



Artículos científicos

Autoconocimiento y autoeficacia en sexagenarios y adultos mayores de la Región de Salud de Panamá Oeste, Panamá.

Self-Knowledge and self- efficacy in population of sixty-year-olds and the elderly of the Health Region of Panama Oeste, Panama.

Lourdes López¹, Aracelly de López¹.

¹Investigación en Sistemas de Salud, Ambiente y Sociedad, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá.

Palabras claves: autoconocimiento, autoeficacia, calidad de vida, gerontología, Panamá.

Keywords: self-knowledge, self-efficacy, life quality, gerontology, Panama.

Correspondencia a:
Dra. Lourdes López S.

Correo electrónico:
llopez@gorgas.gob.pa

Recibido: 22 de junio de 2020.

Aceptado: 10 de septiembre de 2020.

Publicado:

Aspectos bioéticos: Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito. Se obtuvo el consentimiento informado de todo paciente participante. Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para la elaboración de este manuscrito.

Resumen

Introducción: En Panamá, se ha incrementado la población de edad sexagenaria y adulto mayor, lo que ha generado transformaciones en salud y seguridad social del país. **Objetivo:** analizar el autoconocimiento y autoeficacia en grupos sexagenarios y adultos mayores organizados en la Región de Salud de Panamá Oeste. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Fueron aplicadas la metodología de grupo focal, encuestas psicosociales de salud estructuradas y frecuencia de consumo de alimentos protectores y de riesgo, en una muestra no probabilística de 117 participantes de 11 centros de salud. **Resultados:** se abordó el 100% de los grupos organizados, la edad promedio fue de 69 años, el 76% fueron mujeres y el 24 % hombres. El 97% realizó control de salud y reportaron padecer de enfermedades crónicas. El 95% está satisfecho con lo alcanzado en su vida, el 50% manifestó tener ingresos de 1 a 300 Balboas y el 33% de los entrevistados cursó primaria completa. De acuerdo al consumo de alimentos, se identificó un alto consumo de alimentos de riesgo para enfermedades crónicas como: azúcares por el 72% y el consumo de sal por el 60 %. **Conclusión:** Los factores psico-sociales y los hábitos de alimentación, influyen en la calidad de vida y longevidad, por tanto, la autoeficacia y el autoconocimiento podrían fortalecerse al pertenecer a un grupo organizado. El conocimiento generado facilita la revaloración de las actividades dirigidas a promover la salud y calidad de vida en sexagenarios y adultos mayores.

Abstract

Introduction: in Panama, the population of sixty-year-olds and the elderly has increased, which has generated transformations in the country's health and social security. **Objective:** to analyze self-knowledge and self-efficacy in groups in their sixties and older adults organized in the Health Region of Panama Oeste. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study. Focus group methodology, structured with psychosocial health surveys and consumption frequency of protective and risky foods, were applied to a non-probability sample of 117 participants from 11 health centers. **Results:** 100% of the organized groups were addressed, the average age was 69 years, and 76% were women and 24% men. 97% performed health control and reported suffering from chronic diseases. 95% are satisfied with what has been achieved in their lives, 50% stated that they have an income of between 1 and 300 Balboas and 33% of those interviewed completed a complete primary education. According to food consumption, a high consumption of risk foods for chronic diseases was identified as: sugars by 72% and salt consumption by 60%. **Conclusion:** Psychosocial factors and eating habits influence the quality of life and longevity, therefore, self-efficacy and self-knowledge could be strengthened by belonging to an organized group. The knowledge generated facilitates the reassessment of activities aimed at promoting health and quality of life in population of sixty-year-olds and the elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un proceso dinámico demográfico, que se relaciona con la mortalidad y natalidad. La disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida de las personas, impactan en la composición por edades de la población, al reducir el número de personas en las edades más jóvenes y aumentar los grupos con edades más avanzadas [1].

En Panamá, en las últimas décadas, se ha incrementado la población de 60 años y más. Según el último censo en el año 2010, la población total, fue de 360,812 personas, hombres 176,249 y mujeres 184,563 [2,3].

