



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus
2019 en ancianos residentes en un asentamiento humano
ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022

PRESENTADO POR

Huamanzana Santi, Mirian Alina
Estrada Pereda, Marisol Esperanza

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Lima, Perú, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD ANTIPLAGIO TURNITIN

Mediante la presente, Yo:

1. Marisol Esperanza Estrada Pereda, identificada con DNI 46045866
2. Miriam Alina Huamanzana Santi, identificada con DNI 43237904

Somos egresadas de la Escuela Profesional de Enfermería del año 2022, y habiendo realizado¹ Tesis para optar el Título Profesional de ² Licenciada en Enfermería, se deja constancia que el trabajo de investigación fue sometido a la evaluación del Sistema Antiplagio Turnitin el 13 de diciembre de 2022, el cual ha generado el siguiente porcentaje de similitud³ de 22% (veintidós por cierto)

En señal de conformidad con lo declarado, firmo el presente documento a los 13 días del mes de diciembre del año 2022.



Egresado 1



Egresado 2



Millones Gomez Segundo
German
DNI 10690269

¹ Especificar qué tipo de trabajo es: tesis (para optar el título), artículo (para optar el bachiller), etc.

² Indicar el título o grado académico: Licenciado o Bachiller en (Enfermería, Psicología ...), Abogado, Ingeniero Ambiental, Químico Farmacéutico, Ingeniero Industrial, Contador Público ...

³ Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

CALIDAD DE VIDA

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.uch.edu.pe

Fuente de Internet

12%

2

repositorio.uma.edu.pe

Fuente de Internet

9%

3

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Dedicatoria

Dedicado al personal de enfermería que labora al servicio de los ciudadanos a lo largo y ancho del territorio nacional.

Agradecimiento

Las autoras agradecen a la Universidad de Ciencias y Humanidades, por la formación científica y humanista que hemos recibido en sus aulas.

Índice General

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Índice General.....	4
Índice de Tablas.....	5
Índice de Gráficos.....	6
Índice de Anexos.....	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	24
III. RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	52

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de adultos mayores en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N=120)	29
---	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120).....	31
Gráfico 2. Calidad de vida según su dimensión capacidad sensorial durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N=120)	32
Gráfico 3. Calidad de vida según su dimensión autonomía durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)	33
Gráfico 4. Calidad de vida según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120).....	34
Gráfico 5. Calidad de vida según su dimensión interacción social durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)	35
Gráfico 6. Calidad de vida según su dimensión muerte-agonía durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)	36
Gráfico 7. Calidad de vida según su dimensión intimidad durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)	37

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	53
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	55
Anexo C. Consentimiento informado.....	59
Anexo D. Matriz de datos	62
Anexo E. Acta del Comité de Ética.....	69
Anexo F. Evidencias del Trabajo de Campo	70

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida durante la pandemia por COVID-19 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Material y métodos: El estudio fue de enfoque cuantitativo y diseño metodológico descriptivo transversal. Se trabajó con una población conformada por 120 adultos mayores residentes en un distrito de Lima sur. Para el acopio de datos se empleó la técnica de la encuesta y el instrumento que se administró fue el WHOQOL-OLD compuesto por 24 ítems y 6 dimensiones.

Resultados: En lo que se refiere a la calidad de vida, se dio la prevalencia del nivel medianamente bueno con el 59.2% (n= 71), seguido del nivel bueno con el 40.8% (n= 49). En las dimensiones de la variable principal, en capacidad sensorial predominó el nivel medianamente bueno con el 51.7% (n= 62), en la dimensión autonomía prevaleció el nivel medianamente bueno con el 62.5% (n= 75), en la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras predomina el nivel medianamente bueno con el 50.0% (n= 60), en la dimensión interacción social ha prevalecido el nivel medianamente bueno con el 42.5% (n= 51), en la dimensión muerte-agonía predomina el nivel malo con el 80.8% (n= 97), en la dimensión intimidad, ha predominado el nivel medianamente bueno con el 48.3% (n=58).

Conclusiones: En lo que se refiere a la calidad de vida, predominó el nivel medianamente bueno.

Palabras claves: adultos mayores, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, envejecimiento, pandemias (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Objective: To determine the quality of life during the COVID-19 pandemic in elderly residents from a human settlement located in Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Material and methods: This research had a quantitative approach and a cross-sectional descriptive methodological design. It was carried out with a population of 120 older adults residing in a district of southern Lima. The survey technique was used for the data collection and the applied instrument was the WHOQOL-OLD composed of 24 items and 6 dimensions.

Results: Regarding the quality of life, the moderately good level predominated with 59.2% (n= 71), followed by the good level with 40.8% (n= 49). In the dimensions of the main variable, the moderately good level predominated in sensory capacity with 51.7% (n= 62), the moderately good level predominated in the autonomy dimension with 62.5% (n= 75), the moderately good level predominated in the dimension of past activities with 50.0% (n= 60), the moderately good level has predominated in the social interaction dimension with 42.5% (n= 51), the poor level predominates in the death-agony dimension with 80.8% (n= 97), finally, the moderately good level has predominated in the intimacy dimension with 48.3% (n=58).

Conclusions: Regarding the quality of life, the moderately good level predominated.

Keywords: elderly, quality of life, health-related quality of life, aging, pandemics (source: DeCS BIREME).

I. INTRODUCCIÓN

Una diversidad de autores y organizaciones han definido de manera muy diversa al adulto mayor, en el Perú de acuerdo con la Ley N°. 30490 Ley de la persona adulta mayor y con el Ministerio de Salud (MINSA) se define como persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad. Asimismo, el término “adulto mayor” surge en reemplazo del término “anciano”, en tanto, este último era un término de uso casi despectivo sinónimo de inútil. Sin embargo, aún en la actualidad es de uso común el término “anciano” como equivalente al de “adulto mayor”.

La pandemia de la COVID-19 ha afectado la calidad de vida de los adultos mayores, más allá de que las fases críticas sean cosa del pasado. La asistencia médica y las visitas a sus domicilios por parte de los profesionales encargados son algunas de las rutinas que se vieron alteradas considerablemente. Por consiguiente, deben programarse actividades tales como la reanudación de la actividad física moderada y la orientación personalizada acerca de estrategias de afrontamiento de momentos difíciles (1).

