

# Universidad de Huánuco

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



## **TESIS**

---

**CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL  
ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD  
CARLOS SHOWING FERRARI, AMARILIS 2016**

---

**Para Optar el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA**

**Bach. LA ROSA SILVA, Silvia Beatriz.**

**ASESORA**

**Lic. Enf. PALMA LOZANO, Diana**

**Huánuco - Perú  
2017**

## **PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

---

**CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR  
QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI –  
AMARILIS 2016.**

---



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
http://www.udh.edu.pe

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 6:30 horas del día 03 del mes de noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro **Presidenta**
- Lic. Enf. David Aníbal Barrueta Santillán **Secretario**
- Lic. Enf. Eler Borneo Cantalicio **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°1937-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "CARACTERIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, AMARILIS 2016", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Silvia Beatriz LA ROSA SILVA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobada por Unanimitad con el calificativo cuantitativo de 13 y cualitativo de Suficiente.

Siendo las 20:30 horas del día 03 del mes de Noviembre del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTA

  
SECRETARIO

  
VOCAL

## DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado el privilegio de la vida, y darme la fortaleza espiritual necesaria para llegar a este momento tan importante de mi existencia: y conseguir el anhelo de ser una buena profesional.

A mi madre Eulalia Silva Zambrano , por la comprensión y apoyo incondicional que me brindaron toda la vida; y por contribuir con todo su esfuerzo a que todos estos anhelos y sueños se hagan realidad.

A mi hija Adriana, por ser la razón de mi existir y mi motivo para ser cada día mejor, por todas las alegrías que me ha brindado en la profesión más hermosa que la vida: ser tu madre.

## **AGRADECIMIENTOS**

Por medio de la presente investigación deseo expresar mis sinceros y eterno agradecimientos a las siguientes personas:

A la Lic. Diana Palma Lozano, asesora del presente estudio de investigación, por todos sus consejos, sugerencias y recomendaciones brindadas durante el proceso de elaboración, planificación y ejecución del presente estudio; que permitieron que sea posible la culminación exitosa de esta investigación.

A mis padres; por ser mi ejemplo a seguir y por brindarme su apoyo y estímulo constante para conseguir cada una de mis metas y cumplir el objetivo de un anhelado sueño: ser una excelente profesional.

Al director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, por brindarme la autorización respectiva para realizar estudio en la institución que dirige y por su colaboración activa y desinteresada en la ejecución del presente trabajo de investigación.

A la enfermera responsable del Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari; por su apoyo y cooperación en la identificación de los adultos mayores considerados en esta investigación.

A los adultos mayores que participaron del estudio, por brindarme su apoyo y responder con calidez todas las preguntas formuladas en el trabajo de investigación.

A todas aquellas personas que de alguna u otra manera me apoyaron desinteresadamente en el desarrollo y ejecución del presente estudio de investigación.

<b>ÍNDICE GENERAL DEL CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

## **CAPÍTULO I**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	7
1.3. Objetivo general	7
1.4. Objetivos específicos	7
1.5. Justificación de la investigación	8
1.6. Limitaciones de la investigación	9
1.7. Viabilidad de la investigación	10

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de investigación	11
2.2 Bases teóricas	19
2.2.1. Modelo de la calidad de vida	19
2.2.2. Teoría del medio social	20
2.2.3. Modelo de promoción de la salud	21
2.3 Definiciones conceptuales	22
2.3.1. Definición de calidad de vida	22
2.3.2. Determinantes de la calidad de vida	24

2.3.3. Dimensiones de la calidad de vida	24
2.3.4. Definiciones de adulto mayor	26
2.3.5. Clasificación del adulto mayor	27
2.3.6. Definición de envejecimiento	28
2.3.7. Características del envejecimiento	29
2.3.8. Calidad de vida en el adulto mayor	29
2.3.9. Valores y actitudes de la calidad de vida en adultos mayores	33
2.4 Hipótesis	33
2.5 Variables	35
2.5.1. Variable principal	35
2.6 Operacionalización de variables	35

### **CAPÍTULO III**

#### **3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Tipo de estudio	37
3.1.1. Enfoque	37
3.1.2. Alcance o nivel	38
3.1.3. Diseño	38
3.2 Población y muestra	38
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.3.1. Para la recolección de datos	40
3.3.2. Para la presentación de datos.	46
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	51

### **CAPÍTULO IV**

#### **4. RESULTADOS**

4.1. Procesamiento de datos.	54
4.2. Contrastación y prueba de hipótesis	69

### **CAPÍTULO V**

#### **5. DISCUSION DE RESULTADOS**

5.1. Contrastación de resultados	74
----------------------------------	----

Conclusiones	87
Recomendaciones	89
Referencias Bibliográficas	92
Anexos	100
Instrumentos de recolección de datos	101
Consentimiento informado	108
Constancias de validación	111
Oficio institucional de autorización para recolección de datos	116
Base de datos de informe de investigación	117
Matriz de consistencia	120



## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b>	Edad en años de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	54
<b>Tabla 2.</b>	Género de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	55
<b>Tabla 3.</b>	Lugar de procedencia de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	56
<b>Tabla 4.</b>	Estado civil de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	57
<b>Tabla 5.</b>	Religión de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	58
<b>Tabla 6.</b>	Grado de escolaridad de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	59
<b>Tabla 7.</b>	Personas con quienes viven los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	60
<b>Tabla 8.</b>	Tenencia de carga familiar en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	61
<b>Tabla 9.</b>	Recepción de apoyo comunitario e institucional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	62
<b>Tabla 10.</b>	Recepción de apoyo económico del estado en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	63

<b>Tabla 11.</b>	Calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	64
<b>Tabla 12.</b>	Calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	65
<b>Tabla 13.</b>	Calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	66
<b>Tabla 14.</b>	Calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	67
<b>Tabla 15.</b>	Calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016	68
<b>Tabla 16.</b>	Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	69
<b>Tabla 17.</b>	Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	70
<b>Tabla 18.</b>	Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.	71

- Tabla 19.** Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016. 72
- Tabla 19.** Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016. 73

**ÍNDICE DE ANEXOS**

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1.</b> Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio	101
<b>Anexo 2.</b> Cuestionario De Calidad De Vida Whoqol – Bref (Modificado	103
<b>Anexo 3.</b> Consentimiento Informado	108
<b>Anexo 4.</b> Constancias de validación	111
<b>Anexo 5.</b> Oficio institucional de autorización para recolección de datos	116
<b>Anexo 6.</b> Base de datos de informe de investigación	117
<b>Anexo 7.</b> Matriz de consistencia	120

## RESUMEN

**Objetivo general:** Determinar las características de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2016.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo simple en 65 adultos mayores; utilizando una guía de entrevista y el cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref Modificado en la recolección de los datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra con una significancia estadística  $p = 0,05$ .

**Resultados:** El 92,3% de adultos mayores consideradas en el estudio tuvieron un nivel de calidad de vida regular, siendo este resultado estadísticamente predominante [ $X^2 = 80,111$ ;  $p = 0,000$ ]. En la dimensión bienestar emocional, el 72,3% presentaron una regular calidad de vida [ $X^2 = 12,519$ ;  $p = 0,000$ ]. En la dimensión bienestar material, el 90,6% tuvieron una regular calidad de vida [ $X^2 = 75,111$ ;  $p = 0,000$ ]. En la dimensión bienestar físico, el 86,2% evidenciaron tener una regular calidad de vida [ $X^2 = 85,444$ ;  $p = 0,000$ ]; y por último, en la dimensión bienestar social, el 89,2% de encuestados tuvieron una regular calidad de vida [ $X^2 = 85,333$ ;  $p = 0,000$ ]; siendo todos estos resultados estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari presentan, en su mayoría, una regular calidad de vida.

**Palabras clave:** *Caracterización, Calidad de Vida, Adultos Mayores.*

## ABSTRACT

**General objective:** To determine the characteristics of the quality of life of the major adults who come to the Center of Health Carlos Showing Ferrari - Huánuco 2016.

**Methods:** There was realized a descriptive simple study in 65 major adults; using a guide of interview and the quality questionnaire of life Whoqol Bref Modified in the compilation of the information. In the analysis inferential there was in use the test of square Chi of comparison of frequencies for an alone sample with a statistical significance  $p = 0,05$ .

**Results:** The 92,3% of major adults considered in the study had a quality level of regular life, being this statistically predominant result [ $X^2 = 80,111$ ;  $p = 0,000$ ]. In the dimension emotional well-being, the 72,3% presented a regular quality of life [ $X^2 = 12,519$ ;  $p = 0,000$ ]. In the dimension material well-being, the 90,6% had a regular quality of life [ $X^2 = 75,111$ ;  $p = 0,000$ ]. In the dimension physical well-being, the 86,2% demonstrated to have a regular quality of life [ $X^2 = 85,444$ ;  $p = 0,000$ ]; and finally, in the dimension social well-being, the 89,2% of polled had a regular quality of life [ $X^2 = 85,333$ ;  $p = 0,000$ ]; being all these statistically significant results.

**Conclusions:** The major adults who come to the Center of Health Carlos Showing Ferrari present, in the main, a regular quality of life.

**Key words:** *Characterization, Quality of Life, Major Adults.*

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el Perú como la mayoría de países a nivel mundial, se encuentra atravesando por un proceso de transición demográfica que ha dado lugar al envejecimiento de la población, constituyéndose en uno de los eventos más trascendentales del siglo XXI desde el punto de vista demográfico, económico y social<sup>1</sup>.

El proceso biológico del envejecimiento conlleva la presencia de diversos cambios fisiológicos, económicos, y sociales que influyen significativamente en la calidad de vida y las condiciones de salud de los adultos mayores, por lo que hace indispensable la formulación de estrategias orientadas a la satisfacción de las necesidades de este grupo etéreo vulnerable en forma integral y equitativa<sup>2</sup>.

En este contexto, el estudio de la calidad de vida de los adultos mayores cobra vital importancia, pues es fundamental en la búsqueda del bienestar integral de estas personas; considerando el cumplimiento de las condiciones de vida mínimas necesarias para conseguir la satisfacción de sus necesidades básicas y el respeto a sus derechos como seres humanos<sup>3</sup>.

Por ello, el presente estudio titulado “Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari”, se realizó con el objetivo de determinar las características de la calidad de vida de los adultos mayores en estudio, permitiendo que con el análisis de los resultados evidenciados en el presente estudio, se puedan formular e implementar estrategias y programas de intervención integrales y multisectoriales, encaminados a mejorar los niveles de calidad de vida y las

condiciones de salud de los adultos mayores de la región de Huánuco y de nuestro país en general.

En consecuencia, el presente informe se clasificó en cinco capítulos: el primero comprende la descripción y formulación del problema, objetivos, hipótesis, variables y justificación del estudio.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico, incluyendo los antecedentes de la investigación, bases teóricas, bases conceptuales y definición de términos operacionales.

El tercer capítulo está compuesto por la metodología del estudio, comprendiendo el tipo y diseño de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos, así como la elaboración, procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se exponen los resultados del estudio, con su respectivo análisis descriptivo e inferencial; y por último en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se muestran las conclusiones y las recomendaciones; incluyéndose también las referencias bibliográficas y los anexos.

La Autora



## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Descripción del problema

La globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad a nivel mundial produjeron en los últimos años, profundos cambios económicos y sociales que afectaron a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se considera al envejecimiento como uno de los principales problemas en la actualidad, dado que está comprometiendo enormemente la calidad de vida de los adultos mayores<sup>4</sup>.

Las proyecciones de las Naciones Unidas para el próximo decenio aseguran existirán en el mundo 1,100 millones de adultos mayores que constituirán el 13,7% de la población mundial; esperándose que para el año 2025 la población adulta mayor, crezca en un 40%. En Sudamérica, el 8% de la población es adulta mayor y en el Perú se estima que para el 2025, las personas adultas mayores llegarán a los 4 millones 429 mil adultos mayores, es decir el 12,4% de la población peruana total<sup>5</sup>.

El envejecimiento constituye un proceso complejo y con muchas limitantes para las personas adultas mayores, quienes en su adultez han tenido destrezas importantes en cualquier ámbito de la vida; pero que en muchas ocasiones a esta edad, por diversos factores, comienzan a perderse, por lo que se necesita establecer abordajes que satisfagan sus necesidades integrales<sup>6</sup>. Además, en esta etapa, un alto porcentaje de las personas se hallan en situación de pobreza y pobreza

extrema, además que no reciben atención acorde a su edad, lo que no les permite llevar y acceder a una vida con calidad<sup>7</sup>.

Al respecto Torres<sup>8</sup>, define la calidad de vida como el conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida. En los adultos mayores, la calidad de vida está determinada por diversos factores que dificultan la capacidad de enfrentar este proceso de manera sana, placentera, y acorde a sus necesidades<sup>9</sup>.

En la actualidad, la mayoría de los adultos mayores son víctimas de la soledad, el abandono, la pobreza y el maltrato; puesto que muchas veces los ancianos son tratados como estorbos, presencias incómodas, no permitiéndoles expresar sus sentimientos y cuando lo hacen, son motivo de burla; negándoles su participación social, generando en ellos una sensación de abandono, un sentimiento de desarraigo, depresión, estrés e inclusive enfermedades físicas y mentales ya que muchas veces las familias los excluyen, maltratan o internan en un asilo<sup>10</sup>.

La situación actual de los adultos mayores en América Latina revela todo un catálogo de discriminación a lo largo y ancho de la región, la pobreza, el abuso y el maltrato, la discriminación, la negación de derechos civiles, económicos y sociales, aunado a que los derechos básicos de alimentación, vivienda, salud y seguridad material no están siendo atendidos debidamente, se encuentran repercutiendo significativamente en la calidad de vida de los adultos mayores<sup>11</sup>.

Al respecto, estudios publicados por Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) demostraron que los adultos mayores tienen menos capacidad para acceder a alimentos, conseguir empleo, acceder a servicios, obtener créditos y generar ingresos<sup>12</sup>.

En una investigación realizada por Verdugo<sup>13</sup> encontró que la población anciana es más susceptible a presentar una salud más quebradiza, con enfermedades físicas y emocionales asociadas al proceso de envejecimiento que influyen en los niveles de calidad de vida. Asimismo Fernández<sup>14</sup> considera que la salud del adulto mayor se ve afectada por las condiciones en las que vive la gente, del estilo de vida que tiene en su vivienda, de las condiciones personales y socioeconómicas, que de alguna manera impiden que los ancianos logren niveles aceptables de calidad de vida y de bienestar físico, psicológico y social.

Por ello, se debe considerar que una deficiente calidad de vida puede ser producto de varios indicadores, desde el deterioro natural del organismo por la edad cronológica, hasta considerar el lugar donde vive el adulto mayor, que se relacionan directamente con la ausencia de actividades motoras y cognitivas que de alguna manera disminuyen debido al ambiente no saludable de la vivienda, que es en donde pasa más tiempo el adulto mayor<sup>15</sup>.

Un estudio realizado en Ecuador en el 2012 encontró que a pesar de que un 81% de adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, el 38% siente a veces

que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le podía suceder<sup>16</sup>. Otro estudio realizado en Colombia en el 2011 evidenció que la satisfacción de los adultos mayores aumentaba considerablemente cuando vivían acompañados de alguien<sup>17</sup>.

En el Perú, los adultos mayores están influenciados por un contexto sociocultural arraigado, pues se percibe a sí mismo como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil para los demás; y en general no busca su satisfacción personal; sino que viven los últimos años de su vida apoyando en el contexto familiar<sup>18</sup>. A su vez las familias que tienen un adulto mayor en casa los ocupan haciéndoles encargos menores, sobre todo de índole doméstico como apoyando en cuidar a los nietos, barrer, hacer pequeños mandados, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinde una sensación de ser útiles y por ende un nivel satisfactorio de calidad de vida<sup>19</sup>.

Algunos estudios realizados en el país muestran datos significativos respecto a la calidad de vida de los adultos mayores; un estudio en Chiclayo, en el 2010, encontró que el 69% de adultos requirieron atención médica en los últimos 4 meses, el 28% ellos mismos pagaban los gastos de consulta médica, mientras que un 21% lo pagaban sus hijos; siendo las enfermedades más comunes la osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%)<sup>20</sup>.

Otro estudio realizado en Tacna encontró que el 42% de los adultos mayores no trabajaba, a pesar de que ellos deseaban trabajar, los varones mencionaron que dejaron de hacerlo por problemas de

salud (50%), jubilación por edad (23%), y porque su familia no quiere que trabaje (8%)<sup>21</sup>.

Estos hallazgos hacen evidente la presencia de diversos factores que condicionan el acceso de los adultos mayores a una buena calidad de vida; frente a ello, el Ministerio de Salud (MINSA) en el 2006, aprobó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, con el objetivo de promover un envejecimiento activo y saludable en esta población vulnerable<sup>22</sup>.

Asimismo, el Perú cuenta desde el 2013 con un Plan Nacional para Personas Adultas Mayores, que promueve el envejecimiento saludable; destacándose la implementación de programas como Pensión 65 y el Sistema Integral de Salud (SIS) para mejorar los niveles de calidad de vida de las personas adultas mayores<sup>23</sup>.

En Huánuco, el 8,2% de la población es adulta mayor, el 52% pertenece al género femenino y el 48% al género masculino; la situación de salud de este grupo etáreo es preocupante pues solo un 68% acceden al Seguro Integral de Salud y a los programas sociales, urgiendo la implementación de medidas eficaces de intervención en esta población vulnerable para la mejora de su calidad de vida<sup>24</sup>.

