Autonomy in older adults with cardiovascular diseases treated at a public hospital in Chiclayo, 2025

Nayely Nicole Latorre Sánchez Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Mary Judith Heredia Mondragon Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

The aging of the population in Peru has led to a significant increase in the number of older adults with cardiovascular disease, which has affected their independence and quality of life. In this context, the intervention of nursing staff was essential to preserve the independence of this population. The aim of this study was to determine the independence of older adults with cardiovascular disease treated at a public hospital in Chiclayo in 2025. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with a sample of 107 older adults hospitalized in the cardiology and coronary intervention units. A survey was administered using the Autonómetro Q instrument, consisting of 40 questions that assessed the dimensions of autonomy. The data were processed using SPSS version 27 software, applying descriptive statistical analysis to obtain accurate and up-to-date results. The study respected the Belmont principles, ensuring respect for persons, justice, and beneficence. It was found that in the mobility dimension, 53.3% require help to climb and descend 10 steps; in self-care, 76.6% need a lot of help to take their medications; finally, 61.7% consider themselves autonomous and 38.3% perceive themselves as fragile. It is concluded that autonomy in this population is heterogeneous, with partial independence in some dimensions and dependence in others, confirming its multidimensional nature and the need to strengthen it through nursing interventions.

Introducción

En los últimos años, se ha observado un incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial. En el Perú, se proyecta que para el año 2050 las personas mayores de 60 años alcanzarán los 15 millones, lo que refleja una tendencia global hacia el envejecimiento poblacional[1]. Actualmente, el 13,9 % de la población nacional está constituida por adultos mayores[2]. Este grupo etario atraviesa cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que influyen en su bienestar general, lo que en muchos casos genera dependencia funcional y pérdida de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria[3,4].

El deterioro cognitivo limita la memoria, la capacidad para tomar decisiones y la adaptación al entorno, reduciendo la independencia y aumentando la necesidad de apoyo[5,6]. Esta situación se agrava en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares, quienes presentan mayor severidad en la pérdida de autonomía, dado que estas afecciones impactan en la capacidad física, emocional y social[7]. Asimismo, factores como el bajo nivel educativo, la edad avanzada, los antecedentes de enfermedades crónicas y algún grado de dependencia previa incrementan el riesgo de pérdida de autonomía y de mortalidad[4].

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad a nivel mundial, siendo responsables de aproximadamente 18 millones de muertes en 2019[8]. En el Perú, representan la tercera causa de muerte, destacando la insuficiencia cardíaca (52 %), los defectos cardíacos congénitos (24 %), la fibrilación auricular (18 %) y el infarto miocárdico agudo (15 %)[9]. Ante este panorama, es fundamental que el personal de enfermería oriente su cuidado en teorías

que promuevan el autocuidado, como la teoría de sistemas de Dorothea Orem, la cual permite ajustar la atención según el grado de autonomía de cada paciente, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable[10].

Sin embargo, en el país existe poca investigación que analice cómo las enfermedades cardiovasculares afectan la autonomía de los adultos mayores, lo que genera un vacío de conocimiento y limita la implementación de estrategias de atención específicas. Frente a esta realidad, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la autonomía en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en un hospital público de Chiclayo, en 2025, evaluando las dimensiones de aprendizaje y tareas, vida doméstica, comunicación y vida social, autocuidado y movilidad, con el fin de generar evidencia que permita mejorar las intervenciones de enfermería y optimizar la calidad de vida de esta población.

Materiales y métodos

La presente investigación fue de metodología cuantitativa[11], en la que se buscó recolectar datos de manera objetiva sobre la variable autonomía en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares. Además, este enfoque permitió el análisis numérico de los datos, lo que facilitó la comprensión clara y precisa de la variable de estudio.

El diseño de esta investigación fue no experimental, ya que se pretendió describir la autonomía de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares sin modificar su rutina o situación real. Fue de tipo descriptivo, dado que se centró en identificar y caracterizar los niveles de autonomía de los participantes, considerando variables como su capacidad para realizar actividades diarias, su situación y bienestar social. Además, tuvo un enfoque transversal, lo cual implicó que los datos se recolectaron en un único momento, permitiendo así obtener una visión precisa y actualizada.

