



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD
CALLAO, CALLAO - 2016**

PRESENTADO POR

**MENDOZA GONZÁLES, NANCY MARLENE
RONCAL CUADRADO, KATHERINE**

ASESOR

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

Los Olivos, 2018



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL
CENTRO DE SALUD CALLAO, CALLAO - 2016**

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

PRESENTADA POR:

MENDOZA GONZÁLES, NANCY MARLENE
RONCAL CUADRADO, KATHERINE

ASESOR:

MATTA SOLIS, HERNÁN HUGO

LIMA - PERÚ

2018

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO:

Mg. Segundo Germán Millones Gómez
Presidente

Dra. Rosa Eva Pérez Sigvas
Secretario

Mg. Maria del Pilar Balladares Chávez
Vocal

Dr. Matta Solis Hernán Hugo
Asesor

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL
CENTRO DE SALUD CALLAO, CALLAO - 2016**

Dedicatoria

A nuestro padre Dios, quien nos ilumina y nos bendice. Asimismo, a nuestro asesor quien nos ha impulsado a continuar cada día a pesar de las dificultades que se han presentado. Finalmente, a nuestra familia y a todas las personas que estuvieron en cada momento.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA..... 13

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 14

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 20

1.3 OBJETIVO 20

1.3.1 Objetivo general 20

1.3.2 Objetivos específicos 20

1.4 JUSTIFICACIÓN..... 20

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 22

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD 23

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 26

2.2.1 Internacional..... 26

2.2.2 Nacional 29

2.3 MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL 32

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA..... 47

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... 48

3.2 POBLACIÓN..... 48

3.3 VARIABLE 49

3.3.1 Definición conceptual 49

3.3.2 Definición operacional..... 49

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 49

3.4.1 Técnica de recolección de datos 49

3.4.2 Instrumento de recolección de datos 49

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos.....	55
3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos	55
3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento	55
3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	56
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
3.7.1 Principio de la autonomía.....	57
3.7.2 Principio de beneficencia y no maleficencia.....	58
3.7.3 Principio de justicia	58
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	59
4.1 RESULTADOS	60
4.2 DISCUSIÓN.....	65
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
5.1 CONCLUSIONES	71
5.2 RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	78

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao - 2016.....	60
Gráfico 2.	Calidad de vida en dimensión de salud física del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao - 2016.....	61
Gráfico 3.	Calidad de vida en dimensión de salud psicológica del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao - 2016...	62
Gráfico 4.	Calidad de vida en dimensión de relaciones sociales del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao - 2016...	63
Gráfico 5.	Calidad de vida en dimensión ambiente del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao - 2016.....	64

Índice de anexos

Anexo A	Instrumento Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF...	79
Anexo B	Tabla de conversión de puntajes brutos a puntajes transformados.....	82
Anexo C	Matriz de operacionalización de la variable.....	84
Anexo D	Consentimiento informado.....	88
Anexo E	Proceso de validación del instrumento WHOQOL-BREF mediante el juicio de expertos.....	89
Anexo F	Respuesta del comité de ética en investigación.....	100
Anexo G	Coordinación con el Centro de Salud Santa Fe para la prueba piloto.....	101
Anexo H	Solicitud de permiso para la prueba piloto.....	102
Anexo I	Proceso de la prueba piloto en el Centro de Salud Santa Fe.....	103
Anexo J	Tabla de resultados de la prueba piloto.....	104
Anexo K	Proceso de recolección de datos en el Centro de Salud Callao.....	105
Anexo L	Cuadro de fechas para la recolección de datos.....	106
Anexo M	Pasos para sacar las tablas en el SPSS.....	107
Anexo N	Solicitud aprobatoria de la DIRESA-Callao para la recolección de datos en el Centro de Salud Callao.....	112
Anexo O	Proceso de la recolección de datos en el Centro de Salud Callao.....	114
Anexo P	Gráficos complementarios.....	118

Resumen

El estudio de investigación titulado “Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao-2016”, tuvo como **Objetivo:** Determinar la Calidad de Vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016. **Material y método:** Es un estudio descriptivo de corte transversal, contando con una población de 120 adultos mayores. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario que mide la calidad de vida (WHOQOL BREF) y como técnica fue la encuesta. **Resultados:** Los resultados que se obtuvo indicaron que la calidad de vida del adulto mayor es media con 44.2% y con respecto a sus dimensiones tenemos: la dimensión física fue baja con 52.5%; dimensión salud psicológica es alta con 59.2%; dimensión relaciones sociales es alta con 53.3% y dimensión ambiente es media con 58.3%. **Conclusiones:** Llegamos a la conclusión que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida media seguida de calidad de vida baja, con respecto a sus dimensiones tenemos que en la dimensión salud física del adulto mayor predomina la calidad de vida baja, la dimensión psicológica y la de relaciones sociales fue alta y por último la dimensión ambiente del adulto mayor fue media.

Palabras clave: Calidad de vida, adulto mayor.

Abstract

The research study entitles “Quality of life of Senior Citizen of the Callao Health Center, Callao-2016”, was aimed to determine the quality of life of the elderly in the Callao Health Center, Callao - 2016. **Material and method:** It is a descriptive cross-sectional study, with a population of 120 senior citizens. The instrument used was a questionnaire which test the quality of life (WHOQOL BREF) and a survey as a technique. **Results:** The results achieved showed that the quality of life of the elderly is the average with 44.2% and regarding to its dimensions we have: the physical dimension was low with 52.5%; Psychological health dimension is high with 59.2%; social relations dimension is high with 53.3% and environment dimension is the average with 58.3%. **Conclusion:** We reached the conclusion that there is a clear predominance of senior adults who perceive an average quality of life, concerning its dimensions we found that in the physical health dimension of the older adult predominates the low quality of life, in the psychological and social relations dimension was high and finally the environment dimension of the older adult was medium.

Key words: Quality of life, elderly

Introducción

Hoy en día, en cualquier parte del mundo nos encontramos con un incremento poblacional de personas mayores en comparación de años anteriores que era menor; y que este crecimiento se está acelerando en países en desarrollo por la transición demográfica, ya que la población juvenil disminuye, la población mayor aumenta y el cambio que se origina en la pirámide.

Hacia el 2050, la pirámide actual sufrirá cambios. Hoy hay más jóvenes y en los próximos años les tocará enfrentar el envejecimiento, lo que significará que habrá más personas adultas mayores, teniendo como mayor porcentaje en mujeres.

Cada persona requiere de múltiples necesidades e interdependientes y que al satisfacerlas van a condicionar la llamada calidad de vida logrando un bienestar social que implica un desarrollo económico, riqueza familiar e individual, buena salud, longevidad individual, calidad y cantidad de servicios médicos especializados, satisfacción de necesidades y deseos, la existencia de la llamada felicidad y todo ello se trabaja en conjunto para lograr o mantener una calidad de vida óptima.

Para contribuir como futuras profesionales de enfermería queremos lograr un saludable envejecimiento y una vejez satisfactoria; tenemos el deber de trabajar y de fortalecer los niveles de prevención mediante acciones como es la promoción, prevención asistencia y rehabilitación, y no solo en el adulto mayor sino también en su entorno como es la familia, la comunidad y el personal de salud.

El presente trabajo de investigación está conformado por cinco capítulos:

El capítulo I, constituido por el problema, dividiéndose en el planteamiento del problema, formulación de la pregunta, los objetivos y justificación. El capítulo II, contiene el marco teórico a su vez el marco contextual histórico social de la realidad, antecedentes de la investigación y marco teórico-conceptual. El capítulo III, está comprendido por la metodología, abarcando el tipo y diseño de investigación, población, variable, técnica e instrumento de recolección de datos, proceso de recolección de datos, técnicas de procesamiento y métodos de análisis de datos y aspectos éticos. El

capítulo IV, consta de los resultados y discusión. El capítulo V, consta de las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente presentamos la referencia bibliográfica y los anexos.

Esperamos que este trabajo de investigación sirva a nuestro Centro de Salud Callao para saber cuál es la calidad de vida de los adultos mayores y sobre la base de los resultados se pueda mejorar o implementar programas para la atención integral del adulto mayor.

Las autoras

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como sabemos, el envejecimiento de la persona es un proceso gradual y adaptativo caracterizándose por la disminución de respuesta homeostática (equilibrio que le permite al organismo mantener un adecuado funcionamiento), debido a los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, propiciadas por la edad y al desgaste acumulado que se enfrenta el organismo en el proceso de su historia del individuo en un entorno determinado.

Se está viviendo a pasos acelerados el envejecimiento a nivel mundial, entre los años 2000 y 2050, estas cantidades de la población adulta mayor se duplicará, pasando del 11% al 22%. Cada segundo dos personas cumplirán 60 años en el 2012, representando 58 millones con el 10% de la población. Estimándose de aquí a 7 años la cifra será del 15% (1 200 millones), duplicándose en el 2050, lo cual constituirá la cuarta parte de la población (1) (2).

Sabemos que el envejecimiento es un proceso que enfrenta el organismo de cada persona debido a distintos cambios que se enfrentan a lo largo de la historia, que mundialmente es de forma acelerada y que para los próximos años tendremos muchos adultos mayores.

Estos cambios que se viven a nivel mundial, extendiéndose de igual manera en América Latina y el Caribe, sucederá también en países en desarrollo. En el 2015, en México, existían 13.4 millones de personas mayores, pronosticándose que en el 2050 será el 30% (27.7 millones). Otros países que incrementarán su población son Guatemala (34 millones en 2020), Belice (677 000 en 2096), Bolivia (18 millones en 2091) y Ecuador (25 millones en 2081) (2) (3).

La comunidad de personas mayores se ve reflejada a nivel mundial, pasando del porcentaje actual al que se espera en los próximos años siguientes y continuará incrementándose en otros países, llegando el envejecimiento a todo el planeta.

En países de bajos y medianos ingresos, se observa una reducción de mortalidad en las primeras etapas de vida durante la infancia y nacimiento como también disminución de enfermedades infecciosas. En países de ingresos altos, hay notable incremento de esperanza de vida, debido, sobre todo, al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (4).

El envejecimiento poblacional se debe a los cambios demográficos que se están produciendo: el descenso de la mortalidad en la infancia y nacimiento; y también el descenso de las enfermedades infecciosas, dando como resultado el incremento de esperanza de vida.

Los adultos mayores son vulnerables a distintas enfermedades crónicas como alteraciones auditivas y visión, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de fármacos, deterioro cognitivo, depresión, dependencia, problemas para caminar y carencia en apoyo social, dolores crónicos, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, la cual se privan de llevar una vida independiente por problemas de movilidad, necesitando asistencia a largo plazo, trayendo consecuencias como la incomunicación, dependencia, soledad y angustia (5) (6).

Se han registrado un 4% y el 6% de personas mayores que han padecido de abusos y maltratos que trae consecuencias graves como lesiones físicas, psicológicas que aumentarán dado que en muchos países se vive el envejecimiento rápido (7).

A medida que las personas envejecen aumentan más las probabilidades de padecer varias afecciones al mismo tiempo y ser vulnerables a todo tipo de problemas o enfermedades que les dificulta a los adultos mayores de poder vivir activamente; también que en casi todo el mundo sufren de algún tipo de maltrato ya sea físico como psicológico.

En casi todas las regiones del mundo, no acceden a su derecho de salud originado por la presencia de barreras físicas y financieras, marginación a ellos, escasez de servicios idóneos y sobre todo a la ignorancia acerca de sus propios derechos, por lo que no acceden a los servicios de salud, encontrándose lejos de sus hogares demandando mucho tiempo, dinero y esfuerzo para llegar y sobre todo los profesionales de salud no tienen un

trato amable con ellos ya que les falta capacitación para afrontar las necesidades de la población adulta mayor (8).

En países como el nuestro, esta situación se da a menudo, la precarización de la economía familiar y de los servicios públicos como el de salud y los sociales no están diseñados para brindar asistencia oportuna y de calidad al adulto mayor.

Actualmente, existen carencias con respecto a la preparación adecuada para afrontar los problemas que son ocasionados por el envejecimiento poblacional, especialmente el Perú, donde los sistemas de sanidad no se encuentran bien diseñados para satisfacer las necesidades de ellos. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ha identificado cuatro problemas como: la ausencia de políticas públicas de salud, carencia de sistemas de salud idóneos para recibir y atender correctamente a las personas mayores, carencia de recursos humanos capacitados para la atención al adulto mayor y la ignorancia de la población para tratar a este grupo etario (9).

Hoy en día, en Perú, no se les brinda una asistencia integral adecuada para los adultos mayores, ya que sus necesidades de ellos son muy especiales por su misma vejez y que requieren de atención especializada por personas profesionales que estén capacitados en atender a este grupo vulnerable como son los adultos mayores.

En el Perú, según el registro del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los habitantes de adultos mayores, en el año 2015, representó el 10% (3 millones), donde 1.6 millones son de mujeres adultas mayores y 1.4 millones, de hombres adultos mayores. Indican que para el año 2025 constituirán el 12% al 13%. Además, al año 2050 se proyecta que serán 8.7 millones (10) (11).

Existen grandes cambios demográficos como la estructura de edad y sexo de la población. En los años 50 la estructura poblacional estuvo compuesto básicamente por los niños. Así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años y en el año 2016 eran 28 (12).

En el Perú, la esperanza de vida era a los 43 años durante la década de los 50 y 65, según reporte de la OPS. El 2010 acrecentó a 71 años y en el año 2017 subió a 75 años. En los años 2050 aumentará a 78 años (9).

En nuestro país se ve reflejado el desarrollo del envejecimiento poblacional de personas mayores, debido a los grandes cambios demográficos que se está experimentando. Antiguamente, la esperanza de vida era de muy pocos años y se calcula a un futuro habrá posibilidad de poder vivir más años.

Se han registrado, en 226 centros de emergencias, más de 2000 denuncias sobre la violencia ejercida hacia los adultos mayores en la actualidad, obteniéndose el 27% de violencia física, y el 71% violencia psicológica, como: insultos, gritos, humillaciones, burlas y amenazas. Existen un porcentaje de 44% de violencia psicológica ejercida por los hijos o las hijas y 24% de los casos de violencia física (13).

Existen altos porcentajes de violencia hacia el adulto mayor ya sea tanto física como psicológica que se experimenta en casi todo el país, donde la mayoría son ejercidos por los propios hijos dentro de la familia, trayendo como consecuencias en su salud en todos sus aspectos y que perciban baja valoración de su calidad de vida.

Según estadísticas, se tienen un adulto mayor como jefe/a de hogar con un 25.1% existiendo más mujeres que hombres. Teniendo un porcentaje de 33.6% son mujeres y 22.2% son varones (12).

Aún sigue habiendo adultos mayores que se encargan del hogar, convirtiéndose en los jefes velando por sus seres queridos, siendo más mujeres que varones.

Si bien el Perú cuenta con un marco normativo y políticas públicas, así como un Plan Nacional y una Ley del Adulto Mayor, su implementación es lenta debido a que el presupuesto del Estado es demasiado bajo para darle la calidad de vida que requieren. En nuestro país el porcentaje de adultos mayores que tiene un seguro social es solo del 25% y pese a ello, ese seguro no le cubre una residencia pública y mucho menos privada. El 70% de la

población, no cuenta con un seguro social y de ellos solo el 2% o 5% posee un seguro privado (14).

El estado peruano no está preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional ni sus consecuencias, por más políticas y leyes que existan, sigue habiendo discriminación e inequidades para ellos y no están cumpliendo en brindarles una mejor calidad de vida que ellos requieren, tampoco no cuentan con un seguro que los ayude en sus dificultades que puedan presentar a lo largo de su vejez.

Los asilos o casas hogares en el Perú, son en su mayoría de muy mala calidad y en las privadas, que son muy pocas, el precio es excesivamente caro. Existen normas de cómo debe ser el funcionamiento de cada casa de reposo u asilo, pero el propio Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), que debería controlarlos, tiene dificultades para supervisar el cumplimiento de la ley. “Es por eso que cuando uno va a la mayoría de centros de reposo se da con la sorpresa de que son casas adaptadas, con instalaciones sucias. A veces se llega incluso a encontrar a adultos mayores amarrados, que padecen maltratos y sobreviven sin atención de calidad” (14).

Muchas veces se evidencia que asilos o casa hogar son de baja precariedad, teniéndoles en las peores condiciones de salubridad a estos adultos mayores, sumado a los maltratos que ellos padecen por los cuidadores que se supone que deberían cuidarlos, ocasionándoles problemas psicológicos como también físicos.

Actualmente, la provincia Callao tiene una población de 1 010 315 habitantes, donde el 11% (111 178) representa la población adulta mayor, teniendo los siguientes distritos: Callao 51 114; Ventanilla 27 809; Bellavista 14 034; la Perla 11 527; Carmen de la Legua 5 722 y La Punta 972 adultos mayores (15).

Al visitar el establecimiento de salud donde se desarrolló el estudio, observamos que no hay un servicio de geriatría ni profesionales especialistas en esta área (médicos y enfermeras), al conversar con la médico jefe del establecimiento de salud refiere: “Lamentablemente carecemos de recursos

humanos óptimos para atender a dicho grupo poblacional vulnerable”, además agrega: “A pesar de que acuden al establecimiento de salud una gran cantidad de adultos mayores y que esta cifra va aumentando cada año, no contamos con personal que pueda atender sus problemas de salud en toda su dimensión, a lo mucho podemos brindarles un servicio de consulta que solo ven los aspectos físicos o de alguna enfermedad muy puntual, pero en cuanto a una atención integral con respecto a su salud mental, familiar, o algún programa que esté orientado a favorecer sus estilos de vida y calidad de vida, no lo tenemos”.

Al conversar con la asistente social ella nos refiere con respecto a esta problemática: “Que si hacen algunos esfuerzos para poder reunir a este grupo de adultos mayores, pero esto no es suficiente, debido a que no contamos con recursos humanos financieros para poder brindarles un servicio integral”; además, señala que “incluso he observado que ni siquiera se les brinda una atención preferencial que deben de tener ellos en comparación con otros pacientes, ellos esperan igual su turno como cualquier otro paciente”.

