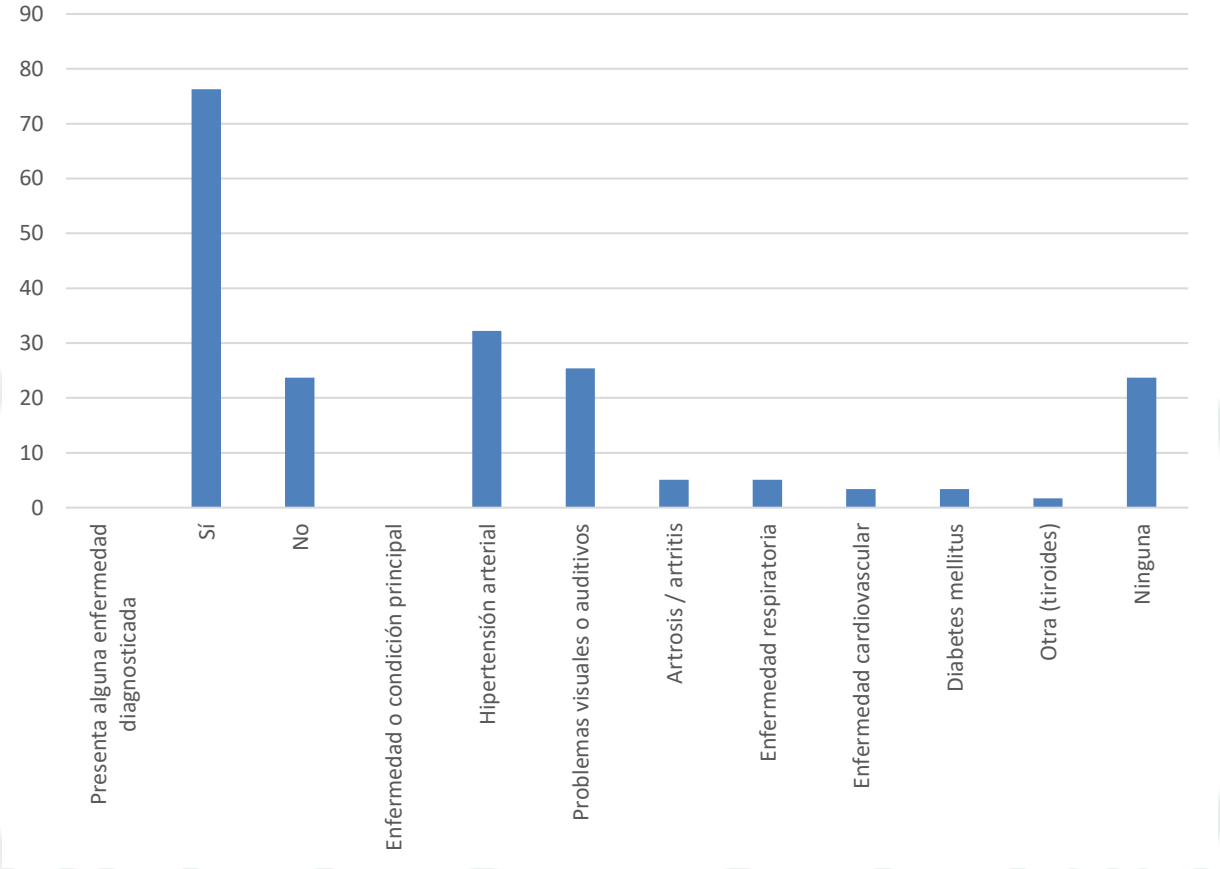


Tabla 14

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado físico y funcional

Nivel	f	%
Baja	9	15.3
Media	34	57.6
Alta	16	27.1
Total	**59**	**100.0**

En la dimensión de autocuidado físico y funcional (higiene, alimentación, actividad física y descanso) predomina el nivel medio (34; 57.6 %), con un 27.1 % (16) en nivel alto y solo un 15.3 % (9) en nivel bajo.

El puntaje promedio (M = 11.63 de 15) se ubica cerca del límite superior del rango medio, lo que sugiere un desempeño físico-funcional relativamente favorable en la mayoría de los residentes.

Se determina que en más de la mitad de adultos mayores institucionalizados la dimensión autocuidado físico y funcional fue media, en más de la cuarta parte alta y en una minoría baja.

Figura 11

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado físico y funcional

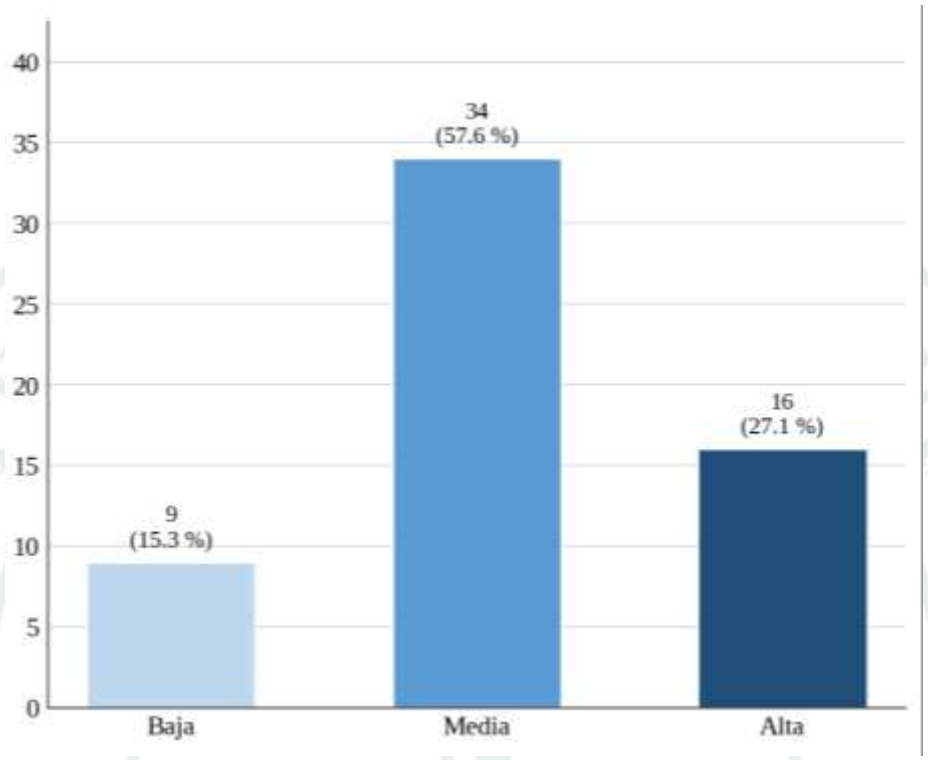


Tabla 15

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado de la salud

Nivel	f	%
Baja	25	42.4
Media	21	35.6
Alta	13	22.0
Total	**59**	**100.0**

La dimensión de autocuidado de la salud (adherencia al tratamiento farmacológico y participación en controles de salud) es la más deficitaria de las cuatro dimensiones: el 42.4 % de los residentes (25) se ubica en nivel bajo, superando incluso al nivel medio (21; 35.6 %). Solo el 22.0 % (13) alcanza nivel alto.

Este resultado es especialmente relevante porque el 76.3 % de los adultos mayores presenta al menos una enfermedad diagnosticada (Tabla 13): existe, por tanto, una proporción considerable de adultos mayores con necesidades de salud activas cuya motivación para gestionarlas es baja.

Se deduce que cerca de la mitad de los adultos mayores institucionalizados presenta un nivel bajo respecto a la motivación para el autocuidado de la salud (adherencia al tratamiento farmacológico y participación en controles de salud).

