



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Risso
de Lince, Lima- 2021

PRESENTADO POR

Huamán Ojeda, Martha Clorinda
Espinoza Corahua, Elizabet Lily

ASESOR

Robles Hurtado, Isabel Jackelin

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

A nuestros padres y familias por todo el apoyo; a Dios por sobre todas las cosas.

Dedicatoria

A Dios y a nuestras familias, por todo su apoyo.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria.....	2
Índice General.....	3
Índice de Tablas.....	4
Índice de Anexos.....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	18
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
2.2 POBLACIÓN.....	18
2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO.....	19
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	19
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	21
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	21
2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos.....	21
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	22
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN.....	33
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA.....	33
4.2 CONCLUSIONES	38
4.3 RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	48

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores que acuden al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	24
Tabla 2. Calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124).....	26
Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión capacidad sensorial del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	27
Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión autonomía del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	28
Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	29
Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión participación social del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	30
Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión muerte/agonía del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	31
Tabla 8. Calidad de vida según su dimensión intimidad del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)	32

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables.....	49
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	50
Anexo C. Consentimiento informado.....	53
Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición.....	55
Anexo E. Validez estadística del instrumento de medición	56
Anexo F. Confiabilidad del instrumento.....	57

Resumen

Objetivo: Identificar la calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021.

Materiales y métodos: El enfoque asumido en la investigación fue el cuantitativo y el diseño de estudio fue el descriptivo-transversal. La población censal estuvo conformada por 124 personas mayores. La técnica utilizada en el trabajo de campo fue la encuesta y el instrumento de medición fue el cuestionario WHOQOL-OLD que presenta 24 reactivos y 6 factores o dimensiones.

Resultados: En cuanto a la calidad de vida de los participantes, el 69,4%(n=86) presenta un nivel medianamente bueno, seguido del 19,4%(n=24) que tienen un nivel bueno y finalmente, el 11,3%(n=14) con un nivel malo. En relación a las dimensiones, en capacidad sensorial predominó con un 67,7%(n=84) el nivel medianamente bueno; en autonomía predominó con un 62,9%(n=78) el nivel medianamente bueno; en actividades pasadas-presentes-futuras predominó con un 60,5%(n=75) el nivel bueno; en participación social predominó con un 70,2%(n=87) el nivel bueno; en muerte/agonía predominó con un 66,9%(n=83) el nivel medianamente bueno y finalmente, en intimidad predominó con un 58,1%(n=72) el nivel medianamente bueno.

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida de los participantes, predominó el nivel medianamente bueno, seguido del bueno y malo. En cuanto a las dimensiones en capacidad sensorial, autonomía, muerte/agonía e intimidad predominó el nivel medianamente bueno; en actividades pasadas-presentes-futuras y participación social predominó el nivel bueno.

Palabras clave: Calidad de vida; anciano; salud del anciano (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To identify the quality of life in the elderly who attend at the Risso Polyclinic in Lince, Lima-2021.

Materials and methods: The approach taken in this research was quantitative with a descriptive-cross-sectional study design. The census population was composed of 124 elderly people. The technique used in the field research was the survey and the measurement instrument was the WHOQOL-OLD questionnaire, which presents 24 items and 6 factors or dimensions.

Results: Regarding the life quality of the participants, 69.4% (n = 86) show a moderately good level, followed by 19.4% (n = 24) who have a good level and finally, 11, 3% (n = 14) with a bad level. As to the dimensions, the moderately good level predominated in sensory capacity with 67.7% (n = 84); in autonomy, the moderately good level also predominated with 62.9% (n = 78); the good level predominated in past-present-future activities with 60.5% (n = 75); in social participation, the good level predominated with 70.2% (n = 87); the moderately good level predominated in death / agony with 66.9% (n = 83) and finally, the moderately good level predominated in intimacy with 58.1% (n = 72).

Conclusions: Regarding the life quality of the participants, the moderately good level prevailed, followed by the good and bad level. Regarding the dimensions of sensory capacity, autonomy, death / agony and intimacy, the moderately good level prevailed; in past-present-future activities and social participation the good level prevailed.

Keywords: Quality of life; elderly; health of the elderly (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

Vivimos a nivel demográfico una rápida transición hacia el envejecimiento poblacional a nivel global. En este contexto, se hace necesario, no solo caracterizar el estado de salud y las condiciones socioeconómicas, sino investigar cómo las personas experimentan la vejez y su proceso de envejecimiento. No se trata de agregar años a la vida, sino de asegurar que los años ganados se puedan vivir con calidad y dignidad. La calidad de vida (CV) a lo largo del curso de la vida y al llegar a la vejez, debería ser un tema de reflexión continua y sus resultados utilizados como insumo en la generación de estrategias específicas de salud y envejecimiento (1).

La consideración de la CV de los adultos mayores es un elemento cada vez más importante a tomar en cuenta en la evaluación, mejora de la calidad y asignación de los servicios de asistencia sanitarios y sociales (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el proceso del envejecimiento se ha acelerado en los últimos tiempos; en base a ello, predicen que para el 2050 la cifra de ancianos se duplicará a un 22% en el mundo y teniendo un 80% viviendo en los países en vías de desarrollo. La población adulta mayor representa un gran reto para todos los estados, especialmente para los ministerios de salud, quienes tienen el deber de garantizar a la población un envejecimiento saludable (3).

De acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las Américas un poco más del 80% de la población vivirán aproximadamente hasta los 60 años y solo en un 42% la esperanza de vida se calcula hasta los 80 años. Posterior a ello, estiman que para el 2025 habrá un aproximado de 15 millones de individuos mayores de 80 años en la región de las Américas. A su vez, también reportaron que actualmente Canadá es el país con una mayor población envejecida; no obstante, los estudios demográficos de Organización de las Naciones Unidas (ONU) notifican que en menos de una década los países tales como Cuba, Barbados y Martinica rebasarán la cifra de ancianos de Canadá (4).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informa que la población peruana se ha incrementado significativamente en cuanto a su proporción

especialmente en el grupo etario de los adultos mayores. En 1950 alcanzó un promedio del 5,7% de proporción y en el 2021 oscila en un porcentaje del 13%. En Lima Metropolitana el 44,3% de los hogares tienen un miembro de la tercera edad, siendo un 38% en área urbana y un 40,7% en el área rural. Por otro lado, el 83% de las mujeres y el 72% de los hombres ancianos presentan problemas de salud crónica en Lima Metropolitana, siendo el 81,4% en mujeres y 70,6% en los varones en el área urbana y 76,2% en mujeres y 67,3% en los varones en el área rural. Asimismo, también reportaron que en el área rural un 89,5% de la población adulta mayor cuenta con un seguro de salud, seguido del 83,7% en el área urbana y el 85,3% en Lima (5).

De acuerdo a la OMS, en Colombia la disfuncionalidad global en las personas ancianas alcanzó una prevalencia del 21% en cuanto se refiere a las actividades cotidianas, alrededor de un 38% en las actividades instrumentales y un 33% en discapacidades asociadas a la movilidad; producto de estas limitaciones y dificultades en este grupo etario, se ven expuestos a sufrir desigualdades demográficas, las cuales son aspectos que influyen negativamente en su entorno social y en su calidad de vida (6).

En este contexto de cambios y transiciones se ha observado que la soledad y el aislamiento social en las personas adultas mayores aumentaron considerablemente en el mundo, estos son aspectos considerados determinantes potenciales ya que desencadenan afecciones en la salud mental, produciendo deterioro cognitivo, demencia, ansiedad, depresión, ideación suicida y suicidio. De igual forma afecta su estado físico ocasionando enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, a consecuencia de ello disminuye su calidad de vida. De acuerdo a las investigaciones recientes indican que un 20% y un 34% de los adultos mayores manifiestan sentirse solos en China, India, Estados Unidos y en las regiones de Europa y América Latina (7).