Ante lo señalado planteamos las siguientes interrogantes:

¿El Ministerio de Salud, a través de su establecimiento del primer nivel de atención está preparado para atender la problemática de salud integral del adulto mayor?

¿Existen recursos humanos capacitados en los establecimientos del primer nivel de atención para atender integralmente al adulto mayor?

¿Cuentan con programas los establecimientos del primer nivel de atención de salud que estén orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores?

¿Las familias están preparadas y educadas para brindar las condiciones mínimas y necesarias para un adulto mayor?

Ante eso nos planteamos desarrollar el siguiente estudio: “Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao - 2016”.

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016?

1.3 OBJETIVO

1.3.1 Objetivo general

Determinar la Calidad de Vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la Calidad de Vida en su dimensión de salud física del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016.
- Determinar la Calidad de Vida en su dimensión psicológica del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016.
- Determinar la Calidad de Vida en su dimensión de relaciones sociales del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016.
- Determinar la Calidad de Vida en su dimensión ambiente del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día tenemos altos porcentajes de crecimiento poblacional de adultos mayores, la cual se ve reflejado en el Centro de Salud Callao de la Microred Santa Fe que constituye la mayor población de 3 110 adultos mayores en comparación al Centro de Salud José Boterín y Santa Fe. También buscamos generar conocimientos acerca de la situación actual sobre la calidad de vida de ellos.

Haciendo una revisión de las literaturas científicas, se puede observar que existen pocos trabajos que abordan esta problemática del adulto mayor, la mayoría de ellos se enfocan más en estudiar la prevalencia de sus enfermedades y aspectos recuperativos dejando de lado los aspectos preventivos y promocionales que son muy importantes.

Otro aspecto que pudimos evidenciar en la búsqueda bibliográfica es que en la jurisdicción del establecimiento de salud callao no existen estudios sobre la problemática del adulto mayor, la cual podemos afirmar que existe una carencia en esta temática, nuestro aporte será llenar ese conocimiento vacío.

Los resultados del estudio serán socializados con las autoridades del Centro de Salud Callao y de la región con la finalidad de evaluar e implementar algunos programas orientados a favorecer sus condiciones de salud y calidad de vida a este grupo vulnerable.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 PROVINCIA CONSTITUCIONAL CALLAO

A. Evolución histórica de Callao

En el año 1537, los españoles fundaron Callao y dos años anteriores se fundó Lima en 1535, convirtiéndose en el puerto principal para el comercio. Se dispuso la creación un 20 de agosto de 1836 por el presidente Andrés de Santa Cruz, durante la Confederación Perú-Boliviana. Se le dio el nombre de Provincia Constitucional durante el gobierno de Ramón Castilla el 22 de abril de 1857. Se construye alrededor de la península, el distrito de La Punta, siendo el Castillo de Real Felipe su fortaleza histórica y cuenta con islas de San Lorenzo, El Frontón, los Cavinzas y Palominos, donde numerosos leones marinos y aves marinas viven en un ecosistema casi virgen (16).

B. Ubicación, límites y extensión

Se ubica en la costa central del país, limitando por el norte, este y sureste con el departamento de Lima y el suroeste con el Océano Pacífico, siendo Callao la provincia más pequeña y la más poblada, teniendo como extensión 147 km² (17).

Constituido por siete distritos como: Bellavista, La Perla, Ventanilla, Carmen de la Legua, La Punta, Callao y Mi Perú (18).

C. Factores climáticos

En las estaciones de verano presenta un promedio de 30⁰C, descendiendo a 14⁰C en invierno con un 94% de humedad. La humedad en Carmen de la Legua es de 90%; en Ventanilla, 97%, en Callao, 91%; en La Perla, 94%; en la Punta, 96%; en Bellavista, 92% y en Mi Perú, 74%, relacionándose con las enfermedades respiratorias (18).

D. Población y su caracterización

La población era de 890 887 personas en el año 2007, según estadísticas del INEI, significando un incremento de 37.1% en comparación del año 1993. Dependerá de muchos factores para la tasa de crecimiento de una población como la cantidad de nacidos, muertes, migraciones, entre otros. Se estima que la población ascenderá a 955 385 habitantes y en el 2025 llegaría a 1 151 132 en el 2011 (19).

En el año 2015 contó con una población de 1 010 315, según datos del MIMP, representando el 11% de adulto mayor (111 178). Abarcando con la mayor población de adultos mayores con 51 114 (15).

Como podemos observar, el envejecimiento está llegando a todas partes del Perú, siendo el distrito del Callao donde mayor se registra de población de los adultos mayores.

E. Educación

Según el Censo de 1993, la tasa de analfabetismo (población mayor de 15 años a más que no sabe leer ni escribir) fue del 19%, mejorando el indicador a 12% (Censo Nacional del año 2007) desfavoreciendo a las mujeres con 15%. Según estimaciones del INEI, en el año 2014 la tasa de analfabetismo fue de 6.3 (con un mayor predominio en las mujeres de 9.6). En la región Callao, de acuerdo al INEI y Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), la tasa de analfabetismo en el año 2015 fue de 2.0%, siendo esta tres veces menor al promedio nacional. Con respecto a sus distritos como: Ventanilla y Carmen de la Legua Reynoso, presentan las mayores tasas de analfabetismo siendo esta de 1.9% en ambos casos (20).

A nivel educativo la población ha mejorado, donde antes se evidenciaba mayores índices de analfabetismo sobre todo en mujeres, ha ido disminuyéndose encontrándose en bajo porcentaje y esto va ir desapareciendo con el pasar de los años.

F. Vivienda y saneamiento básico

Según la ENAHO 2013 las viviendas de Lima y Callao cuentan con paredes, pisos, techo, ladrillo o cemento con un porcentaje de 84.2%, piso de cemento 51.8%, techos con concreto armado 69.9%, también techos de calaminas un 20%. Se considera que toda vivienda improvisada con características inapropiadas que de alguna manera pueden afectar la salud de las personas (20).

El material inapropiado de las viviendas ya sea de adobe, esteras, quincha, etc., pueden generar la aparición de patologías respiratorias, dermatológicas para las personas, ya que es allí donde se aloja los ácaros y otros microorganismos.

2.1.2 CENTRO DE SALUD CALLAO

A. Reseña histórica

En 1935, el Callao crea los servicios Antituberculosos y Antivenéreos en el Perú, los que entran a funcionar activamente a partir del año 1938. Desde el sismo de 1937, se hizo gestiones para la construcción de un nuevo local, que aparentemente corría el riesgo de caerse, es así que en 1980 se construyó un pequeño local en la calle Canchones Nro 294 de la Urb. Tarapacá por gestiones de la Sociedad Patriótica Tarapaqueña. Fue así que días antes del 27 de noviembre de 1981 se notificó el traslado y se realizó, atendiendo a la población en general hasta ahora (21).

B. Ubicación, límites y extensión

El Centro de Salud Callao tiene categoría de I-2 sin internamiento, ubicándose por la calle Canchones N° 294 de la Urb. Tarapacá. Limita con:

- Norte: Avenida Argentina entre las cuadras 29 y 60
- Sur: Avenida Colonial entre las cuadras 30 y 55
- Oeste: Avenida Santa Rosa
- Este: Urb. Colonial

Cuenta con una extensión de 700m² con un área constituida de 450m² (21).

C. Infraestructura, servicios y programas

Presenta una moderna infraestructura, contando con los servicios básicos como agua, desagüe, luz y teléfono (21).

Brinda servicios asistenciales intramurales y extramurales como también programas; pero no cuentan con servicio de Geriátrica ni programas ni club del adulto mayor.

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 Internacional

Flores Villavicencio, María Elena; Troyo Sanromán, Rogelio y Vega López, María Guadalupe; en la ciudad Jalisco – México, en el año 2010; realizaron un estudio de “Calidad de vida y Salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara”, con el objetivo de medir la calidad de vida, salud física y mental de las personas mayores, el método utilizado fue cuantitativo, conformada por 333 adultos mayores en Guadalajara, Jalisco. Utilizaron como técnica la encuesta y la herramienta fue: WHOQOL-BREF constituido por 4 dimensiones.

Obteniendo las siguientes conclusiones:

Los adultos mayores presentaron 60.1% de buena calidad de vida, los que se sentían satisfechos un 43.5% y los insatisfechos 13.2%. Con respecto las patologías que más prevalecían, eran las enfermedades respiratorias 22.3%, hipertensión 55.4%; también se identificó con 66.3% de salud mental buena y 33.3% de alterada. Llegando a la

conclusión que la calidad de vida y la salud lo determina la edad, género y las condiciones de la vivienda (22).

Gálvez de Gómez, Sandra Yanira y Henríquez Mezquita, Moisés Eleazar; en la ciudad de Llopango-Salvador, en el año 2014, realizaron un estudio titulado: “Calidad de Vida del Adulto mayor de la Unidad Médica de Llopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de septiembre 2013 a marzo 2014”, con el objetivo de encontrar hallazgos que pueden ser de utilidad para el desarrollo de discusión y reflexión en los diferentes actores sumergidos en la preparación y utilización de tácticas e interés social, económica y sanitario, utilizo el método de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con una población de 200 adultos mayores que pertenecían en consulta externa recogándose una muestra de 131 personas. Se aplicó como técnica la encuesta y el instrumento del cuestionario de WHOQOL-BREF y otros instrumentos. Obteniendo los siguientes resultados:

Enfermedades crónicas degenerativas con 73%. No evidencia problemas de capacidad de desplazamiento. El 78% están solos y percibe poco apoyo familiar con 21%, llegando a la conclusión: La gran cantidad de adultos mayores padecen enfermedades que se asocian al síndrome metabólico relacionándose directamente con los estilos de vida y que actualmente se busca modificar para garantizar una buena calidad de vida, teniendo como red de apoyo social a la familia que genera un bienestar físico y emocional, pero los estados de decaimiento aumentan en esta edad (23).

Sigüenza Pacheco, María Belén; Sigüenza Pereira, Carlos Andrés y Sinche Cedillo, Nabila Gabriela; en la ciudad de Cuenca-Ecuador, en el año 2014, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca, 2013”, con el objetivo de establecer la Calidad de vida de las personas mayores en las parroquias. Se utilizó el método de tipo cuantitativo, descriptivo,

contando con 350 adultos mayores de población. Aplicaron la encuesta y el instrumento WHOQOL-BREF. Obteniendo los siguientes resultados:

Donde la edad media es los 74 años, también que la calidad de vida normal dio con 61.27% y al menos 1 de cada 4 adultos mayores obtuvo calidad de vida mala. El 48.3% satisfecho con su salud, 44.9% poco satisfecho y el 2.6% muy insatisfecho. Llegando a la conclusión que muchos de las personas mayores tienen calidad de vida buena o aceptable sin evidenciarse puntajes extremos, en el dominio ambiente con puntajes menores (24).

Segarra Escandon, Marco Vinicio, en la ciudad de Cuenca-Ecuador, en el año 2017, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay 2015-2016”, teniendo como objetivo determinar la relación entre calidad de vida y funcionalidad familiar. Es un estudio cuantitativo transversal y cualitativo de tipo etnográfico, con una población de 146 adultos mayores, utilizaron la encuesta y el cuestionario de WHOQOL-BREF. Obteniendo los siguientes resultados:

Un 45.9% en dimensión Física y 26% alta satisfacción sumando estas dos categorías nos da un 71.9% quedando un 28.1% para una baja calidad de vida. Dimensión Psicológica se concentró nivel medio y alto con 76.7% y 23.3% con baja calidad de vida. Dimensión Relaciones Sociales entre alta y media satisfacción alcanzan el 74% y 26% en baja. Dimensión Entorno se obtuvo nivel medio con 60.3% y nivel alto un 16.4% dándonos un concentrado de 76.7% por lo que el nivel de baja alcanzó un 23.3%. Llegando a la conclusión que no se han registrado estudios en el país acerca de la temática de las personas de la tercera edad y que muchos son descriptivas, que no hay ningún

relacionado con la funcionalidad familiar ni el tipo de familia (25).

2.2.2 Nacional

Candiotti Guzmán, Cynthia Fiorella, en la ciudad de Lima-Perú, en el año 2013, realizó un estudio titulado: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria HNERM - 2013”, con el objetivo de determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor. Se utilizó el método cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con 44 pacientes adultos mayores. Se aplicó la encuesta y el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS. Obteniendo los siguientes resultados:

El 100% (44) de pacientes adultos mayores, el 25% (11) tienen una autopercepción desfavorable de su calidad de vida; el 43.2% (19) es medianamente favorable y 31.8% (14) es favorable. Llegando a la conclusión que el porcentaje mayor fue medianamente favorable seguida por autopercepción favorable (26).

Espino García, Maribel y Zarate Valenzuela, Jacqueline; en la ciudad de Lima-Perú, en el año 2015, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, Rímac – 2013”, con el objetivo de identificar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores. Utilizó el método cuantitativo con 83 adultos mayores. Se utilizó la encuesta y el instrumento de WHOQOL-BREF. Obteniendo los siguientes resultados:

En el dominio físico es 41.55% baja, mientras que en lo psicológico se refleja un 42.7% baja, en lo social un 22% bajo, y el ambiental refleja un 51.2% bajo. Llegando a la conclusión que su calidad de vida es baja (27).

Infanci3n Ortiz, Maribel y P3rez Quispe, Elizabeth, en la ciudad de Lima-Per3, en el a3o 2015, realizaron un estudio titulado: “Calidad de Vida del adulto mayor en el Club Social de la Tercera edad los Triunfadores de Las Lomas de Villa de Anc3n - Anc3n 2013”, con el objetivo de describir las caracter3sticas generales de la calidad de vida del adulto mayor. Utilizaron el m3todo cuantitativo, descriptivo con 100 individuos. Se aplic3 la encuesta utilizando el WHOQOL-BREF. Obteniendo los siguientes resultados:

En su dimensi3n f3sica se muestra el mayor porcentaje de adultos mayores encuestados se encuentra con baja calidad de vida con un 55%, siendo el grupo de las mujeres el de mayor prevalencia con un 33% y teniendo como dato que aquellos adultos mayores que no recibieron ning3n tipo de educaci3n o solo recibieron educaci3n de nivel primaria son los que m3s se ven afectados en esta dimensi3n. En la dimensi3n psicol3gica se muestra con bajo nivel de calidad de vida en su salud psicol3gica un 51%, asimismo tambi3n se observ3 que el sexo femenino es el de mayor prevalencia como bajo con un 32%, tambi3n se observa que su calidad de vida mejora seg3n su estado civil y su nivel educativo. En la dimensi3n social muestra que el 100% tiene una calidad de vida baja. Y por 3ltimo la dimensi3n ambiental muestra un 55%. Llegamos a la conclusi3n que el grupo estudiado pertenece mayoritariamente a mujeres, con una calidad de vida bajo tanto en el f3sico, psicol3gico y social mientras que en el entorno o ambiente con una calidad de vida regular (28).

C3ceres L3pez, Maribel; Mar3n Honorio, Mar3a y Remache Tucno, Mar3a; en la ciudad de Lima-Per3, en el a3o 2015, realizaron un estudio de “Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Club Coronas de Gloria del distrito de Comas – 2013”, con el objetivo de identificar la calidad de vida del adulto mayor. El m3todo utilizado fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal con una poblaci3n de 120 adultos mayores. Se

aplicó la encuesta utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF, aprobado por la OMS. Obteniendo los siguientes resultados:

Acorde con los objetivos generales la calidad de vida del adulto mayor se obtuvo un resultado de 66.7%. En lo específico se obtuvo en la dimensión física el resultado de 56.7%, en la dimensión psicológica se obtuvo el resultado de 60.0%, en la dimensión de relaciones sociales el resultado de 46.7%, en la dimensión ambiental el resultado de 69.2%. Se concluyó que los adultos mayores del Club Coronas de Gloria tienen un nivel de calidad de vida media (29).

Pablo García, Jessica Perla, en la ciudad de Lima-Perú, en el año 2016, realizaron un estudio titulado: “Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales, Los Olivos-Lima 2016”, con el objetivo de determinar la calidad de vida del adulto mayor. El método que se utilizó es cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo con 150 adultos mayores. Utilizaron la encuesta y el instrumento de WHOQOL-BREF, obteniendo los siguientes resultados:

Calidad de vida baja o mala 46%, seguido por un 41.3% presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7%, presentan una calidad de vida buena. Con respecto a sus dimensiones, se registraron calidad de vida media o regular en la Salud física un 64.7%, Salud Psicológica un 48%, Relaciones Sociales un 52.7% y Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala, llegando a la conclusión que existe mayor predominio de Calidad de Vida bajo o malo (30).

2.3 MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL

2.3.1 ADULTO MAYOR

A. Definición

Persona mayor a 65 años que se divide por edades de menor (65 a 74 años), mediana (de 75 a 84 años) y tercero de mayor (de 85 en adelante) (31).

Se considera adulto mayor que tiene 60 años o más, según la OPS, tomando en cuenta la esperanza de vida y las condiciones presentes en el envejecimiento (32).

Adulto o anciano están clasificadas por edades: 60-74 años (tercera edad); 75-89 años (cuarta edad); 90-99 años (longevos) y más de 100 años (centenarios) (33).

En nuestro país hay una ley N° 28803 del año 2006 que determina que adulto mayor es a partir de 60 años al igual que la Resolución 50/141 de 1996 de la Organización de las Naciones unidas (ONU). El término envejecimiento es toda etapa del ser humano que se va acrecentando con los años, donde se denota desgaste de procesos fisiológicos y mentales que termina con la muerte (34).

En cuanto a los diferentes conceptos expuestos, nos quedamos con la Organización Mundial de la Salud, considerándolo al adulto mayor de 60 años a más divididos por categorías.

B. Categorías

Encontramos categorías o tipos del adulto mayor de diferentes literaturas, que lo detallaremos a continuación:

Según el Ministerio de Salud se clasifica en:

- **Adulto mayor activo saludable:** No presentan signos ni síntomas de alguna patología aguda ni antecedentes de riesgos, con examen físico normal.