Figura 12

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado de la salud

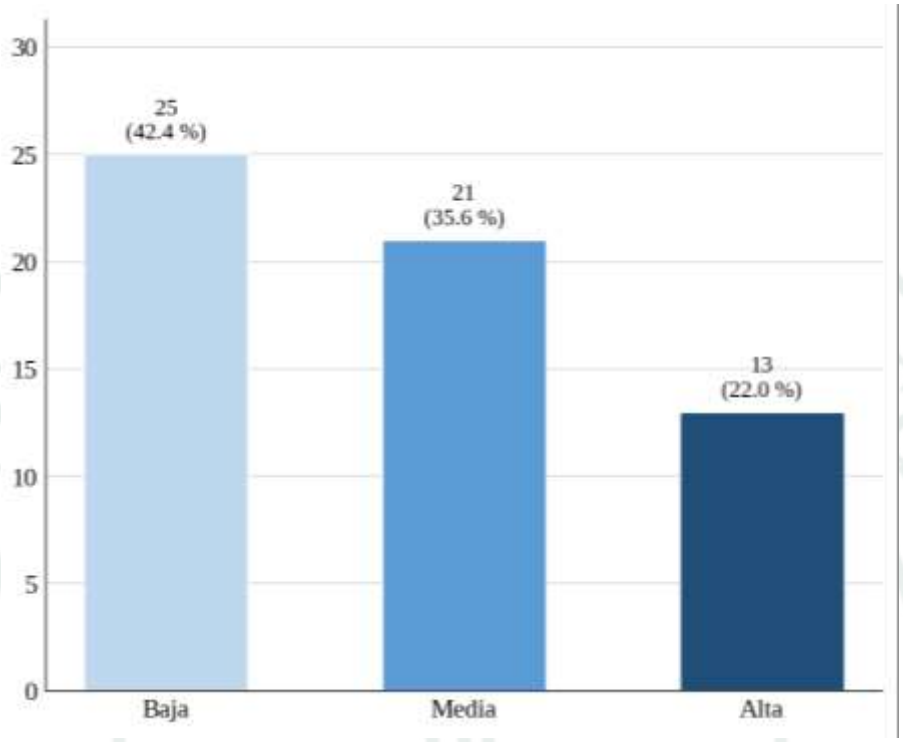


Tabla 16

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado psicoemocional

Nivel	f	%
Baja	22	37.3
Media	33	55.9
Alta	4	6.8
Total	**59**	**100.0**

En la dimensión psicoemocional (manejo emocional y autoconcepto) más de la mitad de los adultos mayores (33; 55.9 %) se ubica en nivel medio y un 37.3 % (22) en nivel bajo; solo 4 (6.8 %) alcanzan nivel alto.

Se deduce que en más de la mitad de adultos mayores, la dimensión autocuidado psicoemocional fue media, lo que sugiere que el componente emocional y de autoconcepto son vulnerables.

Figura 13

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado psicoemocional

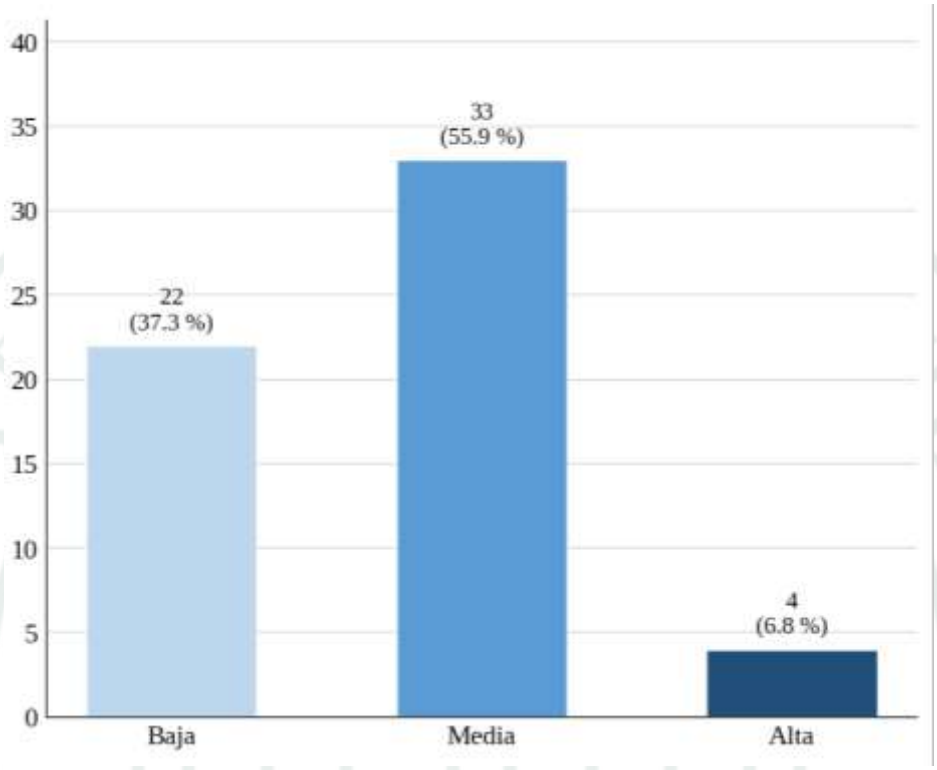


Tabla 17

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado social y espiritual

Nivel	f	%
Baja	16	27.1
Media	18	30.5
Alta	25	42.4
Total	**59**	**100.0**

La dimensión social y espiritual (participación social, ocio y búsqueda de sentido dentro de la institución) presenta el perfil más favorable de las cuatro dimensiones: el 42.4 % de los residentes (25) se ubica en nivel alto, la proporción más alta de todo el instrumento, frente a solo un 27.1 % (16) en nivel bajo.

Se deduce que en cerca de la mitad de adultos mayores se presenta un autocuidado social y espiritual alto.

Figura 14

Nivel de motivación para el autocuidado en la dimensión Autocuidado social y espiritual

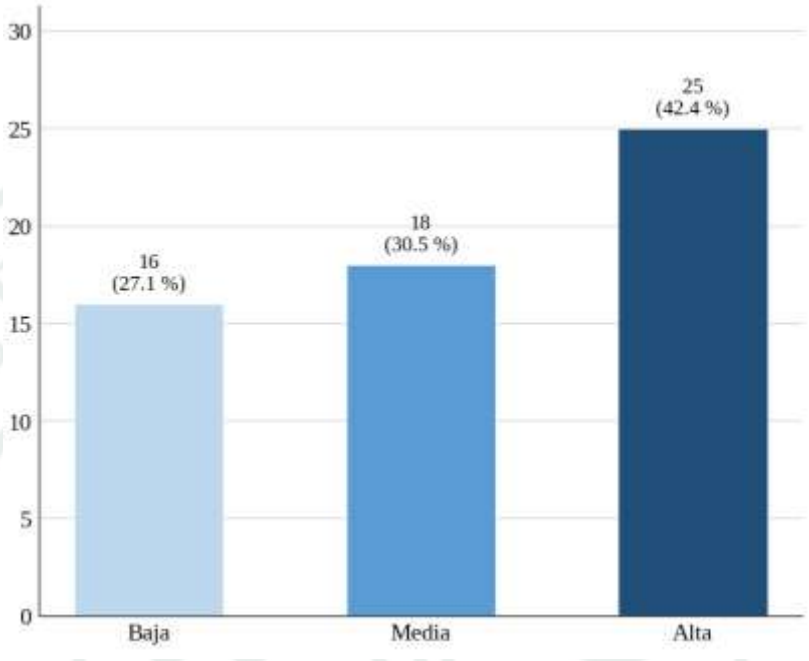


Tabla 18

Nivel de motivación para el autocuidado del adulto mayor

Nivel	f	%
Baja	8	13.6
Media	39	66.1
Alta	12	20.3
Total	**59**	**100.0**

En la tabla se aprecia que respecto al nivel de motivación para el autocuidado, se concentra mayoritariamente en la categoría media (39; 66.1 %), con un 20.3 % (12) en nivel alto y un 13.6 % (8) en nivel bajo.

El puntaje promedio (M = 36.85 de 50 puntos como máximo) se ubica en el tramo medio-alto del baremo.

Se deduce que en más de la mitad de adultos mayores del Asilo Lira se muestra una motivación media para el autocuidado, con margen de mejora concentrado sobre todo en la dimensión de autocuidado de la salud y el psicoemocional.

Figura 15

Nivel de motivación para el autocuidado del adulto mayor

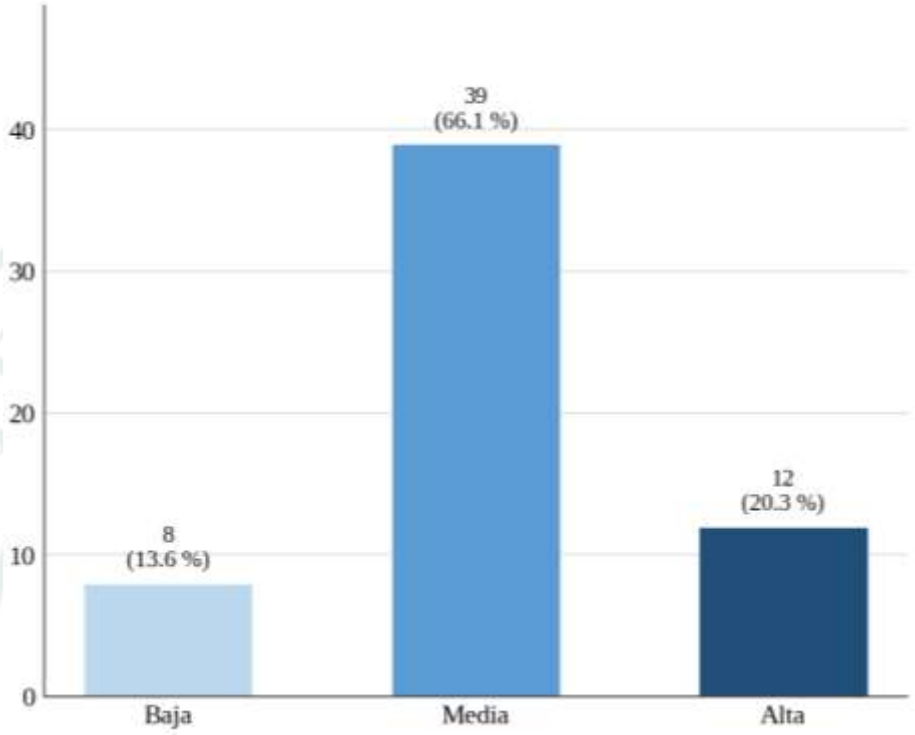


Tabla 19

Prueba de normalidad

Variable	M	DE	K-S	p	S-W	p	Decisión
Edad (años)	77.58	10.24	0.102	.166	0.966	.098	Normal
Tiempo de permanencia (meses)	6.41	6.62	0.227	< .001	0.758	< .001	No normal
D1: Autocuidado físico y funcional	11.63	2.64	0.169	< .001	0.917	< .001	No normal
D2: Autocuidado de la salud	10.24	3.69	0.124	.032	0.931	.002	No normal
D3: Autocuidado psicoemocional	7.03	1.73	0.169	< .001	0.946	.011	No normal
D4: Autocuidado social y espiritual	7.95	1.93	0.195	< .001	0.874	< .001	No normal
Motivación para el autocuidado (global)	36.85	7.20	0.127	.025	0.952	.022	No normal