La población del estudio estuvo conformada por adultos mayores atendidos en el servicio de hospitalización de cardiología y en la Unidad de Intervenciones Coronarias del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Según el cuaderno de registro de signos vitales, entre febrero de 2024 y febrero de 2025, en el área de hospitalización de cardiología se atendió, en promedio, a 102 pacientes por mes, mientras que en la Unidad de Intervenciones Coronarias se registró una media de 13 pacientes mensuales.

En cuanto a los criterios de inclusión, se tuvo en cuenta a adultos mayores de 60 a 85 años, de género masculino y femenino, con diagnósticos cardiovasculares que estuvieron en el servicio de hospitalización de cardiología y en la Unidad de Intervenciones Coronarias del hospital. Se estableció el límite de 85 años debido a que, a partir de esta edad, es más frecuente la presencia de deterioro cognitivo, fragilidad avanzada y comorbilidades que pueden afectar la comprensión[12]. Respecto al criterio de exclusión, no se excluyó a ningún adulto mayor, ya que ninguno de los participantes presentó condiciones mentales o cognitivas.

La muestra fue calculada a través del software OpenEpi[13], y el resultado de estos cálculos indicó que era necesario incluir en el estudio a un total de 107 pacientes, para asegurar la precisión y el intervalo de confianza requerido en la evaluación de la autonomía de los adultos mayores con diagnósticos cardiovasculares. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, dado que se seleccionaron aquellos adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y que estuvieron disponibles en el hospital.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta[14], lo que permitió obtener información objetiva sobre la autonomía de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares. El instrumento de recolección fue el Autonómetro Q, diseñado específicamente para evaluar las dimensiones de aprendizaje-tareas, vida doméstica, comunicación y vida social, autocuidado y movilidad en esta población, cada una con cinco opciones de respuesta que varían

desde “sin ayuda” hasta “totalmente dependiente”. El Autonómetro Q fue validado por González-Pérez et al.[14].

Inicialmente, el instrumento constaba de 90 ítems; sin embargo, fue reducido a 40 tras un análisis de validez de contenido basado en la CIF-2001, con la colaboración de un equipo de psicólogos y enfermeras especialistas en gerontología, asegurando que el cuestionario cubriera las dimensiones más relevantes de la autonomía funcional-cognitiva. Asimismo, el Autonómetro Q presentó validez de constructo, mediante un análisis factorial exploratorio que agrupó los ítems en cinco dimensiones, mostrando que el 56 % de estas dimensiones explicaban la varianza total del cuestionario, además de que las cargas factoriales de los ítems superaron 0,40, lo que respalda su adecuación para medir la autonomía en los adultos mayores. También presentó validez de criterio, demostrada mediante correlaciones de Spearman entre 0,51 y 0,71 con el Autonómetro T como referencia, evidenciando una relación moderada a alta. Además, sus puntos de corte mostraron alta sensibilidad y especificidad, lo que respalda su efectividad en la evaluación de la autonomía. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, esta fue evaluada mediante el coeficiente de Cronbach, que mostró un valor superior a 0,80, lo que indica una excelente consistencia interna. Asimismo, se utilizó la técnica del test-retest, con un coeficiente kappa de Cohen de 0,63, lo que indicó una concordancia moderada en las evaluaciones de la autonomía en los adultos mayores.

Se realizó la prueba piloto en el Hospital Regional de Lambayeque con los participantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio. Para la recolección de datos, se gestionaron los permisos correspondientes, lo que permitió el acceso a los servicios de hospitalización de cardiología y a la Unidad de Intervenciones Coronarias. Posteriormente, se presentaron los documentos requeridos al área de investigación para su revisión, obteniendo la aprobación para dar inicio al proceso de recolección.