- **Adulto mayor enfermo:** Padecen de alguna patología aguda o crónica con distintos grados de gravedad que no son invalidante.
- **Adulto mayor frágil:** Se caracteriza por cumplir 2 o más condiciones: más de 80 años, es dependiente parcial, con deterioro cognitivo leve o moderado, síntomas depresivo, riesgo social, caídas, más de tres patologías, consumo de más de tres fármacos, hospitalización en los últimos 12 meses, Índice de masa corporal (IMC) menos de 23 o mayor de 28.
- **Paciente geriátrico complejo:** Presenta más de tres condiciones: más de 80 años, presencia de patologías crónicas, deterioro cognitivo severo, problemas sociales en relación con su salud y con neoplasia avanzada (35).

Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, se clasifica en:

- **Anciano sano:** Persona en edad avanzada sin ninguna enfermedad, donde existe la conservación de la capacidad funcional con independencia de realizar sus actividades básicas y no evidencia problemas mentales ni sociales.
- **Anciano enfermo:** Presenta enfermedad aguda. Se caracteriza en acudir a consulta por alguna patología, no presentan otras enfermedades. Son atendidos en las especialidades médicas de los servicios sanitarios.
- **Anciano frágil:** Mantiene su independencia de manera precaria encontrándose alto riesgo de dependencia. Son las que presentan varias enfermedades de base. Algunos de estos procesos son (infecciones, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.).
- **Paciente geriátrico:** Se caracteriza por presentar varias patologías de base crónica y evolucionada la cual se evidencia discapacidad de forma evidente, con dependencia para realizar sus actividades básicas como el autocuidado, teniendo la necesidad de ayuda por otras personas (36).

Según el Diplomado en Salud Pública de Barraza R., Andrea

- Adulto mayor autovalente, que tiene la capacidad de realizar sus actividades diarias.
- Adulto mayor autovalente con riesgo, que es susceptible a la discapacidad con alguna patología crónica.
- Adulto mayor dependiente con restricción o ausencia física o funcional que le imposibilita desempeñar actividades diarias.
- Adulto mayor postrada o terminal que es incapaz de realizar sus actividades diarias con restricción física y mental (37).

En cuanto a lo expuesto por los autores sobre las categorías del adulto mayor, consideramos la más apropiada del Ministerio de Salud, obteniendo características de cada uno de ellas.

C. Derechos de los adultos mayores

Presenta los siguientes derechos a:

- Tener una vida digna con igualdad de oportunidades.
- Recibir apoyo ya sea familiar y socialmente que es necesaria para su autoestima garantizándole una vida saludable.
- Recibir capacitación y programas de educación, con la participación de ellos mismos.
- Accesibilidad a los servicios sanitarios, transporte y actividades de cultura y recreación.
- Protección contra toda explotación donde no se respete su integridad física y emocional.
- Ejecutar labores acorde con su capacidad física o intelectual, no permitiendo la explotación.
- Obtener información apropiada y oportuna.
- No a la discriminación en ningún lugar público o privado (38).

Los adultos mayores no solo tienen la Declaración Universal de Derechos Humanos, sino también los derechos constitucionales, civiles, penales, derechos de seguridad social, derechos de pensiones,

que deben ser respetados y que se apliquen a todos por igual, ya que son seres humanos como nosotros.

D. Teoría de enfermería relacionada con el adulto mayor

Distintos autores que nos refieren a cerca de la Teoría de Jean Watson:

Para el cuidado en la conservación o restablecimiento de la salud, así como el proceso de su muerte; lo aplica la enfermería. También nos dice que las intervenciones de enfermería se basa en la relación de enfermera-persona y del paciente-persona teniendo en cuenta su comportamiento, necesidades, fuerza o límites y por ello tener empatía (39).

El termino cuidar, Watson nos dice que es prioridad del ser humano; el cuidado profesional es ordenado, formalizado y determinado para satisfacción de las necesidades básicas teniendo como objetivo promoción, mantenimiento o recuperación de la salud, ya que todo cuidado responde a una necesidad, teniendo metas explícitas, se apoya en un contexto epistemológico, se formaliza y se desarrolla mediante técnicas que son aprendidas para la formación profesional de enfermería (40).

Watson habla acerca de conceptos de la teoría del Cuidado Humano:

- **Interacción enfermera- paciente**

La enfermería busca proteger, mejorar y preservar la dignidad humana involucrando el compromiso en el cuidar, conocimientos, acciones de cuidados como consecuencias, valores y voluntad. Se refiere al cuidado como un vínculo o interrelación, entre dos personas (enfermera- paciente).

- **Campo fenomenológico**

La enfermera ingresa al entorno del paciente y es allí donde se inicia el cuidado respondiendo a la condición del ser como su espíritu y alma, al igual que el paciente expone sus sentimientos.

- **Relación de cuidado transpersonal**

Se da la unión espiritual entre dos personas que se trascienden como el tiempo, persona y espacio o vivencias de vida de cada uno. Permitiendo que ambos ingresen al campo fenomenológico del otro.

- **Momento de cuidado**

Es aquel momento que se le llama espacio y tiempo donde existe la relación entre la enfermera y el paciente para darse el cuidado humano. La enfermera para Watson, es el dador del cuidado, como también debe de estar actualizada en sus propios conocimientos y ser auténtica estando en el momento de cuidado con su paciente (41).

También, nos dice que la persona es un ser en el mundo, que tiene tres pilares primordiales como es el alma, cuerpo y espíritu, que al relacionarse estas tres esferas se logra que los adultos mayores consiga la armonía, también se basa sobre el amor incondicional y los cuidados que son esenciales para la supervivencia de los mismos y que el cuidado humanizado se ve relacionado en la promoción y restablecimiento de la salud, favoreciendo en prevenir diversas patologías, ya que estos adultos mayores requieren de estos cuidados de manera holística promoviendo su salud y su calidad de vida.

Otra teoría que relacionamos nuestro trabajo de investigación es la de Nola Pender, titulada de la Universidad de Michigan EE.UU. como licenciada de enfermería, con su modelo de Promoción de la Salud, planteando que para promover el estado de salud óptima de las personas era un objetivo que se puede lograr con las acciones preventivas por ello es que este modelo tiene el fin de modificar conductas de las personas, como las actitudes y motivaciones que promoverá su salud; para que esta conducta se transforme tiene que haber relación entre los factores personales y del entorno beneficiando una conducta saludable dentro de su comunidad, la idea de salud en su enfoque de Pender parte de un componente altamente eficiente,

complaciente y humanitario, tomando a la persona como un ser integral, investigando sus estilos de vida, fortalezas, debilidades y sus capacidades para la toma de decisiones en relación a su salud y vida (42) (43).

La conducta es de mucha importancia en este ejemplar, ya que englobamos los conocimientos y experiencias que se logran a lo largo del tiempo, la cual se aprende y lo difundimos de familia a otra afectando sus creencias sobre su salud, las prácticas de su autocuidado, comportamientos y utilización de los servicios sanitarios.

Este modelo se basa en sustentos teóricos como es la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta, reconoce que los aspectos psicológicos influyen en su comportamiento de las personas y la motivación para lograr ello tenemos que tener la intención concreta, definida y clara para conseguir la meta planeada aumentando la probabilidad de llegar al objetivo. Por ello es que la promoción de la salud forma parte de una actividad clave en la participación de los profesionales de enfermería que nos permitirá conocer aquellos comportamientos de las personas y llevar a cabo intervenciones de enfermería que permitirá mejorar la salud generando cambios que ayuden a evitar enfermedades y por ende obtener una calidad de vida óptima (43).

E. Rol del profesional de enfermería en el cuidado del adulto mayor

Es un proceso evolutivo normal el envejecimiento, que surgen cambios en el adulto mayor, convirtiéndole en una persona de alta vulnerabilidad a distintas patologías, por lo cual reflejan la necesidad de que ellos reciban un cuidado integral por parte de un profesional de salud como es la enfermera que esté capacitado en atender a sus necesidades que requieren.

El enfermero es experto para lograr la responsabilidad en la asistencia integral del adulto mayor por sus cualidades que presenta como: la

paciencia, calidez, sencillez y transparencia, basándose en el conocimiento científico (44).

La enfermera requiere de creatividad para la implementación de planificar cuidados especializados, donde el adulto mayor es un ser único e individual inseparable a sus dimensiones, como también un ser integral que se debe tener presente y como ente principal de su atención (45).

La enfermera planifica los cuidados del adulto mayor contando con la familia que es el soporte para su recuperación trabajando por un motivo común: el bienestar en su entorno (46).

El rol del profesional de enfermería se desempeña en varias funciones; enfocándose en el cuidado holístico al adulto mayor, en conservación o recuperación de su la salud, logrando llevar a cabo las tareas que les permitan ser independientes.

2.3.2 ENVEJECIMIENTO

A. Definición

Proceso que se da desde el nacimiento donde a los 30 años alcanza la plenitud surgiendo cambios de procesos catabólicos que superan a los anabólicos, existiendo pérdidas de los mecanismos de reserva del organismo determinando la vulnerabilidad a cualquier tipo de agresión, implicando mayores probabilidades de padecer patologías y morir. La terminología envejecer es distinto a enfermarse, si bien es cierto la denominación tercera edad aparece diversas patologías que estas asociadas a las pérdidas de funciones la cual determinara el grado de compromiso del adulto mayor, también se debe de tomar en cuenta los aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, acompañado de factores ambientales que se vinculan con la actividad física, alimentación y factores de riesgo que la persona está

inmerso, en lo laboral, tabaco, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas (47).

Sabes que todo ser humano pasara por este proceso que es natural e inevitable como también es progresivo, dinámico e irreversible en el que intervienen factores como psicológico, biológico social y ambiental (32).

En el envejecimiento surgen diversos cambios como físico, mental, individual y colectivo que se van definiendo conforme las personas se encuentren mayores, pero hay que entender como proceso natural, inevitable, como etapa de vida apta para continuar creciendo y aprendiendo (48).

Otro concepto que tenemos aparte de lo mencionado es universal, declinante, continuo y heterogéneo, ocurriendo cambios psicosociales resultante de la interacción de otros factores como genética, social, cultural y la presencia de enfermedades (37).

En los seres humanos el envejecimiento se asocia a la pérdida de funciones a nivel neural y muscular como también al rendimiento que van relacionadas con la fuerza y la potencia muscular causando pérdidas de masa de los músculos esquelético denominado sarcopenia y cambios musculares. Todo esto tiene implicancias a nivel funcional, como la disminución en la marcha, caídas, y reducción de actividades de la vida diaria (AVD). Todo ello tributa a la dependencia y disminución en su calidad de vida (49).

En cuanto a lo expuesto en las diversas definiciones, escogemos el tercer concepto, donde nos menciona que el envejecimiento es algo natural e inevitable que empieza a partir del nacimiento hasta lo largo de la vida, caracterizando por los múltiples cambios de la persona.

B. Características

Encontramos en las diversas literaturas características del envejecimiento que lo detallaremos a continuación:

- Es universal, porque se aplica a todos.
- Es progresivo, por ser un proceso acumulativo.
- Es dinámico, que es cambiante y evolutivo.
- Es irreversible, no se detiene, revierte y es definitivo.
- Es declinante, hay deterioro del organismo en cuanto a sus funciones gradualmente hasta llegar a la muerte.
- Es heterogéneo e individual, por lo que no sigue un patrón establecido porque cada especie presenta sus propias características y varía de persona a persona. Y por ello es esencial que el personal de salud tenga en cuenta esos detalles y no pueda pretender que todos los adultos mayores responderán la misma forma en las intervenciones preventiva-promocional o de rehabilitación, que podamos realizarles (37).

Las características con respecto al adulto mayor son muy diferentes a otros, porque no todos responderán a la misma manera sobre su envejecimiento.

C. Teorías del envejecimiento

- Envejecimiento programado, es aquello donde los órganos envejecen teniendo en cuenta a su patrón de desarrollo natural establecido.
- Desgaste natural, por el envejecimiento continuo.
- Inmunológica, disminución en la respuesta inmune entre los antígenos externos.
- Radicales libres, hay lesiones irreversibles en la célula.
- Sistema, deterioro de la función del sistema neuroendocrino.

- Genética, en la réplica celular hay pérdida de pequeña porción de ADN provocando la muerte de la célula (37).

El envejecimiento se basa en diversos mecanismos ya sean internos, externos o mezclados que nos explica la causa de estos procesos la cual el adulto mayor envejece.

D. Cambios normales del envejecimiento

Implica muchos cambios morfológicos y fisiológicos en los tejidos, por ello existen diferentes autores que lo clasifican a continuación:

- **Envejecimiento renal**

Hay evidencia de pérdida parénquima renal con un 10% de los 40 años. Las edades de 40 o 50 años el peso renal son de 250-270 gramos y a los 70 o 90 años reduce a 180-200 gramos.

- **Envejecimiento cardiovascular**

a. **Envejecimiento arterial**, hay cambios en las arterias de conducción de la pared arterial (diámetro mayor a 300 micrómetros) que pueden originar una hipertensión arterial.

b. **Envejecimiento cardiaco**, hay reducción en la capacidad y fisiología del corazón al ejercicio.

- **Envejecimiento cerebral**

Así mismo sucede el cerebro desciende progresivamente su masa en relación al envejecimiento, aproximadamente un 5% asociándose al aumento del volumen de líquido cefalorraquídeo.

- **Envejecimiento muscular**

Los cambios que surgen con la edad dependerá tener una adecuada masa muscular y por ello la independencia de sus funciones; cuando existe una pérdida progresiva de dicho musculo esquelético sumado a la falta de práctica física como lentitud de la marcha, disminución de movilidad se le denomina síndrome sarcopenia (50).

Estos procesos del envejecimiento generan cambios en el adulto mayor en todo su organismo como, por ejemplo, sus órganos vitales comienzan a perder algo de funcionalidad a medida que ellos envejecen durante la adultez, a nivel de todas sus células del cuerpo afectando todas sus funciones, que son esenciales para la buena salud.

2.3.3 CALIDAD DE VIDA

A. Definición

Revisando diversas literaturas, encontramos mucha variedad en cuanto a su definición. Lo detallamos a continuación:

Es un sistema multidimensional que toma en cuenta elementos económicos, sociales, psicológicos, de salud, laborales, de desarrollo personal, entre otros (51).

El concepto multidimensional de la calidad de vida está incluido el estilo de vida, el empleo, vivienda, satisfacción en la escuela y la situación económica, conceptualizándose como un sistema de valores, estandarizados variando de persona a persona, obteniendo el bienestar que ellos pueden experimentar representando el conjunto de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (52).

Existen otros elementos importantes que constituyen el concepto calidad de vida:

- Especificidad, presentan características específicas que intervienen factores propios como es el retiro laboral, patología crónicas en aumento, cambios en estructuras familiares, disfuncionalidad y roles sociales.
- Multidimensional, hoy en día se puede entender que las personas de la tercera edad como algo complejo, ya que en su bienestar influye muchos aspectos como económicos, salud, apoyo familiar,

funcionalidad, grado de participación en la sociedad, entre otros determinando su calidad de vida.

- Aspectos objetivos, son indicadores observables que pueden ser medidos en la realidad; con los que cuenta la persona como servicios de salud, patologías, acceso a bienes, nivel de renta y relación de familiares.
- Aspectos subjetivos, son valoraciones, juicios y sentimientos de la persona de la tercera edad en relación a su vida, como: búsqueda de trascendencia, aceptar cambios, sensación de bienestar y discriminación, entre otros (53).

En cuanto a lo expuesto en las diferentes definiciones sobre la calidad de vida, decimos que es un sistema multidimensional en la cual donde hay un equilibrio es sus aspectos generando en el adulto mayor logre la felicidad en todo su proceso de existencia.

B. Dimensiones

- **Salud física**

En esta área se valora las capacidades funcionales atribuibles al estado de salud físico. Distinguimos entre salud física con valoraciones en términos de condiciones física, síntomas, enfermedad, ejercicio y capacidad de autocuidado (54).

Presenta los siguientes indicadores:

- a. **Dolor:** Es una sensación subjetiva propia del adulto mayor, ya que él lo puede manifestar, lo que nosotros ya suponemos.
- b. **Dependencia de medicinas:** las personas de la tercera edad son los grandes consumidores de medicamentos, ya sea por sus diversas patologías que presentan o porque se auto médica, exponiéndose a riesgos que puedan requerir hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, mayor frecuencia de caídas y consumo de servicios de salud.
- c. **Energía para la vida diaria:** La energía en nuestra vida es uno de los factores más importante ya que es tan indispensable como cualquier órgano de nuestro cuerpo.

- d. **Movilidad:** Son aquellos que se incorporan en sus actividades cotidianas o domésticas, que realiza el adulto mayor.
- e. **Sueño y descanso:** Son fundamentales para la salud que nos permitirá una mejor calidad de vida; si faltara ello se evidenciaría disminución en la concentración y de participar en sus actividades cotidianas.
- f. **Actividades de la vida diaria:** Están destinadas para el cuidado del cuerpo.
- g. **Capacidad de trabajo:** Se produce con la edad propio del adulto mayor donde se concentra en los sistemas músculo-esquelético y cardiovascular, corporal, sensoriales y sistema nervioso y por ello esta capacidad se irá deteriorando.

- **Psicológica**

Tiene que ver con el estado afectivo y cognitivo, siendo el temor, la ansiedad, aislamiento, pérdida de autoestima, creencias personales, espirituales - religiosas (23).

Presenta los siguientes indicadores:

- a. **Sentimientos positivos:** Son sentimientos del adulto mayor, que se basa en la satisfacción de la persona misma.
- b. **Espiritualidad, religión, creencias personales:** Tiene que ver en la parte psicológica de la persona al relacionarse con los demás, propósito de seguir viviendo, crecimiento como persona, integración a comunidades religiosas.
- c. **Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración:** Los adultos mayores propios de su edad van perdiendo esa capacidad en la retención de la memoria al igual que su aprendizaje y de concentración.
- d. **Imagen corporal:** Es la manera como el adulto mayor se siente con respecto a todo su cuerpo, es lo que piensa cuando se miran a sí mismo.
- e. **Autoestima:** es un sentimiento valorativo, de sí mismo.

f. **Sentimientos negativos:** Son sentimientos de crisis y tensiones almacenadas, a las se enfrentan pudiendo ser detonador de algún problema mental.