De las siete variables cuantitativas analizadas, únicamente la edad presentó una distribución compatible con la normalidad (K-S, p = 0,166), mientras que el tiempo de permanencia y los cinco puntajes de motivación mostraron distribuciones no normales.

Sin embargo, la elección de la prueba de chi cuadrado no se sustentó en el incumplimiento del supuesto de normalidad, sino en que las variables incluidas en el análisis inferencial fueron operacionalizadas como categorías. Para evaluar la asociación entre estas variables se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson y, como medida del tamaño del efecto, la V de Cramer.

Tabla 20

Relación entre las características de la duración de estancia, sociodemográficas, institucionales, de ingreso, participación y salud del adulto mayor y el nivel de motivación para el autocuidado en el Asilo Lira.

Variable	χ^2	gl	p	V de Cramer	Decisión
Duración de la estancia					
Tiempo de permanencia en el Asilo Lira	3.581	4	.466	0.174	No significativa

Variable	χ^2	gl	p	V de Cramer	Decisión
Datos sociodemográficos					
Edad	16.906	8	.031	0.379	Significativa
Sexo	0.293	2	.864	0.070	No significativa
Estado civil	11.361	8	.182	0.310	No significativa
Grado de instrucción	5.878	8	.661	0.223	No significativa
Procedencia	5.282	4	.260	0.212	No significativa
Tiene hijos	7.080	2	.029	0.346	Significativa
Contexto institucional					
Recibe visitas familiares o de personas cercanas	2.510	2	.285	0.206	No significativa
Frecuencia de visitas	8.996	8	.343	0.276	No significativa
Persona que lo visita con mayor frecuencia	10.339	12	.586	0.296	No significativa
Condición de ingreso					
Motivo principal de ingreso al asilo	7.533	10	.674	0.253	No significativa
Participación en actividades					
Participa en actividades dentro de la institución	19.376	2	< .001	0.573	Significativa
Tipo de actividad principal	24.412	10	.007	0.455	Significativa
Estado de salud					
Presenta alguna enfermedad diagnosticada	1.178	2	.555	0.141	No significativa
Enfermedad o condición principal	8.438	14	.865	0.267	No significativa

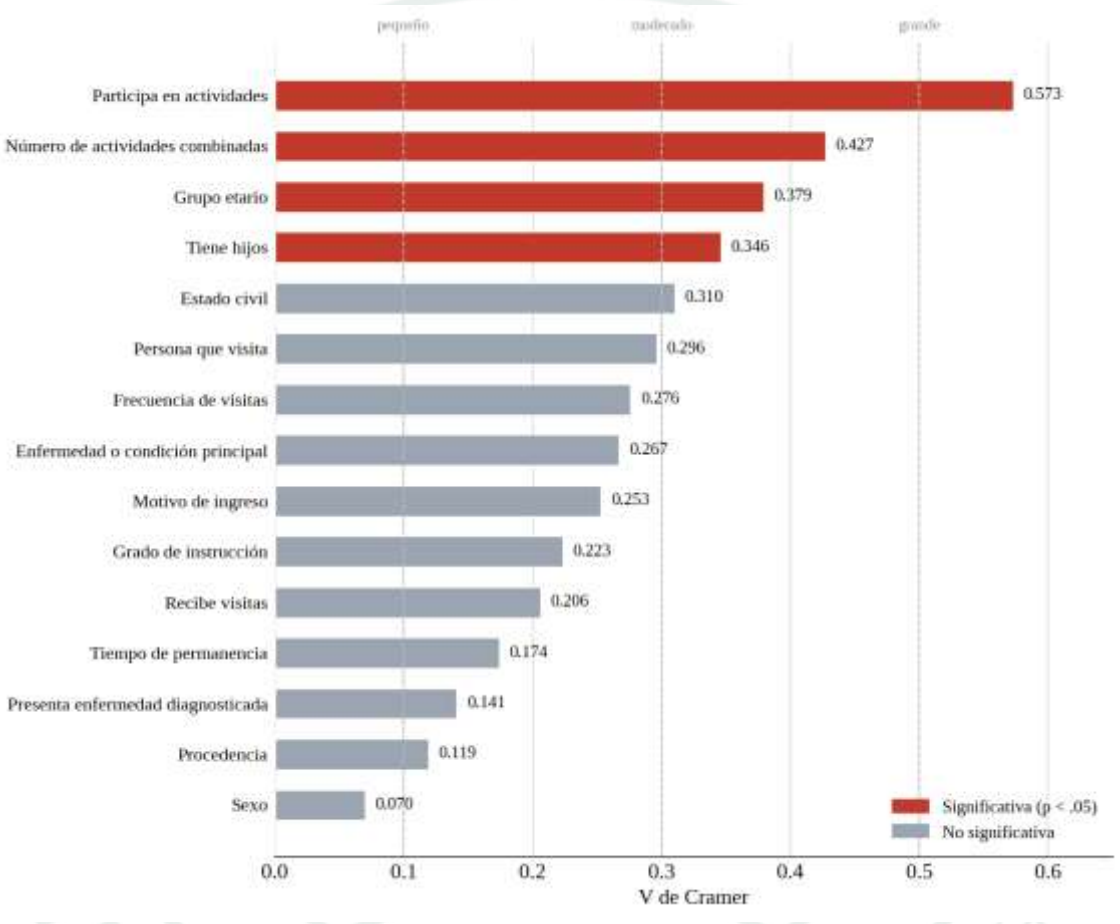
De las quince características contrastadas, cuatro muestran asociación estadísticamente significativa con el nivel de motivación para el autocuidado ($p < 0.05$): la participación en actividades institucionales ($\chi^2(2) = 19.376$; $p < .001$), que registra además el tamaño de efecto más alto de toda la tabla (V de Cramer = 0.573, efecto grande); el número de actividades combinadas que realiza ($\chi^2(10) = 21.490$; $p = .018$; $V = 0.427$, efecto moderado-grande); el grupo etario ($\chi^2(8) = 16.906$; $p = .031$; $V = 0.379$, efecto moderado); y la tenencia de hijos ($\chi^2(2) = 7.080$; $p = .029$; $V = 0.346$, efecto moderado).

Las variables restantes (incluyendo sexo, estado civil, grado de instrucción, procedencia, contexto de visitas, tiempo de permanencia, motivo de ingreso y estado de salud) no alcanzan significancia estadística.

Se determina que la motivación para el autocuidado en adultos mayores institucionalizados en Asilo Lira, está relacionada por la vida activa dentro de la institución (participación) y por características relativamente estables del residente (edad, vínculo familiar) que por su contexto sociodemográfico general o por la duración de su estancia.

Figura 16

Tamaño del efecto (V de Cramer) de cada característica sobre el nivel de motivación para el autocuidado



DISCUSIÓN

Se desconoce si las condiciones de permanencia en un centro residencial modifican la motivación del adulto mayor para cuidar de sí mismo, aspecto poco documentado en Arequipa. El objetivo fue determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores del Asilo Lira, Arequipa, 2026.

El perfil sociodemográfico de los adultos mayores institucionalizados, corresponde a una población en su mayoría mujer (64.4 %), con predominio de los grupos de 70 a 89 años (M = 77.58), solteros (49.1 %) y viudos (28.8 %) suman 77.9 % y solo el 16.9 % conserva pareja, patrón que coincide con la vulnerabilidad multidimensional descrita por Cano et al(4) en Portugal.