Por su parte, en el distrito de Amarilis existen en la actualidad 4704 adultos mayores que representan el 8,63% de la población total del distrito, de los cuales el 51,8% son varones y el 49,2% son mujeres, y aproximadamente el 65% son de la zona urbana y el 35% de la zona rural, estando afiliados al Seguro Integral de Salud el 60,4% de los adultos mayores<sup>25</sup>.

En el caso del presente estudio, se pudo identificar que dentro del epidemiológico de los adultos mayores del Centro de Salud Carlos Showing se advierte un aumento en la proporción de adultos mayores, el cual se incrementa más rápidamente que el conjunto de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, siendo cada vez mayor la proporción de personas que superan el umbral de los 60 años<sup>26</sup>.

Asimismo se pudo evidenciar que el 53,8% de este grupo etáreo tienen problemas de salud, observándose un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, y de las enfermedades cardiovasculares, renales y digestivas; por lo que es necesario fortalecer los programas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores<sup>27</sup>.

Debido a la situación problemática evidenciada se cree conveniente realizar la presente investigación con el objetivo de determinar las características de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.

## **1.2. Formulación del problema**

En el presente estudio de investigación se formularon las siguientes interrogantes de investigación:

### **1.2.1. Problema general:**

- ¿Cuáles son las características de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuáles son las características generales de la calidad de vida de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores en estudio?
- ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores en estudio?

### **1.3. Objetivo general**

Determinar las características de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.

### **1.4. Objetivos específicos:**

- Establecer las características generales de la calidad de vida de la muestra en estudio.
- Identificar las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores en estudio.
- Describir las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores en estudio
- Conocer las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores en estudio.

- Evaluar las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores en estudio.

### **1.5. Justificación de la investigación.**

El presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones.

#### **1.5.1. A nivel teórico.**

El sustento teórico del presente estudio de investigación está dado por el uso de modelos y teorías que explican y fundamentan la calidad de vida de los adultos mayores, buscando con esto contrastar la realidad propuesta en los enfoques teóricos y bases conceptuales evidenciadas en la literatura consultada, con la realidad que se va observar dentro del estudio, buscando que los datos que se obtengan sirvan como aporte teórico basado en evidencias para la formulación de programas y estrategias encaminadas a comprender al adulto mayor en esta etapa de su vida, y formulando propuestas de intervención para la mejora de la calidad de vida de esta población.

#### **1.5.2. A nivel práctico.**

Este estudio de investigación corresponde al área de la Promoción de la Salud en la línea de investigación salud colectiva, dado que como profesionales de Enfermería, tenemos como esencia de nuestra carrera el cuidado integral de los seres humanos en las diferentes etapas de vida en que se encuentra, tomando especial consideración el cuidado de los adultos mayores como población vulnerable por encontrarse en una etapa llena de necesidades a nivel, emocional, físico, material y social



Los resultados obtenidos permitieron tener una mejor perspectiva de la problemática en estudio, de modo que se propicie la elaboración de alternativas de solución que ayuden a que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida.

### **1.5.3. A nivel metodológico.**

El presente estudio representa un antecedente metodológico para futuros estudios, por el uso de instrumentos de investigación válidos y confiables que permiten identificar adecuadamente la calidad de vida de los adultos mayores en los diversos ámbitos geográficos de nuestro país

### **1.6. Limitaciones de la investigación.**

Dentro de las limitaciones encontradas en el presente estudio de investigación se puede mencionar la dificultad que se tuvo para tener acceso al ámbito de estudio, puesto que a pesar de haber obtenido la autorización respectiva emitida por el director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, la coordinadora del área de adulto mayor de esta institución, puesto que ponía trabas al momento de solicitar el acceso de información respecto al padrón de adultos mayores que acuden al establecimiento de salud; lo cual después de la entrevista respectiva donde se le explicó los propósitos y objetivos del estudio, accedió a brindar la información solicitada, otro factor limitante fue la disponibilidad de la muestra en estudio que dificultaron la recolección de los datos, asimismo también se debe mencionar como limitante en el estudio a la premura de tiempo que se tuvo para realizar esta

investigación; y por último se tuvieron inconvenientes en el procesamiento de los datos en los programas estadísticos

### **1.7. Viabilidad de la investigación.**

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, el presente estudio fue viable porque fue solventado en su totalidad la investigadora responsable del estudio de acuerdo a cada uno los rubros establecidos dentro de la investigación, asimismo se contó con el apoyo del director y la coordinadora del área de adulto mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari; y también con la colaboración de los adultos mayores participantes del estudio.

Respecto a los recursos humanos, la investigación fue viable porque se contó con el potencial humano necesario para la realización de las diferentes fases del estudio de investigación por parte de los asesores, y otros profesionales especialistas en la recolección, codificación, elaboración, tabulación, procesamiento y análisis de los resultados y hallazgos encontrados

Y en relación a los recursos materiales, el estudio fue viable porque se realizaron las gestiones respectivas para obtener los materiales logísticos necesarios para la planificación, ejecución presentación de esta investigación.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación.

Los antecedentes encontrados relacionados a la calidad de vida de los adultos mayores fueron los siguientes:

##### **A nivel internacional.**

En El Salvador, en el 2014, Gálvez<sup>28</sup> realizó el estudio de investigación titulado “Calidad de vida del adulto mayor de la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de Septiembre 2013 a Marzo 2014”, con el objetivo de determinar la calidad de vida del Adulto Mayor en la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El estudio fue de tipo descriptivo simple, la muestra estuvo conformada por 200 adultos mayores pertenecientes al área de la consulta externa de medicina interna de los que se recolectó una muestra de 131 personas. Se aplicó una encuesta modificada para la evaluación de la calidad de vida del adulto mayor en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 73 % de los entrevistados padecieron de enfermedades crónicas degenerativas; el 78% no tenía problemas en su capacidad de desplazamiento y un 21% tenía sentimientos de soledad y percibía poco apoyo familiar. Concluyendo que la mayoría de adultos mayores presentaron patologías asociadas al síndrome metabólico, las que están directamente relacionadas a los estilos de vida, los mismos que hoy en día tratan de ser modificados para mejorar su calidad de vida.

Este antecedente permitió orientar el abordaje teórico de la variable considerada en el presente estudio de investigación.

En Guatemala, en el 2014, Padilla<sup>29</sup> realizó el estudio titulado “Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los Hermanos de Belén” planteándose como objetivo conocer la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra recluido dentro del asilo de Los Hermanos de Belén.. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 38 adultos mayores, utilizando un cuestionario de calidad de vida en la recolección de los datos, concluyendo que los adultos mayores demostraron ser personas participativas, quienes se encontraban satisfechos con las instalaciones y ambiente del asilo. Además estaban agradecidos por encontrarse dentro, ya que muchos fueron abandonados, otros, sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos; importante mencionar que a algunos adultos mayores les pagan jubilación, la cual es utilizada para su estancia en el asilo, algunos por haberse dedicado a su negocio propio, no tiene ese apoyo económico. Se evidenció que los adultos mayores debido a enfermedades de la edad, como Parkinson y Osteoporosis, se les dificulta desempeñar ciertas funciones de la vida cotidiana, como: caminar, ir al baño, leer y actividades de su aseo personal. La mayoría de adultos mayores se encontraron resignados en cuanto a no poder realizar y estar en las mismas condiciones que cuando eran jóvenes

Este antecedente aportó elementos sustanciales para la construcción del marco teórico del presente estudio de investigación.

En Ecuador, en el 2013, Navarro, Leitón, Ojeda, Villanueva<sup>30</sup> realizaron el estudio titulado “Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana de México”; el cual tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la calidad de vida de la persona adulta mayor en la zona urbana. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo u observacional y diseño correlacional, con una muestra de 118 adultos mayores que acudieron a 3 centros de atención para el adulto mayor; utilizando el cuestionario SF36, Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), y de apoyo familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la edad que predominó en la población de 60 a 74 años 78.8%, predominó el sexo femenino con el 70.5%, casados el 51.7%, instrucción primaria el 57.7%, el 72.9% percibió un ingreso económico, el 47% función cognitiva normal, el 55% alto apoyo familiar, 63.6% no ha sufrido enfermedad los últimos seis meses y el 84.46% no tiene acceso a los servicios de salud. Los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar; concluyendo que la valoración de la calidad de vida con el cuestionario SF – 36 es incompleta sino se valora adicionalmente la función cognitiva

Este antecedente de investigación aportó elementos para el marco teórico de la presente investigación.

En el 2011, Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordoñez y Osorio<sup>31</sup> realizó el estudio titulado “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín”, con el objetivo de explorar las condiciones

asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín; la calidad de vida se evaluó mediante la escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, Los resultados que encontraron fueron que el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de  $79,2 \pm 8,0$  años, 71% se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7% presentaba sintomatología depresiva y 33% mostraron riesgo de ansiedad, 28,3% deterioro funcional y, 54,3%, posible malnutrición. Encontrando asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostraron una asociación positiva.

Este antecedente permitió identificar algunos factores relacionados a la calidad de vida de los adultos mayores.

### **A nivel nacional**

En Lima, en el 2014, Medina<sup>32</sup> realizó el estudio titulado “Actividad recreativa y calidad de vida del adulto mayor en el Centro del Adulto Mayor Pablo Bermúdez”, con el objetivo de determinar la influencia de la actividad recreativa en la calidad de vida del adulto mayor. El estudio fue de tipo descriptivo simple, la muestra estuvo conformada 100 adultos mayores, utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que la calidad de vida es baja de acuerdo a las dimensiones función física,

70%, vitalidad 80%, salud general 70%, función social 60%, rol emocional 70%, salud mental 75% y dolor corporal 60%; asimismo en los adultos mayores encuestados la actividad recreativa fue inadecuada de acuerdo a las dimensiones relaciones sociales, 55%, actividad física 70% y la productividad 62%; concluyendo que la actividad recreativa fue inadecuada y la calidad de vida fue baja.

Este antecedente aportó a la construcción de las bases teóricas de la investigación.

En Trujillo, en el 2014, Rodríguez<sup>33</sup> realizó un estudio titulado “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Miramar 2014”, el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el grado de apoyo familiar y la calidad de vida del adulto mayor. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores, utilizando un cuestionario sobre el grado de apoyo familiar y un cuestionario sobre el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. Los resultados que encontraron fueron que el 36,92% de adultos mayores hipertensos presentaron grado de apoyo familiar alto; el 58,46% medio y sólo el 4,62% de ellos tuvieron grado de apoyo familiar bajo. Así mismo, los hallazgos evidencian que el 36,92% de adultos mayores hipertensos demostraron tener nivel de calidad de vida buena; un 44,62% regular y el 18,46% un nivel de calidad de vida deficiente; encontrando correlación significativa entre ambas variables de estudio.

Este antecedente de investigación permitió la identificación de algunas dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores.

En Chiclayo, en el 2012, Coronado, Díaz, Apolaya, Manrique y Arequipa<sup>34</sup>, realizó el estudio titulado “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”, el cual tuvo como objetivo evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo. El estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 400 adultos mayores, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socio epidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, cuyas dimensiones evaluadas fueron: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los resultados que encontraron fueron que se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%); en el 52,75% se identificaron la presencia de enfermedades agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se pudo observar que las dimensiones función social, salud mental y vitalidad obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,8%, 68,7%, y 64,6% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a la salud general, rol físico, y dolor corporal, con el 50,2%, 61,2% y 62,2% respectivamente.

Este antecedente específico de investigación presenta similitud con nuestro estudio en el sentido que proporcionó información para delimitar adecuadamente las variables consideradas en el presente estudio de investigación.



En Iquitos, en el 2011, Villanueva, Flores, Lázaro, Bardales, Gutiérrez, Reyna et al<sup>35</sup> realizaron el estudio titulado: “Factores predictores de la calidad de vida de personas mayores de Iquitos 2011”, con el objetivo de examinar los factores que predicen la calidad de vida de personas mayores de Iquitos. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo; la muestra estuvo conformada por 400 personas mayores de los distritos de Belén, Punchana, Iquitos y San Juan; a quienes se aplicó la escala de salud auto percibida, el mini examen cognitivo de Lobo, la escala de apoyo social, y el cuestionario de Salud Física - 36. Los resultados que encontraron fueron que el mejor estado de salud percibida es informado por varones de Belén y Punchana y mujeres de San Juan. Las dimensiones de la calidad de vida con mayor puntuación en los varones fueron función física y salud mental, mientras que, la dimensión rol emocional fue mayor en mujeres. La prueba de contrastes Bonferroni mostró diferencias significativa entre las medias de la calidad de vida de las dimensiones rol físico, rol emocional, dolor corporal, vitalidad y salud mental de las personas mayores según distritos, observándose que las personas mayores del distrito de Belén son las que reportan peor calidad de vida ( $p < 0.05$ ).

### **A nivel local**

En Huánuco, en el 2015, Escalante<sup>36</sup> realizó el estudio titulado “Estado nutricional y su relación con la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Asilo Santa Sofía” con el objetivo de determinar la relación entre el estado nutricional y la calidad vida de

las personas adultas mayores. El estudio fue de tipo descriptivo, realizado en 20 personas adultas mayores, a quienes se les aplicó una guía de entrevista de sociodemográfica y dos escalas (Mini Valoración Nutricional y Calidad de Vida WHOQOL – BREF) en la recolección de datos. Los resultados relacionados a la calidad de vida fueron que el 85% de adultos mayores presentaron un nivel de calidad de vida regular; en la dimensión bienestar emocional el 90% de los adultos mayores tuvieron una calidad de vida regular; en la dimensión bienestar físico, el 95% presentaron calidad de vida regular; en la dimensión bienestar material, el 85% evidenciaron tener calidad de vida regular y por último, en la dimensión bienestar social, el 70% de adultos mayores presentaron una calidad de vida regular.

Este antecedente de investigación permitió delimitar adecuadamente las dimensiones consideradas en el presente estudio de investigación.

En Huánuco, en el 2011, Córdor, Cruz y Huarac<sup>37</sup>, realizaron el estudio titulado “Apoyo familiar en el bienestar emocional de los adultos mayores en el distrito de Pillco Marca”, con el objetivo de conocer la relación del apoyo familiar con el bienestar emocional de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo, analítico, correlacional; la muestra fue de 304 adultos mayores, a los cuales se le aplicó dos instrumentos: un cuestionario de bienestar emocional y una guía de entrevista sobre apoyo familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que en lo que respecta al bienestar emocional del adulto mayor, la mayoría se encontraba

satisfecho (76%) porque recibía buen apoyo por parte de su familia; en caso del apoyo familiar el 73.4% recibía buen apoyo; en lo que respecta al género; el bienestar emocional fue mayor en las adultas mayores mujeres (42.4%) porque recibieron más apoyo familiar. Concluyendo que el apoyo familiar afecta directamente en el bienestar emocional de los adultos mayores.

Este antecedente se relaciona con el presente estudio pues permite la conceptualización de la dimensión bienestar emocional de la calidad de vida del adulto mayor.

## **2.2. Bases Teóricas.**

A fin de contextualizar el respaldo científico coherente con el problema estudiado, así como dar sustento teóricos al análisis e interpretación de los resultados obtenidos, a continuación se expone la base teórica relacionada a la calidad de vida del adulto mayor.

### **2.2.1. Modelo de la calidad de vida.**

Shwartzmann<sup>38</sup> propone un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso de carácter dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente, que son determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad, valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que realiza la persona<sup>39</sup>.

La esencia de este modelo se centra en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado salud, depende en gran medida de sus valores y creencias, su contexto cultural y personal, siendo una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona respecto a su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social<sup>40</sup>.

Este modelo se relaciona con el presente estudio puesto que permitió identificar el nivel de calidad de vida en las personas adultas mayores considerados en el presente estudio.

### **2.2.2. Teoría del medio social**

Esta teoría fue elaborada por Gubrium, quien plantea que el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad donde vive, su condición física, y de los recursos con que cuente para satisfacer sus necesidades; destacando que el medio ambiente en que se encuentran los adultos mayores no incluye no sólo el contexto social sino también los bienes de orden material y las posibilidades que se le ofrecen; y que el nivel de actividad de los adultos mayores se encuentra influenciado por tres factores muy importantes: salud, dinero, y apoyos sociale<sup>41</sup>.

En conjunto, este modelo establece que los factores del medio ambiente social que pueden incidir en el grupo de actividad de la persona van a resultar favorables o desfavorables en su adaptación a la vejez, mejorando o empeorando su calidad de vida<sup>42</sup>.

La teoría del medio social resulta fundamental puesto que explica como el comportamiento del adulto mayor y su adaptación a

la vejez, se encuentra influenciada por el medio ambiente en que se desenvuelve, incluyendo no solo el contexto social, sino también los bienes materiales, su condición física y el apoyo social recibido por familiares o amigos<sup>43</sup>.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio pues las dimensiones bienestar físico, bienestar material y bienestar social estuvieron directamente relacionadas con la calidad de vida de los adultos mayores.

### **2.2.3. Modelo de Promoción de la Salud**

Pender<sup>44</sup> sostiene que la conducta está motivada por el bienestar y el potencial humano; este modelo da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

Pender, en su modelo de Promoción de la Salud, afirma que promocionar la salud significa evitar o disminuir factores de riesgo y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida, creando una cultura de la salud y haciendo de ésta un valor; señalando que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla, y planteando que las motivaciones personales, creencias y mitos son el motor fundamental que mueve determinadas conductas a favor o en contra de la salud<sup>45</sup>.

En relación al presente estudio, el Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de conductas de los adultos mayores, en este caso para mejorar la calidad de vida de esta población

vulnerable en las dimensiones consideradas en el presente estudio de investigación.