Una vez obtenidos los permisos, se coordinaron las fechas de aplicación del instrumento, las cuales se llevaron a cabo del 14 al 25 de marzo, de manera presencial. Antes de la aplicación del instrumento, se identificaron y seleccionaron a aquellos adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión; posteriormente, se entregó a los participantes una hoja informativa en la que se explicó el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación y la garantía de anonimato de la investigación. Durante la aplicación, el cuestionario fue leído en voz alta a los participantes para asegurar que comprendieran correctamente todas las preguntas, y las respuestas se registraron de manera anónima.

Para el procesamiento y análisis de datos, las respuestas obtenidas se registraron en la plataforma Google Forms, lo que permitió la exportación de la base de datos a una hoja de cálculo de Excel. Posteriormente, los datos fueron importados a SPSS Statistics versión 27.0.0, donde se procedió a la codificación de las variables. A cada una de las respuestas se le asignaron valores numéricos. Para la edad, la clasificación de adulto mayor se recodificó según la OMS[2]: “adulto mayor joven” (60–74 años) fue codificado como 1, y “anciano” (75–85 años) como 2. Para el área de ingreso, “Unidad de Intervenciones Coronarias” se codificó como 1 y “Área de Cardiología” como 2. Para el sexo, “hombre” se codificó como 1 y “mujer” como 2. Finalmente, para las respuestas del cuestionario, las opciones fueron codificadas de la siguiente manera: “sin ayuda” (0), “necesita poca ayuda” (1), “necesita mucha ayuda” (2), “no puede” (3) y “nunca lo ha hecho” (4).

Para facilitar este proceso, se diseñó una matriz de procesamiento para organizar las variables de manera estructurada, garantizando coherencia en la codificación y minimizando errores en la asignación de valores. Una vez realizada la codificación, se generaron tablas personalizadas en el software SPSS, agrupando las preguntas según cada dimensión. Para facilitar la interpretación de los resultados, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas en las tablas.

Entre los aspectos éticos, se garantizó el principio de respeto por las personas, asegurando que los adultos mayores decidieran libre y voluntariamente su participación. Para ello, se les entregó una hoja informativa en la que se explicó el propósito del estudio, los procedimientos, los posibles

riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Asimismo, se aplicó el principio de beneficencia, ya que no se realizaron procedimientos invasivos ni se generaron riesgos físicos o emocionales, y la información fue utilizada únicamente con fines académicos y científicos. Finalmente, se respetó el principio de justicia, al ofrecer igualdad de oportunidades a todos los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión, sin ningún tipo de discriminación.

Resultados

Tabla 1. Dimensión de aprendizaje-tareas en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en un hospital público de Chiclayo, 2025

Pregunta	**Respuesta**										**Total**		
		Sin ayuda		Necesita poca ayuda		Necesita mucha ayuda		No puede		Nunca lo ha hecho			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1. ¿Es usted capaz de pedir auxilio?	94	87,9	10	9,3	3	2,8	0	0,0	0	0,0	107	100	
P2. ¿Es usted capaz de manejar el teléfono?	21	19,6	56	52,3	16	15,0	14	13,1	0	0,0			
P3. ¿Es usted capaz de recordar fechas o mensajes?	10	9,3	74	69,2	22	20,6	1	0,9	0	0,0			
P4. ¿Es usted capaz de reconocer datos/ hacer cálculos?	19	17,8	67	62,6	16	15,0	5	4,7	0	0,0			
P5. ¿Es usted capaz de usar aparatos electrónicos?	1	0,9	32	29,9	36	33,6	37	34,6	1	0,9			
P6. ¿Es usted capaz de entender una noticia periodística?	62	57,9	40	37,4	4	3,7	1	0,9	0	0,0			
P8. ¿Es	42	39,3	53	49,5	12	11,2	0	0,0	0	0,0			

usted capaz de reconocer fotografías?													
P9. ¿Es usted capaz de hacer listas de compras/ notas?	50	46,7	43	40,2	8	7,5	6	5,6	0	0,0			
P10. ¿Es usted capaz de realizar gestiones municipales y facturas?	2	1,9	14	13,1	52	48,6	39	36,4	0	0,0			