Aunque el 62,7 % de los adultos mayores señaló tener hijos, el acompañamiento familiar no parece ser continuo. Entre quienes reciben visitas (67,8 %), el 42,5 % las recibe mensualmente y el 17,5 % solo de manera ocasional; en conjunto, estas frecuencias representan el 60,0 %. Esto indica que la existencia del vínculo filial no garantiza una presencia sostenida. Este hallazgo resulta relevante al compararlo con Zhao et al (17), quienes identificaron el apoyo social como un elemento fundamental para favorecer la adaptación del adulto mayor a la vida institucional.

Respecto a la duración de estancia, el 66,1 % de los adultos mayores lleva entre uno y cinco años en el asilo y el 88,1 % no supera los diez años de estancia, con una media de 6,41 años. La principal condición de ingreso fue la decisión personal (47,4 %), por encima de los motivos de salud (25,4 %) y de las razones sociofamiliares (20,4 %). Este resultado cuestiona la idea del asilo como un destino exclusivamente impuesto y sugiere que una parte importante de los residentes conserva capacidad para decidir sobre su propia vida. Desde la teoría de la autodeterminación, esta autonomía puede favorecer el mantenimiento de la motivación para el autocuidado.

Asimismo, el 86,4 % participa en actividades, pese a que el 76,3 % presenta alguna enfermedad diagnosticada. Entre los problemas de salud más frecuentes destacan la hipertensión arterial (32,2 %) y los déficits sensoriales (25,4 %). Este perfil coincide con lo reportado por Requelme-Jaramillo et al(7) y evidencia un menor grado de deterioro funcional en comparación con Castro (41), quien encontró un 88,0 % de dependencia severa.

En relación con la motivación para el autocuidado, la dimensión social y espiritual presentó la mayor proporción de nivel alto, con un 42,4 %. En contraste, el autocuidado de la salud fue la única dimensión en la que predominó el nivel bajo (42,4 %) sobre el nivel medio (35,6 %), mientras que solo el 22,0 % alcanzó un nivel alto. Este resultado adquiere especial relevancia, considerando que el 76,3 % de los adultos mayores presenta alguna enfermedad diagnosticada.

Las dimensiones física y funcional, con un 57,6 % en nivel medio y una media de 11,63 sobre 15 puntos, y psicoemocional, con un 55,9 % en nivel medio y apenas un 6,8 % en nivel alto, muestran igualmente un predominio de niveles intermedios. En concordancia con ello, el 66,1 % de los adultos mayores presentó una motivación global media para el autocuidado, con una puntuación promedio de 36,85 sobre 50.

El menor resultado de la dimensión psicoemocional podría comprenderse a partir de las condiciones sociales observadas: el 79,9% de los residentes era soltero o viudo y, aunque el 62,7 % tenía hijos, las visitas eran principalmente mensuales u ocasionales. La coexistencia de vínculos familiares poco frecuentes y la vida institucional podría limitar el acompañamiento afectivo cotidiano; sin embargo, debido al diseño transversal, esos factores no pueden considerarse causas del resultado. Asimismo, el predominio del nivel bajo en el autocuidado de la salud puede relacionarse con que la institución asume parte de los controles, la administración de medicamentos y otras medidas asistenciales, especialmente en una población donde el 76,3% presenta enfermedades diagnosticadas.

En contraste, la participación del 86,4 % en actividades institucionales podría contribuir al mantenimiento de capacidades físicas y funcionales, mientras que la dimensión social y espiritual parece constituir un recurso de adaptación dentro de la residencia. Estas interpretaciones deben asumirse como explicaciones plausibles derivadas del perfil observado y no como relaciones causales demostradas.

Desde la teoría del déficit de autocuidado de Orem, estos resultados podrían indicar que parte de las funciones relacionadas con el cuidado de la salud han sido asumidas por la institución. Al encargarse de la administración de medicamentos, los controles y otras medidas asistenciales, el adulto mayor puede adoptar un papel más dependiente y delegar parcialmente la responsabilidad sobre su propio cuidado. Este hallazgo coincide con Requelme-Jaramillo et al (7), quienes reportaron limitaciones en la adherencia farmacológica, y con Aparcana et al (43), que encontraron un nivel de autocuidado deficiente en el 75,0 % de las personas con

diabetes. Asimismo, el predominio del nivel medio guarda relación con lo señalado por Rojas y Satalaya (40), quienes identificaron principalmente un autocuidado regular.

Para comprobar la relación entre ambas variables, se aplicó la prueba de Chi2 y V de Cramer, cuatro dimensiones del tiempo de se asociaron con la motivación: participación en actividades ($\chi^2(2) = 19.376$; $p < .001$; $V = 0.573$, efecto grande), número de actividades combinadas ($\chi^2(10) = 21.490$; $p = .018$; $V = 0.427$), grupo etario ($\chi^2(8) = 16.906$; $p = .031$; $V = 0.379$) y tenencia de hijos ($\chi^2(2) = 7.080$; $p = .029$; $V = 0.346$). La duración cronológica de la estancia no alcanzó significancia ($\chi^2(4) = 3.581$; $p = .466$; $V = 0.174$).

Estos resultados discrepan de lo expresado por Cano et al(4) quien demostró que no había correlación entre dependencia y calidad de vida ($r = 0.370$; $p = 0.367$), ni Suaña (42) entre autocuidado y calidad de vida ($p > 0.05$); ambos atribuyeron la variabilidad a factores biopsicosociales que en este estudio se identifican como integración ocupacional y relacional, en la línea de Zhao et al(17).

Es importante reconocer las limitaciones del presente estudio. El universo de 59 adultos mayores, aunque censal, limita la generalización. El diseño transversal impide inferir causalidad. Por otro lado, excluir a adultos mayores con deterioro cognitivo conmina a la descripción de perfiles funcionales.

En el plano práctico, los resultados orientan la intervención de enfermería hacia la ampliación de la oferta participativa y el refuerzo del autocuidado de la salud; en el teórico, respaldan un modelo motivacional ocupacional. Se sugieren estudios longitudinales y multicéntricos.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La duración de estancia de los adultos mayores del Asilo Lira se caracteriza por concentrarse en los tramos de estancia más cortos, ya que la mayoría de residentes acumula hasta cinco años dentro de la institución y solo un grupo reducido supera la década. Este perfil se acompaña de una población mayoritariamente femenina, de edad avanzada, sin vínculo de pareja vigente, con instrucción secundaria o superior, que ingresó principalmente por decisión personal, que mantiene contacto con familiares o personas cercanas aunque con una frecuencia predominantemente mensual, que participa de manera activa en las actividades institucionales y que presenta, en su mayoría, al menos una enfermedad diagnosticada.

SEGUNDA: El nivel de motivación para el autocuidado que presentan los adultos mayores del Asilo Lira es predominantemente medio, con una minoría en el nivel alto y una proporción menor en el nivel bajo. El análisis por dimensiones muestra un perfil desigual: el autocuidado social y espiritual constituye la dimensión más favorable, al concentrar la mayor proporción de residentes en nivel alto; el autocuidado físico y funcional y el psicoemocional se ubican mayoritariamente en el nivel medio; y el autocuidado de la salud representa la dimensión más deficitaria, siendo la única en la que el nivel bajo predomina sobre los demás niveles.

TERCERA: Existe relación estadísticamente significativa entre la duración de estancia y la motivación para el autocuidado en adultos mayores del Asilo Lira. Dicha relación se sustenta en la participación en actividades, que registró el mayor tamaño de efecto, en el número de actividades combinadas que realiza el residente, en el grupo etario y en la tenencia de hijos.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la Directora del Asilo Lira, se le sugiere institucionalizar un registro sistemático de la duración de estancia, de la condición de ingreso y del régimen de visitas de cada residente, e incorporar una valoración de enfermería programada al ingreso y en cortes periódicos posteriores, que permita identificar oportunamente a los residentes sin vínculo de pareja, sin visitas o con visitas espaciadas, quienes constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad social dentro de la institución.

SEGUNDA: A la dirección del Asilo Víctor Lira, se le recomienda gestionar la búsqueda e incorporación de personal de salud multidisciplinario que contribuya a fortalecer el autocuidado de los residentes con enfermedades diagnosticadas. Se sugiere que, una vez incorporado dicho personal, se diseñe e implemente un programa de fortalecimiento del autocuidado de la salud que incluya la administración supervisada de medicamentos, el reconocimiento y la comunicación de signos de alarma, y la asistencia oportuna a los controles médicos, considerando que esta dimensión presentó mayores dificultades en la motivación para el autocuidado. Asimismo, se recomienda complementar el programa con sesiones de apoyo psicoemocional que refuercen el autoconcepto y las estrategias personales de afrontamiento.