### **2.3. Definiciones Conceptuales.**

#### **2.3.1. Definición de Calidad de Vida.**

El concepto de calidad de vida es un constructo que a lo largo de los últimos años se ha ido desarrollando bajo diferentes enfoques y perspectivas. Sus inicios datan de la década del 70, y surge como respuesta y reacción a los criterios economicistas de cantidad que regían en ese entonces, orientando la construcción de indicadores sociales que permiten medir la calidad de vida de las personas<sup>46</sup>. En 1954, la Organización de las Naciones Unidas amplía esta conceptualización construyendo un sistema de indicadores que miden el nivel de vida de la población a través de dimensiones que miden el nivel de vida de la población a través de dimensiones como: salud, alimentación, condiciones de trabajo, vivienda, tiempo libre, seguridad, medio ambiente y educación<sup>47</sup>.

La Organización Mundial de la Salud<sup>48</sup> define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural, el sistema de valores en el que vive y referenciando sus metas, expectativas, normas y preocupaciones personales, es un concepto amplio que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Gómez y Sabeth<sup>49</sup> definen la calidad de vida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y por último, la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales

Giusti<sup>50</sup> define la calidad de vida como un estado de bienestar físico y social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite a un individuo satisfacer aproximadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Fernández<sup>51</sup>, por su parte, señala que el concepto de calidad de vida es esencialmente multidimensional y lo analiza en primer lugar como término de calidad que hace referencia a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que la calidad de vida es más amplia y envuelve a los seres humanos donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización.

Padilla<sup>52</sup> señaló las cualidades principales de la calidad de vida identificándolas como: bienestar psicológico (satisfacción, significado de la vida, logro de la meta y felicidad); bienestar físico (actividades de la vida, del apetito y del sueño diario); bienestar social e interpersonal; y bienestar financiero y material.

En consecuencia se puede afirmar que la calidad es una expresión subjetiva asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y con la satisfacción de la vida que lleva; y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental<sup>53</sup>.

### **2.3.2. Determinantes de la Calidad de Vida.**

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica<sup>54</sup>.

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos<sup>55</sup>.

Dentro de los aspectos relacionados con la salud, se tiene en cuenta que cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivo<sup>56</sup>.

### **2.3.3. Dimensiones de la Calidad de Vida.**

Dentro de las dimensiones de la calidad vida consideradas en el presente estudio encontramos las siguientes.

#### **2.3.3.1. Bienestar Emocional**

El bienestar emocional representa la habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarlas y de realizarlo



en forma apropiada. Las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado en la vida emocional del ser humano incluyen la capacidad para controlar el estrés negativo, ser flexible y la capacidad para resolver conflictos<sup>57</sup>.

Se refiere a la tranquilidad que experimenta la persona, es el estado anímico caracterizado por la estabilidad, seguridad y satisfacción personal. La gente que consistentemente tratan de mejorar su bienestar emocional tiende a disfrutar mejor la vida<sup>58</sup>.

#### **2.3.3.2. Bienestar Físico.**

El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado, agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación. La persona tiene la sensación de que ninguno de sus órganos y/o funciones se encuentran deterioradas. Está relacionado con la conservación de la salud, hábitos saludables de alimentación, sueño e higiene, y sobre todo de autocuidado<sup>59</sup>.

Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física<sup>60</sup>.

#### **2.3.3.3. Bienestar Material.**

Sánchez<sup>61</sup> define el bienestar material como los ingresos económicos y posesiones materiales cuantificables que posea la persona, que le generen un sentimiento de bienestar, por tanto la ausencia de los mismos genera un sentimiento contrario y por ende

la ausencia de bienestar. El bienestar material se relaciona con el poder adquisitivo de la persona en términos monetarios, así como a los aspectos materiales del hogar y un centro laboral adecuado donde se desenvuelven las personas.

#### **2.3.3.4. Bienestar Social.**

Está relacionado a las interacciones con distintas personas, entablar relaciones duraderas y tener relaciones saludables con los demás (vecinos, compañeros y otros). Ello relacionado con el respeto y el apoyo al individuo, ya que las habilidades interpersonales y el soporte social son predictores de la calidad de vida de la persona<sup>62</sup>.

Asimismo dentro de esta dimensión de la calidad de vida se tiene en cuenta la participación normalizada en actividades comunes para todas las personas, interactuando con otras personas en dichos contextos, teniendo en consideración que el entorno social debe evitar ser un obstáculo para el desarrollo de la persona<sup>63</sup>.

#### **2.3.4. Definición de adulto mayor**

La Organización Mundial de la salud establece el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas mayores de 60 años y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejas, ancianas, geronte, entre otras<sup>64</sup>.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida

de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento<sup>60</sup>. A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores<sup>65</sup>.

En el Perú, el Ministerio de salud (MINSA) en sus lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores define como personas adultas mayores a la población comprendida entre los 60 a más años de edad<sup>66</sup>.

### **2.3.5. Clasificación del adulto mayor**

De acuerdo a las bibliografías consultadas las personas adultas mayores se clasifican en

- a) Persona adulta mayor autovalente:** Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas, trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad)<sup>67</sup>.
- b) Persona adulta mayor frágil:** Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad<sup>68</sup>.
- c) Persona adulta mayor dependiente o postrada:** se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o

funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria<sup>69</sup>.

### **2.3.6. Definición de envejecimiento.**

Según Watson<sup>70</sup>, el envejecimiento es un proceso físico inevitable de detener por otra parte, Bize y Vallier<sup>71</sup>, confirman que este proceso afecta a los tejidos y a las funciones de la persona y aseguran que el envejecimiento comienza desde la concepción puesto que desde ese momento las células empiezan a degenerarse y morir.

Por su parte Langarica<sup>72</sup> señala que el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

Maya<sup>73</sup> considera el envejecimiento desde el punto de vista del individuo que envejece definiendo dos tipos de aspectos subjetivos que son pertinentes: los cognitivos referidos a los significados que el individuo atribuye a lo que le pasa y a su situación y los afectivo-volitivos referidos a los sentimientos que motivan a los individuos a estimar sus circunstancias, a los estados de ánimo que las encaran y a su disposición para actuar sobre ellas

Por lo que se puede considerar que el envejecimiento es un fenómeno universal, progresivo, declinante e irreversible; es en esta etapa de la vida que se llevan a cabo cambios biológicos, psicológicos, y sociales, que repercuten positiva o negativamente en la salud del adulto mayor<sup>74</sup>.

### 2.3.7. Características del envejecimiento

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural; constituyendo un proceso universal e individual y se inicia desde que nacemos<sup>75</sup>. Dentro de las características del envejecimiento se pueden mencionar que es:

- ❖ Universal, porque es propio de todos los seres vivos, pues todas las personas llegarán a envejecer.
- ❖ Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- ❖ Continuo, tiene un inicio y final.
- ❖ Dinámico, está en constante cambio y evolución.
- ❖ Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- ❖ Intrínseco, porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales
- ❖ Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- ❖ Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido<sup>76</sup>.

Cada persona tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona<sup>77</sup>.

### 2.3.8. Calidad de vida en el adulto mayor.

La población adulta mayor ha crecido en los últimos años y se prevee un crecimiento mayor de la misma, lo cual trae un incremento

en muchos aspectos de su vida tales como el aislamiento social y las enfermedades relacionadas con esta y problemas de salud mental, como las depresiones, trastornos de ansiedad, suicidios, enfermedades mentales y el surgimiento de graves restricciones a la calidad de vida de los adultos mayores<sup>78</sup>. Por otro lado en la sociedad contemporánea se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones y calidad de vida de los que envejecen tales como: ausencia de respuesta social al deterioro biológico, pérdida de ocupación o trabajo, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social; así como la existencia de la ideología del “viejismo” y la desvaloración social del que envejece y ausencia de un rol social para el adulto mayor<sup>79</sup>.

En el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo. El hecho de que la persona tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará en su calidad de vida. El grupo de edad avanzada desea estar libre de enfermedades. Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el auto cuidado<sup>80</sup>.

El envejecimiento es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social, y afectivo emocional, que depende de las

circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo<sup>81</sup>.

Velasco<sup>82</sup> señala que para mantener un buen nivel de bienestar, los adultos mayores necesitan reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizando sus jerarquías de metas y cambian sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida, con características propias, y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Lazarus<sup>83</sup> menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de la presencia de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental puede agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a la impotencia por la pérdida del control<sup>84</sup>.

Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los adultos mayores, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además la fragilidad física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas adultas mayores muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, y por lo tanto, se reducen sus redes de apoyo social, generando en muchos casos una fase depresiva en esta población<sup>85</sup>.

La depresión es propiciada por la segregación y discriminación de las que son objetos los adultos mayores, debido a que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años, generando restricciones que disminuyan las posibilidades de mejoramiento de la calidad de vida<sup>86</sup>.

Al respecto, González<sup>87</sup> menciona que en la vejez no solo se dan pérdidas y deterioros, sino que también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva forma de concebir la vejez se la conoce como vejez exitosa y se presenta cuando los adultos mayores se mantienen físicamente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales.

Rodríguez<sup>88</sup>, señala que las personas adultas mayores necesitan que los servicios que se les ofrecen sean de calidad. El objetivo básico de la calidad de vida es que los servicios para las personas con pérdida de autonomía deben demostrar que se realizan a unos niveles mínimos exigidos por la normativa vigente y que permitan vivir dignamente. Se trata pues de que se produzca una adaptación del adulto mayor en el medio biológico, social y psíquico, estos tres aspectos están en continuo cambio. Para esto es necesario trabajar en el estilo y nivel de vida, en las condiciones y modos de vida, en el contexto económico y social, la cultura, y la historia de vida individual y personal, de modo que permitan mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.



### **2.3.9. Valores y actitudes de la calidad de vida de los adultos mayores.**

En los adultos mayores es importante para su calidad de vida continuar conservando un espacio físico dentro de su vivienda; que su familia se mantenga unida y que respeten sus bienes materiales<sup>89</sup>.

Por ello, los adultos mayores son personas que necesitan sentirse útiles, valiosas y valoradas, que debe ser cuidados y protegidos con dignidad, apoyándolos para lograr su bienestar integral, impregnado de respeto, amor, y consideración, brindándole tiempo y ayudándolo en sus actividades para lograr sus deseos y metas, teniendo tolerancia y control en los cuidados brindados<sup>90</sup>.

Al respecto, Maslow refiere que “cada individuo necesita amor, y consideración en las relaciones humanas para sentirse satisfecho. Por su parte O’Brien sostiene que “los sentimientos tanto de dar como de recibir amor están edificados sobre una base de seguridad y necesidades físicas satisfechas; la persona busca amor y da amor a otros; necesita aceptación y la compañía. Estos sentimientos experimentados en el adulto mayor inciden en su calidad de vida<sup>91</sup>.

## **2.4. Hipótesis.**

En el presente estudio se formularon las siguientes hipótesis descriptivas:

### **2.4.1. Hipótesis descriptivas:**

**Ha<sub>1</sub>:** La proporción de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016, según nivel de calidad de vida (buena, regular, deficiente) son diferentes.

**Ho<sub>1</sub>:** La proporción de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016, según nivel de calidad de vida (buena, regular, deficiente) no son diferentes.

**Ha<sub>2</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional (buena, regular, deficiente) son diferentes.

**Ho<sub>2</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional (buena, regular, deficiente) no son diferentes.

**Ha<sub>3</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar material (buena, regular, deficiente) son diferentes.

**Ho<sub>3</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar material (buena, regular, deficiente) no son diferentes.

**Ha<sub>4</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar físico (buena, regular, deficiente) son diferentes.

**Ho<sub>4</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar físico (buena, regular, deficiente) no son diferentes.

**Ha<sub>5</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar social (buena, regular, deficiente) son diferentes.

**Ho<sub>5</sub>:** La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar social (buena, regular, deficiente) no son diferentes.

## 2.5. Variables.

### 2.5.1. Variable principal

Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor.

### 2.5.2. Variables de caracterización

- **Características demográficas**

- Edad.
- Género.
- Lugar de Procedencia.

- **Características sociales**

- Estado civil.
- Religión.
- Grado de escolaridad

## 2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLE PRINCIPAL</b>				
<b>Caracterización de la calidad de vida</b>	Bienestar Emocional	Categoría	Buena Regular Deficiente	Ordinal Politémica
	Bienestar Material	Categoría	Buena Regular Deficiente	Ordinal Politémica

	Bienestar Físico	Categórica	Buena Regular Deficiente	Ordinal Politómica
	Bienestar Social	Categórica	Buena Regular Deficiente	Ordinal Politómica
<b>VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN</b>				
<b>Características Demográficas</b>	Edad	Numérica	En años	De razón
	Género	Categórica	Masculino Femenino	Nominal Politómica
	Lugar de Procedencia	Categórica	Zona urbana Zona rural Zona periurbana	Nominal Politómica
<b>Características Sociales</b>	Estado Civil	Categórica	Soltera Casada Conviviente Separada Viuda	Nominal Politómica
	Religión	Categórica	Católica Evangélica Mormón Atea Otros	Nominal Politómica
	Grado de escolaridad	Categórica	Sin estudios Primaria Secundaria Superior técnico Superior Universitario	Ordinal Politómica
<b>Características familiares</b>	Personas con las que vive actualmente	Categórica	Solo (a) Con mi pareja Familia múltiple Con amigos	Nominal Politómica
	Tiene algún familiar a su cargo	Categórica	Si tiene No tiene	Nominal Dicotómica
<b>Datos informativos</b>	Cuenta con apoyo de la comunidad u otras instituciones	Categórica	Si cuenta No cuenta	Nominal Dicotómica
	Cuenta con apoyo económico del estado	Categórica	Si cuenta No cuenta	Nominal Dicotómica

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de estudio.

Según los objetivos de la investigación, el estudio fue de tipo descriptivo, la variable fue estudiada de acuerdo a las características propias de la población en estudio y la magnitud del problema abordado, pues estuvo dirigido a determinar y realizar una adecuada caracterización de la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación.

Según la intervención de la investigadora el estudio fue de tipo observacional, pues no hubo intervención de la investigadora, y los resultados obtenidos reflejaron las características de la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el presente estudio.

Según la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo prospectivo, porque se registró la información tal y cómo se presentaron los fenómenos que se representarán en el momento de los hechos, respecto a la variable en estudio.

Según el número de ocasiones en que se midió la variable; el estudio fue de tipo transversal porque se estudió la variable en un determinado momento, permitiendo presentar la información tal y como se encontró en un determinado periodo de tiempo y espacio.

#### 3.1.1. Enfoque.

El enfoque del presente estudio pertenece al de tipo cuantitativo, pues se encuentra basado en la medición y caracterización de la calidad de vida de los adultos mayores

considerados en el estudio, fundamentándose en la recolección de datos para evidenciar de manera consistente los hallazgos encontrados en el estudio.

### 3.1.2. Alcance o nivel.

El presente estudio de investigación perteneció al nivel descriptivo, debido a que se determinaron las características de la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el estudio

### 3.1.3. Diseño.

El diseño utilizado en la presente investigación fue el de tipo descriptivo simple, tal como se presenta en el siguiente esquema:

#### DIAGRAMA:



Dónde:

$n_1$  = Muestra de adultos mayores.

$O_1$  = Observación de las características de la calidad de vida

## 3.2. Población y muestra

### 3.2.1. Población.

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud "Carlos Showing Ferrari", que según datos obtenidos de los registros de esta institución estuvieron conformadas por 65 adultos mayores.

#### a) Criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que cumplieron con las siguientes características:

- Estuvieron inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”.
- Estuvieron lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

**b) Criterios de exclusión.**

No se consideraron en el estudio a los adultos mayores que:

- Presentaron enfermedades crónicas que generan limitación completa de su dependencia.
- Presentaron alteraciones mentales (alzhéimer, y otros relacionados).
- No aceptaron participar del estudio (rechazan el consentimiento informado)
- No concluyeron con el llenado de las respuestas del instrumento de investigación en un 100%

**c) Ubicación en el espacio:** El estudio se realizó en las instalaciones del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, ubicado en la Av. Micaela Bastidas s/n en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco.

**d) Ubicación en el tiempo:** Fue de acuerdo a la duración de la ejecución del trabajo de campo propiamente dicho, este proceso se realizó durante los meses de Noviembre a Diciembre del 2016.

**3.2.2. Muestra.**

Por ser una población pequeña se vio por conveniente, usar el método de población muestral, incorporando como muestra a la

población total de estudio, es decir a todos los adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”, los cuales según datos obtenidos de los registros de esta institución, estuvieron constituidos por 65 adultos mayores.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.3.1. Para la recolección de datos.**

##### **a) Técnicas.**

Las técnicas usadas en el presente estudios fueron la entrevista y la encuesta, con la finalidad de obtener información de los adultos mayores, proporcionados por ellos mismos respecto a las características de su calidad de vida.

##### **b) Instrumentos.**

Los instrumentos que fueron empleados dentro de la presente investigación tenemos los siguientes:

- **Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio (Anexo 01).**- Este instrumento permitió conocer las características generales de los adultos mayores en estudio. Consta de 10 reactivos, divididos en cuatro dimensiones: características demográficas con 3 reactivos (edad, género y lugar de procedencia), características sociales con 3 reactivos (estado civil, religión y grado de escolaridad); características familiares con 2 reactivos (personas con las que viven actualmente y familiar que se encuentra a su cargo) y los datos informativos con 2 reactivos (contar con apoyo de la comunidad u otras instituciones y contar con apoyo económico del estado).