Asimismo, los adultos mayores constituyen un grupo etario vulnerable, a lo que se añade su susceptibilidad al confinamiento. La alteración de sus actividades habituales y el alejamiento forzoso de sus familiares y amigos los puso en una situación de franca desestabilización y desesperanza (2). Su autoestima se vio comprometida, afectándose su bienestar psicológico (3). Si a esto se suma la percepción de libertad perdida, la angustia frente a los días que vendrán y el temor de morir solos y tristes debe haber complicado aún más su existencia (4).

La población global experimenta en la actualidad el fenómeno de envejecimiento originado por disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la esperanza de vida, esto trae consigo una serie de desafíos a los sistemas de salud y seguridad social. Entre la década del 2020 al 2030 la cantidad de personas seniles del planeta se incrementará en un 34%. Actualmente, la cantidad de personas seniles es superior al de los niños menores de cinco años. Se ha proyectado que para el 2050, el número de personas seniles será mayor al de adolescentes o jóvenes que están en el rango de 15 a 24 años. El proceso de envejecimiento poblacional es mucho más rápido que en tiempos pasados (5).

El periodo comprendido entre los años 2021 a 2030 es denominado la “Década del envejecimiento saludable”, ello ofrece oportunidades para que la sociedad en su conjunto logre en esos diez años, acciones conjuntas de colaboración para mejorar las vidas de las personas seniles, sus familias y las comunidades en las que se desenvuelven (6).

Lamentablemente en la pandemia por COVID-19 que experimentó el planeta afectó principalmente a los grupos etarios más vulnerables como los adultos mayores, en especial a los que presentaron una condición de salud deteriorada, que los hizo vulnerables ante esta enfermedad. El alto número de decesos durante la pandemia fue motivo suficiente para que los adultos mayores sean considerados como el grupo de mayor riesgo de padecer problemas relacionados con la gestión de las emociones (7).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta junio del 2020 se notificaron 541 972 784 casos confirmados de COVID-19 y 6 325 883 defunciones a nivel global (8). Según la Universidad de Johns Hopkins los países con mayor número de casos de infectados son Estados Unidos (86 757 627), India (43 344 958), Brasil (31 962 782), Francia (30 634 890) y Alemania (27 681 775) (9). Es innegable que el riesgo de ser contagiado de coronavirus no distinguía edades ni clase social, pero para los adultos mayores la probabilidad de desarrollar un estado de gravedad era mucho mayor. Cabe recordar que los mayores de 80 años de edad tenían una mortalidad que quintuplicaba a la media como lo reportó Naciones Unidas entre los años 2020 y 2021 (10).

Respecto a la temática desarrollada en esta tesis, Latinoamérica y el Caribe constituyen la segunda región, superada solo por África, donde la proporción de personas mayores de 60 años viene creciendo de manera sostenida. Lamentablemente, una mayor esperanza de vida no implica que necesariamente habrá una mejor calidad de vida. El caso de Brasil es ilustrativo: el 76% de las muertes a causa del coronavirus se produjeron en adultos mayores desde febrero a septiembre 2020 (10).

En el Perú, el proceso de envejecimiento de la población peruana aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 13,3% en el año 2022. Se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y

más años, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas. Al tercer trimestre del año 2022, el 40,1% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años. En el área rural, la proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, alcanza el 44,6%. Los hogares de Lima Metropolitana con un/a adulto/a mayor registran el 42,0% (11). En el recuento de los años del 2020 y 2021 la tasa de mortalidad para adultos mayores fue de 816 muertes por cada 100.000 adultos mayores (70,1%) (12).

La enfermedad COVID-19 tuvo un efecto sin precedentes en todo el mundo, especialmente en las personas mayores. Los hallazgos muestran que los adultos mayores experimentan el impacto negativo de la pandemia lo cual repercute en la calidad de vida (CV). Es un hecho que el mundo tiene que convivir con esta nueva normalidad. Por lo tanto, en la actualidad, es una necesidad examinar el estado de salud, la soledad y la CV de las personas adultas mayores (13). La interacción de las características de la vida como son vivienda, alimentación, educación, vestido, y libertades humanas configuran la calidad de vida de un adulto mayor; las cuales aportan a un estado óptimo de bienestar tanto psicológico como subjetivo y el desarrollo personal (14).

Con el proceso de envejecimiento acelerado, la CV de las personas seniles necesita más atención. Un estudio fue realizado en China con 3352 muestras efectivas de adultos mayores rurales en Anhui, incluidos 1206 sujetos adultos mayores pobres y 2146 no pobres (edad media $71,18 \pm 7,098$ años). En los resultados hubo diferencias significativas en género, edad, niveles de educación, profesiones, enfermedades crónicas, molestias físicas en dos semanas, hospitalización en un año, fuentes económicas y trabajadores migrantes entre los grupos de adultos mayores pobres y no pobres de las zonas rurales. La puntuación media de la CV total de los adultos mayores pobres fue de 0,663, significativamente inferior a la de los adultos mayores no pobres (con una puntuación media de 0,740) ($p < 0,01$). La CV de los adultos mayores pobres en el centro de China es más baja que la de los adultos mayores no pobres, con la peor dimensión de dolor/malestar (15).

El mantenimiento de la independencia en las personas mayores se ha relacionado con el concepto de “envejecimiento exitoso”, que describe la

prevención de enfermedades y discapacidades, el mantenimiento de una función física y cognitiva elevada y una participación sostenida en actividades sociales y productivas (16). El envejecimiento se asocia con una disminución progresiva de las funciones de percepción, comportamiento motor, cognición y memoria (17). En un estudio realizado en Corea participaron 202 personas seniles, de los cuales 145 (71,8%) eran mujeres y 57 (28,2%) hombres, la edad de los participantes osciló entre 65 y 96 años con una media de 80,61 años. Los resultados indicaron que los factores significativos asociados con la CV resultaron ser las funciones cognitivas ($r= 0,373, p < 0,001$), la dependencia de cuidados ($r = 0,350, p < 0,001$) y la depresión ($r=-0,504, p < 0,001$). $< .001$). El modelo de regresión con depresión y dependencia de cuidados como variables predictores explicó el 25,7% de la varianza en la calidad de vida (18).

Una investigación tipo revisión sistemática o metaanálisis desarrollado en Irán mostró que, de 2150 estudios, 15 fueron los finalmente seleccionados, los hallazgos indicaron que las puntuaciones medias de CV fueron en rol físico DE=47,58, en función física DE=51,75, en salud mental DE=55,42, en dolor corporal DE=55,78, en funcionamiento social DE=59,55, en rol emocional DE=51,54, en salud general DE=47,85 y en vitalidad DE=51,31. Mostraron que la CV disminuyó con el aumento de la edad. Los adultos mayores que vivían en una residencia de adultos mayores tenían una CV más baja que los que vivían en su propia casa (19).