TERCERA: Se recomienda a los profesionales de Enfermería y de otras ciencias de la salud que desarrollan investigación científica, realizar estudios similares en poblaciones más amplias y en distintos contextos geográficos, con el propósito de contrastar y generalizar los hallazgos. Asimismo, se sugiere implementar diseños experimentales o cuasiexperimentales que permitan evaluar la efectividad de intervenciones orientadas a fortalecer la motivación y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores institucionalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [citado 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2. Sadeghi H, Shahbolaghi FM, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M, Harouni GG. Factors associated with self-management in older adults with multiple chronic conditions: a qualitative study. Front Public Heal [Internet]. 2024;12. Disponible en: https://consensus.app/papers/factors-associated-with-selfmanagement-in-older-adults-sadeghi-shahbolaghi/672d60898041570fa851b12b754013a7/

3. Jordan M, Latham-Mintus K, Patterson S. A Care Paradox: The Relationship Between Older Adults' Caregiving Arrangements and Institutionalization and Mortality. Res Aging [Internet]. 2024;46:363–85. Disponible en: https://consensus.app/papers/a-care-paradox-the-relationship-between-older-adults-jordan-latham-mintus/bb89d38815495cceb40f893740393a87/

4. Cano F, Alves E, De Pinho LG, Fonseca C. Functional Capacity of Institutionalized Older People and Their Quality of Life, Depressive Symptoms and Feelings of Loneliness: A Cross-Sectional Study. Nurs Reports [Internet]. 2024;14:3150–64. Disponible en: https://consensus.app/papers/functional-capacity-of-institutionalized-older-people-cano-alves/c1643a15dbac562c8e57e37f595d3bfa/

5. Yayla K, Yilmaz M, Yildirim Sari H. The popularisation of self-care: Tracing the dissemination of Orem's Self-Care Deficiency Nursing Theory into the scientific disciplines. Heal Inf Libr J [Internet]. 26 de febrero de 2023; Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hir.12476

6. González-González E, Requena C. Practices of Self-Care in Healthy Old Age: A Field Study. Geriatrics [Internet]. 2023;8. Disponible en: https://consensus.app/papers/practices-of-selfcare-in-healthy-old-age-a-field-study-gonzlez-gonzlez-requena/58ce10c0d62850fea542b5ea3a28f627/

7. Requelme-Jaramillo MJ, Calderón-Ríos TG, Cabrera-Sosoranga KP, Tapia-Aguilar JS. Estado cognitivo y autocuidado en el adulto mayor institucionalizado en un centro geriátrico. Innova Sci J [Internet]. 2025; Disponible en: https://consensus.app/papers/estado-cognitivo-y-autocuidado-en-el-adulto-mayor-

requelme-jaramillo-caldern-ros/5b92784127c252c78072d107fa1e38bc/

8. Palombi T, Chirico A, Cazzolli B, Zacchilli M, Alessandri G, Filosa L, et al. Motivation, psychological needs and physical activity in older adults: a qualitative review. Age Ageing [Internet]. 2025;54. Disponible en: https://consensus.app/papers/motivation-psychological-needs-and-physical-activity-in-palombi-chirico/0a28fa66e5335f01b7894304c0e656a2/

9. Esch T. The ABC Model of Happiness—Neurobiological Aspects of Motivation and Positive Mood, and Their Dynamic Changes through Practice, the Course of Life. Biology (Basel) [Internet]. 31 de mayo de 2022;11(6):843. Disponible en: https://www.mdpi.com/2079-7737/11/6/843

10. Amin SM, Aziz SAAA, Atta M, Tawfik AF, Abdelaliem SMF, Abouzeid N, et al. The mediating role of self-care self-efficacy in the relationship between health behavior and psychological wellbeing among community-dwelling older adults with hypertension. Front Public Heal [Internet]. 2025;13. Disponible en: https://consensus.app/papers/the-mediating-role-of-selfcare-selfefficacy-in-the-amin-aziz/55b2cb55e5445333aa2d8237ee1a2677/

11. Wang J, Zhao Q, Li Z, Jen TY. The correlation between falls efficacy and activities of daily living among older adults receiving different types of care: a 2018–2019 cross-sectional study in Shanghai, China. BMC Public Health [Internet]. 2023;23. Disponible en: https://consensus.app/papers/the-correlation-between-falls-efficacy-and-activities-of-wang-zhao/e438aca844dc54a5b80f0a6fefff65eb/

12. Liang W, Ni X, Zhao H, Li S, Zhong J, Zuo D, et al. Self-Care Behaviours and Associated Factors in Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Cross-Sectional Study. J Clin Nurs [Internet]. 2025; Disponible en: https://consensus.app/papers/selfcare-behaviours-and-associated-factors-in-older-liang-ni/52ca00423f735b19b13e4e786720c81c/

13. Defensoría del Pueblo Perú. Defensoría del Pueblo exhorta al gobierno a contar con centros de atención residencial para personas adultas mayores en todo país [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-exhorta-al-gobierno-a-contar-con-centros-de-atencion-residencial-para-personas-adultas-mayores-en-todo-pais/

14. INEI. Situación de población adulta mayor [Internet]. 2023. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-oct-nov-dic23.pdf

15. MINSA. Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 45 000 casos por depresión en personas adultas mayores en el 2024 [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1095912-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-45-000-casos-por-depresion-en-personas-adultas-mayores-en-el-2024

16. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Personas adultas mayores en estado de abandono reciben cuidados para una mejor calidad de vida [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/201457-mimp-personas-adultas-mayores-en-estado-de-abandono-reciben-cuidados-para-una-mejor-calidad-de-vida

17. Zhao D, Niu M, Zhang S, Shi Y, Zhou L, Song Y, et al. Factors associated with adaptation level in the older adult residential care facilities: a path analysis. Front Public Heal [Internet]. 2023;11. Disponible en: https://consensus.app/papers/factors-associated-with-adaptation-level-in-the-older-zhao-niu/400c671a9fa8543c9352f78131519491/

18. Yadav A, Taei A, Jönson H, Iwarsson S, Granbom M. Staying or moving? Residential reasoning among older adults living in rural and urban disadvantaged areas. J Hous Built Environ [Internet]. 2025;40:997–1018. Disponible en: https://consensus.app/papers/staying-or-moving-residential-reasoning-among-older-yadav-taei/1cd32675c7c959249dc1d0471b3e5f61/

19. Zhang Y, Zhang T, Xia X, Hu Y, Zhang C, Liu R, et al. The relationship between sleep quality, snoring symptoms, night shift and risk of stroke in Chinese over 40 years old. Front Aging Neurosci [Internet]. 4 de abril de 2023;15. Disponible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2023.1134187/full

20. Gobierno del Perú. Ley N.° 30490 Ley de las personas adultas mayores [Internet]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/3601024-30490

21. Jacobus M. The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview.

En: The Influence of Theorists and Pioneers on Early Childhood Education [Internet]. 1ª ed. Routledge; 2022. Disponible en: https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003120216-11/psychosocial-development-theory-erik-erikson-critical-overview-jacobus-maree

22. Ponce J. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. enero de 2021;5(1):140–64. Disponible en: https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/213

23. Carabali S. Vejez y teorías del envejecimiento [Internet]. Cuadernos de la Cátedra de Seguridad Salmantina. Colombia: Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 77–100. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8430080

24. Dodds L, Brayne C, Siette J. Associations between social networks, cognitive function, and quality of life among older adults in long-term care. BMC Geriatr [Internet]. 2024;24. Disponible en: https://consensus.app/papers/associations-between-social-networks-cognitive-function-dodds-brayne/b2578944acad53769a3faeb8b859aa39/

25. Aji A, Nasrun M. Unmet needs of abandoned older adults with mental disorders in institutional care. Int J Neuropsychopharmacol [Internet]. 2025;28. Disponible en: https://consensus.app/papers/676-unmet-needs-of-abandoned-older-adults-with-mental-aji-nasrun/92896d13efaf57aabe4d0a0cd13f30a4/

26. Ryan R, Deci E. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol [Internet]. 2000;55(1):68–78. Disponible en: https://doi.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.68

27. Kılıç HF, Kahraman I. Life Satisfaction, Self-Care Ability, and Loneliness in Older Adults: A Descriptive and Correlational Survey. Public Health Nurs [Internet]. 2025;42:1478–84. Disponible en: https://consensus.app/papers/life-satisfaction-selfcare-ability-and-loneliness-in-kl-kahraman/b37439f8110c5f3aa3cf1dd8103b57af/

28. Tümkaya M, Eroğlu K, Karaçam Z. The effect of Orem's Self-Care Deficit Theory–based care during pregnancy and postpartum period on health outcomes: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Pract [Internet]. 29 de diciembre de 2024;30(6). Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.13300

29. Camp N, Vagnetti R, Penner S, Ramos C, Hunter K, Hough J, et al. It Is Not Just a

Matter of Motivation: The Role of Self-Control in Promoting Physical Activity in Older Adults—A Bayesian Mediation Model. Healthcare [Internet]. 2024;12. Disponible en: https://consensus.app/papers/it-is-not-just-a-matter-of-motivation-the-role-of-selfcontrol-camp-vagnetti/1576ed0947e753b3a5bfb0e9d918433b/