- **Cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref Modificado (Anexo 02).**- Este instrumento fue utilizado para medir la calidad de vida de las personas adultas mayores, fue validada por el equipo técnico de la Organización Mundial de la Salud y estuvo constituido por 30 ítems con proposiciones relacionadas a la calidad de vida en adultos mayores, las cuales en el presente estudio fueron divididas en 4 dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, bienestar material y relaciones interpersonales y de inclusión social.

La medición de la variable calidad de vida se efectuó de la siguiente forma: calidad de vida deficiente = 30 a 60 puntos; calidad de vida regular = 61 a 90 puntos y calidad de vida buena = 91 a 120 puntos.

Asimismo, en la dimensión bienestar emocional, la medición se realizó de la siguiente manera: calidad de vida deficiente = 10 a 20 puntos; calidad de vida regular = 21 a 30 puntos y calidad de vida buena = 31 a 40 puntos.

En la dimensión bienestar material, la medición se ejecutó del siguiente modo: calidad de vida deficiente = 5 a 10 puntos; calidad de vida regular = 11 a 15 puntos y calidad de vida buena = 16 a 20 puntos.

En la dimensión bienestar físico, la medición se realizó de la siguiente forma: calidad de vida deficiente = 11 a 22 puntos; calidad de vida regular = 23 a 33 puntos y calidad de vida buena = 34 a 44 puntos.

Y por último, en la dimensión bienestar social la medición de la calidad de vida se realizó de la siguiente manera: calidad de vida deficiente = 4 a 8 puntos; calidad de vida regular = 9 a 12 puntos y calidad de vida buena = 13 a 16 puntos.

**c) Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos de recolección de datos usados en el presente estudio fueron sometidos a diversas pruebas de validación de tipo cualitativas y cuantitativas; las cuales se describen a continuación:

- **Validez racional.-** Se realizó una búsqueda sistemática de todas las fuentes bibliográficas relacionadas a la problemática de la calidad de vida en los adultos mayores, consultando en libros, revistas científicas, repositorios de tesis y demás fuentes afines al tema estudiado; que permitió delimitar adecuadamente las dimensiones e indicadores relacionados a la calidad de los adultos mayores; y realizar una adecuada delimitación conceptual y teórica de los conceptos presentados en el presente estudio.
- **Validez por jueces expertos.-** Para realizar este tipo de validación, se seleccionaron 05 jueces expertos, quienes presentaron características especiales orientadas a lograr una mejor comprensión e identificación de la problemática estudiada; por ello los jueces expertos cumplieron con los siguientes requisitos para poder realizar la evaluación de los instrumentos

de investigación: tener grado académico de doctorado o maestría, ser docentes o especialistas en investigación en salud, especialistas en geriatría, profesionales de Enfermería con más de cinco años de experiencia profesional en el cuidado de adultos mayores, y demás especialistas en la temática estudiada; quienes evaluaron cada uno de los ítems presentados en los instrumentos de investigación, en términos de objetividad, estrategia, consistencia, estructura, suficiencia, pertinencia, claridad y vigencia, considerando también la claridad en la redacción y presentación de los ítems presentados.

En forma general, todos los expertos concordaron en que los ítems de los instrumentos de recolección de datos estuvieron orientados al logro de los objetivos propuestos en el presente estudio, recomendando su aplicación oportuna en la muestra considerada dentro de la investigación. Y en forma específica, las apreciaciones y sugerencias de cada uno de los jueces respecto a los instrumentos de investigación fueron:

**Experto N° 01: Dra. Silvia Alicia Martel y Chang** (Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional Hermilio Valdizán); la experta recomendó considerar dentro de las características generales los ítems relacionados al apoyo comunitario, institucional y económico que reciben los adultos mayores por parte del estado u otros organismos de tipo no gubernamentales por considerarles un aspecto importante para la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores; y que subsanada esta

recomendación se podía aplicar los instrumentos de investigación en la muestra propiamente dicha considerada dentro del presente estudio.

**Experto N° 02: Dra. Violeta Rojas Bravo** (Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional Hermilio Valdizán); la experta recomendó adaptar algunas terminologías presentadas en los instrumentos de investigación a la realidad sociocultural de la muestra en estudio, debido a que el distrito de Amarilis cuenta con poblaciones dispersas y pertenecen a distintos contextos sociodemográficos; y que posteriormente se debía realizar la aplicación inmediata en la muestra en estudio.

**Experto N° 03: Mg. Edith Jara Claudio** (Enfermera Asistencial Hospital II EsSalud); la experta consideró que los ítems presentados en los instrumentos eran adecuados para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, recomendando su aplicación inmediata en el proceso de recolección de datos.

**Experto N° 04: Mg. Enit Villar Carbajal** (Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional Hermilio Valdizán); la experta recomendó su aplicación inmediata en la muestra en estudio por tratarse de una problemática que es muy importante de considerar en los adultos mayores de nuestra región.

**Experto N° 05: Lic. Violeta Cornejo Venancio** (Enfermera Asistencial Hospital II ESSALUD Huánuco); la experta recomendó replantear algunas preguntas con términos más entendibles, y que se relacionen de manera directa con la

problemática de la calidad de vida en los adultos mayores, asimismo recomendó mejorar la claridad en la redacción de las preguntas, y que subsanadas esas observaciones se podía aplicar los instrumentos de investigación en la muestra de adultos mayores seleccionada en la presente investigación.

- **Validez por consistencia interna (confiabilidad).**- Se realizó la aplicación de una prueba piloto donde se sometieron los instrumentos de investigación a prueba en el contexto cultural y sociodemográfico de los adultos mayores considerados en la investigación, identificando la presencia de errores de tipo ortográficos, palabras poco comprensibles, ambigüedad en las preguntas, entre otras deficiencias relacionadas a la elaboración y comprensión de cada uno de los ítems presentados.

Asimismo esta prueba permitió realizar el control del tiempo promedio necesario para la aplicación de cada instrumento de investigación en el ámbito de estudio, permitiendo además realizar la estimación y planificación del cronograma de actividades y del presupuesto necesario que fue considerado dentro del proceso de recolección de datos propiamente dicho.

Esta prueba pilotó se realizó en las instalaciones del Centro de Salud - Class "Pillco Marca", tomándose como muestra a 10 adultos mayores seleccionados a través del muestreo no probabilísticos por conveniencia y que presentaron características similares a la muestra en estudio, y a quienes se les aplicó los instrumentos de investigación, para verificar que los

resultados obtenidos en este estudio de investigación sean válidos confiables

Con los resultados obtenidos en la prueba piloto, se procedió a determinar el valor de confiabilidad del instrumento: “Cuestionario de calidad de vida Whoqol Bref Modificado” mediante el análisis de consistencia interna del alfa de Cronbach, por tratarse de un instrumento que tuvo respuestas de tipo politómicas con diversos grados de categorización, obteniéndose un valor de confiabilidad de 0,91; resultado que demostró que el instrumento tenía un grado muy alto de confiabilidad, validando su uso en la recolección de datos del estudio de investigación.

### **3.3.2. Para la presentación de datos.**

En el procesamiento y presentación de los resultados identificados en este estudio se consideraron las siguientes fases:

- a) Autorización.-** Se emitió un oficio dirigido al director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, solicitando la autorización respectiva para realizar la aplicación de los instrumentos en la muestra de adultos mayores perteneciente al Programa de Adulto Mayor de esta institución.
- b) Aplicación de instrumentos.-** En esta etapa se realizaron los siguientes procedimientos:
  - Se recogió el documento de autorización por escrito emitido por el director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, brindando el consentimiento institucional para la aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra en estudio.

- Se efectuó una reunión de coordinación previa con la enfermera responsable del Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, donde se le explicó en forma breve el propósito, justificación y objetivos de investigación, y se solicitó el apoyo respectivo para realizar con éxito el estudio de investigación.
- Se solicitó a la enfermera responsable la relación de adultos mayores inscritos en el Programa de Adulto Mayor del establecimiento de salud para realizar la identificación y selección respectiva de todos los adultos mayores que fueron considerados en la ejecución del trabajo de campo del estudio de investigación.
- Se programaron las fechas de aplicación de los instrumentos de investigación según disponibilidad de ambientes y horarios en el establecimiento de salud, quedando la fecha de inicio de aplicación de los instrumentos de investigación establecido para el día Lunes 21 de Noviembre del año 2016; y continuando con la ejecución del trabajo de campo hasta completar el tamaño muestral del estudio.
- Se recolectaron los materiales logísticos, de escritorios y de impresión necesarios para la aplicación de los instrumentos de investigación (instrumentos, consentimientos informados, lapiceros, carpetas encuestadoras, etc.)
- Se contrataron y capacitaron a dos personas especialistas en aplicación de encuestas para realizar en forma pertinente los

procesos administrativos, metodológicos y técnicos considerados en el proceso de recolección de datos propiamente dicho del presente estudio de investigación.

- El día programado para inicio de la aplicación de los instrumentos de investigación, se realizó la presentación pertinente de los encuestadores debidamente identificados al personal que labora en esta institución, para poder ser reconocidos fácilmente y cuente con las facilidades necesarias para ejecutar en forma adecuada el trabajo encomendado.
- Se ubicó a uno de los encuestadores en las inmediaciones del estableció de salud y el otro encuestador fue ubicado en el consultorio del Programa del Adulto Mayor de la institución en estudio, donde en coordinación con la enfermera responsable del programa realizaron la identificación de los adultos mayores participantes de la investigación.
- Los encuestadores abordaron a los adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, saludándoles cordialmente, y solicitando su participación dentro de la investigación, leyéndoles en voz alta el consentimiento informado, y volviendo a leer si el adulto mayor no comprendía bien alguno de los puntos establecidos dentro del mismo; y si el adulto mayor se mostraba de acuerdo con participar del estudio se solicitaba la firma respectiva del documento donde dejaban evidencia escrita de su aceptación voluntaria para participar en la investigación.



- Se aplicó los instrumentos de recolección de datos en la muestra de adultos mayores que aceptaron participar del estudio, recolectando los datos solicitados en forma adecuada y garantizando que todas las preguntas planteadas en los instrumentos hayan sido respondidas completamente asegurando con este proceso la representatividad de los hallazgos encontrados.
  - Se agradeció a todos los adultos mayores por participar del estudio y se les brindó un pequeño agasajo como muestra de agradecimiento por la colaboración brindada.
  - Se agradeció también al director y personal que labora en el Centro de Salud por las facilidades brindadas y nos retiramos de la institución para realizar el procesamiento y estudio de los datos encontrados mediante el análisis de gabinete respectivo.
- c) Revisión de los datos.-** Se evaluaron en forma crítica los instrumentos de investigación utilizados en el estudio; realizando el control de calidad respectivo de cada uno de ellos, que permitió que se puedan depurar los instrumentos que se encontraban incompletos o que no fueron rellenados correctamente, evitando con este proceso la presentación de sesgos en los resultados encontrados.
- d) Codificación de los datos.-** Los datos obtenidos en los instrumentos de investigación, fueron representados en una tabla matriz de base de datos física, a través de un sistema de codificación; donde se transformaron en códigos numéricos cada

una de las respuestas identificadas en los ítems presentados de acuerdo a las respuestas esperadas establecidas en el marco teórico de referencia de la variable analizada en el presente estudio de investigación.

- e) Procesamiento de los datos.-** En esta etapa se consideraron los siguientes procedimientos; en primer lugar, lugar se realizó el procesamiento de los datos en forma manual a través de la codificación respectiva y la elaboración de una tabla matriz de base de datos física; posteriormente estos datos fueron trasladados a una hoja de cálculo del Programa Excel 2013 para una mejor predicción en cuanto al análisis numérico de las dimensión, y por último estos fueron procesados mediante el paquete estadístico SSPS Versión 20.0 para Windows, buscando tener un mejor análisis descriptivo e inferencial de los hallazgos encontrados.
- f) Plan de tabulación de datos.-** Los datos encontrados fueron tabulados en tablas estadísticas de frecuencias y porcentajes para la parte descriptiva del estudio, permitiendo la observación, descripción y análisis de las características relacionadas a la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el presente estudio de investigación.
- g) Presentación de datos.-** Los datos obtenidos fueron presentados en tablas estadísticas de tipo descriptivo e inferencial, que permitieron realizar el análisis e interpretación pertinente de cada una de las variables y dimensiones identificadas de acuerdo al

marco teórico correspondiente a las características de la calidad de vida de los adultos mayores participantes del estudio.

### **3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos.**

En el análisis e interpretación de los datos recolectados en el presente estudio, se consideraron las siguientes etapas:

- a) Análisis descriptivo.-** Este tipo de análisis se realizó detallando cada una de las características específicas relacionadas a las variables y dimensiones consideradas según grupos de estudio, y de acuerdo al tipo de variable estudiada (categórica o numérica); considerando el estudio y presentación de las medidas de tendencia central para las variables numéricas y de las medidas de frecuencia para las variables de tipo categóricas.
- b) Análisis inferencial.-** En este tipo de análisis se consideró la realización de los siguientes procedimientos: se analizaron cada una de las tablas presentadas, comparando las frecuencias relativas observadas en los resultados encontrados en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “Carlos Showing Ferrari”; e identificando mediante este procedimientos las frecuencias y porcentajes encontrados en cada una de las dimensiones consideradas dentro de la investigación y que permitieron encontrar diferencias estadísticamente significativas entre cada de las frecuencias observadas en las tablas estadísticas presentadas en el presente estudio.

Posteriormente, buscando demostrar la significancia estadística de las frecuencias del presente estudio, se realizó un

análisis estadístico de tipo univariado haciendo uso de la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra; y considerando el valor de significación estadística  $p$  de 0,05 como valor teórico de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis de investigación en el presente estudio. El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el uso del paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

**c) Consideraciones éticas de la investigación.-** Dentro de las consideraciones éticas del presente estudio, se puede mencionar como aspecto resaltante que antes de la aplicación de los instrumentos de investigación, se solicitó la firma del consentimiento informado a cada uno de los adultos mayores identificados que aceptaron participar del estudio, donde evidenciaron su consentimiento voluntario para participar de la investigación. Asimismo, se consideraron los principios bioéticos de investigación en salud que se detallan a continuación:

**Beneficencia;** se respetó este principio, pues mediante la aplicación de los instrumentos de investigación, se buscó identificar resultados relevantes de la problemática estudiada que permitan la formulación e implementación de políticas estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en estudio; por ello en el presente estudio, en todo momento se buscó el bienestar de los adultos mayores, tratando en la medida de lo posible que estos estuvieran cómodos con las preguntas realizadas, mostrando empatía con cada uno de ellos y

respetando sus opiniones y creencias respecto a la manera que ellos percibieron diversos aspectos relación a su calidad de vida en el desempeño de sus labores cotidianas.

**No maleficencia;** se respetó este principio, porque en ningún momento del estudio se puso en riesgo la salud, dignidad, ni derechos o bienestar de las adultos mayores participantes de la investigación, ya que el proceso de recolección de datos fue realizado de anónimos y los resultados obtenidos solo fueron utilizados para fines exclusivos de la representación de problemática estudiada en esta investigación.

**Autonomía,** se respetó, este principio debido a que todos los adultos mayores firmaron el consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos; y también porque cada uno de ellos tuvieron la libertad de retirarse del estudio o abstenerse de contestar algunas preguntas si consideraban que estaba atentando contra su integridad, creencias y otros derechos ciudadano, teniendo la opción de decidir que preguntas podían contestar y cuáles no según lo creían pertinente.

**Justicia,** se respetó este principio, debido a que todos a los adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari fueron considerados dentro de la investigación, siguiendo los mismos procedimientos en la aplicación de los instrumentos de investigación en la muestra en estudio sin distinción de raza, género, cultura, religión o de cualquier otra índole.

**CAPÍTULO IV**  
**4. RESULTADOS**

**4.1. Procesamiento de datos.**

**4.1.1. Características generales de la muestra en estudio.**

**Tabla 01. Edad en años de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

Edad en años	Frecuencia	%
60 a 65	17	26,2
66 a 70	32	49,2
71 a 75	10	15,4
76 a 80	06	9,2
<b>Total</b>	65	100,0

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

En cuanto a la edad de los adulto mayores en estudio, se encontró que el 49,2% (32) de adultos mayores encuestados pertenecieron al grupo etáreo de 66 a 70 años de edad; asimismo, el 26,2% (17) de encuestados pertenecieron al grupo etáreo de 60 a 65 años de edad; el 15,4% (10) de encuestados tuvieron de 71 a 75 años de edad; y por último, el 9,2% (6) restante perteneció al grupo etáreo de 76 a 80 años de edad.

**Tabla 02. Género de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Masculino	26	40,0
Femenino	39	60,0
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

Respecto al género de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se pudo identificar que el 60,0% (39) de adultos mayores encuestados pertenecieron género femenino, mientras que el 40,0% (26) restante fueron del género masculino

**Tabla 03. Lugar de procedencia de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Lugar de Procedencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Zona urbana	47	72,3
Zona rural	18	27,7
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

En relación al lugar de procedencia de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se pudo apreciar que el 72,3% (47) de adultos mayores encuestados manifestaron que proceden de zonas urbanas de la localidad, mientras que el 27,7% (18) restante refirieron que proceden de zonas rurales del distrito de Amarilis.



**Tabla 04. Estado civil de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soltero(a)	09	13,8
Casado(a)	20	30,7
Conviviente	27	41,7
Separado(a)	06	9,2
Viudo(a)	03	4,6
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

Respecto al estado civil de los adultos mayores considerados en el presente estudio de investigación, se pudo identificar que la mayoría de ancianos manifestaron ser convivientes, representando el 41,7% (27) de encuestados; asimismo, el 30,7% (20) manifestaron estar casados; el 13,8% (9) expresaron encontrarse solteros, el 9,2% (6) de adultos mayores refirieron estar separados de sus parejas; y por último, el 4,6% (3) restante declararon ser viudos.