Los trastornos del estado de ánimo en el proceso de envejecimiento son muy comunes y frecuentes en la población anciana, siendo la depresión y el trastorno bipolar con mayores tasas de incidencia principalmente asociadas a las comorbilidades. Un estudio realizado en una población de Bangalore, donde

participaron 142 ancianos, mostraron que el 47,8% presentaban depresión, encontrado una mayor prevalencia en las mujeres con un 39,4% producto a sus discapacidades funcionales y a una menor interacción interpersonal (8).

En un trabajo efectuado en Ecuador a 42 ancianos entre 65 y 74 años, los resultados mostraron que el 81,8% tenía depresión leve y un 18,2% presentaba un nivel moderado, siendo una cifra mayor en las mujeres en quienes osciló alrededor del 63,3% y por otro lado, también indicaron que el 57,1% de los participantes tenía ansiedad predominando el sexo femenino en comparación con los varones que osciló en un 42,9%, hay una diferencia significativa (9).

En base a un trabajo realizado en Cuba, en un policlínico, donde participó una muestra de 521 adultos, hallaron que en el 55,8% predominó un nivel medio de CV, seguido de 31,8% con un nivel bajo y un 12,2% con un nivel alto. Como conclusión, se señala que la CV principalmente percibida es la media y las dimensiones de salud y satisfacción por la vida son las que se asocian más a ello (10).

Según un estudio realizado en EEUU, en personas de la tercera edad entre 70 y 89 años, señaló que se obtuvo una puntuación media general de calidad de bienestar de 0,613. Ambos grupos disminuyeron en la calidad de vida con el tiempo, pero la asignación a la intervención de actividad física resultó en una disminución más lenta en las puntuaciones de la calidad de vida relacionada con la salud ($p=0,03$). La asistencia a la intervención se asoció con una mayor calidad de vida relacionada con la salud para ambos grupos. Las características iniciales que incluyen una edad más joven, menos condiciones comórbidas, etnia blanca y tiempos de caminata de 400 metros también se asociaron con una mayor CV a lo largo del tiempo (11).

En un estudio realizado en Chile con 305 participantes cuyo promedio de edad fue 73 años, los participantes frágiles presentaron una puntuación de CV significativamente más baja y puntuaciones significativamente más bajas en los dominios físico y psicológico. Los participantes con más fragilidad utilizaron los servicios de salud más frecuentemente que los participantes no frágiles (12).

La presencia de enfermedades/comorbilidades condiciona a la persona adulta mayor a una disminución de su capacidad funcional y lo hace más frágil. Una revisión sistemática realizada en el Reino Unido, que incluyó 22 estudios y 24419 ancianos participantes, encontró que la asociación entre fragilidad y menor calidad de vida en una variedad de constructos es clara y, a menudo, sustancial. Se debe establecer por lo tanto medidas para evitar complicaciones en salud y bienestar del adulto mayor frágil (13).

La población de mayor edad se ha convertido en el segmento de más rápido crecimiento con exceso de necesidad de atención y apoyo social, es fundamental mejorar la calidad de vida. Un estudio realizado en China revela que la ansiedad / depresión fueron los problemas menos reportados, mientras que la movilidad fue el problema reportado con mayor frecuencia. La CV no solo se asoció con enfermedades relacionadas con la edad, sino que también se correlacionó con una variedad de estilos de vida relacionados con la salud y factores que indican apoyo social y familiar (14).

China tiene la mayor población de adultos mayores, la mayoría de los cuales padece una o más enfermedades no transmisibles (ENT). En un estudio sobre CV realizado en este país, donde se incluyó una muestra de 5166 adultos, de 60 años o más, las ENT tuvieron impactos negativos significativos en la CV de los adultos mayores y, a medida que aumentó el número de ENT, la CV de los adultos mayores se deterioró. Por lo tanto, debemos prestar atención a la prevención y el manejo de las ENT de los adultos mayores para prevenir la aparición de múltiples ENT (15).

Según el INEI y el programa “Ruta Peruana en Desarrollo Nacional” indican que 3 de cada 4 personas de la tercera edad sufren de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo más comunes las patologías cardiovasculares, seguido de las respiratorias, las metabólicas y los infartos. Asimismo, destacó que 1 de cada 2 ancianos presentan algún tipo de disfuncionalidad (16). El Ministerio de Salud (MINSA), informó que el 82,3% de la población femenina perteneciente a la tercera edad padecen de al menos una enfermedad crónica en el Perú a comparación de la población masculina que alcanzan un porcentaje de alrededor

del 72,9% de problemas de salud, siendo un 85% en las zonas urbana, un 82,2% en el área rural y un 79,1% en Lima Metropolitana (17).

El envejecimiento es considerado una transformación propia de la naturaleza, dinámica y gradual que está relacionado a efectos físicos, fisiológicos y al mismo tiempo a cambios mentales, los cuales desencadenan alteraciones, limitaciones y disfuncionalidades en un corto o largo plazo. En el periodo de envejecimiento la salud se ve vulnerada por los determinantes sociales que desempeñan un rol fundamental; por lo general, este aspecto generó un efecto negativo en la esperanza de vida de este grupo etario (18).

La calidad de vida (CV) es la perspectiva que tiene una persona frente a su entorno social, cultural y político relacionado a su salud, en el cual estos determinantes pueden influir negativamente en su vida, En el caso de los adultos mayores la calidad de vida, por lo general posee un nivel bajo; se asocian a ello las comorbilidades, los factores socioeconómicos y familiares que muchas veces son factores claves para la reducción de su CV en base a su salud (19). En este estudio se empleó el cuestionario WHOQOL-OLD, de la OMS, el cual está conformado por las siguientes dimensiones: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas-presentes-futuras, participación social, muerte/agonía e intimidad.

La capacidad sensorial en las personas de la tercera edad, básicamente se relaciona a la pérdida progresiva de la función de los sentidos, que frecuentemente son afectadas por la edad o por los factores externos que vienen en a ser las enfermedades crónicas que disminuyen estas funciones; por lo tanto, afecta significativamente a la CV de estas personas (20). La autonomía y actividades pasadas-presentes-futuras, tienen estrecha relación, ya que se vinculan a las decisiones tomadas; es un aspecto fundamental en las personas, a medida que estos van envejeciendo van perdiendo de a pocos la capacidad funcional, que tiene que ver con realizar sus actividades de la vida diaria y la libre toma de decisiones sobre su vida. Los ancianos producto de las discapacidades que presentan, por lo general no pueden ser autónomos y requieren del apoyo de otras personas (por lo general familiares), que muchas veces comparten decisiones o toman decisiones por ellos (21). La participación social es un

elemento importante en la vida de los ancianos, ya que es un aspecto que les permite sentirse útiles en su entorno familiar y su comunidad, este factor refiere al desempeño de actividades grupales, donde se respete y considere la participación activa de este grupo poblacional con la finalidad de desarrollar un ambiente emocional saludable y un envejecimiento exitoso (22). La muerte agonía, es a veces parte del pensamiento de las personas mayores. Estas tienen más probabilidades de morir por enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas y circulatorias, cáncer y demencia. Es difícil determinar cuándo comienza la etapa final de la vida de una persona mayor, ya que las enfermedades generalmente evolucionan durante muchos años. Como parte del cuidado de enfermero, se debe educar y conversar con las personas seniles sobre estos asuntos, remarcándoles que la muerte es parte de un proceso natural de la vida, que lo importante es disfrutar y aprovechar al máximo el tiempo y que debe asumir el autocuidado como parte del estilo vida, para así evitar la presencia de enfermedades incapacitantes y complicaciones que afecten su salud y bienestar (23). La intimidad se refiere a la relación íntima y vida sexual, en un sentido amplio enfatizando el grado de interdependencia entre 2 partes, incluidos familiares, amigos, parejas, amantes. La salud sexual es un aspecto importante de la vida, las relaciones y la calidad de vida en general de una persona en todos los grupos de edad adulta. Un adulto mayor que tenga su salud afectada (salud física y mental), va ver disminuida su percepción hacia tener una intimidad más plena (24).