30. Cotter L, Shah D, Brown K, Mares M-L, Landucci G, Saunders S, et al. Decoding the Influence of eHealth on Autonomy, Competence, and Relatedness in Older Adults: Qualitative Analysis of Self-Determination Through the Motivational Technology Model. JMIR Aging [Internet]. 2024;7. Disponible en: https://consensus.app/papers/decoding-the-influence-of-ehealth-on-autonomy-competence-cotter-shah/cad37d1ed661522684c5395ed5d14427/

31. Wang T, Wang S, Wu N, Liu Y. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between self-care ability and disability level in older adult patients with chronic diseases. Front Public Heal [Internet]. 2024;12. Disponible en: https://consensus.app/papers/the-mediating-effect-of-selfefficacy-on-the-relationship-wang-wang/b7a3791985ce59be93dece5ac366f3f9/

32. Lim SH, Østbye T, Seah V, Aloweni F. Exploring perceptions of frailty, resilience, and self-efficacy in older adults and caregivers in acute care context. Res Nurs Health [Internet]. 2023; Disponible en: https://consensus.app/papers/exploring-perceptions-of-frailty-resilience-and-lim-stbye/fc68d6028eb357019966d94c91ac9592/

33. Casey B, Marston G, Vyas D. Self-Care Practices in the Context of Older Adults Living Independently. Proc ACM Human-Computer Interact [Internet]. 2024;9:1–26. Disponible en: https://consensus.app/papers/selfcare-practices-in-the-context-of-older-adults-living-casey-marston/f7adffebf2c650208ba043449f6d91e2/

34. Shaban M, Mohammed HH, Amer FGM, Shaban M, Abdel-Aziz H, Ibrahim A. Exploring the nurse-patient relationship in caring for the health priorities of older adults: qualitative study. BMC Nurs [Internet]. 2024;23. Disponible en: https://consensus.app/papers/exploring-the-nursepatient-relationship-in-caring-for-the-shaban-mohammed/f4f9f55632085778839d30cb93e4aaff/

35. Rezvanizadeh M, Mohammad-Ghasemi M, Soltanzadeh A, Sadeghi-Yarandi M. Development of a novel ergonomic index assessment in the workplace based on physical, cognitive, and environmental components. Work [Internet]. 11 de julio de

2023;75(3):1071–86. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.3233/WOR-220335

36. Jin Y, Brown R, Bhattarai M, Song J. Urban-rural differences in associations among perceived stress, resilience and self-care in Chinese older adults with multiple chronic conditions. Int J Older People Nurs [Internet]. 2023; Disponible en: https://consensus.app/papers/urbanrural-differences-in-associations-among-perceived-jin-brown/f57bcbf154ec520b944ed52068a6f0e2/

37. Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J, Song R, Yang Y, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. julio de 2023;110:104980. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494323000596

38. Pilotto A, Morganti W, Barbagelata M, Seminerio E, Morelli S, Custureri R, et al. A transitional care program in a technologically monitored in-hospital facility reduces the length of hospital stay and improves multidimensional frailty in older patients: a Randomized Clinical Trial. Aging Clin Exp Res [Internet]. 2024;36. Disponible en: https://consensus.app/papers/a-transitional-care-program-in-a-technologically-pilotto-morganti/9b44db9dac0d5ee78a431635c3d6e111/

39. NANDA. Nursing diagnoses 2024-2026. 13ª ed. T. Heather Herdman SK y CTL, editor. Elsevier; 2024.

40. Rojas Córdova, Yossi Satalaya Gutiérrez P. Autocuidado y calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado de una casa de reposo de Lima Perú 2025 [Internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/9d03191e-6d99-4671-be15-9bae8cd2eab6

41. Castro Servan M. Dependencia y calidad de vida de los adultos mayores del asilo de Chachapoyas, 2024 [Internet]. Chachapoyas, Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2024. Disponible en: https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/4334

42. Suaña Ancco V, Suaña V. Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Mariano Melgar en Arequipa – 2024 [Internet]. Arequipa,Perú: Universidad Norbert Wiener; 2024. Disponible en:

https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d167cbb2-efd1-4b90-807b-bc74a200ab09/content

43. Aparcana Hernnadez J, Mamani Linares M, Quispe Valenti Y. Autocuidado y estilos de vida de los pacientes con diabetes en un establecimiento clinico - Arequipa 2022 [Internet]. Arequipa,Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2023. Disponible en: https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2364

44. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1ª ed. Mc Graw Hill educación.; 2018. Disponible en: http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292

45. Ministerios de salud (PER). Resolucion Ministerial N°310-2025-MINSA: aprueba Norma Tecnica de salud N° 229-MINSA/DGSP-2025, cuidado Integral de Salud de la Persona Adulta Mayor [Internet]. Lima: MINSA; 2025 [consultado el 16 de septiembre de 2026] disponible en: https://www.gob.pe/minsa/normas-legales/674197-resolucion-ministerial-n-310-2025-minsa

ANEXOS

Anexo N° 1
Matriz de coherencia

Variable	Indicadores	Sub indicadores	Técnica	Instrumento	Ítems	Escala
Variable Independiente: **Tiempo de permanencia institucional**	**Datos sociodemográficos**	- Edad - Sexo - Estado civil - Grado de instrucción - Procedencia - Tiene hijos	Encuesta	Ficha de recolección de datos	1-6	No aplica, variables categóricas nominales
	Contexto institucional	- Recibe visitas familiares o de personas cercanas. - Frecuencia de visitas. - Persona que lo visita con mayor frecuencia.			7-9	
	Duración de estancia	- Tiempo de permanencia en el asilo lira.			10	
	Condición de ingreso	- Motivo principal de ingreso al asilo.			11	
	Participación en actividades	- Participa en actividades dentro de la institución. - Tipo de actividades en las que participa.			12,13	
	Estado de salud	- Presenta alguna enfermedad diagnosticada. - Enfermedad o condición principal.			14,15	
	Autocuidado físico y funcional	- Higiene y alimentación - Actividad física y descanso	Encuesta	Escala de motivación para el autocuidado	1-3	Autocuidado Físico y Funcional Bajo3–8

Variable Dependiente: Motivación para el autocuidado	**Autocuidado de la salud (manejo de comorbilidad)**	- Adherencia al tratamiento farmacológico - Participación en controles de salud		en adultos mayores	4-6	Medio9–13 Alto14–15
	Autocuidado psicoemocional	- Manejo emocional - Autoconcepto y autonomía percibida			7-8	Autocuidado de la Salud Bajo3–9 Medio10–13 Alto14–15
	Autocuidado social y espiritual	- Participación social y actividades de ocio - Búsqueda de sentido y propósito en la vida dentro del entorno institucional			9-10	Autocuidado Psicoemocional Bajo2–6 Medio7–9 Alto10–10 Autocuidado Social y Espiritual Bajo2–6 Medio7–8 Alto 9–10 **Escala Global** Bajo10–29 Medio30–42 Alto 43–50

Anexo N° 2

Consentimiento informado

Título del estudio: Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira, Arequipa, 2026.

Estimado(a) participante:

Se le invita a participar en una investigación que busca conocer si el tiempo que usted lleva viviendo en el Asilo Lira se relaciona con su motivación para realizar actividades de autocuidado.

Su participación consistirá en responder un cuestionario breve, de manera individual, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos. No se realizará ningún procedimiento que afecte su salud. Su participación es voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte su atención, trato o permanencia en la institución.

La información que brinde será confidencial. No se colocará su nombre en los resultados; se usará un código para proteger su identidad. Los datos serán utilizados solo con fines académicos y de investigación.

Declaro que he recibido información clara sobre el estudio, que mis dudas fueron respondidas y que acepto participar voluntariamente.

Nombre del participante: _____

Firma o huella digital: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre de la investigadora: _____

Firma: _____
Autorizo la participación:
Sí: __No: _____

Firma del padre, madre o apoderado: _____
Nombres y apellidos: _____
DNI: _____
Fecha: ____ / ____ / 2026
Firma de la investigadora: _____
Nombres y apellidos: _____

Anexo N° 3

Ficha de Recolección de Datos

Instrucciones: Por favor, lea atentamente cada pregunta y responda de manera sincera, marcando o llenando la alternativa que mejor refleje su situación. No existen respuestas buenas ni malas, y sus respuestas no serán calificadas ni evaluadas. La información brindada será confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación.

1. Datos Sociodemográficos

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

( ) Masculino

( ) Femenino

3. Estado civil:

( ) Soltero(a)

( ) Casado(a)

( ) Conviviente

( ) Viudo(a)

( ) Divorciado(a) / separado(a)

4. Grado de instrucción:

( ) Sin instrucción

( ) Primaria

( ) Secundaria

( ) Superior técnica

( ) Superior universitaria

5. Procedencia:

( ) Arequipa

( ) Otra provincia de Arequipa

( ) Otra región del Perú

Especificar: _____

6. ¿Tiene hijos?

( ) Sí:

( ) No:

2. Contexto Institucional

7. ¿Recibe visitas familiares o de personas cercanas?