**Tabla 05. Religión de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Católica	41	63,1
Evangélica	20	30,7
Mormón	04	6,2
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En cuanto a la religión de los adultos mayores considerados en el presente estudio, se pudo apreciar que el 63,1% (41) de encuestados refirieron profesar la religión católica; asimismo, el 30,7% (20) manifestaron que profesan la religión evangélica; y por último, el 6,2% (4) restante señalaron que profesan la religión mormona.

**Tabla 06. Grado de escolaridad de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Grado de Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin estudios	04	6,2
Primaria	19	29,2
Secundaria	32	49,2
Superior	10	15,4
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

Respecto al grado de escolaridad de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo apreciar que el 49,2% (32) de encuestados señalaron que tienen nivel secundario; el 29,2% (19) refirieron que tienen nivel primario; el 15,4% (10) expresaron que tienen nivel superior; y por último, el 6,2% (4) restante manifestaron que no tienen ningún tipo de estudios.

**Tabla 07. Personas con quienes viven los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Personas con quienes viven</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Solo (a)	09	13,9
Con mi pareja.	19	29,2
Familia múltiple (pareja, hijos, nietos, etc.)	35	53,8
Con amigos	02	3,1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

En cuanto a las personas con quienes viven los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo apreciar que el 53,8% (35) de encuestados manifestaron que tienen una familia múltiple, es decir, actualmente conviven con su pareja, hijos, nietos, etc., en su hogar; el 29,2% (19) refirieron que se encuentran viviendo solamente con su pareja; el 13,9% (9) expresaron que viven solos; y por último, el 3,1% (2) restante manifestaron que viven con sus amigos u otras personas.

**Tabla 08. Tenencia de carga familiar en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Tenencia de Carga Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si tiene	38	58,5
No tiene	27	41,5
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

Respecto a la tenencia de carga familiar en los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo encontrar que el 58,5% (38) de encuestados refirieron que actualmente mantienen a algún miembro de su familia; mientras que el 41,5% (27) restante refirieron que actualmente no mantienen a ningún familiar; y que al contrario ellos son mantenidos por su pareja, hijos, nietos u otros familiares.

**Tabla 09. Recepción de apoyo comunitario e institucional en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Recepción de Apoyo Comunitario e Institucional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si recibe apoyo	29	44,6
No recibe apoyo	36	55,4
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.**

En relación a la recepción de apoyo comunitario e institucional por parte de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo encontrar que el 55,4% (36) de encuestados refirieron que actualmente no reciben ningún tipo de apoyo por parte de su comunidad y otras instituciones de su localidad, y que solo dependen de sus familiares para poder sobrevivir; mientras que el 44,6% (29) restante señalaron que si se encuentran recibiendo apoyo por parte de las organizaciones de su comunidad, pues son beneficiarios, de los programas de vaso de leche, comedores populares y otros programas de apoyo social existentes dentro de su comunidad.

**Tabla 10. Recepción de apoyo económico del estado en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Recepción de Apoyo Económico del Estado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si recibe apoyo	53	81,5
No recibe apoyo	12	18,5
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Guía de entrevista de características generales de la muestra en estudio.

En relación a la recepción de apoyo económico por parte del estado en los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo identificar que el 81,5% (53) de encuestados refirieron que si se encuentran recibiendo apoyo económico por parte del estado, pues reciben su pensión de jubilación o en su defecto, son beneficiarios del Programa Pensión 65; mientras que en menor proporción, el 18,5% (12) restante manifestaron que no reciben apoyo económico por parte del estado en la actualidad.

#### 4.1.1. Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor.

**Tabla 11. Calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	16	24,6
Regular	47	72,3
Deficiente	02	3,1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente.** Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.

En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores en estudio, en la dimensión bienestar emocional, se pudo observar que el 72,3% (47) de los adultos mayores encuestados presentaron un nivel de calidad de vida regular; el 24,6% (16) evidenciaron tener una buena calidad de vida; y por último, el 3,1% (2) restante presentaron una calidad de vida deficiente en esta dimensión.



**Tabla 12. Calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Material</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	04	6,2
Regular	59	90,6
Deficiente	02	3,1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.**

En relación a la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el estudio, en la dimensión bienestar material, se pudo identificar que el 90,6% (59) de los adultos mayores encuestados presentaron un nivel de calidad de vida regular; el 6,2% (4) tuvieron una buena calidad de vida; y por último, el 3,1% (2) restante evidenciaron tener una calidad de vida deficiente en esta dimensión.

**Tabla 13. Calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Físico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	03	4,6
Regular	56	86,2
Deficiente	06	9,2
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.**

En relación a la calidad de vida de los adultos mayores en estudio, en la dimensión bienestar físico, se pudo apreciar que el 86,2% (56) de los adultos mayores encuestados presentaron un nivel de calidad de vida regular; el 9,2% (6) presentaron una deficiente calidad de vida; y por último, el 4,6% (3) restante evidenciaron tener una buena calidad de vida en esta dimensión.

**Tabla 14. Calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Social</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	03	4,6
Regular	58	89,2
Deficiente	04	6,2
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.**

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el estudio, en la dimensión bienestar social, se pudo identificar que el 89,2% (58) de los adultos mayores encuestados presentaron un nivel de calidad de vida regular; el 6,2% (4) presentaron una deficiente calidad de vida; y por último, el 4,6% (3) restante evidenciaron tener una buena calidad de vida en esta dimensión.

**Tabla 15. Calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Nivel General</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Buena	03	4,6
Regular	60	92,3
Deficiente	02	3,1
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

**Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.**

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el estudio, se pudo encontrar que el 92,3% (60) de los adultos mayores encuestados presentaron un nivel de calidad de vida regular; el 4,6% (3) evidenciaron tener una buena calidad de vida; y por último, el 3,1% (2) restante tuvieron una deficiente calidad de vida en el contexto general de su vida cotidiana en esta etapa de su vida.

#### 4.2. Contrastación y prueba de hipótesis.

**Tabla 16. Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Emocional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba chi cuadrado</b>	<b>Significancia</b>
Buena	16	24,6	21,7		
Regular	47	72,3	21,7	12,519	0,000
Deficiente	02	3,1	21,7		
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>			

Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.

En cuanto a la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación se encontró que el 72,3% (47) de encuestados tuvieron una calidad de vida regular; el 24,6% (16) presentaron una buena calidad de vida; y por último, el 3,1% (2) restante evidenciaron tener una deficiente calidad de vida en esta dimensión

Al realizar el análisis inferencial respectivo mediante la aplicación la prueba del Chi cuadrado de comparación de frecuencias o de bondad de ajuste, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 12,519 y se hallaron diferencias significativas estadísticamente entre las frecuencias observadas (P 0,000); identificándose, que en general, predominaron los adultos con una regular calidad de vida en la dimensión bienestar emocional.

**Tabla 17. Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Material</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba chi cuadrado</b>	<b>Significancia</b>
Buena	04	6,2	21,7		
Regular	59	90,6	21,7	75,111	0,000
Deficiente	02	3,1	21,7		
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>			

Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.

En cuanto a la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación, se identificó que el 90,6% (59) de encuestados tuvieron una calidad de vida regular; el 6,2 (4) presentaron una buena calidad de vida; y por último, el 3,1% (2) restante evidenciaron tener una deficiente calidad de vida en esta dimensión

Al realizar el análisis inferencial respectivo mediante la aplicación la prueba del Chi cuadrado de comparación de frecuencias o de bondad de ajuste, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 75,111 y se hallaron diferencias significativas estadísticamente entre las frecuencias observadas (P 0,000); identificándose, que en general, predominaron los adultos mayores que tuvieron una regular calidad de vida en la dimensión bienestar material.

**Tabla 18. Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Físico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba chi cuadrado</b>	<b>Significancia</b>
Buena	03	4,6	21,7		
Regular	56	86,2	21,7	85,444	0,000
Deficiente	06	9,2	21,7		
<b>Total</b>	65	100,0			

Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.

En relación a la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación, se identificó que el 86,2% (56) de encuestados tuvieron una calidad de vida regular; el 9,2% (6) presentaron una deficiente calidad de vida; y por último, el 4,6% (3) restante evidenciaron tener una buena calidad de vida en esta dimensión

Al realizar el análisis inferencial respectivo mediante la aplicación la prueba del Chi cuadrado de comparación de frecuencias o de bondad de ajuste, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 85,444 y se hallaron diferencias significativas estadísticamente entre las frecuencias observadas (P 0,000); identificándose, que en general, predominaron los adultos mayores con una regular calidad de vida en la dimensión bienestar físico.

**Tabla 19. Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Bienestar Social</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba chi cuadrado</b>	<b>Significancia</b>
Buena	03	4,6	21,7		
Regular	58	89,2	21,7	85,333	0,000
Deficiente	04	6,2	21,7		
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>			

Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.

Respecto a la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación, se identificó que el 89,2% (58) de encuestados tuvieron una calidad de vida regular; el 6,2% (4) presentaron una deficiente calidad de vida; y por último, el 4,6% (3) restante evidenciaron tener una buena calidad de vida en esta dimensión

Al realizar el análisis inferencial respectivo mediante la aplicación la prueba del Chi cuadrado de comparación de frecuencias o de bondad de ajuste, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 85,333 y se hallaron diferencias significativas estadísticamente entre las frecuencias observadas (P 0,000); identificándose, que en general, predominaron los adultos mayores con una regular calidad de vida en la dimensión bienestar social.



**Tabla 20. Comparación de las frecuencias observadas respecto a la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.**

<b>Calidad de Vida Nivel General</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia esperada</b>	<b>Prueba chi cuadrado</b>	<b>Significancia</b>
Buena	03	4,6	21,7	80,111	0,000
Regular	60	92,3	21,7		
Deficiente	02	3,1	21,7		
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>			

Fuente. Cuestionario de calidad de vida Whoqol – Bref.

En relación a la calidad de vida de los adultos mayores considerados en el estudio de investigación, se identificó que el 92,3% (60) de encuestados tuvieron una calidad de vida regular; el 4,6% (3) presentaron una buena calidad de vida; y por último, el 3,1% (2) restante evidenciaron tener una deficiente calidad de vida en esta dimensión

Al realizar el análisis inferencial respectivo mediante la aplicación la prueba del Chi cuadrado de comparación de frecuencias o de bondad de ajuste, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 80,111 y se hallaron diferencias significativas estadísticamente entre las frecuencias observadas (P 0,000); identificándose, que en general, predominaron los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante el año 2016 con una regular calidad de vida en el contexto general de su vida cotidiana.

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 5.1. Contrastación de resultados.

El estudio sobre la caracterización de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante el año 2016 realizado en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco, demostró mediante la prueba Chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra ( $X^2$ ) que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias observadas, identificándose, que en general, el 92,3% de adultos mayores encuestados evidenciaron una regular calidad de vida en los diversos contextos de su vida cotidiana; asimismo se pudo identificar que el 4,6% presentó una buena calidad de vida y en menor proporción, el 3,1% tuvo una deficiente calidad de vida en el ámbito de estudio.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son similares a los obtenidos por Fenco<sup>92</sup> en su estudio de investigación donde encontró que la mayoría de adultos mayores tuvieron una autopercepción regular sobre su calidad de vida; manifestada en que los adultos mayores aún realizan sus actividades cotidianas normalmente pudiendo valerse por sí mismo, y por consiguiente se sienten capaces de aprender cosas nuevas, disfrutan de la participación en eventos familiares y sociales lo cual favorece en su bienestar y un manejo adecuado de las enfermedades o dolencias que los aquejan.

Molina<sup>93</sup> también encontró resultados que se asemejan a los del presente estudio; puesto que en su investigación el 79,5% de adultos mayores entrevistados reportaron tener una regular calidad de vida. Vera<sup>94</sup>, en su estudio identificó que un 59% de adultos mayores presentaron una regular de vida, evidenciando que de este porcentaje, la mayoría perteneció al género masculino.

Sin embargo, Maldonado<sup>95</sup> encontró resultados diferentes a los obtenidos en el presente en su estudio, pues en su investigación identificó que la mayoría de adultos mayores evidenció tener una mala calidad de vida. Padilla<sup>96</sup>, por su parte, observó que el 54% de adultos mayores reportaron tener una calidad de vida deficiente, expresada en afirmaciones relacionados a pérdida de las habilidades funcionales, pérdida del rol social, problemas de memoria y depresión; quienes se encontrarían en riesgo de presentar en el futuro un mayor deterioro mental, físico y en sus relaciones sociales.

Respecto a la calidad de vida en el adulto mayor, se resalta que está condicionada por los cambios físicos que se producen durante el envejecimiento, los cuales afectan a las células, tejidos y órganos; pues los adultos mayores al envejecer pierden su función de manera progresiva y hay una disminución de la máxima capacidad funcional. Galvez<sup>97</sup> considera que los adultos mayores es un grupo que tiene múltiples necesidades de atención en salud, alimentación, apoyo familiar en cuanto a lo económico y a lo afectivo. Walker<sup>98</sup>, al respecto, señala que la calidad de vida en los adultos mayores está asociada a la edad, condiciones crónicas, obesidad y apoyo social.

Al analizar la calidad de vida en los adultos mayores en estudio en la dimensión bienestar emocional, se evidenció en el presente estudio a través de la prueba del chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra que predominaron los adultos mayores que presentaron una calidad de vida regular en esta dimensión, representando el 74,1% de adultos mayores encuestados; siendo estos resultados estadísticamente significativos [ $X^2 = 12,519$ ;  $p = 0,000$ ].

Una gran proporción de los adultos mayores entrevistados evidenciaron tener percepción regular respecto a la dimensión emocional, ya que refirieron sentirse satisfechos con su vida en general y se sienten capaces de aprender cosas nuevas, lo cual promueve su desarrollo personal haciéndolos sentirse útiles e importantes.

Los resultados obtenidos coinciden con los obtenidos por Bayarre y Dueñas<sup>99</sup>, quienes encontraron que el 69% de los adultos mayores presentaron una regular calidad de vida en esta dimensión; señalando además que la calidad de vida en el adulto mayor en esta dimensión está relacionada con la satisfacción personal, felicidad y autoestima; Cardona<sup>100</sup>, por su parte en su estudio desarrollado en Medellín encontró que el 78% de adultos mayores manifestaron que su calidad de vida era regular, esto debido al apoyo que tenía de su familia y la libertad para expresar sus sentimientos; concluyendo el autor que un deterioro la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional está asociada a la prevalencia de depresión, ansiedad y déficit funcional. Villanueva<sup>101</sup>, en su estudio realizado en Iquitos,

reportó que en el área emocional el 64% de adultos presentaban una regular calidad de vida, señalando además que las mujeres tenían mejores puntuaciones que los varones en esta dimensión.

Sin embargo, Quintanar<sup>102</sup> encontró resultados que contradicen los obtenidos en el presente estudio, pues determinó que el 62% de adultos mayores presentaron una mala calidad de vida, y que en la dimensión emocional, esta generalmente relacionada a la necesidad de ser escuchados por la familia y la comunidad, la falta de comprensión y afecto; concluyendo además que la pérdida de roles provoca pérdida de autoestima y de autoridad en los adultos mayores: Vera<sup>103</sup>, por su parte en su estudio identificó que la mayoría de adultos mayores tuvieron una mala calidad de vida, lo cual se reflejaba en los sentimientos de soledad y aislamiento causado por la disminución de las relaciones familiares y sociales. Paredes<sup>104</sup>, al respecto, en su estudio manifiesta que un deficiente bienestar social está relacionado a diversos factores psicológicos, temor a enfermarse, preocupación por pérdidas de familiares, desasosiego, manifestaciones de tristeza y temor a la muerte.

Se puede concluir de acuerdo a los resultados obtenidos y analizados relacionados a la dimensión bienestar emocional, que está comprendida por la percepción del estado cognitivo y afectivo de los adultos mayores, incluyendo también las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento; por lo que se debe incidir en estos aspectos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en esta dimensión.

Al analizar la calidad de vida en los adultos mayores en estudio en la dimensión bienestar material, se evidenció en el presente estudio a través de la prueba del chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra que predominaron los adultos mayores que presentaron una calidad de vida regular en esta dimensión, representando el 92,6% de adultos mayores encuestados; siendo estos resultados estadísticamente significativos [ $X^2 = 75,111$ ;  $p = 0,000$ ].

El bienestar material en los adultos está relacionado con el poder adquisitivo que tiene respecto a los bienes y servicios que necesitan para satisfacer sus necesidades básicas, y la satisfacción que tienen de las condiciones en las que vive y la capacidad funcional para realizar sus actividades independientemente, los cuales manifestados por diversos autores y jerarquizados en la teoría de Maslow<sup>105</sup>.

Los resultados encontrados en el presente estudio son similares a los obtenidos por Molina<sup>106</sup>, quien en su investigación determinó que la mayoría de adultos mayores presentaban un nivel de calidad de vida de regular a bueno; considerando dentro de sus conclusiones, que dentro del bienestar material la autonomía no estuvo alterada, pues los adultos mayores manifestaban ser capaces de atenderse a sí mismos y cuidar de su persona. Gómez<sup>107</sup>, en su estudio identificó que el 76% de adultos mayores presentaron una percepción positiva respecto a su calidad de vida, encontrando además que el 64% manifestó que poder realizar sus actividades cotidianas le garantiza no tener el sentido de dependencia que le puede causar incomodidad; igualmente, la mayoría

de ellos manifestó ser capaz de atenderse a sí mismo y cuidar de su persona, lo que les permiten ser autosuficientes aun cuando presenten patologías crónicas o propias de la vejez.