El incremento en este grupo, estimula las intervenciones con consideraciones sociales en salud y seguridad social por parte del Estado. Así también, la realización de cambios estructurales y de acceso, que transforman las ciudades y servicios, haciendo de estos más amigables para este grupo.

Pertenecen a la población sexagenaria los de 60 años y adultos mayores los de 65 años en adelante.

Se prevé, que entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial de esta edad o más, se duplicará de 11% a 22%, de 900 millones que correspondían en el año 2015 a 1,400 millones para el año 2030, y 2,100 millones para el año 2050, y podría llegar a 3,200 millones en el 2100 con un aumento de la esperanza de vida mayor de 80 años [4].

En los servicios de salud, estos grupos son usuarios y consumidores de la asistencia médica, ya que son quienes más riesgos de enfermedad presentan. A medida que el individuo envejece, tiene mayor riesgo de padecer una enfermedad, la cual tiende a ser crónica e incapacitante [5].

La salud de este grupo, se ve influida por factores generales como la organización social, política, demográficos, genéticos, ecológicos, económicos, las diferencias entre ingresos, cohesión social, relaciones familiares, estilos de vida, consumo, consideraciones culturales dominantes, nivel de educación e información, entre otros.

En Panamá en el año 2013, se realizó un estudio piloto sobre el autocuidado, autoeficacia y calidad de vida en grupos de 60 años y más en la Regiones Sanitarias de Metropolitana y San Miguelito, como antecedentes del estudio.

El estudio tiene como objetivo analizar el autoconocimiento y autoeficacia en grupos organizados de sexagenarios y adultos mayores en las instalaciones de salud en la Región Sanitaria de la Provincia de Panamá Oeste.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal, fue realizado en la Región Sanitaria de la Provincia de Panamá Oeste, en los meses de abril a agosto de 2017, en 11 centros salud de atención primaria.

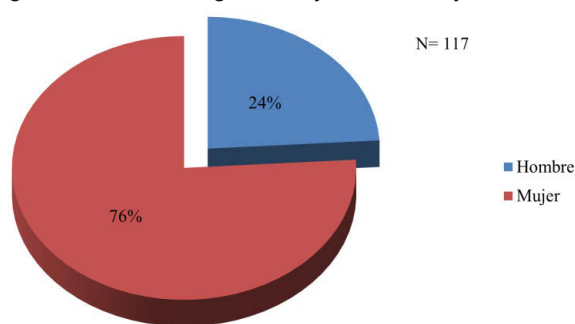
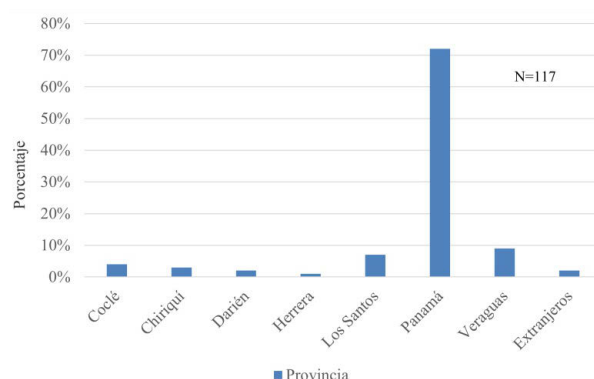
El Universo de estudio fueron los grupos promovidos y organizados de 60 años y más, provenientes de cada instalación de salud del área de estudio. La muestra fue no probabilística por conveniencia, lográndose captar con consentimiento e información el 100% (117) de los miembros de los 11 grupos adscritos.