( ) Sí:

( ) No:

8. Frecuencia de visitas:

( ) Semanal

( ) Quincenal

( ) Mensual

( ) Ocasional

( ) Nunca

9. Persona que lo visita con mayor frecuencia:

( ) Hijo(a)

( ) Hermano(a)

( ) Nieto(a)

( ) Otro familiar

( ) Amigo(a)

( ) Nadie

( ) Otro: _____

3. Duración De Estancia

10. Tiempo de permanencia en el Asilo Lira:

_____ años _____ meses

4. Condición De Ingreso

11. Motivo principal de ingreso al asilo:

( ) Falta de apoyo familiar

( ) Necesidad de cuidado permanente

( ) Enfermedad o limitación física

( ) Decisión personal

( ) Situación económica

( ) Otro: _____

5. Participación En Actividades

12. Participa en actividades dentro de la institución:

( ) Sí

( ) No

13. Tipo de actividades en las que participa:

( ) Recreativas

( ) Religiosas

( ) Físicas o terapéuticas

( ) Manualidades

( ) Sesiones educativas

( ) No participa

( ) Otra: _____

6. Estado de Salud

14. ¿Presenta alguna enfermedad diagnosticada?

( ) Sí

( ) No

15. Enfermedad o condición principal:

( ) Hipertensión arterial

( ) Diabetes mellitus

( ) Artrosis / artritis

( ) Enfermedad cardiovascular

( ) Enfermedad respiratoria

( ) Problemas visuales o auditivos

( ) Otra: _____

Anexo N° 4

Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores

INSTRUCCIONES

Lea atentamente cada afirmación y marque con una **"X"** la opción que mejor describe **con qué frecuencia realiza usted cada actividad por iniciativa propia**, considerando los últimos 30 días. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Esta información es confidencial y se usará exclusivamente para fines de investigación.

1 = Nunca	**2 = Raramente**	**3 = A veces**	**4 = Frecuentemente**	**5 = Siempre**

N°	**Ítems**	**1** Nunca	**2** Raramente	**3** A veces	**4** Frecuente-mente	**5** Siempre
DIMENSIÓN 1: Autocuidado físico y funcional (Ítems 1–3)						
1	Me aseo el cuerpo de forma completa todos los días por iniciativa propia.					
2	Procuro comer de manera adecuada y siguiendo las indicaciones nutricionales que recibo.					
3	Realizo ejercicios o movimientos físicos (caminar, estiramientos) por iniciativa propia.					
DIMENSIÓN 2: Autocuidado de la salud (Ítems 4–6)						
4	Tomo mis medicamentos en el horario indicado sin necesidad de que me lo recuerden.					
5	Aviso al personal de salud cuando noto algún cambio en mi estado de salud.					
6	Acudo voluntariamente a los controles médicos y de enfermería programados.					
DIMENSIÓN 3: Autocuidado psicoemocional (Ítems 7–8)						

N°	Ítems	1 Nunca	2 Raramente	3 A veces	4 Frecuente-mente	5 Siempre
7	Cuando me siento estresado(a) o angustiado(a), busco por mi cuenta formas de calmarme.					
8	Me considero capaz de cuidarme a mí mismo(a) en la medida de mis posibilidades.					
DIMENSIÓN 4: Autocuidado social y espiritual (Ítems 9–10)						
9	Participo activamente en las actividades grupales y recreativas que organiza la institución.					
10	Encuentro un sentido o propósito en mi vida dentro de la institución.					

*Elaboración propia

Validación de instrumento

VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO: Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Pinto Manrique, Miguel Angel
Perez Oblitas, Camila Angelica

INFORMACIÓN DEL JUEZ EVALUADOR Y LA INVESTIGACIÓN

DATOS DEL JUEZ	
Nombre y Apellidos:	Lic. Andrea Martinez Benavente
Formación Académica:	Psicóloga con formación en el área clínica, orientada a la evaluación, diagnóstico e intervención en salud mental. Capacitada en el abordaje de problemáticas emocionales, conductuales y del desarrollo en población infantil, adolescente y adulta.
Áreas de Experiencia Profesional:	Ciencias de la salud
Función Actual:	Psicóloga
Institución laboral:	Centro de Salud de Chiguata - MINSA
DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Propósito de la Investigación:	Determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026
Matriz de operacionalización de datos entregado:	x Sí ☐ No
Instrumento de Recolección:	Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores
Técnica :	Encuesta

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD

X **Aplicable:** El instrumento puede aplicarse tal como está presentado.

Arequipa; 15 mayo del 2026

Firma del experto:
DNI: 70308467

Andrea N. Martinez Benavente
Psicóloga
C.Ps.P 63831

VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO: Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Pinto Manrique, Miguel Angel
Perez Oblitas, Camila Angelica

INFORMACIÓN DEL JUEZ EVALUADOR Y LA INVESTIGACIÓN

DATOS DEL JUEZ	
Nombre y Apellidos:	Julio Sayhua Izquierdo
Formación Académica:	Medicina familiar y comunitaria
Áreas de Experiencia Profesional:	Medicina familiar y comunitaria
Función Actual:	Médico
Institución laboral:	EsSalud Red Asistencial Arequipa
DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Propósito de la Investigación:	Determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026
Matriz de operacionalización de datos entregado:	x Sí ☐ No
Instrumento de Recolección:	Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores
Técnica :	Encuesta

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD

X **Aplicable:** El instrumento puede aplicarse tal como está presentado.

Arequipa; 14,mayo del 2026

Dr. Julio C. Sayhua Izquierdo
MED. FISIC Y REHABILITACIÓN
MED. FAMILIAR Y COMUNITARIA
CMP 42875 - R.N.E. 49000 - R.N.E.31577

Firma del experto:
DNI: 23988789

VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTOS CUANTITATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO: Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Pinto Manrique, Miguel Angel
Perez Oblitas, Camila Angelica

INFORMACIÓN DEL JUEZ EVALUADOR Y LA INVESTIGACIÓN

DATOS DEL JUEZ	
Nombre y Apellidos:	Lic. Madeleine Zevallos Romero
Formación Académica:	Enfermera especialista en Traumatología, cuidados neuroquirúrgicos, paciente crítico y centro quirúrgico. Maestría en el cuidado del adulto y adulto mayor y Maestría en Gerencia en Salud.
Áreas de Experiencia Profesional:	Ciencias de la salud
Función Actual:	Enfermera asistencial
Institución laboral:	Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo- Es Salud
DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Propósito de la Investigación:	Determinar la relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026
Matriz de operacionalización de datos entregado:	x Sí ☐ No
Instrumento de Recolección:	Escala de motivación para el autocuidado en adultos mayores
Técnica :	Encuesta

OPINIÓN SOBRE APLICABILIDAD

X **Aplicable:** El instrumento puede aplicarse tal como está presentado.

Arequipa; 14,mayo del 2026

Firma del experto:
DNI: 29310562



Análisis de confiabilidad del instrumento

Participante	D1: Físico y Funcional			D2: Autocuidado de la Salud			D3: Psicoemocional		D4: Social y Espiritual		Puntuación Total
	Í1	Í2	Í3	Í4	Í5	Í6	Í7	Í8	Í9	Í10	
P1	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	46
P2	2	5	5	4	4	3	4	5	5	5	42
P3	4	5	5	5	5	2	4	3	2	5	40
P4	4	3	4	2	3	3	4	5	2	3	33
P5	2	2	3	5	2	4	3	5	4	5	35
P6	4	4	3	4	2	2	5	5	2	3	34
P7	3	2	3	4	2	3	4	1	3	4	29
P8	4	5	4	2	1	3	4	4	3	5	35
P9	4	4	3	2	2	3	3	4	2	2	29
P10	2	2	3	3	1	2	3	4	3	3	26
P11	3	3	3	4	4	5	3	1	3	2	31
P12	2	1	4	1	3	2	1	1	2	4	21
P13	3	3	2	1	2	3	1	3	2	3	23
P14	2	3	1	4	3	2	1	2	1	3	22
P15	3	2	1	1	2	1	1	1	1	3	16

Ítem	Media	D.E.	Correlación Ítem-Total Corregida	Varianza si se elimina el ítem	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
Ítem 1	3.13	0.99	0.4789	0.9810	0.8080
Ítem 2	3.20	1.26	0.6945	1.6000	0.7912
Ítem 3	3.27	1.28	0.8215	1.6381	0.7771
Ítem 4	3.13	1.51	0.6904	2.2667	0.7939
Ítem 5	2.73	1.28	0.5365	1.6381	0.8070
Ítem 6	2.87	1.13	0.5751	1.2667	0.8017
Ítem 7	3.00	1.36	0.8105	1.8571	0.7778
Ítem 8	3.27	1.67	0.6715	2.7810	0.7999
Ítem 9	2.53	1.06	0.6348	1.1238	0.7965
Ítem 10	3.67	1.11	0.6002	1.2381	0.7995
GLOBAL	30.80	8.34	—	—	0.8191