Pilger y colaboradores (25), en São Paulo-Brasil, en el 2017, realizaron un trabajo titulado "Bienestar espiritual y calidad de vida de los adultos mayores en hemodiálisis". El estudio fue cuantitativo-correlacional-transversal, su población estuvo constituida por 169 personas entre 60-69 años, para la recopilación de la información emplearon dos cuestionarios, uno de ellos fue el WHOQOL-OLD. Los resultados señalan que en la CV global se obtuvo una media de 66,7. En relación a sus dominios habilidad sensorial se obtuvo una media de 68,7, en cuanto a la autonomía una media de 62,7, en cuanto a las actividades pasadas, presentes y futuras la media fue 68,7, en cuanto a la participación social se obtuvo 62,5, en cuanto a la muerte-morir 75 y finalmente, en cuanto a la intimidad se obtuvo 75. Concluyeron que en los participantes ancianos de este estudio

valoraban la religiosidad y la espiritualidad en su vida diaria y su tratamiento. La calidad de vida de estos pacientes se correlacionó con el constructor de bienestar espiritual, ya sea positiva o negativamente, recomiendan que los establecimientos de salud realicen intervenciones orientadas a fortalecer la calidad de vida de estas personas que padecen de una enfermedad crónica que afecta su sistema renal.

Herrera y colaboradores (26), en Quito-Ecuador, desarrollaron un trabajo titulado "Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL- OLD en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del adulto mayor de Quito". El estudio fue descriptivo transversal, su población estuvo compuesta por 249 personas entre 65-99 años, el instrumento que utilizaron para la recopilación de información fue el cuestionario de CV WHOQOL- OLD. Encontraron que en los adultos mayores predominó un nivel bueno de CV. En relación a sus dimensiones, en habilidad sensorial predominó el nivel medio con 51%, participación social predominó el nivel medio con 47%, autonomía predominó un nivel medio con 45%, actividades pasadas, presentes y futuras predominó el nivel medio con un 50%, intimidad predominó el nivel medio con 47% y muerte predominó el nivel medio con 49%. Concluyeron que tuvo un mayor predominio el nivel medio de CV y este se encuentra significativamente relacionada con sus dimensiones, en las cuales también predominaron un nivel medio. Recomendamos que se realicen intervenciones en base a estos resultados con la finalidad de optimizar la CV en este grupo poblacional.

Salcedo J (27), en el 2018, en Aguascalientes-México, efectuaron un trabajo de "Percepción de la CV mediante el formato WHOQOL-OLD en adultos mayores de la consulta externa en una delegación de Aguascalientes". El estudio fue descriptivo-transversal, su muestra estuvo compuesta por 372 personas y para el recojo de la información emplearon el cuestionario WHOQOL-OLD. Los hallazgos señalan que predominó el nivel medio de CV con 72,96 puntos, en relación a sus dimensiones en el funcionamiento sensorial predominó un 16,70%, autonomía predominó un 13,86%, participación social predominó un 15,21%, intimidad predominó un 10,77% y muerte predominó un 16,34%. Concluyeron que el 72% de los ancianos presentaban una CV buena, mientras

que el 28% de la población restante poseía una CV baja. La escolaridad baja se asocia con menores valores de CV. Las dimensiones con menor percepción de CV fueron autonomía e intimidad.

Rodríguez y colaborador (28), en Cuenca-Ecuador, en el 2018, elaboraron un trabajo titulado “Calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas de Cantón Nabón-Cuenca”. El estudio fue descriptivo-transversal, la población estuvo compuesta por 374 personas entre 65-97 años (promedio 77,7 años), para la recopilación de la información se empleó el cuestionario WHOQOL-OLD. En los resultados encontraron que predominó el nivel normal de CV con un 58,3%. Concluyeron que en los ancianos del presente estudio predominó un nivel de calidad de vida bueno. En cuanto a la percepción de CV según sexo, se observa que en los participantes mestizos las mujeres señalan como “normal” a diferencia de los adultos mayores indígenas, en quienes los varones la perciben de esa forma. Existe además mayor independencia para la realización de actividades de la vida diaria entre los dos grupos participantes, ello favorece su CV. La salud física y el entorno determinan la percepción de CV.

Hernández y colaboradores (29), en Lima-Perú, en el 2016, elaboraron el estudio “Salud y CV en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú”. El estudio fue transversal, su población estuvo constituida por 412 ancianos, para la recojo de la información aplicaron el cuestionario WHOQOL-OLD. Encontraron que en la CV en los abuelos en el área rural (media de 61,3 y mayor valor en dimensiones “Habilidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades del pasado-presente-futuro”, “Participación social”) era mejor que la del área urbana (media de 59,3%). Concluyeron que en el área donde viven los ancianos participantes determina la valoración de CV de los participantes de este estudio.

Pinto y colaborador (30), en Pasco durante el 2020, realizaron un estudio sobre “CV y resiliencia en adultos mayores atendidos en centro de salud de Santa Ana de Tusi, en Pasco”, que contó con 244 participantes, a los cuales se les aplicó dos instrumentos, dentro de ellos el WHOQOL-OLD. En cuanto a la CV el 70,8% señaló nivel medio, el 24,7% nivel alto y 4,5% nivel bajo. En cuanto a sus dimensiones, en todas predominó el nivel medio, excepto en muerte y agonía en

donde predominó el nivel alto. Concluyeron que los participantes que presentan niveles altos en resiliencia, su tendencia es mostrar una mejor CV.

Los adultos mayores en el Perú tienen una situación bastante crítica y a la vez preocupante, ya que observamos diariamente las precariedades y escasez de recursos en estos ancianos, de acuerdo con lo anteriormente expuesto este grupo poblacional necesita y requiere de un mayor cuidado para mantener su salud. Desafortunadamente la realidad de los ancianos es totalmente desoladora y cruel, especialmente en aquellos que viven en zonas desfavorecidas como lo es el asentamiento humano nuevo San José en el distrito de Comas.

En este lugar los servicios de salud y apoyos asociales no llegan como debería de ser, producto a esta ausencia de asistencia y atención sanitaria los adultos mayores tienden a descuidar su salud por diversos factores, hasta llegar a cuadros críticos o a aun más lamentable que viene ser la muerte, parte de responsabilidad en esta situación la tienen las autoridades encargadas, quienes no realizan las visitas domiciliarias; este programa tiene la función y obligación de conocer el entorno de los pobladores, brindar apoyo y promocionar la salud en estos individuos con el propósito de mejorar los hábitos y estilos de vida en beneficio de ellos, al mismo tiempo fomentando el autocuidado en esta población.

Sin embargo, en nuestro país, son muy pocos los profesionales de la salud quienes cumplen con esta función tan imprescindible y aunado a esta situación se hace necesario mencionar que el presente trabajo es muy importante porque determina la calidad de vida en los ancianos y ver su situación real, porque a partir de ello se podrán planificar estrategias y actividades en relación al grado de calidad vital para mejorar y aumentar la variable de estudio. Por otro lado, la calidad vital nos permite conocer otras dimensiones del estado de salud del individuo, brindándonos un panorama general y detallado en base a varios aspectos tales como físicos, psicológicos, social, material, económico y personal; de modo que a través de esta investigación tendremos información desde un punto de vista holístico.

La investigación tiene como justificación dar a conocer que de acuerdo a la búsqueda científica que se realizó a través de las bases de datos de información confiables de un enfoque internacional como también nacional se encontraron escasos estudios elaborados desde una perspectiva de calidad vital en ancianos ejecutado con el instrumento diseñado por la OMS; se evidencia que el presente trabajo tienen como propósito reforzar los conocimientos ya existentes sobre el tema abordado; por tal motivo, mediante estas líneas se da conocer la justificación de su proceso de desarrollo.

Las implicaciones prácticas de los resultados obtenidos mediante este trabajo científico serán de mucha utilidad para las autoridades responsables de la institución sanitaria de la zona, con la finalidad de llevar a cabo estrategias que mejoren el trabajo orientado a la población adulta mayor de esta zona.

En cuanto a la consideración social de este estudio, éste tendrá un impacto positivo en los ancianos participantes que residen en un lugar desfavorecido, quienes con ayuda del personal de salud encargado de este estudio, aumentarán su calidad de vida.