Un estudio llevado a cabo en Corea indica que los factores que influyeron en la CV de los adultos mayores de bajo nivel económico fueron la artritis, el consumo de alcohol, el estado de salud subjetivo y los síntomas depresivos, con un poder explicativo del 54,3% ($F=14,94, p<0,001$). Los factores que influyeron en la CV del grupo de nivel económico medio fueron restricción de actividades, frecuencia de cena/semana, artritis, número de días de caminata a la semana, IMC, estrés, estado de salud subjetivo y síntomas depresivos con un poder explicativo de 48,6% ($F=9,82, p<0,001$). Para el grupo de nivel económico alto, los factores influyentes fueron la edad, la actividad restringida, la artritis, el número de días de caminata a la semana, el estrés y los síntomas depresivos con un poder explicativo del 49,0% ($F 69,76, p<0,001$) (20).

Un estudio sobre CV en adultos mayores en Colombia llevado a cabo en una muestra de 657 personas con una edad promedio de 71 años; predominó el sexo femenino (55,7%), con pareja estable (62,6%), escolaridad primaria (49,6%), ocupación del hogar (52,8%), residentes en los estratos 2 y 3 (66,7%) y vivir con un promedio de cuatro personas en el mismo hogar mostró una alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5%), ausencia de síntomas depresivos de significación clínica (86,9%), independencia para realizar actividades básicas (86,3%) e instrumentales de la vida diaria (60,8%). Ahí su salud fue percibida como buena (51,4 %) y la CV como excelente (87,4%). Las patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares (26,1%). La CV se asoció positivamente con la percepción de adecuado apoyo social e independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente con trabajar o tener una pensión (21).

Una investigación realizada en la India en 89 adultos mayores buscó evaluar la función física de los adultos mayores que viven en la comunidad y determinar su asociación con los niveles de actividad física y la CV, señaló que el equilibrio de pie se redujo en un 24% y la velocidad al caminar se redujo un 33% de los participantes. La CV fue mejor entre los hombres. Hubo correlación positiva entre la función física y la CV (22).

Una investigación también desarrollada en la India en 384 adultos mayores señaló que la CV media se observó entre el 74,3% de los adultos mayores. Los factores sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y la actividad laboral determinaron la CV de los adultos mayores ($p < 0,001$). Las medidas de inclusión como la participación en clubes sociales deben fomentarse a nivel comunitario para mejorar la calidad de vida entre la población anciana (23).

Un estudio elaborado en Australia en 153 adultos mayores señaló que el dominio de CV más importante resultó ser relaciones sociales, seguido de familia, salud, actividades, comunidad, seguridad, creencias, independencia y finalmente, bienestar. Cuando la muestra se dividió en franjas de edad para el análisis, el tema de dominio más importante fue familia (50-59 años), relaciones (60-69 años), relaciones (70-79 años) y salud (>80 años). Comprender la CV en el nivel

de qué dominios en un individuo son importantes para su bienestar en la edad adulta, es fundamental para brindar servicios de calidad (24).

Un estudio fue efectuado en Kashan-Irán en una muestra total de 389 adultos mayores, indican que el puntaje para la CV en la función física fue de 59 (57 para el sexo femenino y 66 para el masculino) y el puntaje para la comprensión general de la salud en los adultos mayores fue de 60,7 (55,5 para el femenino y 65,7 para el masculino). La puntuación para el rol físico fue de 51 (47,5 para las mujeres, 54. 5 para hombres); la puntuación de actividad social fue de 78,2 (78 para mujeres, 78,4 para hombres) y la puntuación de rol emocional fue de 61,8 (61,2 para mujeres, 62,4 para hombres). El puntaje de salud mental fue 94,4 (91,4 para mujeres, 97,3 para hombres) y el puntaje para dolor físico fue de 61,7 (57,2 para mujeres, 66,1 para hombres). La población adulta mayor en la ciudad de Kashan disfruta de una mayor CV en comparación con sus pares en otras partes de Irán (25).

Un estudio fue realizado en Perú en cuatro distritos rurales y uno urbano, se encuestó a 447 personas seniles con una media de edad de 69 (DE=6,46), 207 del área rural, la mayoría trabajaban y tenían menos años de educación. La población senil del área rural tuvo mayor CV en los dominios "Físico", "Psicológico" y "Ambiente" del WHOQOL-BREF y en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades pasadas, presentes y futuras", "Participación social" y puntaje total del WHOQOL-OLD, mientras que los del área urbana solo tuvieron mayor CV en "Intimidad". El área de residencia ejerce un efecto diferencial sobre los distintos dominios de la CV en la población de adultos mayores evaluada (26).

La CV es un concepto que engloba el bienestar individual o colectivo en un momento y lugar en particular. Es frecuente que sus aristas se refieran a la salud en diversos ámbitos (físico y mental), las interrelaciones sociales, el clima laboral, la capacidad adquisitiva, la protección autopercebida y la identidad social. La calidad de vida representa un patrón del estado de salud del individuo (27)(28).

El envejecimiento, de acuerdo con una perspectiva biológica, es consecuencia del progresivo daño molecular y celular durante el ciclo vital, lo que expone al adulto mayor a una comprensible merma en su capacidad física y mental, a ser más proclive a enfermedades y a la muerte (29). El envejecimiento es un proceso inevitable y se mide comúnmente por la edad cronológica. Por convención, a una persona de 65 años o más se la suele denominar 'anciana'. Sin embargo, el proceso de envejecimiento no es uniforme en toda la población debido a diferencias en la genética, el estilo de vida y la salud en general (30)(31).

En el presente trabajo se midió la variable principal con el cuestionario WHOQOL-OLD, este es un instrumento que fue desarrollado por la OMS, se compone de 24 preguntas y 6 dimensiones, las cuales se explicarán en las próximas líneas (32).

La capacidad sensorial se comprende como la función de los sentidos y su rol fundamental en el desempeño de la vida, sin embargo, al estar deteriorado afecta la calidad de vida de las personas mayores (33). De modo que influye en la forma en que experimentan el entorno y reaccionan a los estímulos y limitan las actividades sociales (34)(35). A mayor la edad, el adulto mayor experimenta cambios biológicos que van desde funciones sensoriales y cognitivas disminuidas hasta un desplazamiento más lento, lo que le coloca en una condición dependiente para llevar a cabo determinadas acciones cotidianas (36).