Se aplicaron tres cuestionarios validados, utilizados por los investigadores en un estudio piloto realizado en Panamá en el año 2013 para identificar elementos de autoconocimiento y autoeficacia, un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas sobre aspectos socio demográficos, socio sanitarios, socio afectivos, calidad de vida y económicos, un formulario de identificación del estado de ánimo y aspectos de salud mental, formulario de frecuencia de consumo de alimentos CFCA [6] adaptado, que es una encuesta dietética cualitativa para evaluar de forma rápida la dieta habitual de un individuo o colectivo [6], la cual se categorizó a juicio del investigador en: Alta (A= diario o más de 3 veces por semana); Moderada (M= 2-3 veces/semana); Baja (B= 1 vez/semana o de manera ocasional) y Nunca (N= 0 vez/semana). El CFCA constó de 16 ítems para los "alimentos protectores" y 17 ítems para los "alimentos de riesgo" y una guía de preguntas pre elaboradas de dinámica de grupo focal, técnica de investigación colectivista para identificación de percepciones, experiencias, actitudes y creencias de los participantes en el tópico de estudio [8] y revisión de expedientes clínicos con previo consentimiento para constatar el control de salud.

Se realizaron dos visitas a cada grupo organizado para el desarrollo metodológico y fueron aplicados los cuestionarios, previo consentimiento informado, entre 11 a 12 participante por instalación de salud. El tiempo de aplicación de los cuestionarios fue de 30 minutos.

Para la dinámica de grupo focal, se conformaron 11 grupos con características afines (sexo, edad y localidad), uno por cada instalación de salud, con participación de 6 a 12 miembros, que consintieron participar. Se abordaron preguntas de autoconocimiento y autoeficacia de la guía elaborada, grabando y anotando la participación y respuestas para el análisis cualitativo del contexto grupal. La dinámica, se desarrolló en 90 minutos.

Los datos cuantitativos recopilados de los cuestionarios aplicados, fueron analizados en los Programas SPSS versión 20, Epi Info 7.2 y presentados en frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central y en escalas nominal y ordinal.

Gráfico 1. Porcentaje de participación en grupos organizados de sexagenarios y adultos mayores.**Gráfico 2.** Lugar de nacimiento. Grupos organizados de sexagenarios y adultos mayores.

El nivel de confianza fue de 95% y se consideró un 5% de margen de error.

Criterios de inclusión

Se consideraron como criterios de inclusión el rango de edad y la pertenencia a un grupo organizado en las instalaciones de salud del área de estudio.

Criterios de Exclusión

En los criterios de exclusión se consideraron, la no pertenencia a un grupo organizado del área de estudio, edad menor de 60 años, padecimiento de demencia, enfermedades avanzadas o diagnóstico de depresión e incapacidad que impida la movilidad.

Consideraciones éticas

El estudio fue avalado por la Coordinación Nacional en Regulación de Investigación para Salud del Ministerio de Salud y aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Se aplicó el consentimiento informado a cada miembro del grupo, respetando la no participación.

RESULTADOS

Los grupos entrevistados, promovidos y organizados, estuvieron representados en cada instalación de salud, con una variación en el porcentaje de adscritos.

Se abordaron en 11 instalaciones de salud del primer nivel de atención a 117 miembros de grupos organizados

Tabla 1. Variables Socio demográficas. Grupos organizados de sexagenarios y adultos mayores.

Variables Socio demográficas	Tasa Específica		Intervalo de Confianza (95%)	
	Frecuencia	Porcentaje	LI	LS
Sexo				
Hombre	28	24.14%	16.65%	32.96%
Mujer	88	75.86%	67.04%	83.32%
Cobertura de salud				
Ministerio de salud	34	29.57%	21.42%	38.79%
Seguro privado	3	2.61%	0.54%	7.43%
Seguro social	78	67.83%	58.47%	76.23%
Grado escolaridad				
Sin escolaridad	16	13.68%	8.02%	21.26%
Hasta 3 años de primaria	14	11.97%	6.70%	19.26%
Más de 3 y hasta 6 años de primaria	39	33.33%	24.89%	42.64%
Más de 6 y hasta 9 años de estudios de pre media	17	14.53%	8.70%	22.24%
Más de 9 y hasta 12 años de estudios de media	21	17.95%	11.47%	26.12%
Hasta 3 años de universidad	7	5.98%	0.53%	7.31%
Licenciatura completa	3	2.56%	0.53%	7.31%
Rango de Ingreso				
1 = 1 a 300 balboas	58	50.00%	40.57%	59.43%
2 = 301 a 600	15	12.93%	7.42%	20.43%
3 = 601 a 900	8	6.90%	3.02%	13.14%
4 = 901 a 1200	2	1.72%	0.21%	6.09%
6 = 1501 - 1800	2	1.72%	0.21%	6.09%
7 = 1801 y más	1	0.86%	0.02%	4.71%
8 = N/A	30	25.86%	18.15%	34.82%

de 60 a 79 años, con mayor proporción de participación de mujeres que hombres (Ver gráfico 1) siendo la edad promedio 69 años.