Torres<sup>108</sup> en su estudio identificó que el 48% de adultos mayores presentaron una regular calidad de vida; destacando que la mayoría de encuestados en su estudio manifestaron tener control sobre su dinero y sus ingresos, pudiendo ellos decidir en qué lo gastarían; concluyendo el investigador al respecto que la seguridad económica de las personas adultas mayores constituye la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Villareal<sup>109</sup>, al respecto, señala que para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; lo cual además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permitirá que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana. Gomez<sup>110</sup>, por su parte considera que los adultos mayores son personas que han realizado durante su vida una rutina laboral, independencia social y económica por lo que necesitan de alguna forma sentirse útiles a la sociedad, además pueden contribuir a compartir las experiencias de vida con las nuevas generaciones a fin de rescatar principios y valores de esas generaciones, tomando en consideración lo cambiante de la sociedad actual.

Sin embargo Maldonado<sup>111</sup>, obtuvo resultados que contradicen los obtenidos en nuestro estudio, pues en su investigación encontró que un 65,6% de adultos mayores presentaron una calidad de vida deficiente en esta dimensión, señalando que la mayoría de ellos presentaban limitaciones en su capacidad funcional, y que un 45% no disponían de los ingresos económicos necesarios para satisfacer sus necesidades, repercutiendo directamente en su nivel de calidad de vida. Domínguez<sup>112</sup> por su parte, en su estudio no encontró diferencias significativas entre los adultos mayores que participaban en actividades ocupacionales y los que participan en actividades laborales; señalando además que esto se debía a que su independencia económica era muy baja, y se limitaba solo a aspectos básicos, como era la compra de refrigerios, mas no en aspectos que implicaban mayor capacidad de decisión.

Al analizar la calidad de vida en los adultos mayores en estudio en la dimensión bienestar físico, se evidenció en el presente estudio a través de la prueba del chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra que predominaron los adultos mayores que presentaron una calidad de vida regular en esta dimensión, representando el 88,9% de adultos mayores encuestados; siendo estos resultados estadísticamente significativos [ $X^2 = 85,444$ ;  $p = 0,000$ ].

En cuanto a la dimensión bienestar físico, los adultos mayores revelan en su mayoría una percepción regular de su calidad de vida ya que refieren seguir desarrollando actividades de la vida diaria, tener poca dificultad para cuidar de sí mismos, aceptar los cambios en la



capacidad sexual y el sueño lo cual genera una mejor autoestima y capacidad de adaptación para hacer frente a las agresiones y requerimientos del medio en el que vive, y de las enfermedades que a su edad, se presentan.

Los resultados del presente estudio son similares a los hallados por Bayarre y Dueñas<sup>113</sup>, encontraron que el 65% de los adultos mayores presentaron una regular calidad de vida en esta dimensión; identificando que los adultos mayores se sentían satisfechos con su capacidad para realizar sus actividades diarias y de recreación; además que el 56,% se encontraban satisfechos con su capacidad de concentración y en menor proporción sólo un 11,5% se encontraba satisfecho con su vida sexual; Molina<sup>114</sup>, por su parte en su estudio desarrollado encontró que el 75% de adultos mayores manifestaron que su calidad de vida era regular en la dimensión bienestar físico, evidenciando además que la mayoría de adultos mayores necesitaban la atención de un tratamiento médico frente a las enfermedades que se presentaban y que le permiten llevar una mejor calidad de vida, asimismo este investigador evidenció en su estudio que los adultos mayores se encontraban satisfechos con el acceso a los servicios de salud, y su capacidad de desplazarse de un lugar a otro, asimismo evidenció que los adultos mayores en su estudio se encontraban disconformes con los aspectos relacionados a su vida sexual, los cuales coinciden con lo observado en nuestro estudio.

Asimismo Villanueva<sup>115</sup>, en su estudio encontró que los adultos mayores evidenciaron en su mayoría tener una calidad de vida de

regular a buena en la dimensión bienestar físico, consensuando en que los adultos mayores mostraban su satisfacción por poder realizar sus actividades diarias, su capacidad de transporte, la concentración y el sueño, pero algunos reportaban que sentían insatisfacción por su estado de salud, pues necesitaban seguir un tratamiento médico para sentirse bien. Torres<sup>116</sup>, al respecto considera que a mayor satisfacción de los adultos mayores con las condiciones en que vive, su capacidad de transportarse y su satisfacción con el estado de salud, estos tendrán acceso a una mejor calidad de vida.

Sin embargo Maldonado<sup>117</sup>, obtuvo resultados que contradicen los obtenidos en nuestro estudio, pues en su investigación encontró que un 71,3% de adultos mayores presentaron una calidad de vida deficiente en esta dimensión, señalando que la mayoría se encontraban insatisfechos con su estado de salud, esto causado por las diversas dolencias que los aquejaban en esta etapa de la vida, causada por las enfermedades de tipo crónicas degenerativas, manifestando su incomodidad por tener que depender de un tratamiento médico que lo limita en gran medida para desarrollar sus actividades diarias, lo que repercute directamente en su nivel de calidad de vida. Por su parte, Domínguez<sup>118</sup>, evidenció que los adultos mayores entrevistados en su estudio, un 53% declararon que su nivel de calidad de vida era mala; manifestada porque constantemente padecían de insomnio causados por diversas patologías, así como también en la presencia de dolores en distintas partes del cuerpo, y la

insatisfacción por no poder realizar sus actividades con libertad y en forma adecuada.

Al analizar la calidad de vida en los adultos mayores en estudio en la dimensión bienestar social, se evidenció en el presente estudio a través de la prueba del chi cuadrado de comparación de frecuencias para una sola muestra que predominaron los adultos mayores que presentaron una calidad de vida regular en esta dimensión, representando el 92,6% de adultos mayores encuestados; siendo estos resultados estadísticamente significativos [ $X^2 = 85,333$ ;  $p = 0,000$ ].

En la dimensión bienestar social, la mayoría de los adultos mayores considerados en el estudio evidenciaron tener un nivel de calidad de vida regular; esto debido a la presencia de mecanismos de respuesta y afrontamiento que desarrolla el adulto mayor frente a la vejez, los cuales pueden ser de integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación, y mecanismos de actividad, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad, buscando alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayudan a sentirse útil y potenciando su autoestima, elevando de esta manera su calidad de vida.

Los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Gómez<sup>119</sup> en su estudio de investigación, donde identificó que el 75% de adultos mayores señalaron tener una regular calidad de vida; concluyendo además que estos adultos mayores casi siempre tuvieron buenas relaciones familiares, demostrando que los adultos mayores

que mantuvieron buenas relaciones sociales gozaban de un nivel de bienestar importante respecto a su calidad de vida.

Cordova<sup>120</sup>, en su estudio encontró que el 82% de adultos mayores encuestados evidenciaban tener una calidad de vida de regular a buena, de los cuales la mayoría comprendían que los cambios que se presentaban en la vejez era parte de un proceso y pese a todo, trataban de hacer una vida, y gozaban de su vida social a través de la relación con sus familiares y amigos, asumiendo el lado positivo y buscando su realización como la de su familia.

Al respecto Villareal<sup>121</sup>, considera que las relaciones sociales que puedan establecer los adultos mayores constituyen sin duda un factor distintivo para favorecer una buena calidad de vida, y los lazos amicales que se establezcan los lleva a fortalecer su autoestima, identidad, pertenencia y grupo. Meza<sup>122</sup>, por su parte, afirma que los programas de adulto mayor representan una forma de apoyo social y constituyen un valioso recurso para completar y o a veces sustituir las necesidades de conocimiento, afecto y compañía que no encuentran en su hogar los adultos mayores, mejorando así su calidad de vida.

Sin embargo, Quintanar<sup>123</sup>, obtuvo resultados diferentes a los de nuestro estudio, pues en su investigación encontró que el 54% de adultos mayores evidenciaron tener una mala calidad, los cuales manifestaron expresiones de aislamiento social y soledad, causadas por la disminución de los contactos familiares e interpersonales. Domínguez<sup>124</sup> en su estudio, encontró los factores sociales negativos percibidos por los adultos mayores fue la falta de comunicación social;

señalando además que la jubilación en esta etapa constituye un acontecimiento vital pues disminuye los contactos sociales, los cuales afectan más a los varones que a las mujeres.

Maldonado<sup>125</sup> considera que una deficiente calidad de vida percibida en el adulto mayor es producida por los problemas en la dinámica familiar, lo que constituye un importante factor social, ya que existe incompreensión hacía el adulto mayor.

Dentro de las limitaciones encontradas en el presente estudio de investigación se puede mencionar la dificultad que se tuvo para tener acceso al ámbito de estudio, puesto que a pesar de haber obtenido la autorización respectiva emitida por el director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, la coordinadora del área de adulto mayor de esta institución, puesto que ponía trabas al momento de solicitar el acceso de información respecto al padrón de adultos mayores que acuden al establecimiento de salud; lo cual después de la entrevista respectiva donde se le explicó los propósitos y objetivos del estudio, accedió a brindar la información solicitada, otro factor limitante fue la disponibilidad de la muestra en estudio que dificultaron la recolección de los datos, asimismo también se debe mencionar como limitante en el estudio a la premura de tiempo que se tuvo para realizar esta investigación; y por último se tuvieron inconvenientes en el procesamiento de los datos en los programas estadísticos.

Metodológicamente se puede mencionar que la muestra considerada el estudio fue adecuada porque se consideró a la totalidad de adultos mayores registrados en el padrón del programa del adulto

mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari; pero cabe resaltar que los resultados son válidos solo para la población considerada en el estudio, no siendo inferenciables; por lo que se recomienda la realización de investigaciones relacionadas a la calidad de vida del adulto mayor en las diferentes localidades, comunidades, distritos y provincias de la Región, tanto en el ámbito urbano como rural, que permitan analizar, generalizar y contrastar los resultados que se obtengan para que de este modo se obtenga un general de la calidad de vida de los adultos mayores en el departamento de Huánuco y en base ello se propongan estrategias de intervención destinadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores basados en la implementación de programas y planes de acción de acción de carácter multisectorial e interdisciplinario, orientadas al mejoramiento de la salud, promoción de espacios saludables y actividades recreativas que propicien que los adultos mayores envejecan con calidez y calidad, bajo el lema de “envejecimiento saludable”.

## CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente trabajo de investigación, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ❖ Respecto a la caracterización de la calidad de vida de los adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante el año 2016; se identificó que el 92,3% tuvo una regular calidad de vida, el 4,6% presentó una regular calidad de vida, y el 3,1% tuvo una deficiente calidad de vida; siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ); por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en el presente estudio de investigación.
- ❖ En cuanto al análisis por dimensiones, en la dimensión bienestar emocional, predominaron los adultos mayores que tuvieron una regular calidad de vida, representando el 72,3% de encuestados; siendo el resultado estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ); en consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.
- ❖ En relación a la dimensión bienestar emocional, el 90,6% de adultos mayores considerados en el estudio presentaron una regular calidad de vida; siendo esta proporción estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ); en consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.
- ❖ En referencia a la dimensión bienestar físico, se identificó que predominaron los adultos mayores que tuvieron una regular calidad de vida, representando el 86,2% de encuestados; siendo este resultado

estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ); por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión

- ❖ Y por último, en cuanto a la dimensión bienestar social, se encontró que el 82,9% de adultos mayores encuestados evidenciaron tener una regular calidad de vida en sus relaciones familiares, amicales y sociales; siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ); por lo que se puede inferir que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.



## RECOMENDACIONES

### **A los enfermeros investigadores:**

- Se recomienda continuar realizando estudios de tipo cuantitativos y cualitativos en las zonas rurales de nuestra región, en poblaciones de mayor tamaño muestral, donde se identifiquen, estudien y analicen los diversos factores intrínsecos (estado emocional, estrés, patologías asociadas, etc.) y extrínsecos (estilos de vida, condiciones socioeconómicas, etc.) que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, y permitan tener una mejor comprensión de esta problemática en el contexto regional y nacional.
- También se sugiere la realización de estudios de tipo cuasi experimentales o experimentales puros donde se evalúen la efectividad de las diversas intervenciones terapéuticas en el incremento de los niveles de vida de calidad de los adultos mayores, y que beneficien directamente en la mejora de las condiciones de salud y en el logro del bienestar emocional, material, físico y social de este grupo etéreo vulnerable.

### **A la Escuela Académico Profesional de Enfermería:**

- Promover dentro del desarrollo de las prácticas clínicas y comunitarias, el empoderamiento y capacitación permanente de los estudiantes de Enfermería en el cuidado y atención integral de los adultos mayores, permitiendo que se encuentren debidamente sensibilizados respecto al rol tan importante que desempeñarán como futuros profesionales de la salud, en la mejora de la calidad de vida y las condiciones de salud de los adultos mayores en general.

- Planificar y desarrollar actividades de proyección social, como campañas integrales de salud, talleres informativos y otras actividades en salud dirigidas a los adultos mayores, y que permitan que puedan acceder a una mejor calidad de vida desde un enfoque humanístico y multidisciplinario.

**A los estudiantes de Enfermería:**

- Realizar en forma continua actividades de tipo promocionales preventivas como sesiones educativas, talleres informativos, sociodramas, entre otras actividades de cuidado de la salud, dirigidas fundamentalmente a los familiares de los adultos mayores respecto a la importancia de brindar una mejor calidad a este grupo poblacional en el logro de su bienestar físico, psicológico y social.

**A los profesionales de Enfermería del Programa de Adulto Mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari:**

- Se sugiere realizar la implementación de diversas actividades preventivas promocionales como los talleres de taichí, relajación, caminatas de salud, talleres de manualidades, sesiones educativas entre otras estrategias educativas, donde participen activamente los adultos mayores que acuden al establecimiento de salud, permitiendo que puedan desenvolverse adecuadamente y participar en forma activa según sus condiciones de salud, mejorando por medio de estas actividades la calidad de vida de los adultos mayores de la jurisdicción del establecimiento de salud.
- Continuar capacitándose en forma continua, y realizar cursos de especialización en el cuidado de los adultos mayores, para poder tener

una mejor percepción de los necesidades físicas, psicológica y sociales de este grupo etáreo y que se puedan brindar una mejor atención en los diversos programas de salud orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en general.

**A los adultos mayores:**

- Participar en forma activa en los talleres y actividades educativas que realicen los estudiantes y profesionales de Enfermería en el establecimiento de salud, para que puedan acceder a un ambiente de interrelación permanente con otros adultos mayores, donde compartan sus experiencias, vivencias, y en forma coordinada desarrollen actividades de cuidado de la salud dirigidas a mejorar significativamente la calidad de vida y condiciones de salud de este grupo poblacional.
- Se sugiere también que durante el desempeño de sus labores cotidianas practiquen estilos de vida saludables como el ejercicio físico diario, prácticas de alimentación saludable, descanso adecuado y realización de actividades recreativas, que permitan el acceso a un mejor estado de salud y por ende, a una mejor calidad de vida en el contexto físico, psicológico y social.

**A los familiares de los adultos mayores:**

- Apoyar activamente en el cuidado de la salud de sus adultos mayores, involucrándose en la identificación de sus necesidades físicas y espirituales; sensibilizándose con los problemas de salud que los afectan en esta etapa de la vida, y creando las condiciones necesarias para promover un envejecimiento saludable en el ambiente familiar.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Natzumura J. Población adulta mayor en el Perú. Lima: San Marcos; 2009.
2. Padilla I. Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de Belén. [Tesis de Licenciatura] Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014.
3. Gálvez S. Calidad de vida del adulto mayor de la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de Septiembre 2013 a Marzo 2014. [Tesis de Licenciatura] El Salvador: Universidad de El Salvador; 2014.
4. Rodríguez G, Lazcano B. Práctica de la Geriátría. 3ra edición. México McGraw Hill; 2011.
5. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental, por años calendario y Edades simples 1995 – 2025. Boletín Especial Nro. 22. Lima. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
6. Gálvez S. Op. Cit., p. 6.
7. Padilla I. Op. Cit., p. 10.
8. Torres H, Quezada V, Rioseco H, Ducci V. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante el uso de Whoqol Bref. Rev. Méd. Chile Santiago 2008; 136 (3): 325 – 333.
9. Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(4): 287 – 289.
10. Marbella T. La calidad de vida de los adultos mayores residentes en la casa Hogar Padre Iriarte ubicada en el Municipio de Zamora – Guatire estado de Miranda. [Tesis de Licenciatura] Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2012.
11. Guzmán J. Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Chile: CELADE; 2008.
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Situación Socioeconómica De La Población Adulta Mayor: Un Grupo Vulnerable. México: CEPAL; 2011.
13. Verdugo A. Calidad de vida en el envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Rev. Salud Pública 2008; 4 (2): 21 – 24.
14. Fernández R. La Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. La Psicología en España 2009; 2 (1): 57 – 59.