- **Relaciones sociales**

Percepción del adulto mayor ante las relaciones interpersonales, sociales, apoyo familiar y social, interacción de médico - paciente y el desempeño laboral (23).

Presenta los siguientes indicadores:

- a. **Relaciones personales:** en este punto se fortalece en lo físico y mentalmente, obteniendo sensación de bienestar y calidad de vida.
- b. **Actividad sexual:** permite la creación en la intimidad y expresar los sentimientos hacia su pareja. A medida que los adultos mayores envejecen, su salud sexual cambia.
- c. **Apoyo social:** constituido por diferentes redes sociales es un derecho del adulto mayor y es importante que ellos cuenten con redes sociales de calidad, las cuales faciliten el apoyo social necesario.

- **Ambiente**

Es aquel entorno que rodea al adulto mayor y su interacción con ella, en donde viva (23).

Presenta los siguientes indicadores:

- a. **Libertad y seguridad:** Es un derecho de todo adulto mayor de vivir libremente en cuanto a sus pensamientos y decisiones al igual que se deben de sentir seguros a cualquier parte donde ellos se dirijan.
- b. **Ambiente físico:** Es el entorno donde está inmerso el adulto mayor, en el cuidado de las áreas en las que ellos pasan la mayor parte de su tiempo.
- c. **Recursos económicos:** Tienen que contar con seguridad económica para que disfruten un envejecimiento con dignidad e independencia, satisfaciendo sus necesidades, que les

permita tomar decisiones y participar activamente en la vida, cumpliendo sus roles importantes dentro de sus familias.

- d. **Oportunidad de información:** Deben tener la oportunidad de ser informado ante cualquier situación porque ellos también pueden decidir qué es lo mejor para el mismo.
- e. **Ocio y descanso:** La actividad recreativa y ocio genera bienestar de ellos.
- f. **Hogar:** El hogar donde estos adultos mayores residan ya sean con su familia o en una casa hogar, deben de estar satisfechos en donde se encuentren
- g. **Atención sanitaria/social:** La atención que debe de recibir el adulto mayor es de carácter integral, de acción multidisciplinaria y coordinadora de la asistencia al adulto mayor.
- h. **Trasporte:** La problemática de movilidad del adulto mayor en el transporte público es un tema que debe atenderse de forma especial.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo y transversal.

Es cuantitativo por lo que se utilizó un instrumento que permitió la recolección de datos de forma numérica, abarcando el cuestionario de WHOQOL-BREF, que permite valorar la calidad de vida de los adultos mayores. No experimental, por que no se manipuló la variable. Es decir se observaron los fenómenos de la población en su contexto natural, que luego se analizaron. Es descriptivo porque se describió uno o más características de nuestra población de estudio y transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único (55).

3.2 POBLACIÓN

Estará constituida por todas las personas mayores que se atienden en el Centro de Salud Callao, siendo un total de 120, cumpliendo con los siguientes criterios:

3.2.1 Criterios de inclusión

- Personas adultos mayores que estén dispuestos a participar.
- Personas adultos mayores que presenten historia clínica en el Centro de Salud Callao.
- Personas adultos mayores que estén en capacidad física y mental en responder al momento de recolectar los datos.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Personas adultos mayores con discapacidad mental para responder una entrevista.
- Personas adultos mayores que no cuenten con historia clínica en el Centro de Salud Callao.
- Personas adultos mayores que no hayan firmado su consentimiento informado.

3.3 VARIABLE

VARIABLE: Calidad de vida

DIMENSIONES: Salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente

3.3.1 Definición conceptual

Es un sistema multidimensional que toma en cuenta elementos económicos, sociales, psicológicos, de salud, laborales, de desarrollo personal, entre otros.

3.3.2 Definición operacional

Es un sistema multidimensional del adulto mayor en el Centro de Salud Callao que toma en cuenta elementos económicos, sociales, psicológicos, de salud, laborales, de desarrollo personal, entre otros, además también abarca en sus dimensiones de salud física, psicológico, relaciones sociales y ambiente, la cual será medida con el cuestionario WHOQOL-BREF.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Técnica de recolección de datos

Se utilizó la Encuesta que se aplicó a los adultos mayores. Se basa en recopilar datos por medio de un cuestionario que es el conjunto de preguntas ya estructuradas para medir nuestra variable.

3.4.2 Instrumento de recolección de datos

En los años 90 – 99, la Organización Mundial de la Salud congregó a investigadores de 33 países entre ellos Argentina, Panamá, España y Brasil para la elaboración de un cuestionario de medición de la calidad de vida que esté adaptado a diferentes regiones. En ese proceso se construyó el WHOQOL-100 constituido por 100 ítems y otro el WHOQOL- BREF que es un abreviado del WHOQOL-100 contando con

26 ítems. Cada pregunta presenta cinco opciones de respuesta tipo Likert donde para cada dominio se obtiene puntajes de 0 a 100, donde el puntaje mayor será mejor su calidad de vida. Los siguientes dominios son:

Dominio 1: Salud Física (7 ítems): encontramos dependencia a los fármacos, energía para la vida diaria, dolor, movilidad, sueño y descanso, capacidad de trabajo, actividades de la vida diaria.

Dominio 2: Psicológico (6 ítems): que son los sentimientos positivos, sentimientos negativos, espiritualidad, religión, creencias personales, aprendizaje, pensamiento, memoria, concentración, imagen corporal, autoestima.

Dominio 3: Relaciones sociales (3 ítems): son relaciones personales, actividad sexual, apoyo social.

Dominio 4: Ambiente (8 ítems): libertad y seguridad, ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información ocio y descanso, hogar, atención sanitaria/social, transporte.

No necesita mucho tiempo para contestar y de fácil comprensión lo que le hace factible, demorándose en 15 a 20 minutos aproximadamente (56).

Para calcular se debe seguir el siguiente algoritmo:

- A. Verificar que los 26 ítems tengan puntaje de 1 a 5.
- B. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26.
Por ejemplo, si en la pregunta 3 resulta como puntaje 4, entonces el resultado se hallará: $6-4$ (puntaje de la pregunta 4) es igual a 2.
- C. Calculando puntajes por dominio: la sumatoria total de la puntuación obtenida por cada dominio se saca la media y se multiplica por 4.
 - **DOM 1:** Suma $(P3+P4+P10+P15+P16+P17+P18) \times 4$.
 - **DOM 2:** Suma $(P5+P6+P7+P11+P19+P26) \times 4$.
 - **DOM 3:** Suma $(P20+P21+P22) \times 4$.
 - **DOM 4:** Suma $(P8+P9+P12+P13+P14+P23+P24+P25) \times 4$.

- D. Luego se llevará a la tabla los puntajes brutos para obtener los puntajes transformados.
- E. El resultado obtenido permite determinar la calidad de vida baja, media o alta (57).

Validez – confiabilidad del WHOQOL-BREF

En Chile su trabajo de investigación: Calidad de Vida y Envejecimiento, de la Universidad de Domyko, participaron 1 520 adultos mayores voluntarios en las distintas comunas de la provincia de Santiago, donde se clasificaron por niveles socioeconómicos, seleccionando al azar dos comunas para luego organizar la invitación de los participantes, la cual se les explicaron a los participantes que accedían a participar tenían que firmar un consentimiento informado, protocolo de la investigación. Siendo aprobada por el Comité de Ética del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Teniendo un alpha de Cronbach 0.88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0.87-0.88 siendo un instrumento muy bueno (48).

Proceso de validación del instrumento

Validación de contenido

El cuestionario de WHOQOL-BREF fue evaluado mediante el juicio de expertos siendo un método de validación que permite la verificación de la fiabilidad de nuestra investigación, la cual fue integrada por 6 expertos especializado en el tema de estudio. Ellos cumplieron una labor fundamental de analizar cada ítem para eliminar, incorporar o modificar para formar la versión final del instrumento. A continuación, presentamos los siguientes expertos:

Experto 1:

Nos entrevistamos con la licenciada Enfermera Vivas Durand Teresa del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el día 03 de agosto, para

solicitarle cooperación en el proceso de validación del instrumento, aceptándonos el documento.

Experto 2:

Nos entrevistamos con la licenciada Enfermera y Docente Tuse Medina Rosa del Hospital Emergencia de Grau - EsSalud, el día 05 de setiembre, para solicitarle su aportación en el proceso de validación del instrumento, aceptándonos el documento.

Experto 3:

Nos entrevistamos con la licenciada Enfermera – Jefe Jara Niquin Susana del Centro de Salud Laura Caller, el día 01 de setiembre, para solicitarle colaboración en el proceso de validación del instrumento, aceptándonos el documento.

Experto 4:

Nos entrevistamos con el Médico en Salud Familiar y Comunitaria Matta Solis Eduardo del Centro de Salud Materno Infantil Laura Rodríguez D., el 29 de agosto, para solicitarle colaboración en el proceso de validación del instrumento, aceptándonos el documento.

Experto 5:

Nos entrevistamos con la licenciada Enfermera (encargada de la Etapa Adulto Mayor) Yachachin Rodríguez María del Centro de Salud Callao, el día 15 de agosto, para solicitarle la cooperación en el proceso de validación del instrumento, aceptándonos el documento.

Experto 6:

Nos entrevistamos con el Médico Geriatra Herrera Morales Antonio, el día 07 de setiembre, para solicitarle colaboración en el proceso de validación del instrumento, aceptándonos el documento.

Una vez evaluado el cuestionario de WHOQOL-BREF por los expertos, presentamos en el siguiente cuadro los puntajes de cada criterio de evaluación de cada experto, obteniendo el promedio final de la validez de nuestro instrumento:

Experto	Cargo	Institución	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia
Vivas Duránd Tereza	Enfermera	Hospital Nacional Cayetano Heredia	Bueno	Aceptable	Bueno	Bueno	Aceptable
Tuse Medina Rosa	Docente - Enfermera Asistencial	Hospital Emergencias Grau – EsSalud	Aceptable	Aceptable	Aceptable	Deficiente	Aceptable
Jara Niquin Susana I.	Enfermera - Jefa	Centro de Salud Laura Caller	Bueno	Excelente	Excelente	Excelente	Excelente
Matta Solis Eduardo P.	Médico en Salud Familiar y Comunidad	CSMI Laura Rodriguez D.	Excelente	Bueno	Bueno	Excelente	Excelente
Yachachin Rodriguez Maria	Enfermera (Responsable de la Etapa Adulta Mayor)	Centro de Salud Callao	Bueno	Excelente	Bueno	Bueno	Excelente
Herrera Morales Antonio	Médico Geriatra	Hospital Nacional Sergio E. Bernales	Aceptable	Bueno	Aceptable	Bueno	Bueno

Experto	Cargo	Institución	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	total
Vivas Duránd Tereza	Enfermera	Hospital Nacional Cayetano Heredia	85%	75%	85%	85%	75%	81%
Tuse Medina Rosa	Docente - Enfermera Asistencial	Hospital Emergencias Grau - EsSalud	75%	75%	75%	35%	75%	67%
Jara Niquin Susana I.	Enfermera - Jefa	Centro de Salud Laura Caller	85%	95%	95%	95%	95%	93%
Matta Solis Eduardo P.	Médico en Salud Familiar y Comunidad	CSMI Laura Rodriguez D.	95%	85%	85%	95%	95%	91%
Yachachin Rodriguez Maria	Enfermera (Responsable de la Etapa Adulta Mayor)	Centro de Salud Callao	85%	95%	85%	85%	95%	89%
Herrera Morales Antonio	Medico Geriatra	Hospital Nacional Sergio E. Bernales	75%	85%	75%	85%	85%	81%
TOTAL								84%

Criterios de Evaluación	Porcentaje %	Promedio
Deficiente	0 - 69%	65%
Aceptable	70 - 80%	75%
Bueno	80 - 90%	85%
Excelente	90 - 100%	95%

Obteniendo los resultados finales WHOQOL-BREF tiene una validación “Buena”; con promedio final de 84%.

Prueba piloto

Se coordinó con el Médico Jefe Doris Chunga Ruiz de la Micro Red Santa Fe para realizar la prueba piloto, que consiste en recolectar datos a través de un cuestionario de investigación llamado WHOQOL-BREF, escogiendo treinta personas adultos mayores de su jurisdicción, aceptando nuestro pedido, presentamos los requisitos solicitados por el Médico Jefe, llegando al acuerdo de poder realizarlo.

Se aplicó las encuestas a 30 personas adultos mayores durante 1 semana para luego vaciar todos los datos al programa IBM SPSS Statistics 23, obteniendo la siguiente tabla, ver anexo J.

Confiabilidad

Para la estimación de la fiabilidad del instrumento se utilizó el alfa de Cronbach, cuando el resultado se acerca más de 1 el alfa será mayor la consistencia interna de las preguntas analizadas.

El coeficiente alfa de Cronbach calculado se obtuvo 0.816. Según, George y Mallery presento la siguiente tabla para la evaluación de los coeficientes de alfa de Cronbach:

>.9	excelente
>.8	bueno
>.7	aceptable
>.6	cuestionable
>.5	pobre
<.5	inaceptable

El instrumento de WHOQOL-BREF tiene un coeficiente alfa >.8 considerando como buena.

3.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Fase 1: Autorización para recolección de datos

Primeramente, se coordinó con la escuela de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades para que nos facilite una carta de presentación, luego de obtener la carta nos dirigimos a la Diresa - Callao, para entregar dicho documento en mesa de partes. Después de un mes nos entregaron el permiso para realizar la recolección de datos en el Centro de Salud Callao, lo cual se entregó una copia a la Médico Jefe, ver en el anexo K.

3.5.2 Fase 2: Coordinación para recolección de datos

Una vez obtenido el permiso, conversamos con la Médico Jefe Danitza Manchego Llerena, para la coordinación de los días que aplicaremos las encuestas a los adultos mayores, ver anexo L.

3.5.3 Fase 3: Aplicación del instrumento

Se realizó la aplicación de la encuesta, nos presentamos con las personas adultos mayores, donde se les acerca del estudio que estamos realizando y las instrucciones de cómo responder las preguntas, después entregamos el consentimiento informado para que firmen y acepten libremente la aplicación del instrumento.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Luego de concluida el proceso de recolección de datos, se revisaron los instrumentos para verificar su codificación y correcto llenado. Los datos se ingresaron a una matriz en Microsoft Excel 2013, para luego ser exportado al paquete estadístico IBM SPSS Statistics Base v23.0, en el cual se procesaron. Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de datos, la cual se obtuvo tablas y gráficos para la interpretación. Se muestra los pasos en el SPSS de manera gráfica, ver anexo M.

- A. Click en el “Menú”, luego click en “Tablas personalizadas” y nuevamente click en “Tablas personalizadas”.
- B. En la ventana que aparece, a la izquierda, seleccionar la última variable (la que está después de la variable Ambientales), y arrastrar con el mouse al costado de la barra que tienen el nombre de Fila.
- C. Luego hacer click en el botón “Estadísticos de resumen”.
- D. En esta ventana seleccionar con doble click “% del N de columna”, y luego click en el botón “Aplicar a selección”.
- E. Luego click en el botón “Categorías y tablas”, en la ventana que aparecerá, seleccionar la opción “Total”, el cual está en la parte intermedia derecha de la ventana, tal como se muestra en la imagen siguiente, y luego click en el botón “Aplicar”
- F. Finalmente, click en el botón “Aceptar”
- G. Y el SPSS elaboro el resultado siguiente, el cual es la tabla que aparece en el Excel entregado, en la hoja calidad de vida general. Para las tablas de las demás dimensiones se sigue el mismo procedimiento.

Confiabilidad

Se analizaron los datos para sacar la confiabilidad y nos arrojó la siguiente tabla:

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	120	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	120	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,752	24

El coeficiente alfa de Cronbach calculado con la recolección de datos fue de 0.752. Considerando aceptable el instrumento de WHOQOL-BREF.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

En la década de los años 70, el congreso de EE.UU. elaboró directrices éticas a través de una comisión con la finalidad de resguardar y avalar los derechos de las personas, sobre todo, las que estuvieran inmersas en estudios de investigación biomédica. En 1978 en el Informe de Belmont se redactó, los primeros documentos escritos sobre bioética, reconociendo como principio a la autonomía, beneficencia y justicia. Un año después otros autores como: Beauchamp y Childress introdujeron el cuarto principio la no maleficencia, que es aceptado universalmente (58).

3.7.1 Principio de la autonomía

Es respetar sus valores como persona y sus opciones personales individuales en las decisiones básicas que le incumben. Este principio constituye el fundamento del consentimiento libre e informado, donde la persona es libre en decidir sobre su propio bien sin obligarle a nada, no yendo en contra de su voluntad ni a la fuerza o aprovechándose de su ignorancia (58).

Como profesional de salud respetaremos su decisión en participar en la aplicación de la recolección de datos, sin olvidarse los criterios de inclusión. Es importante que el adulto mayor comprenda lo que se está realizando ya que es de forma voluntaria y sin penalidad, firmar el

consentimiento informado, para que ellos se informen sobre la importancia o riesgos que pueda llevar a cabo dicho trabajo.

3.7.2 Principio de beneficencia y no maleficencia

Es la obligación de hacer el bien. La no maleficencia consiste en el respeto de su integridad como ser humano (58).

Como profesional de enfermería, nuestra principal responsabilidad es no hacer el daño, aumentar los beneficios y evitar los daños posibles, velando la integridad del adulto mayor que participaron en la investigación.