De acuerdo a las variables socio demográficas, según lugar de nacimiento, procedían de diversos sectores, donde el 72% fue de la provincia de Panamá y en menor porcentaje, provenían de otros sectores. (Ver gráfico 2). Con respecto a la escolaridad, el 33%, solo completó estudios primarios, un 14% sin escolaridad y algunos en menor porcentaje, cursaron estudios secundarios y universitarios (Ver tabla 1).

El 74% manifestó estar jubilado, con ingresos, cobertura de seguridad social y con atención en la instalación primaria de salud donde están adscritos (Ver tabla 1).

Tabla 2. Variables socio sanitarias. Grupos organizados de sexagenarios y adultos mayores.

Variables socio sanitarias	Tasa Específica		Intervalo de Confianza (95%)	
	Frecuencia	Porcentaje	LI	LS
Grupos sociales				
Tercera edad	42	36.21%	27.49%	45.65%
Otro	20	17.24%	10.86%	25.36%
N/A	54	46.55%	37.24%	56.05%
Situación de salud				
Recibe control médico	107	91.45%	84.84%	95.83%
Salud bucal	88	75.21%	66.38%	82.73%
Padece alguna enfermedad crónica	78	69.03%	59.64%	77.39%
Control de salud periódico	113	97.41%	92.63%	99.46%
Exámenes de laboratorio				
Hemoglobina	117	100.00%	90.50%	-
Colesterol	64	54.70%	45.20%	64.20%
Triglicéridos	27	23.08%	13.58%	32.58%
Creatinina	27	23.08%	13.58%	32.58%
HDL	64	100.00%	45.20%	64.20%
LDL	64	100.00%	45.20%	64.20%
Glucosa	117	100.00%	90.50%	-
Uro análisis	117	100.00%	90.50%	-

Con respecto a la economía, se presentó una variabilidad de ingreso económico, el 50% indicó ingresos bajos entre 1 a 300 Balboas, similar a los resultados del estudio piloto [8].

En las variables socio sanitarias, se identificó que el 97% del grupo de estudio, se realizó control de salud con diferente concentración de atención entre tres a cuatro veces al año y el 75% solo un control de salud bucal al año (Ver tabla 2). La atención a la morbilidad, estuvo relacionada con enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, donde el 69%, indicó padecerlas. Sin embargo, manifestaron sentirse con buena salud.

En relación a la autoeficacia, referida a las creencias y capacidades para controlar, organizar y ejecutar acciones, manteniendo su identidad social [9], el 51%, indicó asistir a otras organizaciones como clubes, grupos de la iglesia, redes de apoyo social, interacción familiar y de amigos.

Referente a la autoeficacia y calidad de vida, que es la percepción subjetiva y su manifestación objetiva en factores contextuales de la posición en la vida, cultura, valores, metas, expectativas, estándares e intereses [10], el 95% indicó estar satisfecho por lo logrado en la vida, sentir apoyo familiar y de amigos, el 61% manifestó, no sufrir tristeza o depresión.

Tabla 3. Variables Socio afectivas. Grupos organizados de sexagenarios y adultos mayores.