La autonomía se refiere al derecho de las personas mayores a tomar decisiones sin ser influenciadas por otros (37). Como tal, tiene una relación directa con la dignidad, más allá de mostrar una condición saludable (38). El envejecimiento no implica que inevitablemente la persona de la tercera edad estará enferma, sino que el riesgo de estar enfermo se incrementa en base a indicadores objetivos referidos a lo psicológico, físico y social (39). Por ende, la mayor exposición a enfermedades dificulta la toma de decisiones con la autonomía de otras etapas del ciclo vital (40). Las actividades pasadas, presentes y futuras se definen como aquellas actividades cotidianas de la vida que realizan los adultos mayores de acuerdo a su estado de salud y condición física, no obstante, existen discapacidades físicas que afectan las actividades presentes y futuras en las personas seniles (41). La interacción social se refiere a la participación de

adultos mayores en las actividades familiares y comunales, por lo general este factor se ve afectado por las limitaciones o discapacidades desencadenadas por las comorbilidades que presentan los adultos mayores (42). La muerte-agonía se entiende como la capacidad de afrontamiento de los adultos mayores a la idea de la muerte; este tema por lo general despierta sentimientos negativos como angustia, preocupación, inquietud, tristeza hasta incluso depresión ante tal evento (43). La intimidad se define como la plena sexualidad responsable, en los adultos mayores influyen muchos factores que disminuyen ese aspecto tales como aquellos cambios en la función sexual relacionados con la edad y la enfermedad que en definitiva afectan este factor (44).

Nola J. Pender plantea en su “Modelo de promoción de la salud” un marco teórico apropiado que orienta a los profesionales enfermeros a que planifiquen e implementen sus estrategias de cuidado de manera efectiva, cuando se trata de modificar comportamientos y conductas relacionadas a la salud. Como resultado de las acciones de cuidado se busca que la persona o paciente tenga participación en conductas que favorezcan su salud y bienestar. Este modelo debe ser una herramienta de uso constante del personal enfermero, ya que en todas las dolencias y problemas de salud se requiere cambios de parte de las personas. En el caso de los adultos mayores se requiere que ellos tomen conciencia del cuidado y autocuidado de su salud, así podrán mejorar su condición de salud y bienestar (45)(46).

Figueira y colaboradores (47), en Brasil, en el 2021, desarrollaron un trabajo sobre “Calidad de vida en adultos mayores brasileños: un análisis del envejecimiento saludable en la perspectiva de la bioética global de Potter”. El estudio fue transversal, participaron 280 personas y el instrumento fue el WHOQOL-OLD. Los resultados indicaron que los adultos mayores percibieron positivamente su CV, ya que puntajes superiores a 17 (85%) fueron considerados altos y superiores a 15 (75%) buenos, los niveles de CV presentados por los adultos mayores de la muestra oscilaron entre 71,6% y 86%. Puntuación global de 77,9%, con media \pm desviación estándar: funcionamiento de los sentidos 86% (17,22 \pm 2,80); autonomía 78,5% (15,7 \pm 2,60); actividades pasadas, presentes y futuras 77,3% (15,46 \pm 2,34); participación social 74,9%

(14,99 ± 2,62); muerte y morir 71,6% (14,33 ± 3,88) e intimidad 79,1% (15,82 ± 2,82). La CV de esta población adultos mayores oscila entre bueno y alto en todas las facetas y en el puntaje total (del 72% al 86%), se constató que la muerte y el morir y la participación social fueron las facetas que redujeron su CV. En cuanto a la situación conyugal se encontró una mayor puntuación total de CV en los casados en comparación con los separados/divorciados ($p < 0,05$). Concluyeron que la CV fue positiva debido a factores que influyen en la CV como el género, factores sociales, económicos y culturales.

Amonkar y colaboradores (48), en India, en el 2018, llevaron a cabo un trabajo sobre “Estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores que viven en hogares de adultos mayores y dentro de la configuración familiar en el distrito de Raigad, Maharashtra”. El estudio fue comparativo y transversal, participaron 120 personas y el instrumento fue el WHOQOL-OLD. Los resultados señalaron que la CV fue de 59,42 en adultos mayores alojados en casas hogares y de 64,41 en adultos mayores alojados en familia ($P > 0,05$). Las puntuaciones del dominio de la CV en términos de autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social e intimidad fueron comparativamente más altas (60,62, 70,62, 66,14 y 58,43) en los adultos mayores que se quedaron con la familia que en los que se quedaron en casas hogares (51,35, 62,91, 59,47, y 41.16). En el dominio muerte y morir, la puntuación media fue mayor (70,41) en los adultos mayores alojados en las HAS que en los adultos mayores alojados con su familia (54,79). La diferencia entre la puntuación media fue estadísticamente significativa ($P < 0,001$). Concluyeron que la CV de los adultos mayores en el marco de la familia fue mejor en comparación con los adultos mayores en casas hogares.

Junior y colaboradores (49), en Brasil, en el 2021, ejecutaron un trabajo sobre “Relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores”. El estudio fue transversal y correlacional, participaron 692 adultos mayores y uno de los instrumentos fue el WHOQOL-OLD. Los resultados indicaron que los adultos mayores con disfunción familiar leve y severa presentaron peor calidad de vida comparados a los adultos mayores con familia funcional. Todas las facetas de la calidad de vida se correlacionaron

positivamente con la funcionalidad familiar. Los adultos mayores presentaron una mejor percepción de CV en las habilidades sensoriales ($p < 0,001$). En cuanto al estado civil los adultos mayores con pareja estable presentaron mejor CV en las facetas “habilidades sensoriales” ($p = 0,004$) e “intimidad” ($p = 0,004$) comparados a los adultos mayores casados. En cuanto al tiempo de convivencia con la pareja hubo diferencia estadísticamente significativa entre los adultos mayores que vivían entre seis y 10 años y los que tenían más de 20 años para las facetas “habilidades sensoriales” ($p = 0,004$) e “intimidad” ($< 0,001$). Finalmente, tener hijos y no vivir con ellos se asoció estadísticamente con una familia funcional, en comparación con los adultos mayores que no tienen hijos ($p = 0,005$). Concluyeron que la funcionalidad familiar se correlaciona positivamente con la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que la familia desempeña un rol fundamental en la salud de los participantes.