En referencia al valor metodológico del trabajo, éste fue efectuado mediante el método científico, donde se empleó el instrumento de recopilación de información estructurada y validada por la comunidad científica, tomado en cuenta por sus diversos antecedentes desempeñados en la línea de investigación sobre la calidad de vida en los ancianos.

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación ya concluida, fue desarrollada en el marco del enfoque de investigación cuantitativa, ello se debe a que se pudo emplear un instrumento de medición cuantitativo y un software estadístico para el análisis de la información recolectada. En relación al diseño metodológico, el estudio según su alcance, fue abordado desde el diseño descriptivo-transversal, descriptivo ya que muestra la realidad tal como se presenta en la realidad y transversal ya que la medición se realizó una sola vez durante la actividad de recolección de datos.

2.2 POBLACIÓN

La población de este estudio fue censal, es decir se consideró a todos los adultos mayores registrados en un padrón de atención del establecimiento de salud. Fueron en total 124 los participantes totales (inicialmente en el padrón estaban 136 personas), estos cumplieron con los criterios de selección (inclusión y exclusión) que se establecieron desde el inicio de la investigación. Estos criterios aplicados fueron:

Criterios de inclusión:

- Pacientes seniles (60 a más años) que acudieron regularmente al establecimiento de salud.
- Pacientes seniles que son continuadores, es decir cuentan con historia clínica y acuden más de una vez a la consulta.
- Pacientes seniles que estuvieron ubicados en tiempo-espacio-persona.
- Pacientes seniles que aceptaron ser parte del estudio de forma libre.
- Pacientes seniles que dieron su consentimiento informado para participar luego de recibir información suficiente sobre lo que implica ser parte del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes seniles que no son continuadores.
- Pacientes seniles que no estuvieron orientados en tiempo-espacio-persona.
- Pacientes seniles que no desearon ser parte de la investigación y no dieron su consentimiento informado.

2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO

La investigación ya culminada, presenta una variable principal que es la “Calidad de vida”, según su naturaleza, es decir cómo se expresan sus valores finales en categorías, es una variable cualitativa; su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual de variable principal:

Es la manera en que una persona percibe el lugar que está ocupando en un ambiente socio-cultural y de valores en que desenvuelve su vida, en relación con sus metas, aspiraciones y preocupaciones, que finalmente se asocian con su salud y bienestar (31).

Definición operacional de variable principal:

Es la manera en que el adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince en Lima, percibe el lugar que está ocupando en un ambiente socio-cultural y de valores en que desenvuelve su vida, en relación con sus metas, aspiraciones y preocupaciones, que finalmente se asocian con su salud y bienestar, esto se expresa en capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas-presentes-futuras, participación social, muerte/agonía e intimidad, lo cual será medido con el cuestionario WHOQOL-OLD.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En la actividad de recolección de datos se consideró utilizar la técnica de la encuesta debido al carácter cuantitativo del estudio. Esta técnica es bastante flexible al momento de poder aplicarla, su fácil entendimiento facilita su

aplicación. Los clínicos e investigadores del campo de la salud, la han hecho su técnica de elección, cuando se quiere conocer aspectos relacionados a comportamientos o percepciones de un grupo poblacional. Esta técnica permite poder contar con una gran cantidad de información en tiempos relativamente cortos.

Instrumentos de recolección de datos:

En base a los diversos cambios demográficos de la población y el incremento acelerado del número de ancianos, dieron paso al surgimiento de nuevos temas de interés tales como la vejez y la calidad de vida. A raíz de esta situación que se vincula con la salud pública aparece el interés de los expertos en salud por valorar la calidad de vida; por ello, la OMS diseñó un cuestionario de calidad de vida denominado cuestionario WHOQOL-100 de 100 reactivos, que posteriormente se denomina WHOQOL-BREF de 26 ítems; posteriormente en el año 1998 y al ver que era muy extensa diseñaron otra versión con veinticuatro ítems denominada WHOQOL-OLD, una versión orientada para personas de 60 años a más, con el objetivo de valorar el nivel de CV y áreas afectadas de estas personas en relación a su salud general. Este instrumento fue traducido a 20 idiomas diferentes, su alta demanda de uso debido a su elevada validez y confiabilidad, facilitó su amplia difusión. El WHOQOL-OLD consta de 24 preguntas y se divide en 6 dimensiones, las cuales son habilidades sensoriales; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; muerte y morir e intimidad. Para su valoración se emplea la escala Likert que consta un puntaje de 5 puntos. Este instrumento alcanza un puntaje total de 120 puntos y se clasifica en 3 niveles, es importante aludir que una puntuación alta indica una mayor calidad de vida (32)(33).

Los criterios para asignar valores y valores finales de la variable principal son:

- De 1-48 puntos indica un nivel malo
- De 49-72 puntos indica un nivel medianamente bueno
- De 73-120 puntos indica un nivel bueno

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

En cuanto a la validez del contenido del cuestionario WHOQOL-OLD, fue realizado con la participación de 5 profesionales expertos en el tema, estos dieron como valor final promedio un 88%, que representa una validez buena (Ver Anexo D). En cuanto a la validez estadística, esta se realizó a través de las pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La primera de ellas arrojó un valor de 0,804 ($KMO > 0,5$) y la segunda un valor que representa un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,001$); ambos resultados se traducen en la validez del instrumento (Anexo E). En cuanto a la fiabilidad del cuestionario de recolección de datos, se obtuvo mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo resultado arrojó un valor de 0,885 (Anexo F).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para poder garantizar la actividad de recolección de datos, se tuvo que realizar una serie de gestiones de nivel administrativo, las cuales permitieron obtener permisos y accesos al establecimiento de salud donde se hizo el trabajo de campo y acceso a las personas seniles participantes. Además, esta actividad permitió hacer una exploración previa y poder realizar una planificación más precisa en base a los datos facilitados.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recolección de datos fue realizada en el mes de julio del presente año, teniendo en cuenta la emergencia sanitaria que experimentamos, para poder acceder a los participantes se tomaron en cuenta los protocolos sanitarios recomendados por las autoridades sanitarias, todo con el propósito de evitar algún tipo de contagio entre encuestador y participantes seniles. El instrumento de medición fue redactado en formato digital, específicamente en el formulario Google, ello facilitó el registro de datos e ingreso de los mismos a una base de datos en Microsoft Excel. Cada participante tomo un tiempo promedio de 15 minutos para completar los datos que se les solicitó. El encuestador acudió a la recolección de datos con un equipo Smartphone que facilitó el desarrollo de la

actividad, los adultos que no podían completar sus datos con el equipo señalado recibieron asistencia de parte de encuestador.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos que se derivan de la recolección de datos, fueron recogidos y exportados del formulario Google en una hoja de cálculo en Excel. De ahí fue pasado a una matriz de datos diseñada en el programa estadístico SPSS en su versión 25. En dicho programa se hizo el análisis de la información propiamente dicho. Al ser un estudio cuantitativo descriptivo, se empleó la estadística descriptiva, entre sus herramientas se utilizó la distribución de frecuencias (para analizar los datos generales-sociodemográficos y la variable/dimensiones participantes); asimismo, las medidas de tendencia central (análisis de datos numéricos principalmente) y la herramienta cálculo de variable del SPSS (que permitió valorar y obtener los valores finales de la variable principal y cada una de sus dimensiones). Finalmente, los hallazgos más relevantes fueron organizados en tablas que fueron rotuladas y descritas para su entendimiento, luego ello sirvió para realizar la discusión y conclusiones finales de la investigación.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todo estudio del área de las ciencias de la salud, en donde se involucren como participantes a informantes seres humanos, debe tomar en cuenta el marco ético-bioético que garantice la idoneidad del estudio y el respeto irrestricto de los derechos de los participantes involucrados. Esta necesidad surge ante los cuestionamientos de la forma como se conducían algunos estudios clínicos en la década de los 70 (estudio experimental de sífilis en Tuskegee-Alabama, Estados Unidos); por ello, este estudio recoge las recomendaciones y directrices dadas en los documentos Declaración de Helsinki (hace referencia al respeto a las decisiones y el uso del consentimiento informado) y Reporte Belmont (hace referencia a los principios bioéticos tradicionales), emitidos en la década de los 60 y 70 respectivamente (34)(35). Seguidamente se detalla la aplicación en campo de los principios de Belmont:

Principio de autonomía

Señala enfáticamente que se debe respetar a las personas involucradas en un estudio, su decisión es determinante para definir si es o no parte de la investigación. El consentimiento informado se sustenta en este principio fundamental (35).