Variables Socio afectivas	Tasa Específica		Intervalo de Confianza (95%)	
	Frecuencia	Porcentaje	LI	LS
Estado de ánimo				
Triste o deprimido	45	39.13%	30.16%	48.67%
Nervioso	49	42.98%	33.75%	52.59%
Deseos de llorar	53	45.62%	38.94%	58.39%
Solo	36	31.58%	24.58%	41.19%
Se acepta	110	94.02%	88.06%	97.56%
Satisfecho	110	94.83%	89.08%	98.08%
Independencia	106	92.17%	85.56%	96.36%
Importa el futuro	94	80.34%	71.98%	87.11%
Encaro obligaciones diarias	111	94.87%	89.17%	98.10%
Vida interesante	114	99.13%	95.25%	99.98%
Satisfecho con lo conseguido	111	94.87%	89.17%	98.10%
Apoyo Social				
Tu familia te apoya	100	85.47%	77.76%	91.30%
Amigos brindará cuidados en enfermedades	106	90.60%	83.80%	95.21%
Amigos	111	94.87%	89.17%	98.10%
Amigos y parientes que ayudan	106	90.60%	83.80%	95.21%
Hijos	108	92.31%	85.90%	96.42%

Los resultados del estudio plantean que la convivencia, no excluye la percepción de tristeza y depresión, aspectos coincidentes con el estudio piloto realizado en Panamá [8].

Quienes presentaron rasgos de depresión, contaban con una red de apoyo social conformada por su familia, hijos y amigos. Esto podría sugerir que el trastorno depresivo en algunos de los participantes, no se debe a disfunción social, sino a factores biológicos, aspecto que requiere ser abordado en otras investigaciones.

Respecto al autoconocimiento, donde el individuo interioriza el propio ser, conociendo el carácter, fortalezas, oportunidades, actitudes, valores, gustos y disgustos, se identificaron aspectos en lo socio afectivo, durante la dinámica de grupo focal y en las respuestas a los cuestionarios aplicados, destacándose que el 94%, se aceptaba así mismo (Ver tabla 3).

Otro aspecto considerado, fue la alimentación, relacionada a la frecuencia y consumo de alimentos protectores, los que, por su función y contenido de proteínas, vitaminas y minerales, protegen al organismo humano de enfermedades [11] y los alimentos de riesgo, aquellos que causan

efectos adversos a la salud, favorecen la formación de toxinas, microorganismos y contienen químicos nocivos [12].

Se identificó una variedad y frecuencia de alimentos protectores y un alto consumo de alimentos de riesgo para enfermedades crónicas como: azúcares cuatro veces al día, por el 72% y 60% en el consumo de sal tres veces o más al día. La alimentación de los grupos del estudio, indicó ser moderadamente balanceada.

DISCUSIÓN

En Panamá se hizo una investigación sobre el autoconocimiento y autoeficacia, asociado a la red de apoyo social y calidad de vida en grupos de la tercera edad, estudio piloto realizado en el año 2013, en las regiones sanitarias Metropolitana y San Miguelito que es antecedente de nuestro estudio.

En el país, se presenta una transición demográfica que está provocando un progresivo aumento de la población y simultáneamente, su envejecimiento. Este aspecto, es común a nivel mundial [13]. En Panamá el 12 % de la población es mayor de 60 años, según el censo 2010 [13].

En un estudio realizado en México, sobre autoeficacia, percepción de salud, soledad y calidad de vida en adultos mayores, indica que, en ese país, se ha incrementado la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, con un aumento de la población mayor de 60 años [14]. El estudio identifica, que el nivel de autoeficacia para realizar actividades sociales, tiene un impacto en la calidad de vida y éstos tienden a confiar más en sus capacidades, y por tanto, tienden a una mejor calidad de vida [14].

Este factor fue notorio en nuestro estudio, ya que los participantes asistían a actividades manteniendo su interacción social, así mismo, el estar satisfecho por lo logrado en la vida, sentir apoyo familiar y de amigos, así como del grupo organizado al cual pertenecen.