Quispe y colaborador (50), en Lima-Perú, en el 2022, desarrollaron un trabajo sobre “Calidad de vida en adultos mayores de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 111 adultos mayores y el instrumento fue el WHOQOL-OLD. Los resultados indicaron que en cuanto a la CV predominó el nivel promedio (43,2%), seguido de por encima del promedio (33,3%) y por debajo del promedio (23,4%). En cuanto a sus dimensiones, en capacidad sensorial predominó el nivel promedio (50,5%), en autonomía predominó el nivel promedio (54,1%), en actividades pasadas, presentes y futuras predominó el nivel por debajo del promedio (63,1%), en participación social predominó el nivel promedio (40,5%), en muerte/agonía predominó el nivel promedio (68,5%) y en intimidad predominó el nivel promedio (46,8%). Concluyeron que la CV fue promedio debido al deterioro y a la incapacidad para realizar sus actividades habituales necesarias para la vida.

Llave y colaborador (51), en Lima-Perú, en el 2022, efectuaron un trabajo sobre “Calidad de vida durante la pandemia por coronavirus en adultos mayores que residen en una zona urbano marginal en Puente Piedra, 2022”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 106 participantes y el instrumento fue el WHOQOL-OLD. Los hallazgos señalan que en cuanto a la CV

predominó el nivel medianamente bueno (70,8%), seguido del bueno (18,9%) y malo (10,4%). De acuerdo con las dimensiones, en capacidad sensorial predominó el nivel medianamente bueno (70,8%), en autonomía predominó el nivel medianamente bueno (63,2%), en actividades pasadas, presentes y futuras predominó el nivel bueno (61,3%), en participación social predominó el nivel bueno (69,8%), en muerte/agonía predominó el nivel medianamente bueno (64,2%) y en intimidad predominó el nivel medianamente bueno (57,5%). Concluyeron que la CV fue medianamente bueno debido que los adultos mayores se preocupan por su salud a pesar de sus años, lo cual les facilita tener una condición de salud aceptable.

Huamán y colaborador (52), en Lima-Perú, en el 2021, realizaron un trabajo sobre “Calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Rizzo de Lince, Lima- 2021”. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, participaron 124 personas mayores y el instrumento fue el WHOQOL-OLD. Los resultados muestran que en cuanto a la CV predominó el nivel medianamente bueno (69,4%), seguido del bueno (19,4%) y malo (11,3%). Según sus dimensiones, en capacidad sensorial predominó el nivel medianamente bueno (67,7%), en autonomía predominó el nivel medianamente bueno (62,9%), en actividades pasadas, presentes y futuras predominó el nivel bueno (60,5%), en participación social predominó el nivel bueno (70,2%), en muerte/agonía predominó el nivel medianamente bueno (66,9%) y en intimidad predominó el nivel medianamente bueno (58,1%). Concluyeron que la CV fue medianamente bueno, debido que los pacientes acuden a sus controles periódicos y tienen apoyo familiar, ello es un aspecto protector fundamental para su salud.

El envejecimiento poblacional nos lleva a reflexionar sobre qué debemos hacer como sociedad para generar los cambios y adaptaciones de las diversas instituciones tutelares con el fin de brindar un escenario propicio para los adultos mayores, en especial el sistema sanitario y de seguridad social deben emprender acciones que les permitan tener una vida digna con bienestar. En estos momentos de incertidumbre y emergencia sanitaria que deja a su paso secuelas en la salud, lo social y económico, es importante preocuparnos por la salud integral de las personas que pertenecen a este grupo etario, más aún si estas

residen en zonas desfavorecidas. Valorar su CV es fundamental para así tener un panorama de cómo está su condición de salud general, de ahí la importancia de este estudio que busca evaluar la CV de los participantes seniles de este estudio, con ello se generará conocimiento nuevo y actualizado que permitirá establecer acciones sanitarias que beneficien su salud.

Asimismo, debemos considerar que el distrito de Villa María del Triunfo se crea en 1961 y forma parte de la denominada Lima Sur junto con los distritos de Lurín, Pachacámac, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador; en ese sentido el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2009 publicó el informe “Pobreza y desarrollo local en Lima Sur”; en dicho informe se determinó que la incidencia de pobreza total era de 27,1; es decir, algo más de la cuarta parte de la población era pobre. Ubicándolo como el segundo distrito más pobre de Lima Sur, después de Pachacámac que tenía un 34% de pobreza. En este mismo informe, la presencia del problema del analfabetismo en la población de 15 a más años afectó al 2,4% de la población de Lima Sur; el distrito con mayor incidencia de este problema en su población es Pachacámac (3,4%); sin embargo, en el distrito de Villa María del Triunfo abarca al 2,5% del total de su población de 15 años a más. Lo cual indica que, en Lima Sur, existe una mayor presencia de analfabetismo en la población, preferentemente en edad no escolar.

En Villa María del Triunfo, de acuerdo con el censo del año 2007, la población total era de 378 470. En las zonas urbano marginales, el 4,1% del total de la población son adultos mayores. El 51% son varones y el restante son mujeres. El 19,2% de adultos mayores tiene al menos una NBI (Necesidad básica insatisfecha), mientras que, el 80,4% tiene NBS (Necesidad básica satisfecha). El 20,9% informaron ser iletrados (analfabetos). El 65,2% no cuenta con algún seguro de salud. Por ello, consideramos pertinente realizar el estudio en este tipo de población.

Las investigaciones sobre adultos mayores se enfocan particularmente en los aspectos clínicos, patológicos y terapéuticos de las dolencias que afectan a las personas de esta edad. Ello se pudo constatar en la revisión que se hizo en los repositorios y bases de datos nacionales e internacionales. Además, los estudios

sobre la CV en personas seniles son escasos y limitados en cantidad. Cuando se indaga acerca de los estudios precedentes en la misma zona de recojo de datos, no fue posible hallarlos. Esta carencia justifica la conveniencia de realizar una investigación para cubrir esa carencia de conocimiento científico.

En cuanto al valor práctico, el trabajo y sus resultados fueron socializados, se buscó que el personal de salud que labora en el establecimiento de salud más cercano optimice su atención en salud dirigida a los pacientes seniles de la zona.

En cuanto a la relevancia social, se señala que los resultados del estudio traerán consigo situaciones positivas que beneficien a las personas seniles participantes, todo dentro del marco de cuidar su salud.

El estudio fue elaborado tomando como norte las pautas del método científico, el cual brinda orientaciones metodológicas que permiten garantizar la obtención de resultados significativos, que traigan mejoras que beneficien a los adultos mayores participantes.