15. Flores M, Valle B, Muñoz D. Calidad de Vida y Salud en el anciano en el Siglo XXI. México. Edit. Umbral Digital; 2011.
16. Ruiz M. Adultos mayores en el Ecuador. Rev. Sal. Publ. 2012; 7 (2): 24 – 26.
17. Cardona D, Estrada A, Segura A, Chavarriaga L, Ordoñez J, Osorio J. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica 2011; 26 (2): 206 – 209.
18. Medina L. Actividad recreativa y calidad de vida del adulto mayor en el Centro del Adulto Mayor Pablo Bermúdez. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2014.
19. *Ibíd.*, p. 24.
20. Córdova N. Calidad de vida del adulto mayor. Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, Chiclayo 2010. [Tesis de Licenciatura] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
21. Guevara D. Calidad de vida de los adultos mayores del hogar de ancianos San José [Tesis de Licenciatura] Tacna: Universidad Jorge Basadre Grohmann; 2004.
22. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: MINSA; 2006.
23. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. [Internet] [Consultado 2016 Julio 02] Disponible en [http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf).
24. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Estadísticas de los Adultos Mayores (PAM) Huánuco 2015. [Internet] [Consultado 2016 Octubre 04] Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Huanuco2.html>.
25. *Ibíd.*, p. 4.
26. Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. Análisis de situación de Salud del adulto Mayor. MINSA; 2015.
27. *Ibíd.*, p 23.
28. Gálvez S. Op. Cit., p. 12.
29. Padilla I. Op. Cit., p. 9.
30. Navarro M, Leitón E, Ojeda M, Villanueva B. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana de México. Enf. Invest. Desarro. 2013; 11 (2): 77 – 95.
31. Cardona D, Estrada A, Segura A, Chavarriaga L, Ordoñez J, Osorio J. Op. Cit., p. 23.

32. Medina L. Op. Cit., p. 15.
33. Rodríguez S. Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Miramar 2014. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
34. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Act. Med. Per. 2012; 26 (4): 230 – 238.
35. Villanueva M, Flores E, Lázaro E, Bardales R, Gutiérrez J, Reyna E. Factores predictores de la calidad de vida de personas mayores de Iquitos 2011. [Tesis de Licenciatura] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2011.
36. Escalante D. Estado nutricional y su relación con la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Asilo Santa Sofía. [Tesis de Pregrado] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2015.
37. Córdor K, Cruz R, Huarac B. Apoyo familiar en el bienestar emocional de los adultos mayores en el distrito de Pillco Marca – Huánuco 2011. [Tesis de Pregrado] Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano; 2011.
38. Shwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Revista Ciencia y Enfermería IX. 2003; 4 (2): 19 – 21.
39. *Ibíd.*, p. 22.
40. *Ibíd.*, p. 23.
41. Sánchez C. Trabajo Social y Vejez. Teoría e Intervención. 4ta Edición Buenos Aires: Editorial Humanitas; 2007.
42. *Ibíd.*, p. 32.
39. *Ibíd.*, p. 32.
43. Pender N. Modelo de promoción de la salud. En: Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989.
44. *Ibíd.*, p. 43.
45. Organización Mundial de la Salud. Calidad de vida de los adultos mayores. Washington: OMS; 2008.
46. *Ibíd.*, p. 69.
47. Gómez V Sabeth M. Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en La Investigación y la Práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. [Internet] [Consultado 2016 Junio 30] Disponible en: <http://www.Universidaddesalamanca.calidaddevida.com>.

48. Giusti L. Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa; 2004.
49. Fernández R. Calidad de vida en la vejez. Anuario de Psicología. 2003. 73 (12): 89 – 104.
50. Padilla G, Grant M, Ferrell B. Nursing research into quality of life. Quality of Life Research. 2002; 2 (1): 341 – 348.
51. Rubio R, Rico A, Cabezas J. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. Geriatrika. 1997; 13:271 – 281.
52. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima 2007; 68(3): 284 – 290
53. Fernández R. Op. Cit., p. 105 – 107.
54. Lizan L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. Aten Primaria 1995; 16(1):131-132.
55. Schalock R. Verdugo M. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
56. Boggio M. Envejecimiento, calidad de vida y cuidado enfermero [Internet] [Consultado 2016 Julio 03] Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1772/3/Envejecimiento-calidad-de-vida-y-cuidado-enfermero>.
57. Lizan L. Op. Cit., p. 27.
58. Ibíd., p. 29.
59. Sánchez J. Escala de Bienestar Psicológico. Madrid: Guadecon; 2002.
60. Miller S, Chan F, Perry G. Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. Journal of Intellectual and Disability Research. 2004; 52(12):1039-1047.
61. Bagnato M. Calidad de vida y discapacidad. Teoría y práctica. [Internet] [Consultado 2016 Julio 30] Disponible en: [www.rau.edu.uy/fcs/dts](http://www.rau.edu.uy/fcs/dts).
62. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet] [Consultado 2016 Julio 03] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
63. Organización Panamericana de la Salud. Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basados en la investigación. Informe de grupo de trabajo. Washington: OPS; 2003.
64. Organización Mundial de la Salud. Op. cit., p. 12.

65. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas Adultas mayores 2005 [Internet] [Consultado 2016 Junio 27] Disponible en: [www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf).
66. *Ibíd.*, p. 12.
67. *Ibíd.*, p. 13.
68. *Ibíd.*, p. 13.
69. Watson R, Varela L. El adulto mayor: cambios demográficos y epidemiológicos. *Cuad Doc Med.* 2001; 1(4): 125 – 144.
70. Bize R, Vallier C. Una nueva vida: La Tercera Edad. 5ta Ed. Bilbao: Ediciones Mensajero, 2002.
71. Langarica R Gerontología y geriatría. 6ta Ed. México: Interamericana, 2001.
72. Maya, E. Adultos Mayores. [Internet] [Consultado 2016 Julio 01] Disponible en: <http://www.org/analisis/%09%09%09cgi-bin/getprod.asp>
73. Mishara B, Riedel R. El proceso de envejecimiento. 3º Edición. España: Morata; 2000.
74. Organización Panamericana de la Salud. Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basados en la investigación. Informe de grupo de trabajo. Washington: OPS; 2003.
75. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
76. *Ibíd.*, p. 26.
77. *Ibíd.*, p. 26.
78. García F. Vejez, Envejecimiento y Sociedad en España. Madrid: Colección Humanidades; 2007.
79. *Ibíd.*, p. 18.
80. Asili N. Vida plena en la vejez. México: Mc Graw Hill; 2004.
81. Yasuko B, Romano S. Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación* 2005; 10 (1): 93 – 96.
82. Velasco M, Julia M. Adultos mayores y calidad de vida. *Portularia* 2004; 4 (1): 187 – 189.



83. Lazarus R. Calidad de vida de los adultos mayores. *Anales de Psicología* 2002; 6 (2): 147 – 149.
84. Gallegos K, Durán GJ, López L, López M. Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Rev Invest Clin.* 2003; 55 (2):260 – 262.
85. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa J, Abanades J, García N, Álvarez C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención primaria.* 2003; 31 (3): 285 – 292.
86. Molina JM, Sánchez M, Rubio R, Uribe A. Diferencias en la calidad de vida y estado anímico en pacientes mayores hospitalizados según género. *Pensamiento Psicológico.* 2005; 1 (2):17 – 20.
87. González R, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México. *Universitas Psychological* 2006; 5 (3): 501-503.
88. Rodríguez N. *Manual de Sociología Gerontológica.* Barcelona: Guadecon; 2006.
89. Vera M. Op. Cit., p. 286.
90. O'Brian M. *Comunicación y relaciones en Enfermería.* 4ta Edición. Washington DC: Mosby Company; 2006.
91. Vera M. Op. Cit., p. 286.
92. Fenco M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
93. Molina G. Op. Cit., p. 38.
94. Vera M. Op. Cit., p. 288.
95. Maldonado G. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores de México. [Tesis de Licenciatura] México: Universidad de Veracruz; 2009.
96. Padilla I. Op. Cit., p. 49.
97. Gálvez S. Op. Cit., p. 56.
98. Walker G., Op Cit., p. 38.
99. Bayarre F, Dueñas E. Calidad de vida del adulto mayor SIBASI Nueva Concepción 2005. [Tesis de Licenciatura] El Salvador: Universidad de El Salvador; 2005.

100. Cardona D, Estrada A, Segura A, Chavarriaga L, Ordoñez J, Osorio J. Op Cit., p. 53.
101. Villanueva M, Flores E, Lázaro E, Bardales R, Gutiérrez J, Reyna E. Op. Cit., p. 47.
102. Quintanar A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango; Hidalgo a través del instrumento Whoqol Bref. [Tesis de Licenciatura] México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
103. Vera M. Op Cit., p. 61.
104. Paredes G, Ramírez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. Rev. Salud Pública 2008; 10(4): 529 – 536.
105. Maslow A. Op. Cit., p. 28.
106. Molina G. Op. Cit., p. 38.
107. Gómez F, Cárdenas V, Salazar B. El adulto mayor y su calidad de vida. Revista y Desarrollo Científico de Enfermería 2009; 9 (2): 35 – 40.
108. Torres H, Quezada V, Rioseco H, Ducci V. Op. Cit., p. 64.
109. Villareal G, Rodríguez N. Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en asilos geriátricos. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad de Quito; 2003.
110. Gómez F, Cárdenas V, Salazar B. Op. Cit., p. 43.
111. Maldonado G. Op. Cit., p. 56.
112. Domínguez R, Factores asociados con las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor en Morelos. Revista de Investigación Clínica 2004; 55(3): 260 – 269.
113. Bayarre F, Dueñas E. Op. Cit., p. 63.
114. Molina G. Op. Cit., p. 42.
115. Villanueva M, Flores E, Lázaro E, Bardales R, Gutiérrez J, Reyna E. Op. Cit., p. 51.
116. Torres H, Quezada V, Rioseco H, Ducci V. Op. Cit., p. 66.
117. Maldonado G. Op. Cit., p. 57.
118. Domínguez R. Op. Cit., p. 68.
119. Gómez F, Cárdenas V, Salazar B. Op. Cit., p. 45.
120. Córdova N. Op Cit., p. 53.

121. Villareal G, Rodríguez N. Op. Cit., p. 55.
122. Meza C, Sánchez D, Escobar M, Del Río L, Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor en Medellín. [Tesis de Licenciatura] Colombia: Universidad de Medellín; 2011.
123. Quintanar A. Op. Cit., p. 48.
124. Domínguez R. Op. Cit., p. 272.
125. Maldonado G. Op. Cit., p. 59.



**ANEXOS**

Código: 

Fecha: ----/----/----

## ANEXO 01

**GUÍA DE ENTREVISTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES  
DE LA MUESTRA EN ESTUDIO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** “Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016”.

**INSTRUCCIONES.** Estimado Sr(a). Sírvase responder de manera apropiada respecto a sus características sociodemográficas y económicas. Para el efecto sírvase a marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

**I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:**1. **¿Cuántos años tiene Ud.?**

\_\_\_\_\_ Años

2. **¿Cuál es su género?:**

a) Masculino ( )

b) Femenino ( )

3. **¿Cuál es su lugar de procedencia?:**

c) Zona Urbana ( )

d) Zona Rural ( )

e) Zona Urbano Marginal ( )

**II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:**4. **¿Cuál es su estado civil?**

a) Soltero (a) ( )

b) Casado (a) ( )

c) Conviviente ( )

d) Separado (a) ( )

e) Viudo (a) ( )

5. **¿Qué religión profesa Ud.?**

a) Católico ( )

b) Evangélico ( )

c) Mormón ( )

d) Ateo ( )

e) Otros ( )

**6. ¿Cuál es su grado de escolaridad?**

- a) Sin estudios ( )
- b) Primaria ( )
- c) Secundaria ( )
- d) Superior Técnico ( )
- e) Superior Universitario ( )

**III. CARACTERISTICAS FAMILIARES****7. ¿Con quién vive actualmente?**

- a) Sólo(a) ( )
- b) Con mi pareja ( )
- c) Familia múltiple(hijos nietos) ( )
- d) Con amigos ( )

**8. ¿Actualmente usted está a cargo de algún integrante de su familia?**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**8.1. De ser afirmativa su respuesta, indique:**

¿De qué familiar? .....

**IV. DATOS INFORMATIVOS****9. ¿Cuenta con apoyo de su comunidad u otras instituciones? (Vaso de leche, comedores populares etc.)**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**9.1. De ser afirmativa su respuesta, indique:**

¿De qué comunidad o institución? .....

**10. ¿Cuenta con apoyo económico del estado? (Jubilación, pensión 65, etc.)**

- a) Si ( )
- b) No ( )

**10.1. De ser afirmativa su respuesta, indique:**

¿Qué tipo de apoyo económico recibe? .....

Código: 

Fecha: ----/----/----

## ANEXO 02

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA  
WHOQOL – BREF (MODIFICADO)**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:** “Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016”.

**INSTRUCCIONES:** Estimado señor(a) este instrumento sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. A continuación se le presentará una serie de preguntas, que requieren ser respondidas, por lo que le pedimos que marque con un aspa (x) en el casillero de la escala de cada pregunta que represente mejor respuesta respecto a su calidad de vida. Este instrumento es absolutamente anónimo; por favor sea sincero en sus respuestas

**I. BIENESTAR EMOCIONAL****1. ¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?**

- a) Deficiente ( )
- b) Regular ( )
- c) Buena ( )
- d) Excelente ( )

**2. ¿Cuánto disfruta usted de la vida?**

- a) No disfruto nada de la vida ( )
- b) Disfruto un poco ( )
- c) Disfruto lo normal ( )
- d) Disfruto mucho ( )

**3. ¿Hasta qué punto siente usted que su vida tiene sentido?**

- a) Mi vida no tiene sentido ( )
- b) Mi vida tiene un poco de sentido ( )
- c) Mi vida tiene sentido ( )
- d) Mi vida tiene mucho sentido ( )

**4. ¿Tiene usted energía suficiente para realizar actividades de su vida diaria?**

- a) No tengo energía suficiente ( )
- b) Tengo pocas energías ( )
- c) Tengo energía suficiente ( )
- d) Tengo mucha energía ( )

**5. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted de sí mismo (a)?**

- a) Me siento insatisfecho(a) consigo mismo(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) conmigo mismo(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) conmigo mismo(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) conmigo mismo(a) ( )

- 6. ¿Es usted capaz de aceptar su apariencia física?**
- a) No soy capaz de aceptar mi apariencia física ( )
  - b) Soy poco capaz de aceptar mi apariencia física ( )
  - c) Soy capaz de aceptar mi apariencia física ( )
  - d) Soy muy capaz de aceptar mi apariencia física ( )
- 7. ¿Con qué frecuencia tiene usted sentimientos de tristeza?**
- a) Nunca ( )
  - b) A veces ( )
  - c) Casi siempre ( )
  - d) Siempre ( )
- 8. ¿Con qué frecuencia tiene usted sentimientos de desesperanza?**
- a) Nunca ( )
  - b) A veces ( )
  - c) Casi siempre ( )
  - d) Siempre ( )
- 9. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de ansiedad?**
- a) Nunca ( )
  - b) A veces ( )
  - c) Casi siempre ( )
  - d) Siempre ( )
- 10. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos de depresión?**
- a) Nunca ( )
  - b) A veces ( )
  - c) Casi siempre ( )
  - d) Siempre ( )

## II. BIENESTAR MATERIAL

- 11. ¿Cuánta seguridad siente usted de su vida diaria respecto a sus posesiones o bienes materiales?**
- a) No tengo ninguna seguridad ( )
  - b) Tengo poca seguridad ( )
  - c) Tengo seguridad normal ( )
  - d) Tengo mucha seguridad ( )
- 12. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?**
- a) No es saludable ( )
  - b) Es poco saludable ( )
  - c) Es saludable ( )
  - d) Es muy saludable ( )
- 13. ¿Tiene usted dinero suficiente para cubrir sus necesidades?**
- a) No tengo dinero suficiente ( )
  - b) Tengo un poco de dinero ( )
  - c) Tiene suficiente dinero ( )
  - d) Tengo mucho dinero ( )



**14. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted respecto a las condiciones del lugar donde vive?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**15. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con su capacidad de trabajo?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

### **III. BIENESTAR FÍSICO**

**16. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con su estado de salud física?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**17. ¿Hasta qué punto piensa usted que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?**

- a) No me impide nada ( )
- b) Me impide un poco ( )
- c) Me impide lo normal ( )
- d) Me impide mucho ( )

**18. ¿Cuánto necesita usted de cualquier tratamiento médico para seguir con su vida diaria?**

- a) No necesito ningún tratamiento médico ( )
- b) Necesito un poco ( )
- c) Necesito lo normal ( )
- d) Necesito mucho ( )

**19. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

- a) No puedo concentrarme ( )
- b) Tengo poca capacidad de concentración ( )
- c) Tengo capacidad de concentración normal ( )
- d) Tengo mucha capacidad de concentración ( )

**20. ¿Hasta qué punto tiene usted oportunidad para realizar actividades de ocio y de relajación?**

- a) No tengo ninguna oportunidad ( )
- b) Tengo pocas oportunidades ( )
- c) Tengo oportunidades adecuadas ( )
- d) Tengo muchas oportunidades ( )

**21. ¿Con que frecuencia puede usted desplazarse de un lugar a otro?**

- a) Nunca ( )
- b) A veces ( )
- c) Casi siempre ( )
- d) Siempre ( )

**22. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**23. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con el acceso que tiene a los servicios sanitarios (baños, letrinas, etc.)?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**24. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con su capacidad para hacer uso de cualquier medio de transporte?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**25. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con su vida sexual?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**26. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con su capacidad de descanso y sueño?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

#### **IV. BIENESTAR SOCIAL**

**27. ¿Cuán disponible tiene usted la información que necesita en su vida diaria?**

- a) No tengo ninguna información ( )
- b) Tengo poca información ( )
- c) Tengo información adecuada ( )
- d) Tengo mucha información ( )

**28. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**29. ¿Cuán satisfecho (a) se encuentra usted con sus relaciones personales?**

- a) Me siento muy insatisfecho(a) ( )
- b) Me siento poco satisfecho(a) ( )
- c) Me siento satisfecho(a) ( )
- d) Me siento muy satisfecho(a) ( )

**30. ¿Con qué frecuencia tiene usted apoyo de sus familiares cuando lo necesita?**

- a) Nunca ( )
- b) A veces ( )
- c) Casi siempre ( )
- d) Siempre ( )

**Gracias por su colaboración...**

### ANEXO 03

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016”.