3.7.3 Principio de justicia

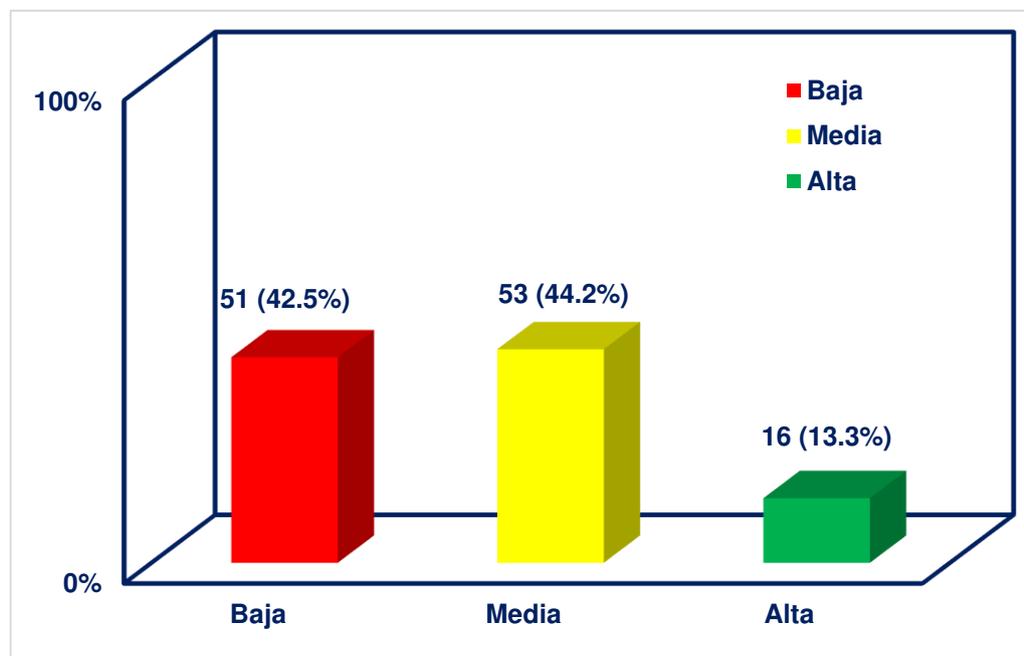
Es ser equitativo en cuanto a los beneficios en el bienestar de la persona, evitando todo tipo de discriminación en cuanto al acceso a los recursos sanitarios (58).

Como investigadoras, somos justas e imparciales sobre la base de los riesgos y potenciales beneficios que se les pueda brindar a los adultos mayores que participaron de nuestra investigación, manteniendo una equidad e igualdad tanto en el tiempo como la atención para cada uno de ellos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Gráfico 1: Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, 2016

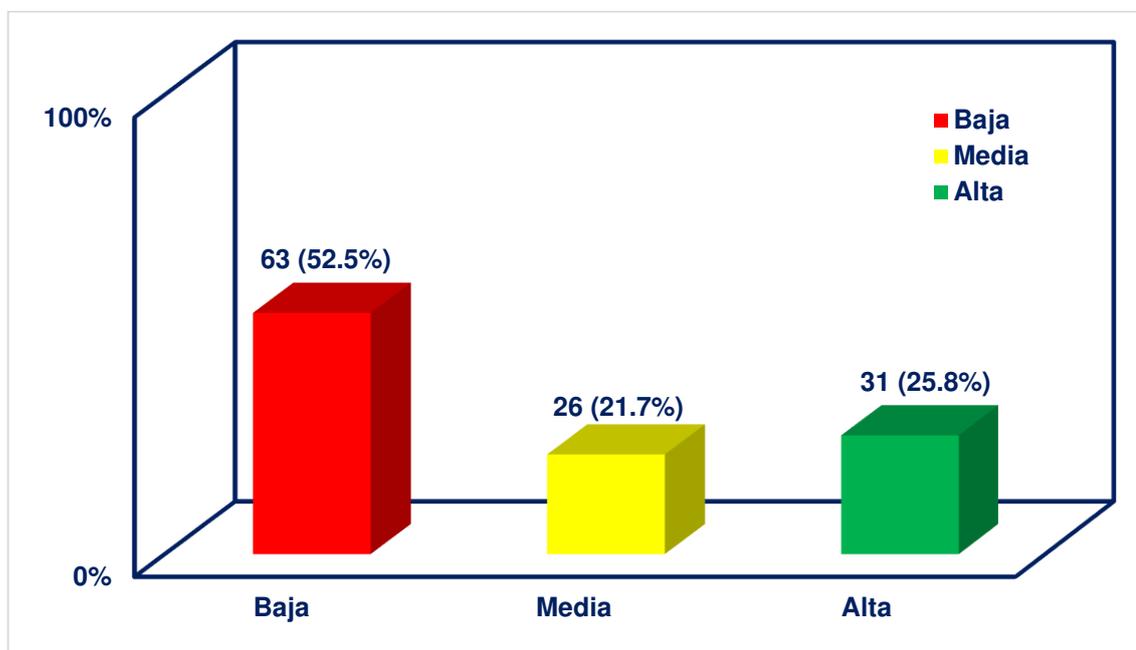


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida del adulto mayor, 51 adultos mayores que representan el 42.5% del total, tienen una calidad de vida baja; 53 adultos mayores que representan el 44.2% del total, tienen una calidad de vida media; y 16 adultos mayores que representan el 13.3% del total, tienen una calidad de vida alta.

Gráfico 2: Calidad de vida en dimensión de salud física del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, 2016

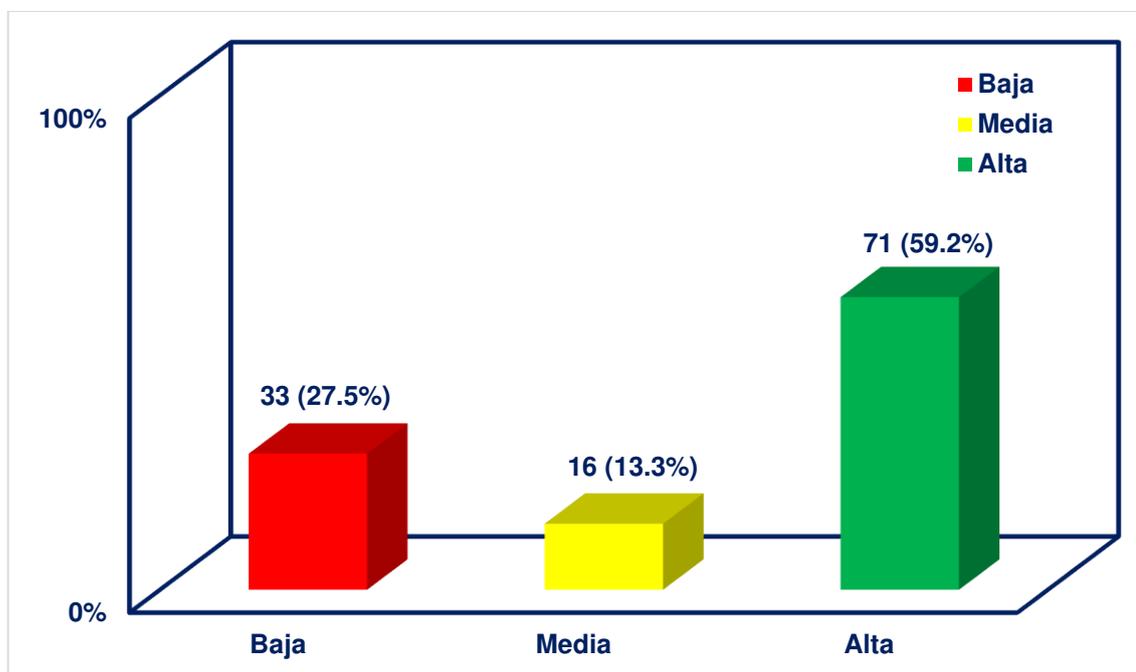


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En el gráfico podemos observar, con respecto a la salud física, 63 adultos mayores que representan el 52.5% del total, tienen una calidad de vida baja; 26 adultos mayores que representan el 21.7% del total, tienen una calidad de vida media; y 31 adultos mayores que representan el 25.8% del total, tienen una calidad de vida alta.

Gráfico 3: Calidad de vida en dimensión de salud psicológica del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, 2016

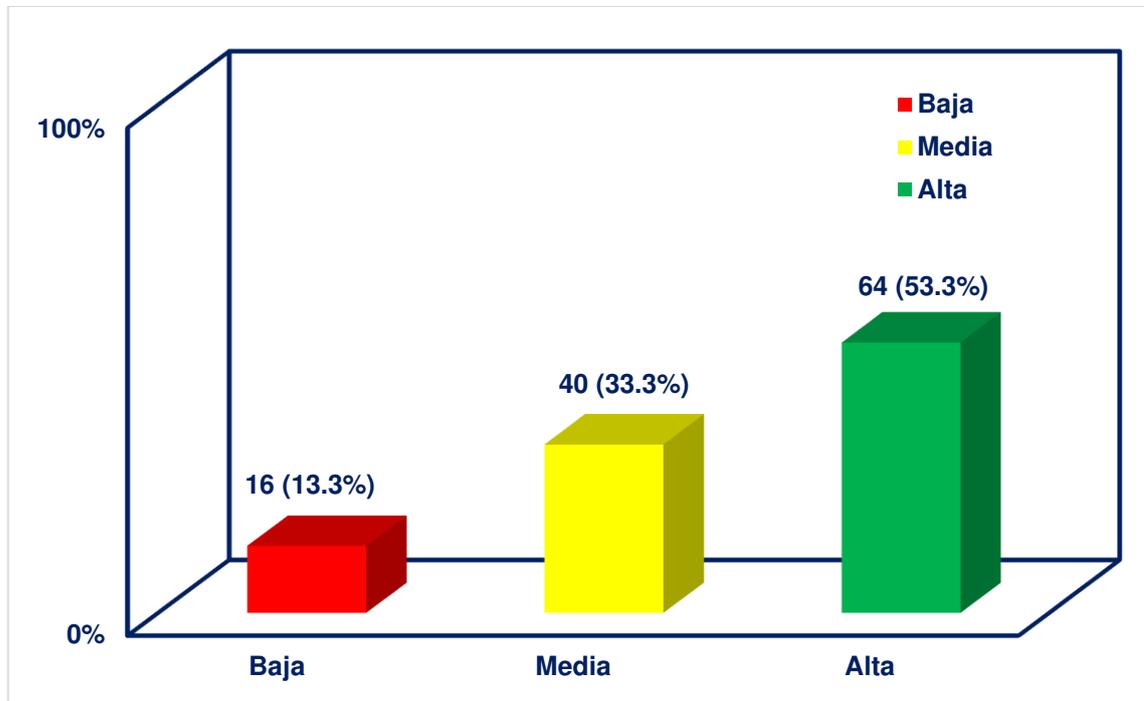


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En el gráfico podemos observar, con respecto a la salud psicológica, 33 adultos mayores que representan el 27.5% del total, tienen una calidad de vida en salud psicológica baja; 16 adultos mayores que representan el 13.3% del total, tienen una calidad de vida en salud psicológica media; y 71 adultos mayores que representan el 59.2% del total, tienen una calidad de vida alta.

Gráfico 4: Calidad de vida en dimensión de relaciones sociales del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, 2016

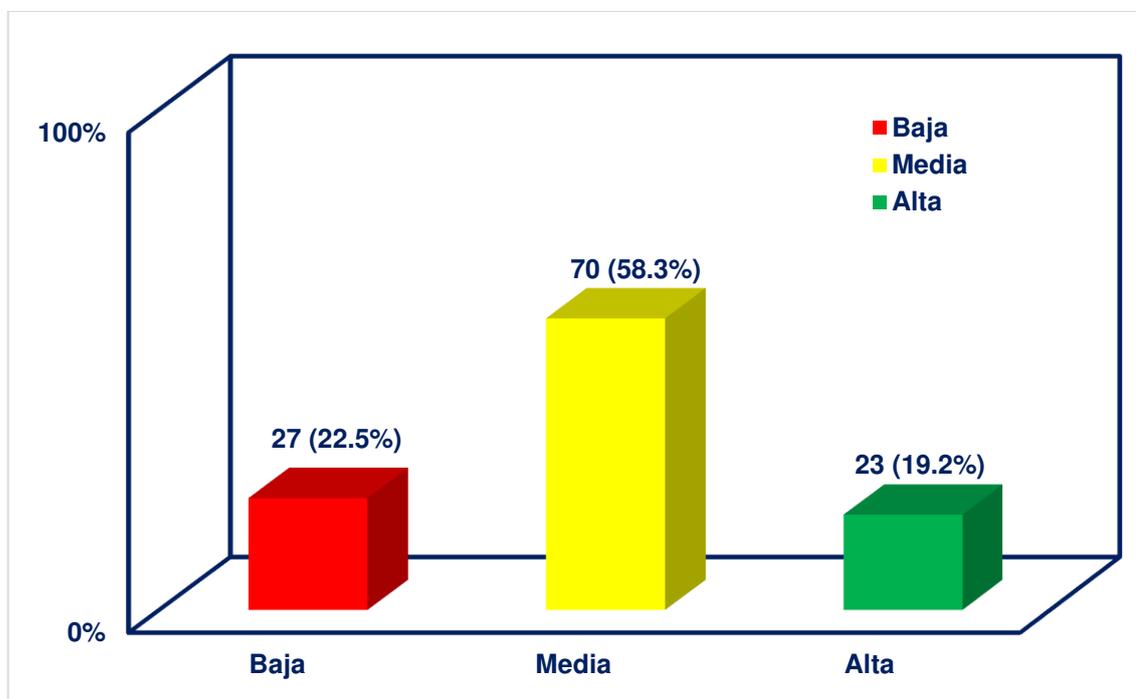


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En el gráfico podemos observar, con respecto a la calidad de vida en relaciones sociales, 16 adultos mayores que representan el 13.3% del total, tienen una calidad de vida en relaciones sociales baja; 40 adultos mayores que representan el 33.3% del total, tienen una calidad de vida en relaciones sociales media; y 64 adultos mayores que representan el 53.3% del total, tienen una calidad de vida en relaciones sociales alta.

Gráfico 5: Calidad de vida en dimensión ambiente del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, 2016



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En el gráfico podemos observar, con respecto a la dimensión ambiente del adulto mayor, 27 adultos mayores que representan el 22.5% del total, tienen una calidad de vida en ambiente baja; 70 adultos mayores que representan el 58.3% del total, tienen una calidad de vida en ambiente media; y 23 adultos mayores que representan el 19.2% del total, tienen una calidad de vida en ambiente alta.

4.2 DISCUSIÓN

La calidad de vida es una condición multidimensional, en este estudio se analiza esta temática en base a la propuesta del grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud.

En esta sección se hace un análisis comparando los resultados adquiridos en la recolección de datos de este estudio, con los resultados de los estudios antecedentes y otras fuentes referenciales.

En cuanto al resultado relacionado con el objetivo general, podemos decir que la calidad de vida media fue la más significativa, seguida de la baja. Sumando ambos resultados tenemos casi un 90% con dificultades. El segmento de adultos mayores con calidad de vida media puede interpretarse de dos maneras, la primera es que, si no hacemos las intervenciones educativas – sanitarias de forma oportuna, su calidad de vida se deteriora y por tanto esta decae; pero si realizamos acciones coordinadas y oportunas a este grupo, podremos favorecer su calidad de vida.

Nuestro estudio difiere con el estudio de Espino García Maribel y Zarate Valenzuela Jacqueline, puesto que ellos señalan que tuvieron como resultado calidad de vida baja en todas sus dimensiones ya que lo realizaron en un Centro Geriátrico de régimen cerrado, esto podría deberse a que los adultos mayores tienen limitaciones con respecto a su edad ya que no pueden movilizarse con facilidad, el estar aislado de la sociedad les genera sentimientos de soledad y dificultad para relacionarse con los demás.

Coincide con lo señalado al estudio Cáceres López Maribel; Marín Honorio María y Remache Tucno María, las cuales señalan “el 66.7% presenta calidad de vida media y 30.8% presentan la calidad de vida alto, sumando ambos resultados representan el 97.5%; indicando que la calidad de vida media han de ser materia de observación, con un trabajo adecuado y planificado se puede llevar a estos a mejorar su puntaje de calidad de vida, sin embargo si no fortalecemos las redes de soporte de los mismos podemos hacer que su puntaje de calidad de vida disminuya, por tanto estaría en mayor riesgo de tener una calidad de vida baja” (29).

Una de las razones que puede explicar las dificultades en su calidad de vida es que el establecimiento de salud no enfatiza en promocionar la salud para este grupo etario vulnerable. Esto se puede explicar por la falta de recursos humanos y personal especialista que aborde la problemática del adulto mayor. Esta deficiencia no permite brindar una asistencia integral.

Coincidimos con lo planteado por Aponte Daza Vaneska Cindy quien señala que “se necesitan el desarrollo de estrategias con el fin de generar una atención adecuada a nivel de la salud, social y económico brindando la asistencia médica como psicológica de calidad donde no los minimicen, sino que los dignifique; por ello, el gobierno tiene la responsabilidad de crear políticas dirigidas a brindarles un ingreso económico permitiéndole que lleven una vida digna y de calidad” (59).

Con respecto a la salud física predomina más la baja, seguida de media, sumando ambos un porcentaje de 74.2% cifra que es preocupante. Esto se debe a sus cambios anatómicos y fisiológicos los hacen vulnerables, además de ello los adultos mayores no toman conciencia de su propio autocuidado. Al parecer el aspecto cultural influye mucho en ellos, ya que manifiestan sentirse viejos para ese tipo de actividades, que por su edad y las dolencias que presentan no lo realizan. Muchos de los adultos mayores no comprenden lo beneficioso que es para su bien la actividad física.

Con respecto a esto Mora Mérida Juan Antonio y Chapado de la Calle Fernando, que plantean que “la práctica de actividad física es un recurso que puede promocionar a los ancianos. Debido al deterioro corporal manifestado con la edad, la inactividad puede ser un factor limitante para estas personas; concluyendo que los adultos mayores que practican actividad física mostraron mayores índices de calidad de vida” (60).

Roca Moyano Ramón Elías también enfatiza señalando que “la importancia de la practica física para estas personas de la tercera edad; permite mejorar la flexibilidad, fuerza y tono muscular, capacidad funcional, al tener una práctica regular contribuye a estimular el optimismo, la vitalidad y la voluntad, ayudando en su desarrollo social, propiciando una mejora en su vida” (61).

Los resultados de nuestro estudio con respecto a la dimensión física, coincide con los hallazgos de Pablo García Jessica, quien señala que “calidad de vida media o regular registro un 64.7%; seguido de baja o mala con 20.7% y buena con 14.7%”, indicando que “el aumento de la edad genera que haya incidencia de problemas en la salud” (30).