El objetivo general del estudio fue determinar la calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Los objetivos específicos fueron:

Determinar la calidad de vida según la dimensión capacidad sensorial durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Determinar la calidad de vida según la dimensión autonomía durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Determinar la calidad de vida según la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Determinar la calidad de vida según la dimensión interacción social durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Determinar la calidad de vida según la dimensión muerte - agonía durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Determinar la calidad de vida según la dimensión intimidad durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación el problema ha sido analizado desde un enfoque cuantitativo, además se adoptó el diseño metodológico descriptivo/transversal. Se dice que es cuantitativo cuando la información que los investigadores obtienen se hace mediante métodos cuantitativos que les permite realizar análisis estadísticos que pueden ser simples o complejos, como mostrar las conexiones entre los datos, calcular promedios o porcentajes o usar estadísticas inferenciales para hacer generalizaciones sobre una gran población. Es descriptivo, porque se han presentado de forma exhaustiva los atributos de la variable; además, de ser transversal puesto que los datos se recolectaron en un único momento y lugar (53).

2.2 POBLACIÓN

En el presente estudio se trabajó con la población total que fue de 120 adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo de Lima, no hubo una muestra en sí ya que como mencionamos se trabajó con la población total, tratándose por ello de una muestra censal; tampoco hubo necesidad de realizar muestreo. Por ello, la población fue finita, ya que se conoció la cantidad exacta de participantes, la cual fue facilitada por los promotores de salud de la zona quienes realizaron un sondeo en enero del 2022.

. Dicha zona fue elegida por: A) referencias de promotores de salud amigos de las investigadoras, B) zona de escasos recursos económicos, C) lugar potencial de una campaña de salud preventiva focalizada en el adulto mayor.

De acuerdo con el Ministerio de Salud del Perú, “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. N° 043-MINSA/DGSP-V.01” de 2008, pág. 10, adulto mayor es la persona mayor de 60 años a más. Se cumplieron con los criterios de selección:

A continuación, los criterios de selección de esta población:

Criterios de inclusión:

- Personas adultas mayores que muestren disposición a ser parte del estudio.
- Personas adultas mayores que firmen el consentimiento informado respectivo, luego de recibir la información necesaria sobre el estudio.

Criterios de exclusión:

- Personas adultas mayores menores de 60 años.
- Personas adultas mayores que manifiesten no querer ser parte del estudio ni desean dar el consentimiento informado respectivo.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

La variable principal del presente estudio es calidad de vida, es de naturaleza de tipo cualitativa y la escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual de variable principal:

Es la percepción que tiene una persona de su posición en la vida dentro de un contexto social, cultural y de valores en el que se desenvuelve, el cual está relacionado con sus metas, expectativas, preocupaciones y salud/bienestar (54).

Definición operacional de variable principal:

Es la percepción que tienen 120 personas adultas mayores residentes en el Asentamiento Humano ubicado en Villa María del Triunfo, de su posición en la vida, dentro de un contexto social, cultural y de valores en el que se desenvuelve, el cual está relacionado con sus metas, expectativas, preocupaciones y salud/bienestar, siendo esto expresado en la capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, interacción social, muerte-agonía e intimidad, ello será valorado mediante el cuestionario WHOQOL-OLD.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**Técnica de recolección de datos:**

La técnica fue la encuesta que trata de un procedimiento estandarizado que se destaca por ser sencillo y flexible, su aplicación permite al investigador captar

mucha información en un lapso de tiempo breve, además de lograr adaptarse a las particularidades de los participantes. Por otro lado, la presente técnica se usa en diferentes trabajos cuantitativos vinculados a la salud. La esencia de esta técnica es la forma como se puede acceder a la población participante (55).

Instrumentos de recolección de datos:

El presente trabajo valora la CV en este grupo etario utilizando el instrumento WHOQOL-OLD, el cual fue creado en el año 1999 por la OMS (56), este es un cuestionario que fue desarrollado para este grupo poblacional de riesgo, cuyo principal objetivo es valorar la calidad vital de estas personas. El WHOQOL-OLD en su primera versión fue de 100 ítems y después los investigadores responsables del mismo lo redujeron a un total de 24 preguntas obteniendo de este instrumento una segunda versión, el motivo por el que fue reducida fue porque era muy extenso y se hacía más tediosa su aplicación y el llenado de este, por lo tanto, la segunda versión obtuvo mayor popularidad y aceptación por la comunidad científica. Otro dato por resaltar es que el WHOQOL- OLD 100, cuenta con buenas propiedades psicométricas y además fue adaptado y traducido a diferentes idiomas y culturas del mundo. El cuestionario WHOQOL-OLD está estructurado por 24 preguntas y seis dimensiones, siendo estas las siguientes: autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte/agonía e intimidad, para la calificación del instrumento se debe tener en cuenta la escala Likert que presenta cinco puntos y las alternativas de respuesta van desde (nada y extrema cantidad) y el puntaje global del presente cuestionario es de 120 puntos. De acuerdo a los valores finales obtenidos, estos se van a clasificar en tres niveles, los cuales son los siguientes: mala, medianamente buena y buena, se hace necesario mencionar que a mayor puntaje obtenido más será la CV del participante (32).

2.5. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Le fue solicitada una carta de presentación a la universidad, dicho documento permitió gestionar el ingreso formal al Asentamiento Humano ubicado en Villa

María del Triunfo y acceder a las 120 personas adultas mayores voluntarias para responder a la encuesta.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recolección de información fue programada y realizada en julio 2022. Al estar frente a los participantes, se les invitó a ser parte de la investigación. Además, se les solicitó el consentimiento informado, luego se les hizo entrega del cuestionario para que sea respondido en 15 minutos aproximadamente. De acuerdo con el contexto actual de pandemia, para el desarrollo de esta actividad, se tuvo en cuenta aplicar las medidas para prevención del contagio y cuidar responsablemente la salud de los encuestados y el personal de apoyo.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos recolectados constituyeron un insumo clave para el procesamiento con el SPSS 26.0, empleándose medidas de tendencia central para la obtención de frecuencias. Así se obtuvo gradualmente el capítulo de los resultados.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Las investigaciones del campo de las ciencias de la salud requieren de un marco metodológico y bioético para su desarrollo, el primero orienta sus procedimientos y el segundo garantiza su conducción transparente y respetuosa de los derechos de los seres humanos participantes. Para este estudio, el marco bioético es dado por dos documentos, en primer lugar, la Declaración de Helsinki de 1964 (57) donde se reafirma el valor de la libre decisión para participar en un estudio clínico, lo que debe constar en el consentimiento informado. En segundo lugar, el Reporte Belmont de 1979 (58), el cual alude a los siguientes principios bioéticos:

Principio de autonomía

Indica la capacidad de pensar, decidir y actuar libremente independientemente de los intereses del investigador, este principio busca que la decisión tomada por la persona, sea respetada y ello se traslada a la práctica haciendo uso del consentimiento informado (59).