Otro estudio realizado en Colombia, titulado: calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, destaca que las pérdidas del estado de salud, de la red social y limitaciones funcionales, son los principales factores que disminuyen la calidad de vida [15]. En este estudio, dividen la calidad de vida en positiva y negativa. Un aspecto similar, se identifica en los grupos organizados en el estudio realizado, que manifiestan autoeficacia y tienden a interactuar con otros grupos de la red de apoyo social fuera de su círculo habitual, indicando un factor positivo, orientado a mantener su calidad de vida, establecer vínculos interpersonales y de pareja, conservando la creencias de eficacia; aspecto expuesto por un estudio realizado en Perú [16], sobre el bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor de Lima y otros estudios realizados en Brasil y Cuba, sobre la autoeficacia percibida y la funcionalidad relacionada con la capacidad de realizar actividades cotidianas, que indican igualmente,

esta importancia manifiesta, donde el cansancio es uno de los síntomas inevitable y que puede estar presente a pesar de una escasa actividad física [17,18].

En nuestro estudio se identifica la satisfacción por logros en la vida, la importancia de pensar en su futuro y sentir interesante su vida, este mismo aspecto, fue abordado en otro estudio realizado en Cuba, donde la salud se relaciona con la calidad y satisfacción de vida [19].

Con respecto al autoconocimiento, la etapa de adulto mayor, se caracteriza por la pérdida progresiva de las facultades físicas, psíquicas, económicas, rol y afectivas. Un aspecto en nuestro estudio, destaca el aceptarse así mismo, como parte del proceso natural de la vejez y el de identificar el aspecto psico afectivo de la soledad.

Según un estudio realizado en España, clasifica la soledad como objetiva y subjetiva, refiriéndose como objetiva a la pérdida de las relaciones físicas y como subjetiva, la soledad, a pesar de estar relacionada y acompañada de otras personas [20].

Así mismo, el estudio realizado en México sobre percepción de soledad, indica que la soledad es un elemento multidimensional en lo psicológico y afectivo, que repercute en la salud física, psicológica y calidad de vida [14].

El estudio considera la nutrición como un elemento de autoeficacia, aunque no se correlacionó con el estado nutricional en el grupo de estudio, resalta que las necesidades nutricionales cambian a medida que se envejece, considerado el consumo de alimentos protectores, como de riesgo. En este aspecto, un estudio realizado en Ecuador, identifica la autonomía en la alimentación como un factor protector de la desnutrición [21]. Los que conviven con familiares, quienes planifican, compran y preparan los alimentos, éstos influyen en su nutrición [22]. Los grupos organizados del estudio, conviven con familiares, pero eligen sus alimentos protectores ricos en nutrientes y vitaminas con variedad y frecuencia, así como el consumo de algunos alimentos de riesgo favorecedores de enfermedades crónicas.

Los hábitos alimentarios influyen en la calidad de vida, ya que una dieta saludable, brinda protección ante la malnutrición en todas sus formas, incluyendo la desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles, como la diabetes, hipertensión, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, entre otras [23].

El estudio no midió la valoración de la percepción del autoconocimiento y autoeficacia. Sin embargo, describe un análisis cuali-cuantitativo basado en la evidencia aportada, a través de los cuestionarios aplicados y la dinámica de investigación colectivista de grupo focal, donde los participantes exponen lo que piensan, sienten, manifestando, que el pertenecer a un grupo organizado, influye positivamente en su autoconocimiento, autoeficacia y calidad de vida, siendo estos resultados una base para es-

tudios más específicos en este grupo, que considere la valoración de percepción de riesgo, factores protectores y la correlación de los aspectos biopsicosociales con la autoeficacia y autoconocimiento.

CONCLUSIÓN

Los factores psico-sociales y los hábitos de alimentación, influyen en la calidad de vida y longevidad, por lo que, la autoeficacia y el autoconocimiento podrían fortalecerse al pertenecer a un grupo organizado.

El conocimiento generado, facilita la revaloración de las actividades dirigidas a promover la salud y calidad de vida en sexagenarios y adultos mayores.