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión vida doméstica, se identifica que algunos adultos mayores con enfermedades cardiovasculares hospitalizados mantienen cierto nivel de independencia en actividades sencillas del hogar. El 48,6 % ordena o pone la mesa sin ayuda, el 38,3 % recoge la correspondencia de forma autónoma y el 25,2 % saca la basura sin requerir apoyo. Sin embargo, también se evidencian limitaciones importantes: el 60,7 % no cuida personas o mascotas, el 42,1 % necesita mucha ayuda para realizar la compra diaria, el 32,7 % no realiza grandes compras, el 28,0 % no cocina ni lava platos, el 28,0 % no puede limpiar la casa o lavar ropa y el 26,2 % no maneja electrodomésticos.

Tabla 2. Dimensión de comunicación y vida social en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en un hospital público de Chiclayo, 2025

Pregunta	**Respuesta**										**Total**		
		Sin ayuda		Necesita poca ayuda		Necesita mucha ayuda		No puede		Nunca lo ha hecho			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P12. ¿Es usted capaz de adaptarse a cambios sociales?	8	7,5	51	47,7	45	42,1	3	2,8	0	0,0	107	100	
P13. ¿Es usted capaz de controlar sus emociones?	52	48,6	42	39,3	9	8,4	3	2,8	1	0,9			

P14. ¿Es usted capaz de comprender programas de TV?	0	0,0	9	8,4	63	58,9	35	32,7	0	0,0			
P15. ¿Es usted capaz de participar en conversaciones?	24	22,4	43	40,2	10	9,3	30	28,0	0	0,0			
P39. ¿Es usted capaz de relacionarse con sus vecinos?	19	17,8	48	44,9	12	11,2	28	26,2	0	0,0			
P40. ¿Es usted capaz de asistir a reuniones o fiestas?	9	8,4	38	35,5	29	27,1	30	28,0	1	0,9			

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión comunicación y vida social, se observa que los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares hospitalizados presentan mayores limitaciones en actividades como comprender programas de televisión, donde el 58,9 % necesita mucha ayuda y el 32,7 % no puede realizarlas. Asimismo, el 28,0 % no logra participar en conversaciones ni asistir a reuniones o fiestas. Por otro lado, aunque solo el 7,5 % logra adaptarse a cambios sociales sin ayuda, el 48,6 % puede controlar sus emociones de forma independiente, lo que evidencia cierto nivel de autonomía emocional pese a las dificultades en el ámbito social.

Tabla 3. Dimensión de autocuidado en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en un hospital público de Chiclayo, 2025

Pregunta	**Respuesta**											**Total**	
		Sin ayuda		Necesita poca ayuda		Necesita mucha ayuda		No puede		Nunca lo ha hecho			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P24. ¿Es usted capaz de vestirse?	8	7,5	51	47,7	45	42,1	3	2,8	0	0,0	107	100	

P25. ¿Es usted capaz de cuidar su aspecto?	52	48,6	42	39,3	9	8,4	3	2,8	1	0,9		
P26. ¿Es usted capaz de cortarse las uñas?	0	0,0	9	8,4	63	58,9	35	32,7	0	0,0		
P27. ¿Es usted capaz de controlar su dieta/peso?	24	22,4	43	40,2	10	9,3	30	28,0	0	0,0		
P28. ¿Es usted capaz de ir a revisiones médicas?	19	17,8	48	44,9	12	11,2	28	26,2	0	0,0		
P29. ¿Es usted capaz de tomar medicamentos?	9	8,4	38	35,5	29	27,1	30	28,0	1	0,9		
P30. ¿Es usted capaz de autocontrolar su salud?	27	25,2	43	40,2	18	16,8	18	16,8	1	0,9		
P31. ¿Es usted capaz de manejar su prótesis?	41	38,3	36	33,6	23	21,5	7	6,5	0	0,0		

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión autocuidado, se identifica que algunos adultos mayores con enfermedades cardiovasculares hospitalizados conservan ciertas capacidades básicas para el cuidado personal, como cuidar su aspecto (48,6 %) y manejar su prótesis (38,3 %) sin ayuda. No obstante, se

observan limitaciones importantes en actividades como cortarse las uñas, donde el 58,9 % necesita mucha ayuda y el 32,7 % no puede hacerlo, o tomar medicamentos, actividad que el 28,0 % no logra realizar. Además, el 26,2 % no puede asistir a sus revisiones médicas, lo cual representa un riesgo para el control de su enfermedad.