Con el avance de los años, la actividad física del adulto mayor se va disminuyendo. Con un correcto cuidado y autocuidado podemos minimizar los riesgos asociados a su inactividad, logrando una mayor tenga una mayor calidad de vida.

Con respecto a la salud psicológica encontramos entre la calidad de vida alta y media alcanzan un 72.5%, se puede decir que al momento de la recolección de datos donde se aplicó las encuestas a ellos, observamos que, en su mayoría de ellos, siempre lo encontrábamos en compañía de sus familiares, manifestando sentirse felices y tranquilos; generándole bienestar. Además, que el Centro de Salud está haciendo esfuerzos a través de un profesional que está haciendo estrategias en ayudar en la parte psicológica.

Los resultados de nuestro estudio con respecto a nuestra dimensión psicológica coinciden con los hallazgos de Segarra Escandon Marco, quien indica que “el 76.7% se obtuvo en un concentrado de nivel medio con alto y 23.3% representaron una baja calidad de vida”. También señalan que “las personas mayores son dependientes de redes de apoyo que les permite sostener una calidad de vida buena, teniendo el soporte como la familia que lo incentive a que realicen actividades sintiéndose útil, una comunidad donde existan grupos que puedan experimentar en el desarrollo de sus habilidades; conjuntamente la fe que la mayoría expresan en la asistencia a las iglesias y eventos religiosos, generando bienestar en ellos ayudando a que ellos” (25).

Otro estudio planteado por Oliva Sánchez Rigoberto y Fernández de Juan Teresa señalan que “factores como la pérdida de amigos, cónyuges o hijos; el aislamiento social; la falta de comunicación; la llegada de la jubilación sin un adecuada preparación para el ocio aparejado; la disminución de recursos económicos; la pérdida del rol social y los sentimientos de inutilidad e

inconformidad, los cuales son causantes del desequilibrio emocional del anciano como la depresión” (62).

Pablo García Jessica, también enfatizan “los ancianos pasan por necesidades como el de recibir atención por la familia, la comunidad, falta de cariño y entendimiento, miedo a desmejorarse, preocupación por las pérdidas familiares y amigos, desconsuelo, nostalgia, sollozo, pavor a la muerte y estar ausente cuando su familia requieran de él, la pérdida de roles conlleva una baja autoestima y de autoridad como también la soledad, causando a una baja calidad de vida” (30).

En la dimensión de relaciones sociales del adulto mayor predomina la calidad de vida alta, esto se debe a que en las inmediaciones del centro de salud hay parques deportivos, recreacionales donde los adultos mayores frecuentan, manifiestan que se relacionan con sus vecinos o amigos donde comparten juegos de ocio, charlas, también participan en reuniones religiosas donde ellos asisten en su mayoría, la cual se integran permitiendo obtener una mejor calidad de vida.

Coincide con lo señalado por Huamán Salazar Nancy quien indica “la mayoría de ellos perciben la dimensión social como favorable un 63.6% ya que mantienen buenas relaciones con la familia, con las amistades y en lo espiritual que lo manifiestan en su fé con Dios como en la religión en que pertenecen” (26).

Otro antecedente que coincide con nuestros resultados es de Gálvez de Gómez Sandra y Henríquez Mezquita Moisés Eleazar, donde señala que “Las relaciones sociales en general apunta un 62% donde las personas mayores expresaron que muchas veces tienen buenas relaciones con la familia, demostrando gozar un nivel de bienestar en comparación con los que no lo tienen” (23).

Otro estudio planteado por Osorio Parraguez Paulina y colaboradores, quienes señala que “las relaciones que están inmersa en las personas mayores con su entorno próximo o extenso pueden ayudar o dificultar su calidad de vida por ello es que se afirma que al presentar buenas redes familiares, amistades y conocidos, es fundamental, permitiendo que sus capacidades aumenten para que puedan manejar sus vidas” (63).

Con respecto a su dimensión ambiente encontramos entre la calidad de vida media y alta encontrándose en 77.5%, debido a que el lugar donde ellos viven les inspira alegría, confianza y se sienten seguros al caminar por las calles, al igual que sus viviendas cuentan con los servicios básicos y amplios para ellos, pero en otros casos hay dificultades con respecto a sus viviendas.

Los resultados de nuestro estudio con respecto a nuestra dimensión ambiente coinciden con los hallazgos por Segarra Escandon Marco, quien señala que “dimensión entorno se concentró en nivel medio con 60.3% y nivel alto un 16.4% dando un concentrado de 76.7% donde el nivel bajo alcanzó un 23.3%” (25).

Otro estudio que coincide con nuestros resultados es de Flores Villavicencio María Elena y sus colaboradores, quienes señalan que “con respecto a la dimensión de ambiente representa el 85.8%, donde las características de la vivienda constituyen indicadores que de alguna forma influirá en su calidad de vida de ellos que se reflejara en el estado físico como emocional que no serán saludables” (22).

Además, también señalan que “los espacios que son reducidos y condiciones inadecuadas en el lugar donde viven como iluminación y ventilación insuficiente piso desnivel, difícil acceso en su tránsito repercute en las condiciones de salud” (22).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En cuanto a nuestro objetivo general hay mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida media seguida de la baja.
- En cuanto a la calidad de vida por dimensiones podemos señalar que la dimensión salud física el mayor porcentaje de adultos mayores presentan calidad de vida baja.
- En la dimensión salud psicológica y relaciones sociales, la que más predomina es la calidad de vida alta.
- En la dimensión ambiente, lo que predomina más es la calidad de vida media.

5.2 RECOMENDACIONES

- Realizar estudios cualitativos o cualicuantitativos que puedan complementar los hallazgos de este estudio.
- Incorporar mayor población de adultos mayores y estructurarlos por edades.
- Organizar a las personas de tercera edad de acuerdo al grado de instrucción en la recolección de datos.
- Efectuar estudios donde relacionen la calidad de vida con otras variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [sede Web]. Ginebra - Suiza: OMS; 2016 [actualizado en 2018; acceso 15 de enero de 2018] [Internet]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/#>
2. Leiton Z. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2016 [acceso 5 de octubre de 2017]; 13(3): [139-141]. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316300239>
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL: Hacia 2060 la región tendrá 25% más de habitantes, con más adultos mayores que menores de 20 años [sede Web]. Santiago de Chile: CEPAL; 2015 [actualizado el 7 de octubre de 2016; acceso 15 de mayo de 2017]. [Internet]. Available from: <http://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-2060-la-region-tendra-25-mas-habitantes-mas-adultos-mayores-que-menores-20-anos>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra Suiza: OMS. 2015. Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
5. Cervantes R, Villarreal E, Galicia L, Vargas E, Martinez L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Aten Primaria [revista en Internet] 2015 [acceso 7 de octubre de 2017]; 47(6): [329-335]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
6. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa, La salud mental y los adultos mayores [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2016 [actualizado 1 de abril de 2017; acceso 15 de noviembre de 2017]. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
7. Organización de las Naciones Unidas. Día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez 15 de junio [Internet]. Nueva York: ONU. 2016. Available from: <http://www.un.org/es/events/elderabuse/>
8. Ormachea S. Día Mundial de la Salud 2015: Los adultos mayores demandan acceso a la salud para las personas de todas las edades [sede Web]. España: Helpage Internacional; 2016 [actualizada el 2 de abril de 2016; acceso 15 de noviembre de 2017]. [Internet]. Available from: <http://www.helpage.org/la/noticias/da-mundial-de-la-salud-2015-los-adultos-mayores-demandan-acceso-a-la-salud-para-las-personas-de-todas-las-edades/>
9. Radio Programa del Perú. OPS: Sistemas de salud no están diseñados para atender al adulto mayor [sede Web]. Lima-Perú: Rpp; 2012 [actualizada el 7 de abril de 2017; acceso 15 de octubre de 2017]. [Internet]. Available from: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/ops-sistemas-de-salud-no-estan-disenados-para-atender-al-adulto-mayor-noticia-469352>
10. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública [revista en Internet] 2016 [acceso 2 enero 2018]; 33(2): [199-

- 201]. Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196>
11. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Adultos mayores en el Perú [Internet]. MIMP. 2015. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>
 12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. Perú: INEI. 2015. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
 13. Silva L. Adulto mayor: hijos ejercen el 44% de la violencia psicológica [sede Web]. Lima-Perú: El Comercio; 2016 [actualizada el 19 de junio de 2016; acceso 11 de junio de 2017]. [Internet]. Available from: <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/adulto-mayor-hijos-ejercen-44-violencia-psicologica-noticia-1819858>
 14. El diario La República. Cuando llegar a ser adulto mayor se convierte en un desafío en el Perú [sede Web]. Lima-Perú: La República; 2015 [actualizado el 11 de octubre 2016; acceso 15 de mayo de 2017]. [Internet]. Available from: <http://larepublica.pe/impresamundo/709579-cuando-llegar-ser-adulto-mayor-se-convierte-en-un-desafio-en-el-peru>
 15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas de PAM-2015. Comisión Multisectorial: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [sede web]. Callao-Perú: Callao estadísticas; 2017 [actualizada el 3 de octubre de 2016; acceso el 30 de junio de 2017]. [Internet]. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Callao2.html>
 16. Gobierno Regional del Callao. Historia del Callao [sede Web]. Callao-Perú: Gobierno Regional del Callao; 2016 [actualizada el 30 de julio de 2017; acceso 28 de enero de 2018]. [Internet]. Available from: <http://www.regioncallao.gob.pe/regionCallao/Menu?opcion=historia>
 17. Municipalidad Provincial del Callao. Ubicación del Callao [sede Web]. Callao-Perú: Municipalidad Provincial del Callao; 2016 [actualizada el 5 de noviembre de 2016; acceso 14 de octubre de 2017]. [Internet]. Available from: <http://www.municallao.gob.pe/index.php/la-provincia/ubicacion-geografica>
 18. Gobierno Regional de Callao. Situación de Salud Región Callao [Internet]. Callao Perú; 2012. Available from: http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/ASIS_2012.pdf
 19. Gobierno Regional del Callao. Diagnóstico Socio Económico Laboral de la Región Callao 2012. Callao: Perú: Ministerio de trabajo y Promoción de empleo; 2013.
 20. Gobierno Regional del Callao. Análisis de situación de salud [Internet]. Callao:Perú; 2015. Available from: http://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/ASIS_Regional_2015.pdf
 21. Centro de Salud Callao. Provincia Constitucional del Callao [Internet].

- Callao: Perú; 2004. Available from: <https://es.scribd.com/document/362058671/INFORME>
22. Flores M, Troyo R, Vega M. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara, Jalisco, México. *Procesos Psicológicos y Sociales [revista en Internet]* 2010 [acceso 20 de junio de 2017]; 6(1-2): [1-24]. Available from: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
 23. Galvez S, Henriquez M. 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 maestría]. Salvador: Universidad de El Salvador; 2013. [Internet]. Available from: [http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/22/Calidad de Vida en el Adulto Mayor ISSS Ilopango 2014.pdf](http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/22/Calidad%20de%20Vida%20en%20el%20Adulto%20Mayor%20ISSS%20Ilopango%202014.pdf)
 24. Siguenza M, Siguenza C, Sinche N. Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca, 2013 [tesis doctoral]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014. [Internet]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5022/1/Tesis.pdf>
 25. Segarra M. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay 2015-2016. [tesis de licenciatura]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. [Internet]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>
 26. Candiotti C. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria [tesis de licenciatura]. Lima: Perú: UNMSM; 2013. [Internet]. Available from: <http://www.jstor.org/stable/978380?origin=crossref>
 27. Espino P, Zárate J. Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro, Rímac-2013 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. [Internet]. Available from: <http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15096>
 28. Infancia M, Pérez E. Calidad de vida del adulto mayor en el club social de la tercera edad Los Triunfadores de las Lomas de Villa de Ancón, Ancón-2013 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. [Internet]. Available from: http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/51/Robles_Hurtado_Isabel.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 29. Cáceres L, Marin M, Remache M. Calidad de vida de los adultos mayores del Club Coronas de Gloria del distrito de Comas-2013 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2015. [Internet]. Available from: <http://koha.uch.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=14733>
 30. Pablo J. Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales Los Olivos, Lima-2016 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: USMP; 2016. [Internet]. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf

31. Mauk K. Enfermería geriátrica competencias asistenciales. Madrid-España: Mc Graw Hill; 2008.
32. Valle M, Hernández I, Zúñiga M, Martínez P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2015 [acceso 9 de junio de 2017]; 12 (1): [19-27]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000184>
33. Torres A. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar [tesis de especialidad]. México: Universidad de Colima; 2003. [Internet]. Available from: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EM_ANUELLE.pdf
34. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Informe anual del empleo de las personas adultas mayores - 2007 [Internet]. Lima-Perú; 2008. Available from: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/estudio_laboral_PAM_2007.pdf
35. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultos mayores. Lima-Perú: Sinco; 2013.
36. Abellán G, Abizanda P. Tratado de Geriátria. Madrid-España: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología; 2006.
37. Barraza A, Castillo M. El Envejecimiento [Internet]. Chile; 2006. Available from: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La_Serena_2006/El_envejecimiento.pdf
38. Congreso de la República. Ley de las personas adultas mayores [Internet]. Lima - Perú; 2006. Available from: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
39. Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado humano: un café con Watson. Metas de Enfermería [revista en Internet] 2005 [acceso 6 de noviembre de 2017]; 8(2): [28-32]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/216704707_Teoria_del_cuidado_humano_Un_cafe_con_Watson
40. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería [revista en Internet] 2011 [acceso 4 de enero de 2018]; 17(3): [11-22]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext
41. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Revista Actualizaciones en Enfermería [revista en Internet] 2007 [acceso 3 febrero de 2018]; 10(4): [15-21]. Available from: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

42. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Científicas de América Latina* [revista en Internet] 2010 [acceso 19 marzo 2018]; 15(1): [128-143]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
43. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostoguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Enfermería Universitaria* [revista en Internet] 2011 [acceso 20 marzo 2018]; 8(4): [16-23]. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991/30231>
44. Garcia L, Guevara M. Calidad del cuidado del enfermero y grado de satisfacción por el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Belén de Trujillo-2016 [tesis de licenciatura]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. [Internet]. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2447>
45. Palma L. Características del cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en los servicios de medicina de un Hospital Nacional según la percepción de los internos de enfermería 2014 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: UNMSM; 2015. [Internet]. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4137/1/Palma_bi.pdf
46. Vanegas B, Vargas E, Abella L. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería* [revista en Internet] 2010 [acceso 4 de septiembre de 2017]; 5(5): [81-92]. Available from: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/roles_desempenan_profesionales_enfermeria_instituciones_geriaticas_bogota.pdf
47. Penny E, Melgar F. Geriátría y gerontología. Bolivia: La Hoguera; 2015.
48. Rodríguez K. Vejez y envejecimiento. *Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud* [revista en Internet] 2011 [acceso 20 de octubre de 2017]; [1-42]. Available from: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
49. Landinez N, Contreras K. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública* [revista en Internet] 2012 [acceso 5 de febrero de 2018]; 38(4): [562-580]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
50. Salech F, Jara R. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev. Med. Clin. Mondes* [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de junio de 2017]; 23(1): [19-29]. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90361755&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=54&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361755pdf001.pdf
51. Chion T, Rothschild M. Calidad de vida en el adulto mayor. Lima-Perú: Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria; 2006.
52. Velarde E, Avila C. Evaluación de la calidad de vida. Artículo de revisión [revista en Internet] 2002 [acceso 8 de febrero de 2018]; 44(4): [1-44]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>

53. Centro de Geriatria y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Guía calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Caja Los Andes; 2010.
54. Martínez V, Lozano A. Calidad de vida en ancianos. Madrid- España: Ciencia y Tecnica; 1998.
55. Hernández R. Metodología de la Investigación. 6° ed. México: Mc Graw Hill; 2015.
56. Quintanar A. Analisis de calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A traves del instrumento WHOQOL-BREF [tesis de licenciatura]. Actopan-Hgo: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo; 2010. [Internet]. Available from: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis de la calidad de vida.pdf
57. World Health Organization Geneva. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 1996. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
58. Gómez P. Principios básicos de bioética. Rev Per Ginecol Obstet [revista en Internet] 2009 [acceso 5 de noviembre de 2017]; 55: [230-233]. Available from: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/297/268>
59. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Cuad. Bioet [revista en Internet] 2015 [acceso 20 de octubre de 2017]; 13(2): [271-292]. Available from: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
60. Mora J. Visión actual de la psicología del deporte [Internet]. 2008. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-vision-actual-de-la-psicologia-del-deporte/9788498235159/1192381>
61. Roca R. Actividad física y salud en el adulto mayor de seis países latinoamericanos. Revista Ciencias de la Actividad Física [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de noviembre de 2017]; 17(1): [77-86]. Available from: [file:///C:/Users/Katy/Downloads/8-15-1-SM \(1\).pdf](file:///C:/Users/Katy/Downloads/8-15-1-SM (1).pdf)
62. Oliva R, Fernández T. Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. Revista Psicología y Salud [revista en Internet] 2014 [acceso 5 de junio de 2017]; 16(1): [93-101]. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/797>
63. Osorio P. Calidad de vida en personas mayores en Chile. Revista Mad [revista en Internet] 2011 [acceso 20 de mayo de 2017]; [61-75]. Available from: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>

ANEXOS

ANEXO A
EL INSTRUMENTO
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA
WHOQOL-BREF

PRESENTACIÓN:

Buenas días señores, somos estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades. El presente instrumento tiene como prioridad de obtener información sobre la calidad de vida de ustedes. Al tal sentido le solicito su colaboración a través de su participación voluntaria y espontánea, expresándole que es de carácter anónima, agradecemos antemano su participación.