A cada persona senil involucrada en la investigación se le informó todo lo suficientemente necesario, para hacerle la invitación a dar su consentimiento informado. Se respetó la decisión autónoma de cada uno de ellos.

Principio de beneficencia

Señala que se deben realizar todos los esfuerzos por conseguir los máximos beneficios para el participante. Un profesional de la salud basa sus acciones en este principio que busca el bienestar (36).

A cada participante senil se le informó los beneficios que traen las investigaciones, todas buscan mejoras la atención y prácticas realizadas.

Principio de no maleficencia

Señala que se debe evitar por todos los medios riesgos o daños que puedan perjudicar al participante. Si existiera una dolencia que comprometiera seriamente la salud y vida, se debe buscar minimizar el daño (37).

Se informó de forma clara y precisa que este estudio no compromete para nada la salud o vida del participante, solo debe dar cierta información que será anónima y debidamente resguardada y confidencial.

Principio de justicia

Señala que cuando se presente beneficio alguno, este debe ser compartido equitativamente (35).

Cada participante senil seleccionado, será tratado por igual, teniendo las mismas oportunidades que sus pares.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores que acuden al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Información de los participantes	N	Total	%
	Total		
	124		100
Edad	Min: 60 Max:80 Media: 66,33		
Sexo del participante			
Femenino	30		24,2
Masculino	94		75,8
Estado civil			
Soltera/o	30		24,2
Conviviente	94		75,8
Casada/o	30		24,2
Divorciada/o	94		75,8
Viuda/o	30		24,2
Grado de instrucción			
Sin instrucción	2		1,6
Primaria completa	5		4,0
Primaria Incompleta	2		1,6
Secundaria completa	19		15,3
Secundaria Incompleta	16		12,9
Superior completo	80		64,5
Condición de ocupación			
Estable	8		6,5
Eventual	17		13,7
Sin Ocupación	21		16,9
Jubilada(o)	78		62,9
Tipo de familia			
Nuclear	84		67,7
Monoparental	6		4,8
Extendida	7		5,6
Ampliada	15		12,1
Reconstituida	6		4,8
Persona sola	6		4,8

Elaboración propia

En la tabla 1. En cuanto a la edad, la edad máxima fue 80 años, mínima 60 años y media 66,33. En cuanto al sexo, 94 participantes que representan el 75,8% eran de sexo masculino y 30 participantes que representan el 24,2% eran de sexo femenino. En cuanto al estado civil, 74 participantes que representan el 59,7% era casada(o), 28 participantes que representan el 22,6% son convivientes, 15 participantes que representan el 12,1% es viudo(a), 6 participantes que representan el 4,8% es divorciado(a) y 1 participante que

representa el 0,8% es soltero(a). Según el grado de instrucción, 80 participantes que representa el 64,5% tiene superior completo, 19 participantes que representan el 15,3% secundaria completa, 16 participantes que representa el 12,9% tiene secundaria incompleta, 5 participantes que representan el 4% tienen primaria completa y finalmente 2 participantes que representa el 1,6% no tienen estudios y presentan primaria incompleta. Según la condición de ocupación, 78 participantes que representan el 62,9% es jubilada(o), 21 participantes que representan el 16,9% no tiene ocupación, 17 participantes que representan el 13,7% tiene trabajo eventual y finalmente 8 participantes que representan el 6,5% tiene trabajo estable. En cuanto al tipo de familia, 84 participantes que representan el 67,7% tienen familia nuclear, 15 participantes que representan el 12,1% tienen familia ampliada, 7 participantes que representan el 5,6% tienen familia extendida y finalmente 6 participantes que representan el 4,8% tienen familia monoparental, reconstituida y son personas solas.

Tabla 2. Calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Riso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Calidad de vida	N	%
Mala	14	11,3
Medianamente buena	86	69,4
Buena	24	19,4
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores, 86 participantes que representan el 69,4% presentan un nivel medianamente bueno, seguido de 24 participantes que representan el 19,4% tienen un nivel bueno y finalmente, 14 participantes que representan el 11,3% presentaron una calidad de vida mala.

Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión capacidad sensorial del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Capacidad sensorial	N	%
Mala	24	19,4
Medianamente buena	84	67,7
Buena	16	12,9
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según su dimensión capacidad sensorial, 84 participantes que representan el 67,7% presentaron un nivel medianamente bueno, seguido de 24 participantes que representan el 19,4% un nivel malo y finalmente 16 participantes que representan el 12,9% un nivel bueno.

Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión autonomía del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Autonomía	N	%
Mala	22	17,7
Medianamente buena	78	62,9
Buena	24	19,4
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que, en cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según su dimensión autonomía, 78 participantes que representan el 62,9% presentan un nivel medianamente bueno, seguido de 24 participantes que representan el 19,4% un nivel bueno y finalmente 22 participantes que representan el 17,7% un nivel malo.

Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras del adulto mayor que acude al Policlínico Riso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Autonomía	N	%
Mala	11	8,9
Medianamente buena	38	30,6
Buena	75	60,5
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 5, se observa que, en cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión actividades pasadas, 75 participantes que representan el 60,5% presentan un nivel bueno, seguido de 38 participantes que representan el 30,6% un nivel medianamente bueno y finalmente, 11 participantes que representan el 8,9% un nivel malo.

Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión participación social del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Autonomía	N	%
Mala	2	1,6
Medianamente buena	35	28,2
Buena	87	70,2
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 6, se observa que, en cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión participación social, 87 participantes que representan el 70,2% presentan un nivel bueno, seguido de 35 participantes que representan el 28,2% un nivel medianamente bueno y finalmente, 2 participantes que representan el 1,6% un nivel malo.

Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión muerte/agonía del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Autonomía	N	%
Mala	12	9,7
Medianamente buena	83	66,9
Buena	29	23,4
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 7, se observa que, en cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión muerte/agonía, 83 participantes que representan el 66,9% presentan un nivel malo, seguido de 29 participantes que representan el 23,4% presentan un nivel bueno y finalmente 12 participantes que representan el 9,7% un nivel malo.

Tabla 8. Calidad de vida según su dimensión intimidad del adulto mayor que acude al Policlínico Risso de Lince, Lima-2021 (N=124)

Autonomía	N	%
Mala	23	18,5
Medianamente buena	72	58,1
Buena	29	23,4
Total	124	100,0

Elaboración propia

En la tabla 8, se observa que, en cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión intimidad, 72 participantes que representan el 58,1% tienen un nivel medianamente bueno, seguido de 29 participantes que representan el 23,4% un nivel bueno y finalmente 23 participantes que representan el 18,5% un nivel malo

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La esperanza de vida media de la población global ha aumentado notablemente en los últimos 150 años. Una larga vida es un sueño del ser humano desde el principio de los tiempos; pero también, un anhelo es vivirla en buenas condiciones físicas y psíquicas, es decir con una CV idónea. Por otro lado, los estilos de vida desfavorables, que son comunes en la actualidad y que involucran a proporciones significativas de la población, han sido identificados como uno de los principales contribuyentes a la mayor incidencia de factores de riesgo, que condicionan a comorbilidades y problemas en la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria en las personas seniles (38).

En esta situación de emergencia sanitaria e incertidumbre, la pandemia ha golpeado la economía y salud de las personas, en especial las más vulnerables como los adultos mayores, que soportan el mayor impacto negativo. Por ello, se vio por conveniente valorar la calidad de vida del adulto mayor participante de este estudio, ya que ello nos da información real e integral de cómo está su salud en varios ámbitos de la vida.