Tabla 4. Dimensión de movilidad en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en un hospital público de Chiclayo, 2025

Pregunta	**Respuesta**										**Total**	
		Sin ayuda		Necesita poca ayuda		Necesita mucha ayuda		No puede		Nunca lo ha hecho		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
P16. ¿Es usted capaz de reconocer señales de tránsito?	8	7,5	51	47,7	45	42,1	3	2,8	0	0,0	107	100
P17. ¿Es usted capaz de caminar 15 minutos?	52	48,6	42	39,3	9	8,4	3	2,8	1	0,9		
P18. ¿Es usted capaz de cruzar la calle?	0	0,0	9	8,4	63	58,9	35	32,7	0	0,0		
P19. ¿Es usted capaz de acostarse/levantarse?	24	22,4	43	40,2	10	9,3	30	28,0	0	0,0		
P20. ¿Es usted capaz de enhebrar y coser?	19	17,8	48	44,9	12	11,2	28	26,2	0	0,0		
P21. ¿Es usted capaz de usar el transporte público?	9	8,4	38	35,5	29	27,1	30	28,0	1	0,9		
P22. ¿Es usted capaz de viajar en avión o barco?	27	25,2	43	40,2	18	16,8	18	16,8	1	0,9		
P23. ¿Es usted capaz de subir y	41	38,3	36	33,6	23	21,5	7	6,5	0	0,0		

bajar 10 escalones?												

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión movilidad, se evidencia que los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares hospitalizados presentan importantes dificultades en tareas como cruzar la calle, donde el 58,9 % necesita mucha ayuda y el 32,7 % no puede hacerlo. De igual forma, el 28,0 % no puede usar transporte público ni enhebrar o coser, lo cual limita su autonomía funcional. Sin embargo, se identifican ciertas actividades que aún pueden realizarse sin asistencia, como caminar durante 15 minutos (48,6 %) y subir y bajar escaleras (38,3 %).

T**abla 5.** Autonomía en los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares atendidos en un hospital público de Chiclayo en el 2025

	n	%
Autonomía		
El paciente se considera autónomo	66	61,7 %
El paciente se considera frágil	41	38,3 %
Total	107	100

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión autonomía, se identificó que el 61,7 % de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares hospitalizados se consideran autónomos, es decir, conservan la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria sin asistencia. En contraste, el 38,3 % se percibe como frágil, evidenciando un grado significativo de dependencia.

Discusión

En cuanto a la dimensión aprendizaje y tareas, se identificaron niveles variados de autonomía entre los adultos mayores evaluados. Si bien el 87,9 % logró pedir auxilio sin ayuda y el 57,9 % comprendió una noticia periodística, se observaron limitaciones en actividades que requieren procesos cognitivos más complejos. Estos hallazgos muestran que, aunque se conservan habilidades básicas, existe un porcentaje significativo con compromiso en funciones ejecutivas, como la organización y la memoria de trabajo.

Este hallazgo coincide con lo descrito por Goodarzi et al.[15], quienes señalan que los adultos mayores con enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, y bajo nivel educativo presentan mayor riesgo de deterioro cognitivo, lo que limita su autonomía en tareas que exigen atención, memoria o adaptación a nuevas situaciones. De manera semejante, Sotomayor y Zhunio[1] reportan que, en adultos mayores con pérdida funcional, la afectación de la memoria y la atención es más severa cuando existen condiciones crónicas asociadas, como insuficiencia cardíaca o hipertensión. Asimismo, Gonzáles y Mota[4] explican que la dependencia en adultos mayores se relaciona con una menor capacidad para realizar actividades nuevas, como trámites administrativos o el uso de aparatos electrónicos, especialmente en aquellos con enfermedades que impactan el sistema nervioso.