DATOS GENERALES:

- Nombres y Apellidos:
- Género:
- Edad:
- Estado Civil:
- Grado de instrucción:
- Religión:
- Padece de alguna enfermedad:
- Cuenta con jubilación:
- Paga por su estadía en el Albergue:
- Cuenta con seguro de salud:

INSTRUCCIONES:

A continuación responder las preguntas escogiendo la respuesta apropiada teniendo en cuenta su modo de vivir, expectativas, placeres o preocupaciones.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy satisfecho /a	Un poco satisfecho /a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Qué de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide realizar sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para realizar sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Siente usted que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente en el que se desenvuelve diariamente?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencias a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para realizar sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
11	¿Usted es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene usted suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone usted de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene la oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es usted capaz de desplazarse de un lugar a otro sin ayuda?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Se encuentra satisfecho/a con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está usted con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Se encuentra satisfecho/a de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán de satisfecho/a se siente usted al interactuar con sus amigos, familiares u otras personas?	1	2	3	4	5
21	¿Se siente usted satisfecho/a con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Te sientes cómodo en el lugar dónde vives?	1	2	3	4	5
24	¿Está usted satisfecho/a con el acceso a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está usted con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

Esta pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene usted sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO B

TABLA DE CONVERSIÓN DE PUNTAJES BRUTOS A PUNTAJES TRANSFORMADOS

Dominio 1		
Puntaje bruto	Puntaje transformado	
	4 - 20	0 - 100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

Dominio 2		
Puntaje bruto	Puntaje transformado	
	4 - 20	0 - 100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

Dominio 3		
Puntaje bruto	Puntaje transformado	
	4 - 20	0 - 100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

Dominio 4		
Puntaje bruto	Puntaje transformado	
	4 - 20	0 - 100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

ANEXO C

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE							
TÍTULO: Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao - 2016							
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida	Es un sistema multidimensional que toma en cuenta elementos económicos, sociales, psicológicos, de salud, laborales, de desarrollo personal, entre otros.	Es un sistema multidimensional del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, que toma en cuenta elementos económicos, sociales, psicológicos, de salud,	Salud física	-Dolor -Dependencia de medicinas -Energía para la vida diaria -Movilidad -Sueño y descanso -Actividades de la vida diaria -Capacidad de trabajo	7	Bajo 0 -30 Media 31 – 69 Alta 70 - 100	-Verificar que los 26 ítems tengan puntaje de 1 a 5. -Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26. -Calcular puntajes por dominio: la suma total de los puntajes
			Psicológica	-Sentimientos positivos -Espiritualidad, religión, creencias personales -Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración Imagen corporal	6		

		laborales, de desarrollo personal, entre otros, además también abarca en sus dimensiones de salud física, psicológico, relaciones sociales y también; la cual será medida con el cuestionario WHOQOL – BREF.		-Autoestima -Sentimientos negativos		obtenidos por dominio se saca la media y se multiplica por 4. -Luego de los puntajes brutos se llevan a la tabla para obtener los puntajes transformados.
			Relaciones Sociales	-Relaciones personales -Actividad sexual -Apoyo social	3	
			Ambiente	-Libertad y seguridad -Ambiente físico -Recursos económicos -Oportunidad de información -Ocio y descanso -Hogar -Atención sanitaria/social -Trasporte	8	

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE						
VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICACIONES	Nº DE ÍTEMS	ÍTEMS
Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	Salud física	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor -Dependencia de medicinas -Energía para la vida diaria -Movilidad -Sueño y descanso -Actividades de la vida diaria -Capacidad de trabajo 	7	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
			Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimientos positivos -Espiritualidad, religión, creencias personales -Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración Imagen corporal -Autoestima -Sentimientos negativos 	6	5, 6, 7, 11, 19, 26

			Relaciones Sociales	-Relaciones personales -Actividad sexual -Apoyo social	3	20, 21, 22
			Ambiente	-Libertad y seguridad -Ambiente físico -Recursos económicos -Oportunidad de información -Ocio y descanso Hogar -Atención sanitaria/social -Trasporte	8	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

ANEXO D
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nuestro saludos cordiales, usted ha sido invitado (a) a participar en un trabajo de investigación titulado “Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao, Callao – 2016”, realizada por las estudiantes: Mendoza Gonzales Nancy y Roncal Cuadrado Katherine, estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades.

El propósito de nuestra investigación es dar a conocer las características de la calidad de vida del adulto mayor, para lo cual se les tomara una encuesta, con la finalidad de que los resultados sirvan para analizar y reflexionar acerca de las fortalezas y debilidades que se puedan encontrar para diseñar estrategias que permitan desarrollar y mejorar su calidad de vida.

Habiendo informado nuestro propósito, así como los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confiamos en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándonos la máxima confidencialidad.

Su participación es completamente voluntaria, usted tiene derecho de abstenerse de participar y su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información prestada en esta hoja de consentimiento.

Nombres y apellidos:.....

DNI:

Fecha:

Firma:

Las Autoras

ANEXO E

PROCESO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO WHOQOL-BREF MEDIANTE EL JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO 1



Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones, marcando un aspa "X" en cada casillero, según considere conveniente:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems		/	X	
Amplitud de contenido		X		
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia		X		

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: Teresa Vivas Durand

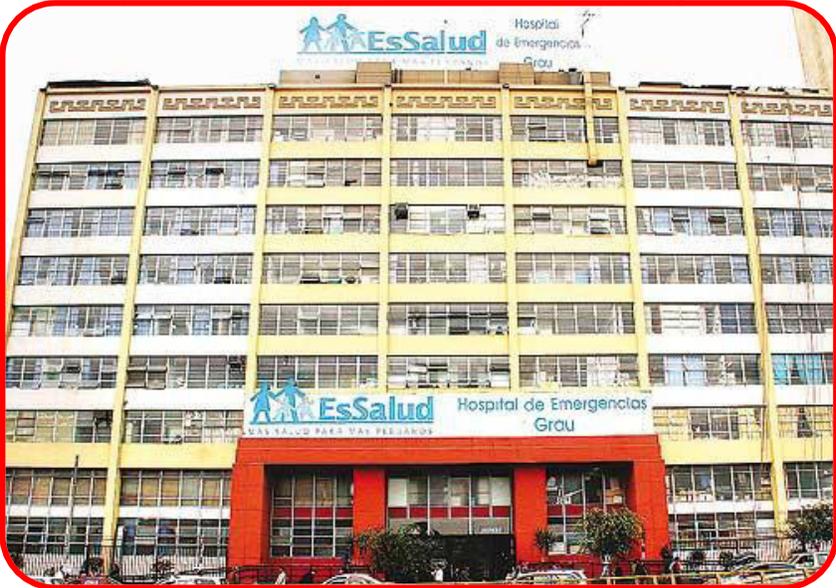
Profesión: Enfermera N° Colegiatura: CEP: 17714

Cargo: Enfermera

Institución: Hospital Nacional Cayetano Heredia

Fecha: 03/08/16 Firma: [Firma]

EXPERTO 2



Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones, marcando un aspa "X" en cada casillero, según considere conveniente:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems		X		
Amplitud de contenido		X		
Redacción de los Ítems		X		
Claridad y precisión	X			
Pertinencia		X		

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: Rosa Tuse Medina

Profesión: Enfermera N° Colegiatura: 43352

Cargo: Docente - Enfermera Asistencial

Institución: Hospital Emergencias Grau - Essalud

Fecha: 05/9/16 Firma: [Firma]

EXPERTO 3



Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones, marcando un aspa "X" en cada casillero, según considere conveniente:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: Susana Isabel Jara Niqui

Profesión: Enfermera N° Colegiatura: 59119

Cargo: Enfermera - Jefa

Institución: C.S. Laura Caller

Fecha: 01/09/16

Firma: 
Susana Isabel Jara Niqui
Especialista en Enfermería
C.E.P. N° 20119

EXPERTO 4

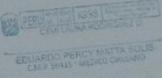


 **UCH** UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones, marcando un aspa "X" en cada casillero, según considere conveniente:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				✓
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los ítems			✓	
Claridad y precisión				✓
Pertinencia				✓

Datos del Experto:
Nombre y Apellido: _____
Profesión: Médico N° Colegiatura: 56415
Cargo: Médico
Institución: Microred Collique
Fecha: 1/Set/2016 Firma: [Firma]


EDUARDO PERCY MATTA SULES
CERP 3345 - MÉDICO ORIGINARIO

EXPERTO 5



Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones, marcando un aspa "X" en cada casillero, según considere conveniente:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: MARIA RODRIGUEZ YACHACHIN

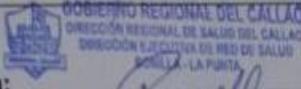
Profesión: ENFERMERA N° Colegiatura: 63862

Cargo: RESPONSABLE DE LA ETAPA ADULTA MAYOR DEL C.S. CALLAO

Institución: MINSA - C.S. CALLAO

Fecha: 08/09/2016

Firma: _____



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
 DIRECCIÓN EJECUTIVA DE RED DE SALUD
 HUMANIDADES - LA PURTA

Lic. Maria Rodriguez Yachachin
 Responsable - Etapa Vida Adulto Mayor
 C.E.P. 63862

EXPERTO 6



Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones, marcando un aspa "X" en cada casillero, según considere conveniente:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems		X		
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems		X		
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: Santiago Herrera Morales..

Profesión: Médico Geriatra.. N° Colegiatura: 29528.

Cargo: Responsable de la Etapa de Vida Adulto Mayor..

Institución: Hospital Nacional Sergio E. Barahona.

Fecha: 27/09/16.

Firma: [Firma]

Jr. Antonio Herrera Morales
 Geriatria
 C.M.P. 29528 R.N.E. 14479

ANEXO F

RESPUESTA DEL COMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Resolución N° 411 - 2006 - CONAFU
Resolución N° 176 - 2007 - CONAFU

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

ACTA CEI N° 002	14 de septiembre de 2016
-----------------	--------------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, a los 16 días del mes de agosto del año dos mil dieciséis, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: "**Calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Callao, Callao 2016**". Código ID-006.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado "**Calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Callao, Callao 2016**" Código ID-006.

Richard Clemente Antón Talledo
Secretario
del Comité de Ética en Investigación

Segundo Germán Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

SGMG / PDMM

www.uch.edu.pe
Av. Universitaria 5175 Los Olivos Telf.: 528-0948

ANEXO G

COORDINACIONES CON EL CENTRO DE SALUD SANTA FE PARA LA PRUEBA PILOTO



ANEXO H
SOLICITUD DE PERMISO PARA LA PRUEBA PILOTO

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
PRUEBA PILOTO**

SEÑORA DOCTORA
DORIS MARIBEL CHUNGA RUIZ
MEDICO JEFE MICRO RED SANTA FE
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE RED DE SALUD BONILLA – LA PUNTA
S.D.

Tengo a bien dirigirme a Usted a fin de manifestarle que por motivos de estudios y cursando el IX Semestre de la Carrera de Enfermería en la Universidad de Ciencias y Humanidades, me veo en la necesidad de realizar mi PLAN PILOTO en la Micro Red Santa Fe – Centro de Salud Santa Fe, el cual consiste en realizar una Encuesta a TREINTA (30) Adultos Mayores de su jurisdicción.

Asimismo, es muy importante en mi formación profesional realizar la actividad, ya que servirá de instrumento para mi Proyecto de Tesis a presentar en mi casa de estudios.

Sirva la oportunidad para expresarle a usted las consideraciones distinguidas y desde ya el agradecimiento por su valioso apoyo.

POR TANTO:

Solicito Señora Doctora atender lo peticionado, Dios Guarde a Usted.

NANCY MARLENE MENDOZA GONZÁLES
D.N.I. Nº 25654827

Callao, 10 de Setiembre del 2016

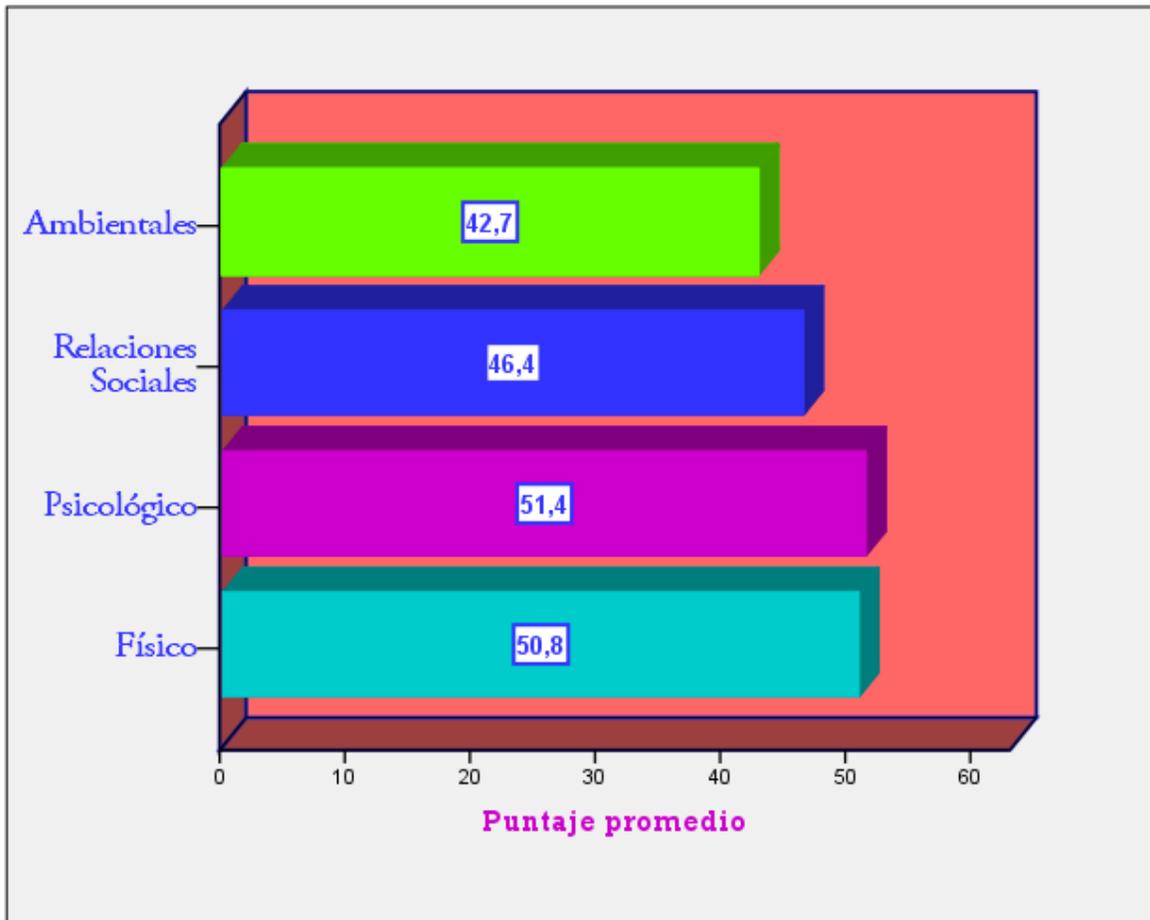
ANEXO I

PROCESO DE LA PRUEBA PILOTO EN EL CENTRO DE SALUD SANTA FE



ANEXO J

TABLA DE RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO



ANEXO K

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL CENTRO DE SALUD CALLAO



ANEXO L

CUADRO DE FECHAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

	Lunes	Martes	Miércoles	Viernes	Total
Fechas	03/10/16	04/10/16	05/10/16	07/10/16	
	10	10	5	10	35
Fechas	Lunes 10/10/16	Martes 11/10/16	Miércoles 12/10/16	Viernes 14/10/16	
	05	05	05	05	20
Fechas	Lunes 17/10/16	Martes 18/10/16	Miércoles 19/10/16	Viernes 21/10/16	
	10	5	5	10	30
Fechas	Lunes 24/10/16	Martes 25/10/16	Miércoles 26/10/16	Viernes 28/10/16	
	10	10	05	10	35
TOTAL					120

ANEXO M

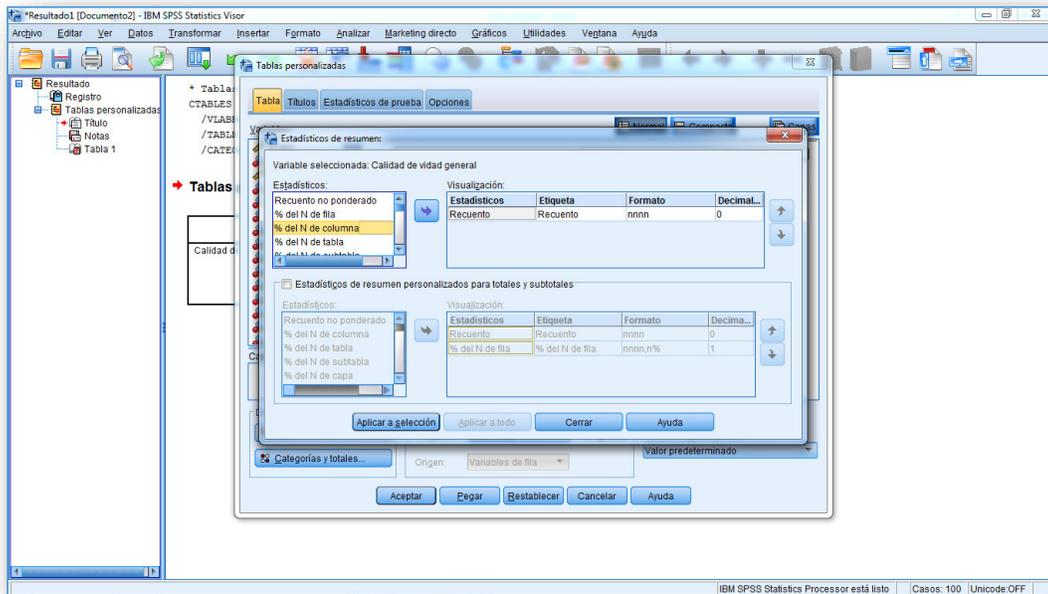
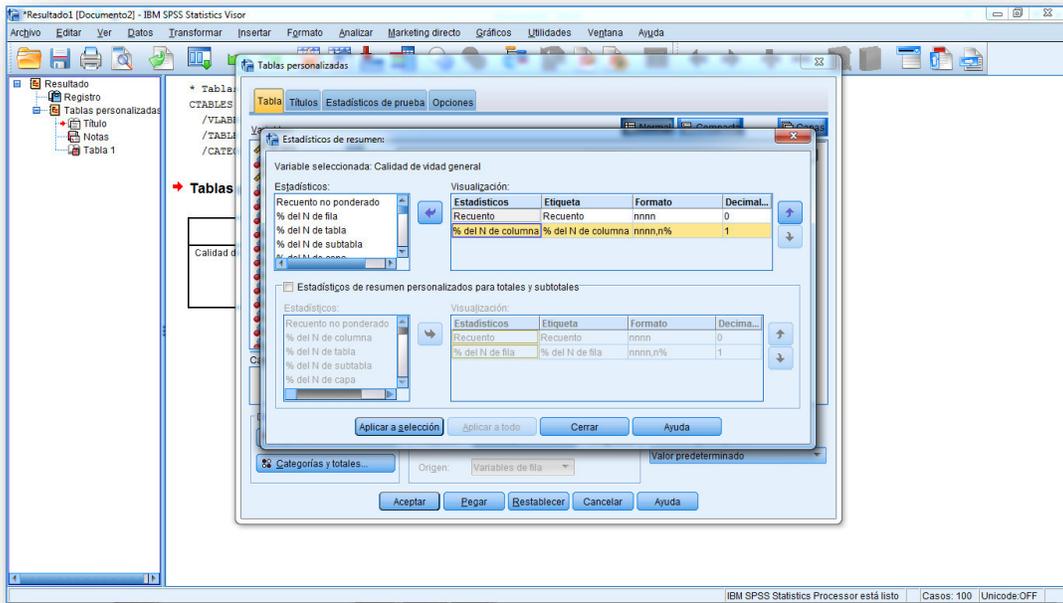
PASOS PARA SACAR LAS TABLAS EN EL SPSS