Resultado global: $\alpha = 0.8191$

Puntuaciones

Dimensión / Escala	Rango	Media	D.E.	BAJO	MEDIO	ALTO
D1: Autocuidado Físico y Funcional	3–15	10.47	3.42	3–8	9–13	14–15
D2: Autocuidado de la Salud	3–15	10.40	2.95	3–9	10–13	14–15
D3: Autocuidado Psicoemocional	2–10	7.13	2.23	2–6	7–9	10–10
D4: Autocuidado Social y Espiritual	2–10	6.60	2.20	2–6	7–8	9–10
Escala Global	10–50	34.60	10.49	10–29	30–42	43–50

Anexo N° 5

Constancia de ejecución del estudio

Universidad Católica de Santa María

CONSTANCIA

La suscrita, Madre Superiora: Yrma Calderón Pérez, responsable del Asilo Víctor F. Lira de Arequipa, deja constancia que los bachilleres:

Bach. Miguel Ángel Pinto Manrique con el DNI 43974235 Y Cod. Estudiantil 2020896091 Bach. Camila Angélica Pérez Oblitas con el DNI 71330628 Cod. Estudiantil: 2020245832 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, han ejecutado satisfactoriamente las actividades correspondientes a la recolección de información de su proyecto de tesis titulado:

"Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira- Arequipa, 2026"

Las actividades realizadas comprendieron la aplicación de encuestas y demás procedimientos contemplados en su proyecto de investigación, desarrollándose dentro de las instalaciones de nuestra institución y en coordinación con los residentes y personal correspondiente, cumpliendo con las disposiciones establecidas y manteniendo en todo momento una conducta ética y profesional.

Se deja constancia de que los mencionados bachilleres culminaron satisfactoriamente el trabajo de campo previsto para el desarrollo de su investigación.

Se expide la presente a solicitud de los interesados para los fines académicos que estimen convenientes.

Arequipa, ----- de--------- del 2026.

Madre. Irma Calderón Pérez
Madre Superiora
Asilo Víctor F. Lira
Arequipa

Anexo N° 6

Dictamen de Comité de Ética

Universidad Católica de Santa María

Sentimiento Santamariano

Comité Institucional de Ética de la Investigación

Campus Central
Urb. San José s/n Umacollo
Arequipa – Perú
(+54) — 382038

UCSM.EDU.PE

Investigador/a/es/as
Pinto Manrique, Miguel Angel
Perez Oblitas, Camila Angelica

Arequipa, 1 de julio de 2026

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted/es para hacerle/s llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Relación entre el tiempo de permanencia institucional y la motivación para el autocuidado en adultos mayores. Asilo Lira-Arequipa, 2026".

INVESTIGADOR/A/ES/AS: Pinto Manrique, Miguel Angel y Perez Oblitas, Camila Angelica.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, de campo, corte transversal., descriptivo, relacional.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Describir cómo se presenta el tiempo de permanencia institucional de adultos mayores del Asilo Lira.

PROCEDIMIENTOS: Aplicación de cuestionario.

SUJETOS DE ESTUDIO: Adultos mayores residentes del asilo Lira.

RIESGO DEL ESTUDIO: Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS: Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 426 2026 CIEI-UCSM

VIGENCIA: La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 1 de julio de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Arequipa, 1 de julio de 2026

Anexo N°7

Matriz de Datos

	Edad	Sexo	Estado ci	Grado de instrucci	Procedenci a	¿Tiene hijos?	¿Recibe visitas familiares o de personas cercanas?	Frecuencia de visitas	Persona que lo visita con mayor frecuenci	Tiempo de permanenc ia en el Asilo Lira en meses	Motivo principal de ingreso al asilo:	. Participa en actividades dentro de la institució	Tipo de actividades en las que participa	¿Presenta alguna enfermedad diagnostica da?	Enfermedad o condición principal	DIMENSIÓN 1: Autocuidado físico y funcional				DIMENSIÓN 2: Autocuidado de la salud			DIMENSIÓN 3: Autocuidado psicoemocional			DIMENSIÓN 4: Autocuidado social y espiritual			D1: Autocuidad o Físico y Funciona	D2: Autocuidad o de la Salud	D3: Autocuidad o Psicoemoci onal	D4: Autocuidad o Social y Espiritual	motivación para el autocuidad o
1	86	2	1	3	1	0	1	1	3	5	2	0	5	0	ninguna	4	4	3	2	2	2	2	3	2	4	28	6	5	6	28
2	70	2	1	2	2	0	1	2	5	15	2	1	5-4-3-2	1	6	5	5	5	5	5	5	3	3	5	4	45	15	6	9	45
3	100	1	4	1	3	1	0	0	1	26	2	1	5	1	1	3	5	4	5	5	3	3	3	4	4	39	13	6	8	39
4	82	2	4	5	3	1	1	0	1	6	2	1	5	0	ninguna	4	5	5	2	4	4	4	4	4	4	40	10	8	8	40
5	83	2	2	3	3	1	0	1	3	6	2	1	9-5-4-3-2	0	ninguna	4	5	5	2	4	2	4	4	4	4	38	8	8	8	38
6	81	1	1	5	1	0	1	0	2	7	3	1	5-2	1	2	4	5	5	5	3	3	4	5	4	2	40	11	9	6	40
7	81	1	1	5	1	0	0	0	1	6	5	1	6-5-4-3-2	1	5	4	5	3	5	1	1	2	2	5	3	31	7	4	8	31
8	82	2	4	5	3	1	1	2	6	20	4	1	6-5-4-3-2	0	ninguna	5	4	2	2	5	3	4	3	5	5	38	10	7	10	38
9	88	2	1	5	1	1	1	4	1	5	2	1	6-5-4-3-2	0	ninguna	2	4	2	2	5	5	4	3	5	5	37	12	7	10	37
10	82	2	1	3	1	1	0	0	0	4	5	1	5-4-3-2	1	1	3	2	4	1	5	2	4	4	4	4	33	8	8	8	33
11	76	2	5	5	3	1	1	1	2	3	2	1	6-5-4-3-2	0	ninguna	3	5	3	5	5	1	4	5	5	5	41	11	9	10	41
12	70	2	1	1	3	1	1	1	6	30	2	1	6-5-4-3-2	1	tiroid3es	3	4	4	3	4	2	4	4	4	3	35	9	8	7	35
13	92	2	4	3	1	1	1	1	1	9	4	1	6-5-3-2	1	1	4	4	4	5	4	2	4	4	3	5	39	11	8	8	39
14	72	1	2	3	1	1	1	4	5	12	4	1	6-5-4-2	1	6	2	4	3	4	5	4	4	4	2	4	36	13	8	6	36
15	76	2	5	5	3	1	1	4	6	3	3	1	6-5-4-2	1	1	5	3	5	5	3	5	4	5	5	5	45	13	9	10	45
16	80	2	1	2	3	0	1	2	2	1	4	0	5-4-2	1	1	2	3	2	2	1	1	4	5	3	2	25	4	9	5	25
17	80	1	1	3	3	0	0	0	0	1	5	1	6	1	1	4	4	3	1	2	2	4	4	5	4	33	5	8	9	33
18	76	2	4	5	1	1	1	2	1	2	4	1	5-4-3-2	1	6	5	5	3	2	5	5	4	4	5	5	43	12	8	10	43
19	80	2	1	2	3	0	0	0	1	10	5	0	5-4-3-2	1	1	4	4	2	5	3	3	4	3	1	3	32	11	7	4	32
20	90	2	1	2	3	0	0	0	0	1	3	0	5	1	6-4-1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	6	4	4	22
21	84	2	1	5	3	0	1	4	2	17	3	1	2	1	1	4	5	4	1	2	1	4	2	5	4	32	4	6	9	32
22	69	2	2	3	1	1	1	3	1	5	2	0	6-5-4-3-2	0	ninguna	4	4	4	2	4	3	3	3	3	4	34	9	6	7	34
23	84	2	1	3	1	0	0	2	2	16	2	0	5	1	6-4	4	5	4	3	2	2	3	3	3	3	32	7	6	6	32
24	85	2	1	2	3	0	1	1	1	1	5	1	5	1	6-4	4	3	3	3	4	2	3	2	2	2	28	9	5	4	28
25	70	2	3	5	3	1	0	2	2	3	2	1	5	1	6-4	4	4	3	3	2	2	3	4	4	4	33	7	7	8	33
26	83	2	4	2	1	1	1	2	6	3	1	1	6-5-4	0	ninguna	3	5	5	5	5	5	1	4	4	4	41	15	5	8	41
27	94	2	4	3	1	1	1	3	6	10	3	1	6-5-2	1	6-4	4	4	3	3	2	2	3	4	4	4	33	7	7	8	33
28	66	2	1	3	1	0	1	2	5	2	3	1	5-2	1	5	1	2	3	1	5	1	3	3	2	5	26	7	6	7	26

| | | |