Estas limitaciones se asocian con el proceso natural de envejecimiento, que implica cambios neurocognitivos como la reducción de la plasticidad cerebral, el enlentecimiento del procesamiento

mental y la afectación de la memoria de trabajo[16]. Estos cambios se agravan con la presencia de enfermedades cardiovasculares que comprometen la oxigenación cerebral y favorecen el deterioro progresivo de funciones superiores[17]. Además, se suman barreras externas, como el acceso limitado a tecnologías o la falta de estrategias pedagógicas adaptadas, que dificultan el desempeño en esta dimensión[18].

En este escenario, el personal de salud, especialmente el de enfermería, debe promover intervenciones prácticas y comprensibles orientadas al fortalecimiento de la autonomía, incluyendo técnicas de recordatorio visual, instrucciones escritas en lenguaje sencillo y acompañamiento en actividades repetitivas que estimulen la memoria funcional. Igualmente, desde el nivel comunitario, se deben impulsar talleres cognitivos o espacios de aprendizaje básico organizados por establecimientos de salud o gobiernos locales.

En la dimensión vida doméstica, los resultados evidenciaron que los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares presentan un nivel desigual de autonomía. Un 48,6 % logró ordenar la mesa sin ayuda, el 38,3 % recogió la correspondencia por sí mismo y el 25,2 % sacó la basura de forma autónoma. No obstante, el 60,7 % no puede cuidar de personas o mascotas, el 42,1 % requiere ayuda para hacer la compra diaria, el 28,0 % no puede cocinar ni manejar electrodomésticos y un porcentaje similar no puede lavar ropa. Estos hallazgos muestran que, aunque algunos conservan independencia en tareas simples, una proporción considerable presenta dependencia en actividades que demandan esfuerzo físico o coordinación.

Este hallazgo guarda concordancia con lo descrito por Amézquita y Rodríguez[10], quienes explicaron que la fatiga, la debilidad muscular y la limitación del movimiento, comunes en pacientes con enfermedades cardiovasculares, dificultan la realización de labores domésticas. De forma similar, Bonifacio et al.[19] observaron que la insuficiencia cardíaca reduce progresivamente la capacidad funcional, afectando tareas como cocinar, limpiar o hacer compras. Asimismo, Guerrero Rojas[20] destacó que el síndrome de fragilidad, presente en adultos mayores con patologías cardiovasculares, se asocia con menor independencia y deterioro del desempeño en el hogar.

Estas limitaciones se relacionan con la reducción de la tolerancia al esfuerzo que acompaña a estas enfermedades, lo que dificulta la ejecución continua de tareas físicas. Además, muchas actividades domésticas exigen equilibrio, coordinación y fuerza muscular, capacidades que disminuyen con la edad y se agravan por restricciones médicas o el miedo a las caídas[21]. En el contexto hospitalario, identificar a los adultos mayores con dependencia en estas tareas es clave para orientar la educación hacia el autocuidado y la adaptación del hogar, reduciendo riesgos después del alta[22].

Ante ello, el personal de enfermería debe fomentar la participación progresiva del adulto mayor en actividades del hogar, brindando indicaciones claras y adaptando las tareas según sus capacidades. Asimismo, es necesario coordinar con programas comunitarios o redes de apoyo que fortalezcan la independencia en el hogar, ya que estas medidas reducen el riesgo de dependencia prematura.

En la dimensión comunicación y vida social, se evidenció que los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares presentan una autonomía limitada, especialmente en actividades que requieren comprensión e interacción con su entorno. Un 58,9 % necesita mucha ayuda para entender programas de televisión y el 32,7 % no logra hacerlo. Asimismo, el 28,0 % no puede participar en conversaciones, reuniones o actividades sociales. No obstante, el 48,6 % logró controlar sus emociones de manera independiente, lo que indica que, a pesar de ciertas limitaciones sociales, algunos conservan capacidades emocionales que les permiten mantener cierta estabilidad en sus relaciones, lo cual cobra especial relevancia durante la hospitalización.