The screenshot shows the IBM SPSS Statistics Editor interface. The 'Análisis' menu is open, displaying various statistical analysis options. A custom table configuration window is visible, showing a grid of variables and their corresponding statistical measures. The table is titled 'Tablas personalizadas...' and contains the following data:

Variable	Medida	Medida
tdom4	Media	Media
tdom_total	Alta	Alta
tdom4	Baja	Media
tdom4	Media	Media
tdom4	Alta	Alta
tdom4	Media	Baja
tdom4	Baja	Media
tdom4	Baja	Baja
tdom4	Media	Baja
tdom4	Media	Media
tdom4	Baja	Baja
tdom4	Alta	Media
tdom4	Media	Media
tdom4	Baja	Alta
tdom4	Alta	Media
tdom4	Baja	Baja

The screenshot shows the 'Tablas personalizadas' dialog box in the IBM SPSS Statistics Editor. The dialog box is titled 'Tabla: Estadísticos de prueba' and contains the following information:

- Variables:** Physical (domain1), Psychological (domain2), Social Relationship (domain3), Environment (domain4), domain_total, Físico (Idom1), Psicológico (Idom2), Relaciones Sociales (Idom3), Ambientales (Idom4), tdom_total, Físico [Dim_ Físico], Psicológico [Dim_ Psicol...], Relaciones Sociales [DI...], Ambientales [Dim_ Ambie...], Calidad de vida general...
- Categorías:** Baja, Media, Alta
- Definir:** Estadísticos de resumen, Categorías y totales
- Estadísticos de resumen:** Posición: Columnas, Ocultar: , Posición de categorías: Valor predeterminado



IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Tablas personalizadas

Visible: 65 de 65 variables

Tabla Títulos Estadísticos de prueba Opciones

Variables:

- IS_TF
- Physical (domain1)
- Psychological (domain2)
- Social Relationship (dom...)
- Environment (domain4)
- domain_total
- Físico (Idom1)
- Psicológico (Idom2)
- Relaciones Sociales (Ido...)
- Ambientales (Idom4)
- Idom_total
- Físico (Dim_Físico)
- Psicológico (Dim_Psicol...)
- Relaciones Sociales (DI...)
- Ambientales (Dim_Ambie...)

Categorías:

- Baja
- Media
- Alta

Definir

- Estadísticos de resumen...
- Categorías y totales...

Origen: Variables de fila Valor predeterminado

Aceptar Pegar Restablecer Cancelar Ayuda

Estadísticos de resumen:

Variable seleccionada: Calidad de vida general

Estadísticos:

Estadísticos	Etiqueta	Formato	Decima...
Recuento no ponderado	Recuento	nnnn	0
% del N de fila			
% del N de columna			
% del N de tabla			

Visualización:

Estadísticos de resumen personalizados para totales y subtotales

Estadísticos:

Estadísticos	Etiqueta	Formato	Decima...
Recuento no ponderado	Recuento	nnnn	0
% del N de fila			
% del N de columna			
% del N de tabla			
% del N de subtabla			

Visualización:

Aplicar a selección Aplicar a todo Cerrar Ayuda

IBM SPSS Statistics Processor está listo Casos: 100 Unicode: OFF

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Tablas personalizadas

Visible: 65 de 65 variables

Tabla Títulos Estadísticos de prueba Opciones

Variables:

- IS_TF
- Physical (domain1)
- Psychological (domain2)
- Social Relationship (dom...)
- Environment (domain4)
- domain_total
- Físico (Idom1)
- Psicológico (Idom2)
- Relaciones Sociales (Ido...)
- Ambientales (Idom4)
- Idom_total
- Físico (Dim_Físico)
- Psicológico (Dim_Psicol...)
- Relaciones Sociales (DI...)
- Ambientales (Dim_Ambie...)

Categorías:

- Baja
- Media
- Alta

Definir

- Estadísticos de resumen...
- Categorías y totales...

Origen: Variables de fila Valor predeterminado

Aceptar Pegar Restablecer Cancelar Ayuda

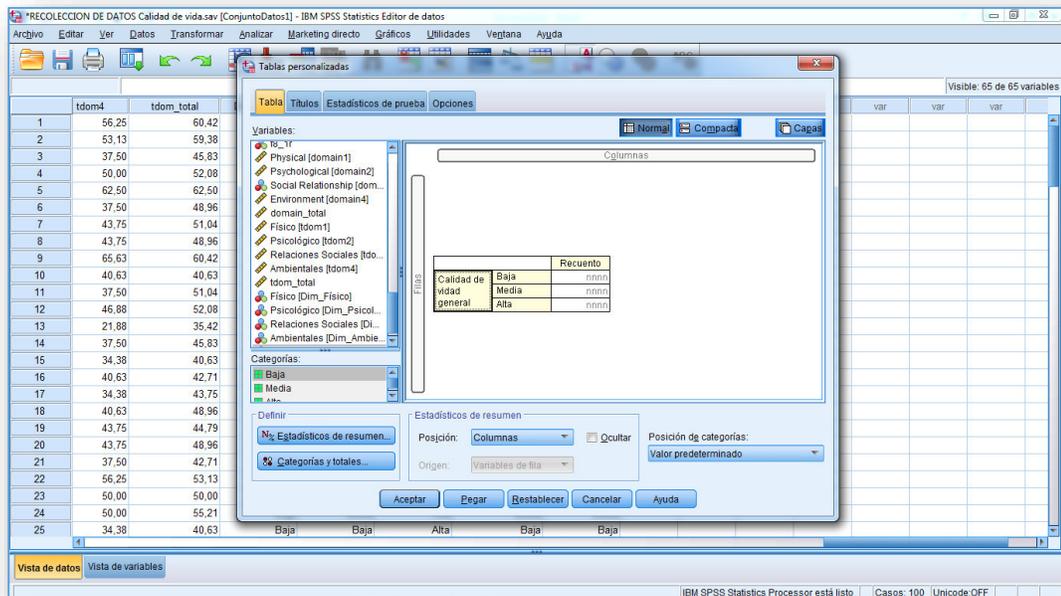
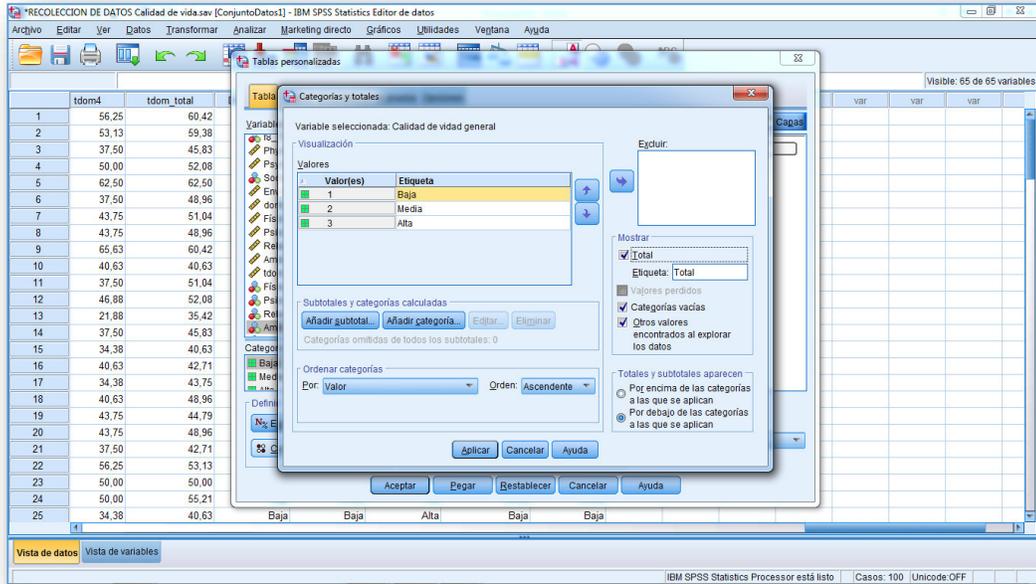
Estadísticos de resumen:

Posición: Columnas Quitar Posición de categorías: Valor predeterminado

Columnas

		Recuento	% del N de ...
Calidad de vida general	Baja	nnnn	nnn,n%
	Media	nnnn	nnn,n%
	Alta	nnnn	nnn,n%
	Total	nnnn	nnn,n%

IBM SPSS Statistics Processor está listo Casos: 100 Unicode: OFF



ANEXO N

SOLICITUD APROBATORIA DE LA DIRESA-CALLAO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL CENTRO DE SALUD CALLAO

	GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO	HR 009413
	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO "Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú" "Año de la Consolidación del Mar de Grau"	
22 JUL. 2016		
<u>OFICIO N° 3068 2016-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.</u>		
Señora Nancy Marlene Mendoza Gonzáles Universidad de Ciencias y Humanidades <u>Presente.-</u>		
De mi consideración:		
Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar el Trabajo de Investigación denominado "Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao-2016".		
Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.		
Atentamente,		
 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES Médico Regional R.A.P. TESSÉ		
RALMÉN HODAY		
www.gorcallao.gob.pe thumanas@dirremscallao.gob.pe		Jr. Colina N° 879 Bellavista - Callao Teléfono: 4650048-4655279

HR 009413



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



22 JUL. 2016

OFICIO N° 3067 2016-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señora
Katherine Roncal Cuadrado
Universidad de Ciencias y Humanidades
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar el Trabajo de Investigación denominado "Calidad de Vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud Callao, Callao-2016".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Gerente Regional
C.R.P. 12659

RALMENA/ROADX

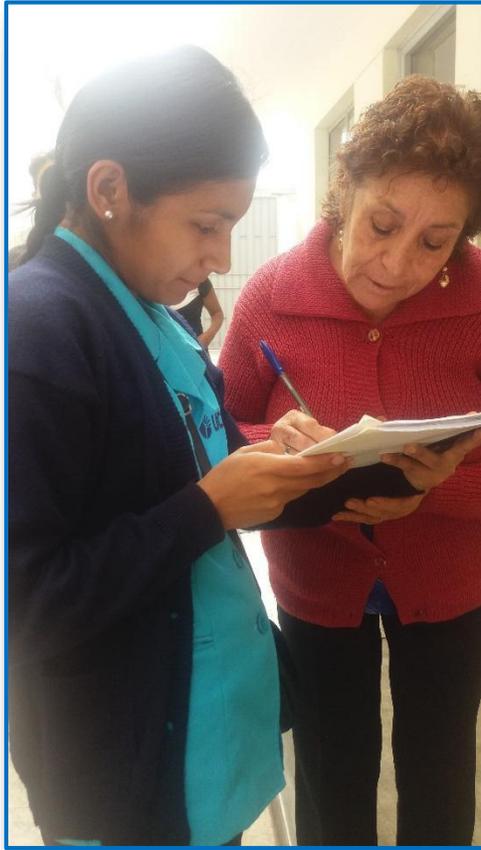
www.diresacallao.gob.pe
diresacallao@diresacallao.gob.pe

J. Colina N° 879 Bellavista - Callao
Teléfono: 4659048-4655279

ANEXO O

PROCESO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL CENTRO DE SALUD CALLAO





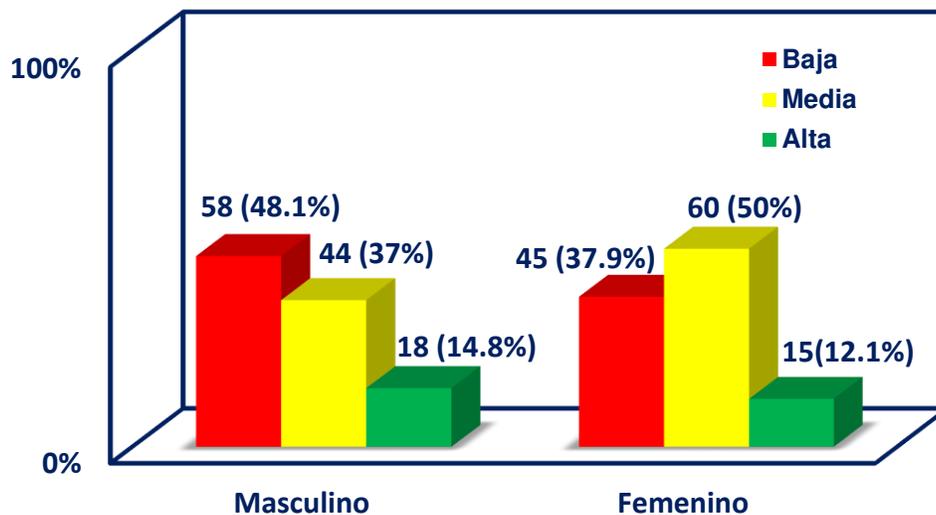




ANEXO P

GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS

Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao 2016 según género

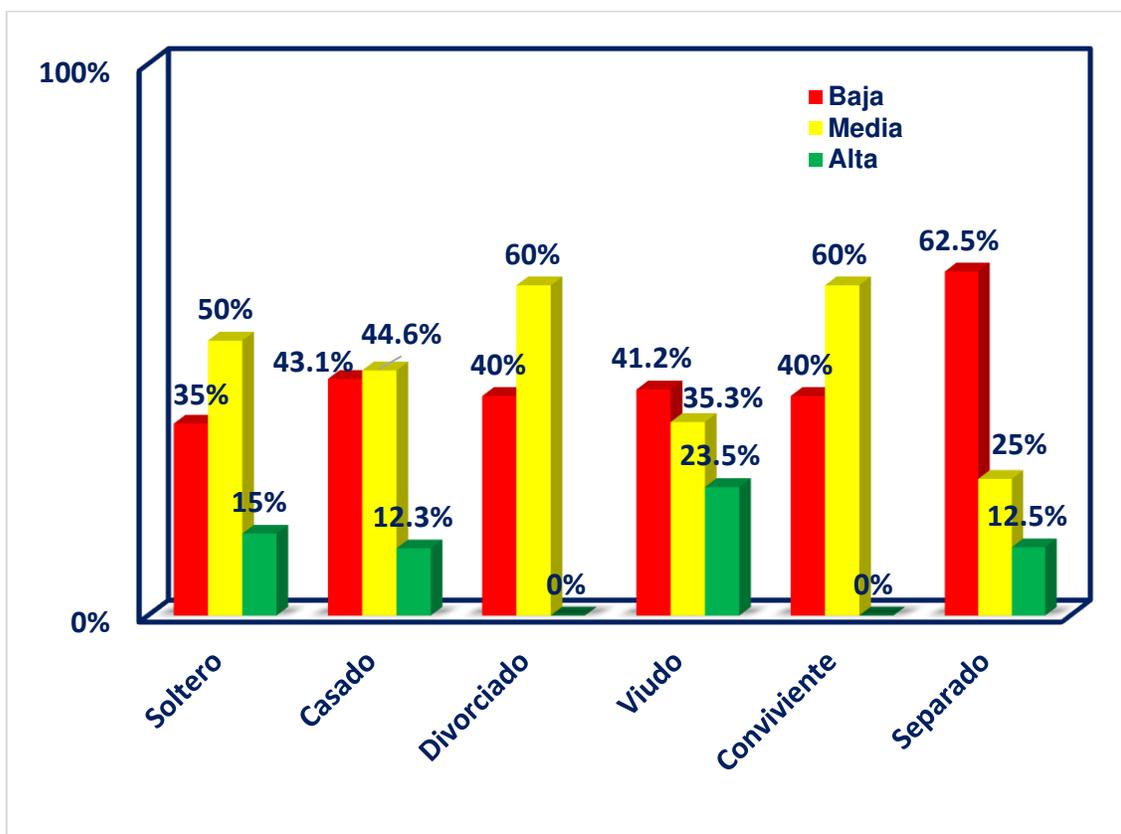


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En la figura podemos observar, con respecto al género del adulto mayor en cuanto a su calidad de vida, 58 adultos mayores del sexo masculino que representan el 48.1% del total, tienen una calidad de vida baja; 44 adultos mayores del mismo género que representan el 37% del total, tienen una calidad de vida media. Con respecto al género femenino, tenemos 60 adultos mayores que representan el 50% del total, tienen calidad de vida media y 45 adultos mayores que representan el 37.9%, tienen una calidad de vida baja.

Calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Callao 2016 según estado civil



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores en el Centro de Salud Callao, 2016

Descripción:

En la figura podemos observar, con respecto al estado civil del adulto mayor, 27 adultos mayores separados que representan el 62.5% del total, tienen una calidad de vida baja; 70 adultos mayores viudos que representan el 41.2% del total, tienen una calidad de vida baja. En cuanto al conviviente, divorciado, casado y soltero, tienen calidad de vida media.