En cuanto a la CV de los adultos mayores, el 69,4% (86 participantes) presentan un nivel medianamente bueno, seguido del 19,4% (24 participantes) tienen un nivel bueno y finalmente, el 11,3% (14 participantes) presentaron una calidad de vida mala. Los resultados son aparentemente alentadores, aunque hay un porcentaje de casi 12% que se le debe prestar atención para mejorar su percepción de CV. Tener en cuenta que a pesar que estamos en tiempos de pandemia, los participantes tienen la oportunidad de ser pacientes que acuden a sus controles periódicos, lo cual es un aspecto protector fundamental para su salud, el apoyo familiar también es importante para que se concreten estos controles de su salud. Similar a nuestros resultados se encontró en la investigación de Pinto y colaborador (30), en donde señalaron que la CV predominante fue la media (70,8%), ahí se resalta la importancia del apoyo social más cercano (familia) y la capacidad resiliente que permiten afrontar mejor situaciones adversas y son un factor protector para tener mejores niveles de CV.

Asimismo, Rodríguez y colaborador (28), señalaron que predominó un nivel normal de CV, esto se consigue con el cuidado de la salud física y mantener un clima de entorno adecuado. La CV se considera ampliamente como un indicador de la salud individual en las exploraciones de las funciones de la vida diaria y el bienestar. En particular, la CV en las personas mayores es muy importante, ya que está estrechamente relacionada con la felicidad y el logro de los objetivos de la vida (39). Queirolo y colaboradores (40), señalaron en su investigación la importancia del instrumento de medición WHOQOL-OLD, el cual permite realizar un diagnóstico real de la CV del adulto mayor y con ello poder fundamentar acciones enfocados en mejora de la salud y bienestar de este grupo etario. La investigación de Hernández y colaboradores (29), aplicó el cuestionario WHOQOL-OLD en adultos mayores y concluye que la zona de residencia influye en el apoyo que pueda tener el anciano.

En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según su dimensión capacidad sensorial, el 67,7% (84 participantes) presentaron un nivel medianamente bueno, seguido de 19,4% (24 participantes) presentan un nivel malo y finalmente, el 12,9% (16 participantes) presentan un nivel bueno. Las enfermedades crónicas condicionan a dolencias físicas y de salud mental, que puede afectar en algún grado el sistema sensorial. Por ello, es importante el cuidado que reciba el anciano y las medidas de autocuidado que adopten ellos y sus familias. Las actitudes hacia los efectos significativos del envejecimiento en varios resultados psicosociales, incluida la salud mental y física, sugieren que las actitudes de los adultos mayores hacia el envejecimiento también pueden afectar su calidad de vida. Los juicios sobre la calidad de vida son producto de la visión subjetiva de la enfermedad y sus afectos en términos físicos, psicológicos y sociales de un individuo (41). Los resultados en esta dimensión coinciden con los resultados de Pinto y colaborador (30), quienes resaltan la importancia de las redes de apoyo social como factores protectores de una mejor salud y CV. En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según su dimensión autonomía, el 62,9% (78 participantes) presentan un nivel medianamente bueno, seguido del 19,4% (24 participantes) un nivel bueno y finalmente el 17,7% (22 participantes) un nivel malo. La responsabilidad de acudir a sus controles influye en tener una mejor salud y autonomía para realizar

sus actividades. La autonomía se refiere a la creencia de un individuo en su capacidad para ejecutar comportamientos necesarios para producir logros de desempeño específicos. Una persona con alta autoeficacia puede tener un curso de vida más activo que se expresa en mejor bienestar (42). Herrera y colaboradores (26), en su estudio señalaron resultados similares a los nuestros, donde muestra que tanto los dominios de capacidad sensorial y autonomía obtuvieron un nivel de CV medio en sus participantes adultos mayores; este estudio se parece al nuestro, debido a que son pacientes y que de alguna manera buscan atención en salud para velar por su cuidado. Por otro lado, Salcedo J (27), señala que la dimensión autonomía tuvo una percepción baja de CV, señala que la instrucción baja se asocia a problemas en la percepción de la CV.

En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, el 60,5% (75 participantes) presentan un nivel bueno, seguido del 30,6% (38 participantes) un nivel medianamente bueno y finalmente, el 8,9% (11 participantes) presentó un nivel malo. Los efectos psicológicos y sociales directos e indirectos de la pandemia de COVID-19 son generalizados y podrían afectar el bienestar individual ahora y en el futuro. Cada uno debe tener la autonomía de asumir y tomar sus decisiones, pero para ello su salud debe ser óptima. Herrera y colaboradores (26), señalaron que la CV predominó con un nivel medio y este se encuentra significativamente relacionada con sus dimensiones, en las cuales también predominaron un nivel medio, dentro de ello están las actividades pasadas, presentes y futuras.

En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión participación social, el 70,2% (87 participantes) presentaron un nivel bueno, seguido del 28,2% (35 participantes) un nivel medianamente bueno y finalmente, el 1,6% (2 participantes) presentó un nivel malo. El apoyo social es fundamental en la vida, y más aún en la vida de las personas seniles. Es la percepción y la experiencia de que uno es valorado, respetado, cuidado y amado por otros que están presentes en su vida; además, ha sido reconocido como uno de los factores más importantes de la CV en los adultos mayores. Tiene un efecto significativo sobre la CV de los adultos mayores y pacientes con enfermedades

crónicas (43). Rodríguez y colaborador (28), señalaron resultados similares a los nuestros ya que en relación a sus dimensiones funcionamiento sensorial obtuvo un nivel moderado con 42,2%, en autonomía predominó un nivel bueno con 62% y en participación social predominó un nivel bueno con un 47,3%. Agregan que el entorno determina la percepción de CV.

Los adultos mayores están en riesgo de soledad y se necesitan intervenciones para promover la conexión social para abordar directamente este problema. Las estrategias descritas con mayor frecuencia fueron participar en una actividad con un propósito y mantener el contacto con la red social de uno (44).

En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión muerte/agonía, el 66,9% (83 participantes) presentan un nivel medianamente bueno, seguido del 23,4% (29 participantes) un nivel bueno y finalmente, el 9,7% (12 participantes) presentó un nivel malo. En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión intimidad, el 58,1% (72 participantes) presentó un nivel medianamente bueno, seguido del 23,4% (29 participantes) un nivel bueno y finalmente el 18,5% (23 participantes) presentó un nivel malo. Salcedo J (27), indicó que pequeña parte de sus participantes señaló un nivel bueno de CV, pero en su dominio intimidad (10,77% y muerte (16,34%), la percepción fue menor. Los seres humanos experimentan una variedad de cambios en la vejez, como cambios físicos debido a una enfermedad o deterioro natural de las funciones físicas, cambios sociales debido a la pérdida de roles en el hogar y la sociedad, un empeoramiento de la situación de salud (45). Pilger y colaboradores (25), obtuvieron buenos resultados en estas dimensiones de muerte/morir e intimidad, los autores resaltan el papel protector del apoyo social y bienestar espiritual de la personas que contribuyen a una mayor percepción de la CV.

La disminución de las funciones cognitivas en las personas mayores les dificulta realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente, lo que conduce a la depresión y, en última instancia, reduce su CV. Asimismo, se sugiere la provisión de apoyo social de la familia, los proveedores de atención en salud, los amigos y se emplee en los programas de intervención para los adultos mayores, los pacientes mayores con enfermedades crónicas o los adultos mayores

vulnerables como una estrategia importante en la intervención para mejorar su bienestar (46).

Cuando los adultos mayores se encuentran en circunstancias de amenaza, mantendrán un nivel normal de bienestar mental siempre que la fuerza de los recursos de la sociedad supere la fuerza de la amenaza (47).

Por otro lado, ante esto, las relaciones sociales fortalecidas juegan un papel mediador en la supervivencia. Se constata la importancia de salir de casa como marcador de protección para la supervivencia y su salud (48).