REFERENCIAS

- [1] INEC. El Proceso de Transición Demográfica en Panamá. 2016. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/archivos/P7441El%20Proceso%20de%20Transici%C3%B3n%20Demogr%C3%A1fica%20en%20Panam%C3%A1.pdf>
- [2] Contraloría General de la República de Panamá. Censo Nacional de Población y Vivienda de la República de Panamá, año 2010. Disponible en: <https://www.inec.gob.pa/archivos/P6041INFORME%20METODOLOGICO%20CENSOS%202010.pdf>
- [3] Secretaría Técnica del Gabinete Social. República de Panamá. Informe nacional sobre la situación de la población adulta mayor. Disponible en: file:///C:/Users/Lourdes%20L/Downloads/artpma_el%20adulto%20mayor.pdf
- [4] Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 22 de abril del 2016 (A69/17). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
- [5] Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C. del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015, (CD54.R11) Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31930&Itemid=270&lang=es
- [6] Pérez C, Aranceta J, Salvador G, Varela G. Food Frequency Questionnaires. *Nutr Hosp* 2015; 31(Suppl 3): 49-56. Available from: <http://www.aula-medica.es/nh/pdf/8751.pdf>
- [7] FAO. Ficha Metodológica Guía para taller con grupos focales con beneficiarios directos. 2015. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-av216s.pdf>
- [8] López L, de Rivera A, de López A, de Borace R, Rodríguez F. Estudio piloto del autoconocimiento y autoeficacia de la población de tercera edad en el Centro de Salud de Parque Lefevre, San Isidro, Rómulo Roux y Policlínica de Betania. Región Metropolitana de Salud y San Miguelito. 2013. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/aplicaciones/revistanoindexas/pdf/7%20Estudio%20Piloto%20de%20Autoconocimiento%20y%20autoeficacia%20Tercera%20Edad%202013.pdf>
- [9] Cindy V, Aponte D. La calidad de vida en la tercera edad. 2015. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>
- [10] Power M. Development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 1998; pp. 551-558.
- [11] OMS. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de Informes Técnicos; 916. 2003. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
- [12] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2674 de 2013. Colombia. 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2674-de-2013.pdf>
- [13] PAHO/WHO. Diagnóstico nacional de la situación de las personas mayores en Panamá. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=39-diagnostico-nacional-de-la-situacion-de-las-personas-mayores-en-panama&category_slug=publications&Itemid=224
- [14] González A, Lima L. Autoeficacia, Percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en Adultos Mayores. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jats-Repo/4576/457653227004/html/index.html>
- [15] Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordóñez J y Osorio, J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011; 31, 492-502. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399>
- [16] Jiménez M, Melody W. Bienestar psicológico y autoeficacia en adultos mayores de un centro de adulto mayor (CAM) de Lima. Tesis de licenciatura. 2016. Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7313>
- [17] Pavón, M. Autoeficacia percibida. *Revista Kairós Gerontología*. 2015; 18, 103-120. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/viewFile/29194/20401>
- [18] Rodríguez A, Collazo M, Álvarez L, Calero J, Castañeda I y Gálvez, A. Necesidades de atención en salud percibidas por adultos mayores cubanos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2015. 41 (3), 401-412. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60676>
- [19] Peláez E, Acosta L. y Carrizo E. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2015; 41 (4), 638-648. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/acc9/09d49941c8b0b555bde51325050f76fc73eb.pdf>
- [20] Sanz A. La soledad en las personas mayores. Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid. Valladolid. 2016. Disponible en: [DOI: 10.37980/im.journal.rmdp.20201534](http://uva-

</div>
<div data-bbox=)

- doc.uva.es/bitstream/handle/10324/19490/TFG-G1888.pdf;jsessionid=5D4DD449AA-BAA0302D376EB1F975AE0E?sequence=1
- [21] Vanegas P, Peña S, Salazar K. Impacto de la nutrición en los adultos mayores de la sede social del Centro de Atención Ambulatoria N° 302 del cantón Cuenca-Ecuador, Año 2015. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* 2017; 12(3):83-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187002>
- [22] Bonilla J, Gámez A, Anguita M, Castillo J, García D, Crespín M, et al. Impact of malnutrition on long-term mortality in hospitalized patients with heart failure. *Rev Esp. Cardiol. England*. Ed 2011; 64(9): 752-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1885585711006074>
- [23] FAO. Second International Conference on Nutrition. November 2014. Available from: <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>