- **Equipo de Investigadores (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).**

La Rosa Silva, Silvia Beatriz.; alumna de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, celular N° 996462958.

- **Introducción / Propósito**

El aporte de los datos que brindará el presente estudio, la relación entre la calidad de vida del adulto mayor para que sirva de base a acciones orientadas a promover la implementación de programas con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De igual manera se busca despertar la conciencia del rol social que debe ser asumido por los profesionales de salud, de la gran responsabilidad que les compete frente al cuidado integral de los adultos mayores, y la realización de actividades de promoción de la salud que permitan que los adultos mayores accedan a una mejor calidad de vida.

El presente estudio de investigación representará un antecedente y aporte metodológico y científico para futuras investigaciones relacionadas a la problemática en estudio o afines, de modo que se permita obtener una información actualizada que beneficiará a los adultos mayores participantes del presente estudio.

- **Participación**

Participarán los adultos mayores que acuden al programa del adulto mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

- **Procedimientos**

Se le aplicará una guía de entrevista de características generales, una ficha de análisis documental para valoración de la calidad de vida de estas personas

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada respecto a la calidad de vida del adulto mayor presente en el estudio.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Se le notificará sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted

podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que se puede garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: shivix26@hotmail.com; o comunicarse al Cel. 9996462958

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto mayor

\_\_\_\_\_  
Firma de la investigadora

Huánuco, a los ... días del mes de .... del 2016.

**ANEXO 04**  
**CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, SILVIA OLIVIA MARTEL Y CHANE, con DNI N° 22423118, de profesión ENFERMERA, ejerciendo actualmente como DOCENTE en la institución UNHEVAL - FACULTAD DE ENFERMERIA

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015", para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

Devolver observaciones y aplicar el instrumento

---

---

---

En Huánuco, a los 15 días del mes de SEPTIEMBRE del 2015

  
SILVIA OLIVIA MARTEL Y CHANE  
DRA. EN ENFERMERIA  
UNHEVAL

Firma y sello del experto

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Violeta Rojas Bravo, con DNI N°  
22486830, de profesión Enfermera, ejerciendo  
 actualmente como Docente en  
 la institución UNHEVAL

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2015", para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

Levantar las observaciones  
y aplicar el instrumento

En Huánuco, a los 23 días del mes de Setiembre del 2015

  
 Firma y sello del experto  
 Dra. Violeta Rojas Bravo  
 DOCENTE UNHEVAL



**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Mg Edith C. Jara Claudio, con DNI N° 22419984, de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como Enfermera en Adulto Mayor en la institución ES Salud.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2015", para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

continuar dicho trabajo

---



---



---



---

En Huánuco, a los 24 días del mes de Setiembre del 2015.

  
 Mg. Edith Jara Claudio  
 DOCENTE UNIVERSITARIO  
 C.E. 01189

---

Firma y sello del experto

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Amil Yda Villar Cortajal, con DNI N°  
22408286, de profesión Docente, ejerciendo  
 actualmente como Docente en  
 la institución UNEFVAL - Facultad de Computación.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2015", para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

---



---



---



---

En Huánuco, a los 23 días del mes de Setiembre del 2012.



Amil Yda Villar Cortajal  
 Firma y sello del experto

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Judita Cornejo Venancio, con DNI N° 22469528, de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como Enfermera Asistencial en la institución de ESSALUD - Area de Hospitalización

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2015", para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

- ① Replantear sus Preguntas
- ② Agregar preguntas en relación a su Tema.
- ③ Mejorar su claridad de Preguntas.
- ④ Mejorar su objetividad de Preguntas.
- ⑤ Se deja sugerencias.

En Huánuco, a los 29 días del mes de Setiembre del 2015.

  
 Judita Cornejo Venancio  
 Enfermera Asistencial - C.O. 1442

Firma y sello del experto

ANEXO 05

OFICIO INSTITUCIONAL DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

CARGO



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL BUEN TRATO AL CIUDADANO"



Huánuco, ~~19~~ DE ~~Abri~~l, 2017.

**OFICIO Mult.- N° 03 - 2017-DE/PA-ENF-UDH.**

Señor:

DR.DENNYS TALENAS ROJAS  
DIRECTOR DE HOSPITAL MATERNO INFANTIL "CARLOS SHOWING FERRARI"

**Presente:**

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que la alumna Silvia Beatriz La Rosa Silva del Programa Académico de Enfermería de la Universidad de Huánuco, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado, "CARACTERIZACION DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS 2016", por lo que solicito autorización del campo clínico para aplicar la recolección de datos de dicho estudio, ya que tendrá como muestra de estudio a todos los adultos mayores que acuden al programa TAYTAWASI.

Esperando contar con su apoyo y comprensión, agradezco anticipadamente a Usted reiterándole las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
Escuela Académica Profesional de Enfermería  
Huánuco, Perú

*[Firma]*  
Dra. Dny. Laritza Leiva Torres  
DIRECTORA DE LA R.A.F. DE ENFERMERIA

P: Calle Wilton N° 973 - y Progreso N°200 - Teléfono: Especiales (095) 124612 - (095) 121251 - Anexo 001 - Teléfono: 095 533124 - Email: [oficial@unh.edu.pe](mailto:oficial@unh.edu.pe)  
HUÁNUCO - PERÚ

**ANEXO 06**  
**BASE DE DATOS DE INFORME DE INVESTIGACIÓN**

N°	ANEXO 1										ANEXO 2: ESCALA DE CALIDAD DE VIDA																														
	CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS			CARACTERISTICAS SOCIALES			CARACTERISTICAS FAMILIARES		DATOS INFORMATIVOS		BIENESTAR EMOCIONAL										BIENESTAR MATERIAL					BIENESTAR FISICO										BIENESTAR SOCIAL					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	79	1	1	1	1	2	3	1	1	2	3	2	2	3	3	2	4	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	2	
2	75	2	1	2	1	2	2	1	1	1	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3
3	80	2	1	5	2	1	3	2	2	1	2	1	2	2	3	4	4	2	1	2	4	2	1	4	2	3	1	2	1	2	2	3	4	2	2	4	3	1	2	1	
4	77	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	4	2	2	2	2	3	1	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	2		
5	72	2	1	2	1	2	2	2	1	1	4	4	3	4	5	4	3	4	4	3	3	2	1	3	2	3	2	4	1	3	1	1	2	3	4	4	3	2	4	4	
6	68	1	2	3	2	4	3	1	1	2	3	3	4	4	3	3	1	3	3	4	2	1	2	3	1	3	2	1	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	3	
7	73	2	2	3	1	2	2	2	1	1	3	4	2	4	2	4	4	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	2	3	3	
8	69	2	1	2	1	3	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	
9	77	1	2	3	2	2	3	1	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	
10	73	2	1	2	1	2	2	2	1	2	4	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	1	3	3	3	2	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	2	1	3	
11	75	2	1	1	2	3	4	1	2	1	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	1	3	1	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	
12	63	2	1	2	3	4	3	2	1	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	1	4	2	3	1	2	1	2	2	3	4	2	2	4	3	2	2	3	4	
13	68	1	2	4	1	3	2	2	1	1	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3		
14	72	2	1	3	2	4	3	1	1	1	3	3	3	3	3	2	1	2	2	3	4	4	2	1	2	2	4	1	3	1	1	2	3	4	4	3	3	1	1	2	
15	76	2	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	3	2	3	4	2	2	2	2	1	3	4	4	3	3	4	4	3	2	4	4	3	3	
16	73	1	1	3	1	3	3	1	2	1	2	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	2	3	3	2	1	3	1	1	3	3	3	2	1	3	1	
17	62	2	1	4	2	4	2	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	1	3	3	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
18	61	1	2	2	1	3	1	2	2	2	3	3	3	2	2	3	4	2	4	2	4	4	3	4	2	1	2	2	3	4	4	2	1	2	3	3	3	3	3	3	
19	60	2	1	1	1	3	3	2	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	4	2	2	2	4	3	3	3	3	4	

20	74	2	1	3	2	3	2	2	1	1	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	4	5	4	3	4	4	3	4	1	3	1	1	2		
21	72	1	1	3	1	2	3	1	1	2	4	4	3	4	5	4	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	1	3	3	4	1	3	4	4	3	3		
22	66	2	2	2	1	4	2	1	1	1	3	3	4	4	3	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	4	2	4	4	3	4	3	3	3	3	2	1	3	1	
23	63	1	1	3	3	2	1	2	2	1	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
24	68	2	1	2	2	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
25	73	1	1	4	1	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4		
26	77	2	2	3	1	3	3	2	1	1	4	2	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
27	71	2	1	2	1	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	1	3	2	2	1	2	2	3	4	2			
28	69	1	1	1	3	4	1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	3	1	1	1	2	1	2	3	1	2	2	2	3	2	3	2	
29	62	2	2	2	1	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	2	3	3	4	1	3	1	1	2	3		
30	80	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	1	2	3	2	3	2	3	2	3	2	4	3	4	3	1	3	3	1	3	4	4	3	3	4		
31	78	2	1	3	2	2	3	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	4	4	2	1	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	1	
32	73	1	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	4	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	4	1	3	1	1			
33	72	2	2	3	1	3	4	1	2	1	4	4	3	4	4	3	4	5	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	5	4	3	4	3	3	3	3		
34	67	2	1	1	1	3	3	2	1	1	3	3	4	3	3	4	4	3	3	1	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	4	4	3	3	1	3	4	3	3	3		
35	63	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	4	2	3	4	2	4	2	4	4	3	2	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	2	2	3	3		
36	79	2	1	5	1	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
37	77	1	2	3	1	3	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
38	63	1	1	4	2	3	3	2	2	2	4	3	2	4	3	2	3	3	4	3	1	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	
39	62	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2	1
40	69	2	1	3	1	3	3	1	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
41	74	1	2	3	1	2	2	2	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	4	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
42	79	2	1	2	2	1	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	5	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
43	68	1	2	2	1	3	1	1	2	2	1	1	2	3	3	3	1	1	1	2	3	3	3	3	2	2	1	3	1	1	2	3	3	3	1	1	3	2	3	3		
44	66	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	1	3	3	2	4	1	1	2	3	4	3	4	3	2	4	3	2	2	1	3	3	2	4	1	3	3	4	4		
45	69	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2	1	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	1	5	2	3	3	3	3		

46	63	1	1	2	1	4	2	2	1	1	2	4	3	3	3	3	2	2	1	3	4	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	4		
47	68	2	2	3	1	3	3	1	2	1	4	3	3	4	3	4	3	2	4	3	1	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	4	3	4	3	2	2	3	3	3	
48	69	1	1	4	2	2	1	1	1	2	3	1	3	3	3	4	3	4	3	3	1	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	2	1	5
49	70	2	1	2	1	3	3	2	2	1	3	4	4	3	4	3	4	3	1	3	1	1	2	3	3	2	2	2	3	2	4	3	4	3	4	3	1	3	3	2	
50	66	1	2	3	1	3	2	1	2	2	3	2	1	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	1	1	2	2	3	1	2	3	4	3	
51	63	2	1	3	2	4	3	2	2	1	3	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	4	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3
52	79	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	4	3	2	4	3	2	1	3	2	1	2	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3
53	72	2	2	2	1	3	2	2	2	2	3	3	2	3	4	3	3	2	1	1	3	3	3	2	2	1	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2
54	68	2	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	4	3	2	4	3	1	2	3	3	3	1	1	1	2	3	1	3	3	
55	73	2	1	4	2	2	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	1	1	3	3	2	4	1	1	2	3	2	4	3	
56	73	1	2	2	1	2	3	1	1	1	3	2	1	3	1	1	4	3	3	3	3	4	3	4	3	1	3	1	3	3	2	1	2	2	2	1	3	3	2	2	
57	72	2	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2	3	3	3	3	4	3	2	1	4	1	1	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	4	4	3	1	
58	67	2	1	2	2	4	2	1	1	1	2	4	2	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	4	3	4	3	2	4	3	1	4	2	3	
59	63	2	1	1	1	3	3	1	1	1	3	2	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3	4	1	3	4	3	4	3	2	2		
60	79	1	1	3	1	2	3	1	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3	3	4	3	1	3	3	3	1	1		
61	77	2	2	2	2	3	3	2	1	1	2	2	1	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	3	2	1	3	3	1	3	2	3	1	2			
62	63	2	1	3	1	2	3	2	2	1	1	2	4	3	3	3	2	2	3	3	3	1	1	1	2	3	3	3	3	2	1	1	1	3	1	4	3	2	2	2	
63	62	1	1	1	2	4	2	1	1	1	3	2	1	3	2	3	2	1	3	3	2	4	1	1	2	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	3	1	1	1	
64	74	2	1	2	1	3	3	1	1	2	2	1	1	4	3	2	4	3	3	2	1	2	2	2	1	3	2	3	2	1	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	
65	78	1	1	3	2	3	3	2	2	1	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	4	3	4	2	4	3	2	4	2	2	2	1	1	1	2	

**ANEXO 07**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES												
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son las características de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar las características de la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016.</p>	<p><b>Hipótesis Descriptivas</b> <b>Ho1:</b> La proporción de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016 según nivel de calidad de vida (buena, regular, deficiente) no son diferentes.  <b>Hi1:</b> La proporción de adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2016 según nivel de calidad de vida (buena, regular, deficiente) son diferentes.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">VARIABLE PRINCIPAL</th> <th style="text-align: center;">DIMENSIONES</th> <th style="text-align: center;">INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><b>Caracterización de la calidad de vida</b></td> <td style="text-align: center;">Bienestar Emocional</td> <td style="text-align: center;">Bueno Regular Deficiente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Bienestar Material</td> <td style="text-align: center;">Bueno Regular Deficiente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Bienestar Físico</td> <td style="text-align: center;">Bueno Regular Deficiente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Social</td> <td style="text-align: center;">Bueno Regular Deficiente</td> </tr> </tbody> </table>	VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES	<b>Caracterización de la calidad de vida</b>	Bienestar Emocional	Bueno Regular Deficiente	Bienestar Material	Bueno Regular Deficiente	Bienestar Físico	Bueno Regular Deficiente	Social	Bueno Regular Deficiente
VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSIONES	INDICADORES													
<b>Caracterización de la calidad de vida</b>	Bienestar Emocional	Bueno Regular Deficiente													
	Bienestar Material	Bueno Regular Deficiente													
	Bienestar Físico	Bueno Regular Deficiente													
	Social	Bueno Regular Deficiente													
<p><b>Problemas específicos:</b> ¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores en estudio?</p>	<p><b>Objetivos específicos:</b> Identificar las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar emocional de los adultos mayores en estudio.</p>	<p><b>Ho2:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional (buena, regular, deficiente) no son diferentes.  <b>Hi2:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional (buena, regular, deficiente) son diferentes.</p>													



<p>¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores en estudio?</p>	<p>Describir las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar material de los adultos mayores en estudio</p>	<p><b>Ho3:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar material (buena, regular, deficiente) no son diferentes.  <b>Hi3:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar material (buena, regular, deficiente) son diferentes.</p>	
<p>¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores en estudio?</p>	<p>Conocer las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar físico de los adultos mayores en estudio.</p>	<p><b>Ho4:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar físico (buena, regular, deficiente) no son diferentes.  <b>Hi4:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar físico (buena, regular, deficiente) son diferentes.</p>	
<p>¿Cuáles son las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores en estudio?</p>	<p>Evaluar las características de la calidad de vida en la dimensión bienestar social de los adultos mayores en estudio.</p>	<p><b>Ho5:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar social (buena, regular, deficiente) no son diferentes.  <b>Hi5:</b> La proporción de adultos mayores según nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar social (buena, regular, deficiente) son diferentes.</p>	

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Descriptivo simple</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Según el análisis, alcance de resultados e intervención del investigador:</b> Observacional.</li> <li>- <b>De acuerdo a la planificación de la recolección de datos:</b> Retrospectivo.</li> <li>- <b>Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio:</b> Transversal</li> <li>- <b>Según el número de variables de estudio:</b> Descriptivo</li> </ul> <p><b>Diseño de estudio:</b></p> <p>El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el diseño de tipo descriptivo simple como se presenta en el siguiente esquema.</p> <p style="text-align: center;"><math>n_1 \longrightarrow O_1</math></p> <p><b>Dónde:</b></p> <p><math>n_1</math> = Muestra de adultos mayores</p> <p><math>O_1</math> = Descripción de las características de la calidad de vida de los adultos mayores</p>	<p><b>POBLACION MUESTRAL</b></p> <p>Por ser una población de estudio pequeña se optó por considerar dentro del estudio a todos adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto mayor del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, por lo que la población quedará conformada por 75 adultos mayores</p>	<p><b>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:</b></p> <p>Guía de entrevista de características sociodemográficas de la muestra en estudio Escala de Calidad de Vida Whoqol Bref.</p> <p><b>ANÁLISIS DE DATOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Análisis descriptivo:</b> Se detallarán las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajó (categórica o numérica), asimismo se tendrá en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Además se emplearán figuras para facilitar la comprensión en cada caso, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible; para tal efecto se determinará las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana.</li> <li>• <b>Análisis inferencial.</b> Para la contratación de las hipótesis se realizará un análisis univariado utilizando la prueba no paramétrica del chi cuadrado de comparación de frecuencias con un nivel de significancia <math>p \leq 0.05</math>. Para el procesamiento de los datos se utilizará el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.</li> </ul>