Para contribuir en mejorar la CV entre los adultos mayores, se requieren intervenciones de enfermería para potenciar el comportamiento que promueve la salud física y la autoeficacia, y mejorar el apoyo emocional e informativo de la familia u otros recursos.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores, predominó el nivel medianamente bueno, seguido de bueno y malo.
- En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según su dimensión capacidad sensorial, predominó un nivel medianamente bueno, seguido de bueno y malo.
- En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según su dimensión autonomía, predominó un nivel medianamente bueno, seguido de bueno y malo.
- En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión actividades pasadas, predominó un nivel bueno, seguido de medianamente bueno y malo.
- En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión participación social, predominó un nivel bueno, seguido de medianamente bueno y malo.
- En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión muerte/agonía, predominó un nivel medianamente bueno, seguido de bueno y malo.
- En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores según su dimensión intimidad, predominó un nivel medianamente bueno, seguido de bueno y malo.

4.3 RECOMENDACIONES

- Ante los resultados evidenciados, se sugiere implementar estrategias salud de parte de los responsables de cuidar la salud de dichos pacientes. Se debe trabajar mucho en el control de la salud incidiendo en el control del peso, glucosa sanguínea y presión arterial, además de educar a los adultos mayores y sus familias en contribuir un ambiente favorable en el hogar para que este se comporte como factor protector de la salud de todos los integrantes, incluido el adulto mayor.
- El establecimiento de salud debe promover la práctica de la actividad física en estas personas, ello contribuirá significativamente en su salud y mantenimiento de su capacidad funcional que lo mantendrá más autónomo.
- Se sugiere que en estudios a realizarse posteriormente se aborde el problema de la CV del anciano desde el marco del método de investigación cualitativo y mixto, ello permitirá complementar el conocimiento y comprensión del problema analizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López M, Konigsberg M. Health-related quality of life among Jewish older people in Mexico and its determinants. Life outcomes with quality of health. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];18:152. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7249402/>
2. van Leeuwen K, van Loon M, van Nes F, Bosmans J, CW de Vet H, CF Ket J, et al. What does quality of life mean for older adults? A thematic synthesis. PLOS ONE. [Internet]. 2019 [citado en setiembre de 2021];14(3):1-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6407786/>
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2018 [actualizado en febrero de 2018; citado en setiembre de 2021]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. The number of people over 60 will double by 2050; major social changes are required [Internet]. Ginebra-Washington. D.C.: OPS-OMS; 2021 [actualizado en setiembre; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación del adulto mayor [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en marzo; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
6. Organización Mundial de la Salud. Determinants of healthy aging and disability in older people: SABE Colombia Survey [Internet]. Ginebra- Suiza: OMS; 2021 [actualizado en agosto; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54644>
7. Organización Panamericana de la Salud. Social isolation and loneliness

[Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado en julio; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>

8. Kumar S, Joseph S, Abraham A. Prevalence of depression amongst the Elderly population in old age homes of Mangalore city. *J Family Med Prim Care*. [Internet] 2021 [citado en setiembre de 2021];10(5):1868–1872. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8208195/>
9. Tenesaca K. Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja [tesis doctoral]. Loja-Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2021 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24087/1/KarenAnai_TenesacaCamacho.pdf
10. García L, Quevedo M, La Rosa Y, Hernández A. Quality of life perceived by elderly adults. *Medimay Electronic Magazine* [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];27(1):2520-9078. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2020/cmh201c.pdf>
11. Groessl E, Kaplan R, Rejeski J, Katula J, Glynn N, King A, et al. Physical Activity and Performance Impact Long-term Quality of Life in Older Adults at Risk for Major Mobility Disability. *Am J Prev Med*. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];56(1):141-146. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6309909/>
12. Zúñiga M, García R, Araya A. Quality of life among frail older people. *Rev Med Chil*. [Internet]. 2019 [citado en setiembre de 2021];147(7):870-876. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31859985/>
13. Crocker T, Brown L, Clegg A, Farley K, Franklin M, Simpkins S, et al. Quality of life is substantially worse for community- dwelling older people living with frailty: systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res*. [Internet]. 2019 [citado en setiembre de 2021];28(8):2041-2056. Disponible

en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30875008/>

14. Chen C, Liu G, Shi Q, Sun Y, Zhang H, Wang M, et al. Health-Related Quality of Life and Associated Factors among Oldest-Old in China. *J Nutr Health Aging*. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];24(3):330-338. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32115616/>
15. Liu J, Yu W, Zhou J, Yang Y, Chen S, Wu S. Relationship between the Number of Noncommunicable Diseases and Health-Related Quality of Life in Chinese Older Adults: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];17(14):5150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7400205/>
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ruta en Desarrollo Nacional Estrategia para proteger al adulto mayor en época de COVID-19 [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2020 [actualizado en junio; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ipae.pe/wp-content/uploads/2021/02/RPDN-Estrategia-para-protger-al-adulto-mayor-en-epoca-de-covid-19.pdf>
17. El Ministerio de salud. El 82.3% de mujeres adultas mayores sufre de alguna enfermedad crónica que aumenta el riesgo de cuadros graves de COVID-19 [Intenet]. Lima-Perú: MINSA; 2020 [actualizado en octubre de 2020; citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/305352-el-82-3-de-adultas-mayores-sufre-de-alguna-enfermedad-cronica-que-aumenta-el-riesgo-de-cuadros-graves-de-covid-19/>
18. Tavares D, Cruz Matias T, Ferreira P, Pegorar M, Nascimento J, Paiva M. The quality of life and the elderly. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [citado en julio de 2021];21(11):3557-3564. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27828588/>
19. Pereira R, Batista M, Meira A, Oliveira M, Kusumota L. Quality of life of the elderly with chronic kidney disease under conservative treatment. *Rev Bras*

- Enferm [Internet]. 2017 [citado en julio de 2021];70(4):851-859. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793118/>
20. Liljas A, Yu A. The relationship between self-reported sensory impairments and psychosocial health in older adults: a 4-year follow-up study using the English Longitudinal Study on Aging. Public health [Internet]. 2019 [citado en julio de 2021];169:140-148. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30904768/>
 21. Torregroza E, Jaimes E, Carbonell M, Hernández K. Cognitive functioning, autonomy and independence of the institutionalized older adult. Cuban Journal of Nursing [Internet]. 2018 [citado en julio de 2021];34(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640/395>
 22. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of the concepts and their associations with health. Rev. Salud Aust [Internet]. 2017 [citado en julio de 2021];41(4):455-462. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27712611/>
 23. Tjernberg J, Bökberg C. Older persons' thoughts about death and dying and their experiences of care in end-of-life: a qualitative study. BMC Nursing [Internet]. 2020 [citado 26 de setiembre de 2021];19(2020):1-10. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-020-00514-x#citeas>
 24. Chung HS, Kim GH, Shin MH, Park K. Physical intimacy is an important part of sexual activities: Korean older adults study. Sexual Medicine [Internet] 2020 [citado 19 de setiembre de 2021];8(4):643-649. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32773264/>
 25. Pilger C, Pereira R, Lentsck M, Marques S, Kusumota L. Bienestar espiritual y calidad de vida de los adultos mayores en hemodiálisis. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 [citado en setiembre de 2021];70(4):1-

14. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/fmyxsMPB4YCLNNmxMGk3w7G/?lang=en#>
26. Herrera C, Carolina B, Mora S, Jorge H. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL- OLD en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del adulto mayor de Quito [tesis de grado]. Quito-Ecuador: Universidad Católica del Ecuador; 2016 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12575>
27. Salcedo J. Percepción de la calidad de vida mediante el formato WHOQOL- OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UMF no 1 de la delegación IMSS, Aguascalientes, AGS [tesis de especialidad]. Aguascalientes-México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2016 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/11317/1657>
28. Rodríguez M, Verdugo Z. Calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del Cantón Nabón. Cuenca-2017 [tesis de grado]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en:
[https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf)
29. Hernandez J, Chavez S, Yhuri N. Health and quality of life in older adults in a rural and urban area of Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet] 2016 [citado en setiembre de 2021];33(4):680-688. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n4/a10v33n4.pdf>
30. Pinto R, Manchego E. Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores atendidos en centro de salud de Santa Ana de Tusi, Pasco, 2020 [tesis de grado]. Pasco-Perú: Universidad César Vallejo; 2021 [citado en setiembre de 2021].