Este hallazgo es consistente con lo descrito por Ding et al.[23], quienes señalaron que los adultos mayores con estas patologías experimentan mayor aislamiento social, lo que repercute negativamente en su autonomía al generar sentimientos de inseguridad y menor disposición para comunicarse o participar en actividades sociales. De manera similar, Golaszewski et al. [24]

encontraron que la falta de relaciones significativas y de participación en espacios comunitarios influye directamente en la pérdida de habilidades sociales. Además, Carhuallanqui et al.[25] identificaron que los adultos mayores con falla cardíaca crónica presentan altos niveles de fragilidad, lo cual afecta no solo su movilidad, sino también su integración en espacios sociales.

Estas limitaciones pueden explicarse por la progresión de las enfermedades cardiovasculares, que suelen generar fatiga, dificultad para desplazarse y temor a descompensarse fuera del entorno habitual, lo que reduce la disposición del adulto mayor a interactuar con otras personas[26]. A ello se suman factores como la viudez y el distanciamiento familiar, que disminuyen las oportunidades de comunicación diaria. Además, algunos viven solos o en entornos poco estimulantes, lo que limita su participación en actividades sociales o comunitarias[27].

Frente a esta realidad, el personal de enfermería desempeña un rol clave al generar espacios donde el adulto mayor se sienta escuchado y valorado, fomentando conversaciones durante la atención y actividades simples que promuevan la interacción con el entorno hospitalario. Además, resulta importante motivar su participación en dinámicas grupales dentro del establecimiento de salud o en su comunidad, considerando sus intereses y limitaciones.

En la dimensión autocuidado, se evidenció que muchos adultos mayores con enfermedades cardiovasculares presentan dificultades para gestionar adecuadamente su salud diaria. Un 76,6 % necesita ayuda para tomar sus medicamentos, el 58,9 % requiere apoyo para cortarse las uñas y el 28,0 % no logra controlar su dieta. Además, un 26,2 % no puede acudir por sí mismo a sus controles médicos. Aunque el 48,6 % mantiene autonomía en el cuidado de su aspecto personal, los resultados muestran una dependencia considerable en acciones que requieren planificación, organización y cumplimiento de rutinas, lo cual representa un reto adicional durante la hospitalización.

Este hallazgo coincide con lo descrito por Seid et al.[28], quienes afirman que el autocuidado deficiente en personas con insuficiencia cardíaca no siempre se debe al desinterés, sino a factores como la edad avanzada, el bajo nivel educativo, el deterioro cognitivo y la falta de apoyo familiar, lo cual interfiere en la toma de decisiones y en el seguimiento adecuado del tratamiento. Asimismo, Goh et al.[29] identificaron que los pacientes con enfermedades cardiovasculares experimentan dificultades para estructurar su rutina diaria, administrar correctamente sus medicamentos y reconocer síntomas de alerta, lo que incrementa su nivel de dependencia.

Estas limitaciones se explican por la complejidad que implica el autocuidado en este grupo poblacional. Tomar decisiones relacionadas con la dieta, el tratamiento o las visitas médicas exige capacidades cognitivas conservadas y un entorno que facilite el cumplimiento de indicaciones. Sin embargo, el envejecimiento, sumado a las secuelas funcionales de la enfermedad, puede disminuir la memoria, la atención y la organización personal, dificultando el seguimiento constante de una rutina de cuidado.

Frente a este escenario, el personal de enfermería cumple un rol esencial al brindar educación sobre el autocuidado de forma clara, práctica y adaptada al nivel de comprensión del adulto mayor, reforzando las indicaciones antes del alta y validando que hayan sido entendidas correctamente[30]. Para ello, es recomendable utilizar materiales sencillos, apoyos visuales e indicaciones paso a paso. Además, se debe involucrar a la familia o a los cuidadores, promoviendo su participación en las tareas de supervisión y acompañamiento diario[31].