Se explicó a las personas mayores acerca de los propósitos y la trascendencia del estudio. Acto seguido se les pidió su firma en el consentimiento informado. De esta forma se dejó constancia de su libre decisión.

Principio de beneficencia

Este comprende la buena práctica en la investigación médica, busca promover y proteger los intereses del paciente, enfatizando en encontrar el mayor beneficio posible para el cuidado de su salud (59).

Se explicó los beneficios que se deriven del estudio a los adultos mayores residentes.

Principio de no maleficencia

Consiste en que la integridad física y moral del participante debe estar libre de riesgos o perjuicios (60); por ello, se informó claramente a los interesados que su salud integral no corría ningún peligro con su participación.

Principio de justicia

Remarca que los participantes deben recibir un trato equitativo y digno, respetando su identidad personal y social (61). En efecto, todos los encuestados fueron tratados de forma cordial.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de adultos mayores en el Asentamiento Humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N=120)

	Total	
	N	%
Total	120	100
Edad		
60-65	40	33.3
66-71	28	23.3
72-77	27	22.5
78-83	16	13.3
84-90	9	7.5
Sexo del participante		
Femenino	34	28.3
Masculino	86	71.7
Estado civil		
Casado	68	56.7
Conviviente	15	12.5
Viudo	21	17.5
Soltero	9	7.5
Divorciado	7	5.8
Ocupación		
Temporal	38	31.7
Estable	23	19.2
No labora	59	49.2

En la tabla 1, se observa que el grupo etario de 60 a 65 años fue el mayoritario con 33.3% (N= 40), en cuanto al sexo se ve que son más varones (71.7%, N= 86) en comparación a las mujeres (28.3%, N= 28.3%), el estado civil predominante ha sido casado con el 56.7% (N= 68) y el 49.2% ya no labora (N= 59).

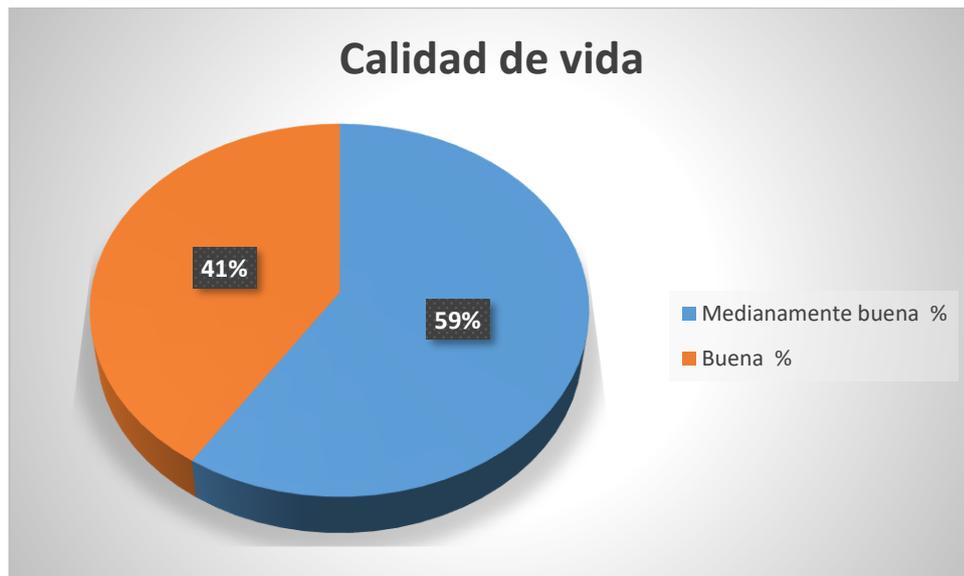


Gráfico 1. Calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)

En el gráfico 1, de acuerdo con el objetivo general, se observa en cuanto a calidad de vida, 71 participantes que representan el 59 % tiene un nivel medianamente bueno, seguido de 49 participantes que representan el 41 % tiene un nivel bueno.

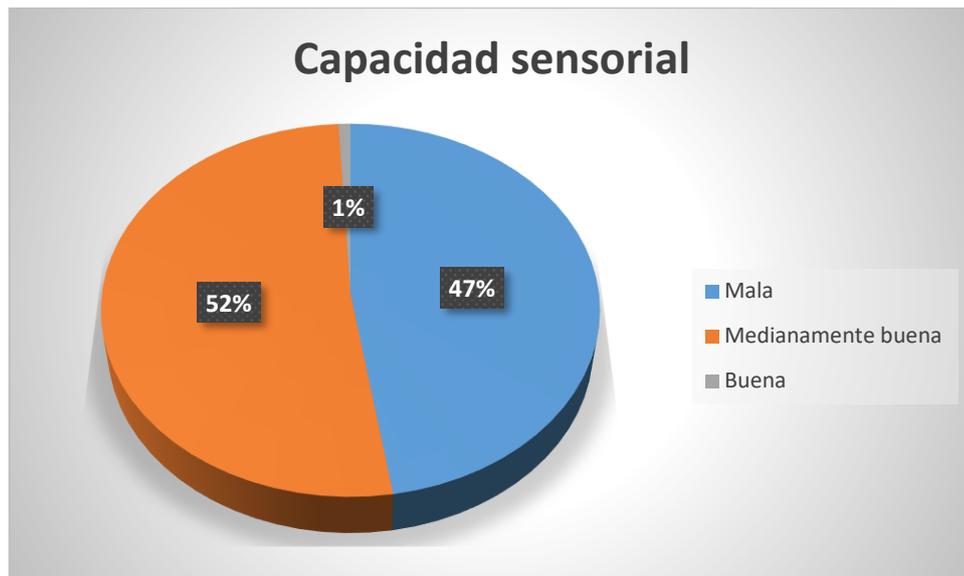


Gráfico 2. Calidad de vida según su dimensión capacidad sensorial durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N=120)

En el gráfico 2, siguiendo el primer objetivo específico, se observa en cuanto a capacidad sensorial, 62 participantes que representan el 52 % tiene un nivel medianamente bueno, seguido de 57 participantes que representan el 47 % tiene un nivel malo y de un participante que representa el 1 %.