- Transtornos Alimenticios. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/68068/Pinto_ARO-Manchego_CEG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Organización Mundial de la Salud. People and health What quality of life?. World Health Forum [Internet]. 1996 [citado en agosto de 2021];17(1):385-387. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 32. Leplege A, Guillaume C, Ecosse E, Hervy M, Ankri J, Steinbuchel N. Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées :le WHOQOL-OLD version française. La Revue de Médecine Interne [Internet] 2013 [citado 25 de abril de 2021];34(2):78-84. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866312006236?via%3DiHub>
 33. World Health Organization. Whoqol-Old Manual [Internet]. Edinburgh Uk: University of Edinburgh; 2006 [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1
 34. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado el 8 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
 35. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Estados Unidos; 1979 [citado 25 de abril de 2021]. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>

36. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3^a ed. New York - United States of America: Oxford University Press; 2016.
37. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 25 de abril de 2021];55(4):230-233. Disponible en:
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
38. Dominguez LJ, Di Bella G, Veronese N, Barbagallo M. Impact of mediterranean diet on chronic non-communicable diseases and longevity. Nutrients. [Internet]. 2021 [citado 10 de setiembre de 2021];13(6):2028. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8231595/pdf/nutrients-13-02028.pdf>
39. Chang H, Cho G, Kim H, Bea H. Factors Affecting Quality of Life among the Elderly in Long-Term Care Hospitals. Journal of Nursing Research [Internet] 2021 [citado 15 de setiembre de 2021];29(1):1-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7808359/pdf/nrj-29-e134.pdf>
40. Queirolo S, Barboza M, Ventura J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). Enferm. glob. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];9(60):1-13. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400010
41. Leventhal H, Colman S. Quality of life: A process view. Psychology & Health [Internet]. 1997 [citado 20 de setiembre de 2021];12(6):21-23. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449708406737>
42. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review [Internet]. 1977 [citado 15 de setiembre de 2021];84(2):191-245. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847061/>
43. Lara R, Vázquez M, Ogallar A, Godoy-Izquierdo D. Psychosocial resources

for hedonic balance, life satisfaction and happiness in the elderly: A path analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];30(3):1-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7459462/pdf/ijerph-17-05684.pdf>

44. O'Rourke H, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: A scoping review. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2018 [citado 15 de septiembre de 2021];18(1):1-13. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0897-x>
45. Gajewski P, Falkenstein M. Physical activity and neurocognitive functioning in aging - a condensed updated review. *European Review of Aging and Physical Activity* [Internet]. 2016 [citado 20 de septiembre de 2021];13(1):1-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748322/pdf/11556_2016_Article_161.pdf
46. Geffen L, Kelly G, Morris J, Howard E. Peer-to-peer support model to improve quality of life among highly vulnerable, low-income older adults in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2019 [citado 8 de mayo de 2020];19(1):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6805367/>
47. Peyman N. Iranian older adult's mental wellbeing during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry journal* [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];54:1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396135/>
48. Soares M, Facchini L, Nedel F, Wachs L, Kessler M, Thumé E. Social relationships and survival in the older adult cohort. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 15 de septiembre de 2021]; 29(1):3-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33439948/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
TITULO: Calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Riso de Lince, Lima-2021								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza:	Es la manera en que una persona percibe el lugar que está ocupando en un ambiente socio-cultural y de valores en que desenvuelve su vida, en relación con sus metas, aspiraciones y preocupaciones, que finalmente se asocian con su salud y bienestar (31).	Es la manera en que el adulto mayor que acude al Policlínico Riso de Lince en Lima, percibe el lugar que está ocupando en un ambiente socio-cultural y de valores en que desenvuelve su vida, en relación con sus metas, aspiraciones y preocupaciones, que finalmente se asocian con su salud y bienestar, esto se expresa en capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas-presentes-futuras, participación social, muerte/agonía e intimidad, lo cual será medido con el cuestionario WHOQOL-OLD.	Capacidad sensorial	Sentidos básicos activos	4 ítems (1,2,10,20)	Mala Medianamente Buena Buena	1-48 Mala 49-72 Medianamente Buena 73-120 Buena Puntajes altos indican una alta calidad de vida y los bajos una baja calidad devida.
	Cualitativa			Autonomía	Capacidad de autonomía	4 ítems (3,4,5,11)		
	Escala de medición: Ordinal			Actividades pasadas, presentes y futuras	Conformidad con decisiones tomadas	4 ítems (12,13,15,19)		
				Participación social	Motivación para participar en actividades	4 ítems (14,16,17,18)		
				Muerte/Agonía.	Percepción sobre la muerte o el morir	4 ítems (6,7,8,9)		
				Intimidad	Experiencias amorosas	4 ítems (21,22,23,24)		

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-OLD

I. INTRODUCCION

Buenos días, en esta oportunidad estamos realizando una investigación cuyo objetivo es determinar la calidad de vida en adultos mayores, por lo que solicito su participación.

II. DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Sexo: (F) (M)

Estado Civil:

() Soltero(a) () Casada(o) () Conviviente () Divorciado(a) () Viudo(a)

Nivel de instrucción:

() Sin instrucción () Primaria completa () Primaria Incompleta
() Secundaria completa () Secundaria Incompleta () Superior completo
() Superior Incompleto

Ocupación:

() Estable () Eventual () Sin Ocupación () Jubilada(o) () No aplica

III. CUESTIONARIO

Lea detenidamente las siguientes preguntas y marque la que usted crea conveniente con su calidad de vida actual.

	PREGUNTAS	Nada	Un Poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de su Sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, Tacto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5

5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
11	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Hasta qué punto estás satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden que diga cuán satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Qué tan satisfecho estás con lo que has logrado en la vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5

17	¿Cuán satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está usted con su oportunidad de participar en actividades comunitarias?	1	2	3	4	5
		Muy infeliz	Infeliz	Ni infeliz ni feliz	Feliz	Muy feliz
19	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?	1	2	3	4	5
		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero cercano u otra persona cercana con quien pueda compartir intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.

		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
21	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?	1	2	3	4	5

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Calidad de vida del adulto mayor que acude al policlínico Risso de Lince, Lima-2021

Nombre del investigador o investigadores principales:

Huamán Ojeda Martha Clorinda

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida del adulto mayor que acude al policlínico Risso de Lince, Lima-2021

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Huamán Ojeda Martha Clorinda, coordinadora de equipo de investigación (teléfono móvil N° 939282499) o al correo electrónico: rebelde_m8@hotmail.com

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre su participación como voluntario, o si no está de acuerdo con alguna situación, puede dirigirse al Dr. Segundo Millones Gomez, presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Lima,.....dedel 2021.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Huamán Ojeda Martha Clorinda	
Nº de DNI	
46171888	
Nº teléfono móvil	
939282499	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Huamán Ojeda Martha Clorinda	
Nº de DNI	
46171888	
Nº teléfono	
939282499	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Profesional 1	90%	85%	90%	85%	90%	88%
Profesional 2	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Profesional 3	85%	85%	90%	90%	90%	85%
Profesional 4	90%	85%	90%	90%	90%	89%
Profesional 5	90%	90%	85%	90%	90%	90%
RESULTADO						87%

VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	80% - 90%
	Excelente	90% - 100%

La validez de contenido del instrumento fue de 87%, lo cual se interpreta como bueno.

Anexo E. Validez estadística del instrumento de medición

Se determinó la validez del cuestionario WHOQOL-OLD, mediante la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La prueba de adecuación obtuvo un puntaje de 0,804 ($KMO > 0,5$). Conjuntamente, la prueba de especificidad de Bartlett obtuvo un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,001$). Ambas pruebas afirman la validez del instrumento.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,804
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3344,539
	gl	528
	Sig.	,000

Anexo F. Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento se determinó en función al coeficiente Alfa de Cronbach. El resultado de la prueba arrojó 0,885 ($\alpha > 0,8$), lo que confirma la hipótesis de confiabilidad general del instrumento. Además, se resolvió someter a la prueba de confiabilidad a todos los ítems ($i = 24$) con la función estadísticos total – elemento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,885	24