En la dimensión movilidad, los resultados reflejan que gran parte de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares enfrenta dificultades para desplazarse de manera segura. Un 58,9 % necesita ayuda para cruzar la calle y el 32,7 % no puede hacerlo; el 28,0 % no logra usar el transporte público y el 26,2 % no puede enhebrar o coser. Sin embargo, el 48,6 % aún conserva la capacidad de caminar durante 15 minutos sin apoyo y el 38,3 % puede subir y bajar escaleras por sí mismo, lo que evidencia una autonomía parcial y heterogénea en este grupo, situación que

adquiere relevancia durante la hospitalización.

Este hallazgo concuerda con lo reportado por Yang et al.[32], quienes identificaron que las limitaciones funcionales en la movilidad, como la marcha lenta y la dificultad para levantarse o desplazarse largas distancias, están significativamente asociadas a enfermedades cardiovasculares, siendo incluso predictores tempranos de eventos adversos como infartos o insuficiencia cardíaca. Asimismo, el estudio de Carhuallanqui et al.[25] señaló que la fragilidad motora en adultos mayores con falla cardíaca crónica contribuye a un mayor riesgo de caídas, dependencia e institucionalización, afectando directamente su capacidad para movilizarse de manera autónoma.

Estas dificultades no solo responden al deterioro físico propio de las enfermedades cardiovasculares, como la fatiga o la disnea al esfuerzo, sino también a la disminución de la fuerza muscular y la estabilidad al caminar, lo que compromete la seguridad en sus desplazamientos[22]. A ello se suman factores como el miedo a caerse, la falta de acompañamiento y la inseguridad del entorno, que limitan la movilidad incluso en quienes conservan cierta capacidad funcional[33].

Frente a esta situación, el personal de enfermería tiene un rol clave en detectar tempranamente las limitaciones en la movilidad y promover estrategias adaptadas que ayuden a conservar la independencia, iniciando con ejercicios simples de estiramiento y deambulación asistida durante la hospitalización. Además, se debe educar al adulto mayor sobre medidas de seguridad al caminar y evaluar el entorno físico para reducir el riesgo de caídas en el hogar.

Conclusiones

La autonomía en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares es heterogénea y muestra distintos niveles de independencia según las dimensiones evaluadas. Se identificaron mayores limitaciones en actividades relacionadas con el aprendizaje y la realización de tareas complejas, como las gestiones municipales, lo que sugiere dificultades en procesos cognitivos y funcionales necesarios para desenvolverse de manera autónoma.

Asimismo, en la dimensión vida doméstica se observó una menor participación en responsabilidades del hogar, como el cuidado de otras personas o mascotas, lo cual refleja restricciones en el desempeño de roles cotidianos. En la dimensión comunicación y vida social, la limitada capacidad para adaptarse a cambios sin apoyo evidencia una mayor vulnerabilidad en la interacción social y en la participación activa dentro del entorno familiar y comunitario.

En relación con el autocuidado, la necesidad de apoyo para la toma de medicamentos representa un aspecto crítico, debido a que la adherencia terapéutica es fundamental en el manejo de las enfermedades cardiovasculares. De igual manera, las dificultades en la movilidad, especialmente para desplazarse con seguridad en espacios públicos, limitan la independencia funcional y aumentan el riesgo de dependencia progresiva.

De forma global, se evidenció que, aunque una parte importante de los adultos mayores conserva autonomía, otro grupo presenta fragilidad, lo que confirma que la autonomía es un constructo multidimensional que integra aspectos físicos, cognitivos, sociales, domésticos y de autocuidado. La afectación de una de estas dimensiones puede repercutir en las demás, comprometiendo el bienestar integral del adulto mayor.

Estos hallazgos reafirman que la evaluación de la autonomía es un indicador sensible del bienestar integral y una herramienta clave para planificar estrategias que preserven la independencia y la participación social, favoreciendo un cuidado integral y centrado en sus necesidades.

References