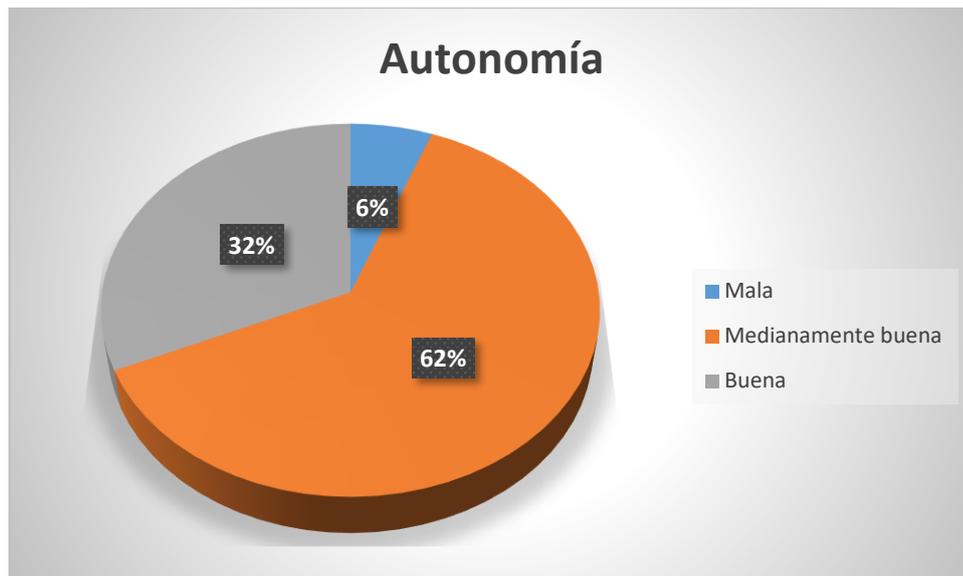


Gráfico 3. Calidad de vida según su dimensión autonomía durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)

En el gráfico 3, de acuerdo con el segundo objetivo específico, se observa en cuanto a autonomía, 75 participantes que representan el 62 % tienen un nivel medianamente bueno, seguido de 38 participantes que representan el 32 % tienen un nivel bueno y de 7 participantes que representan el 6 % tuvieron un nivel malo.

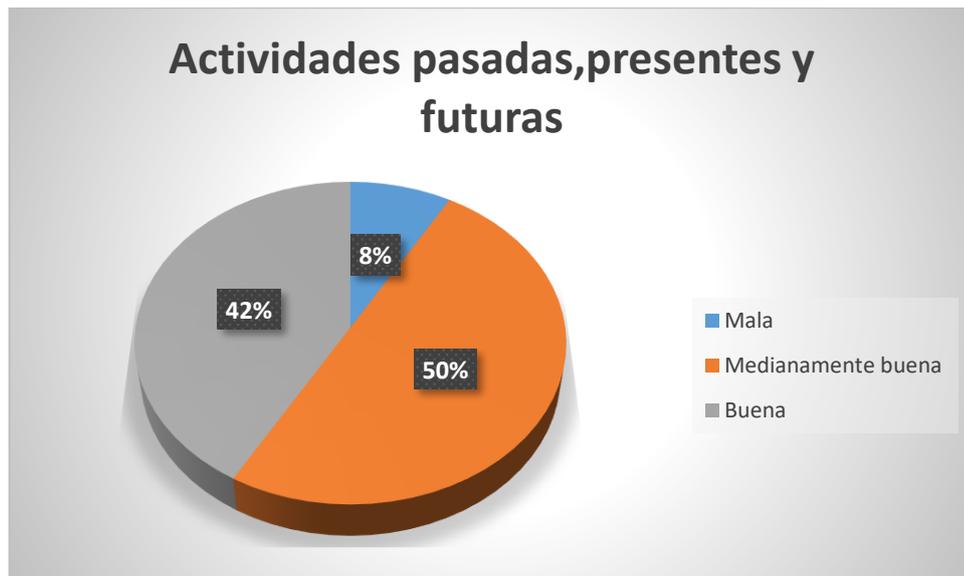


Gráfico 4. Calidad de vida según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)

En el gráfico 4, según el tercer objetivo específico, se observa en cuanto a actividades pasadas, presentes y futuras, 60 participantes que representan el 50 % tiene un nivel medianamente bueno, seguido de 50 participantes que representan el 42 % tiene un nivel bueno y de 10 participantes que representan el 8 % tuvo un nivel malo.

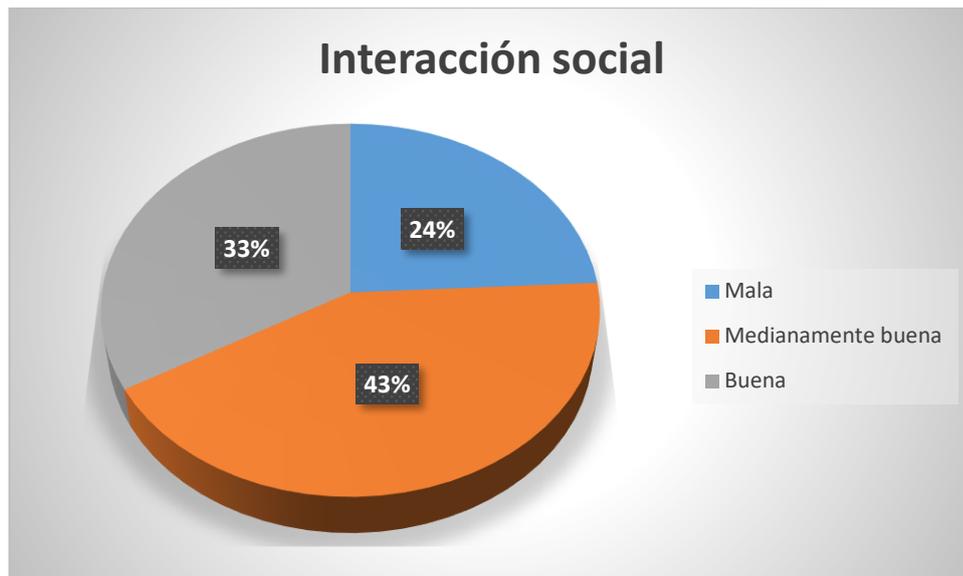


Gráfico 5. Calidad de vida según su dimensión interacción social durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)

En el gráfico 5, de acuerdo con el cuarto objetivo específico se observa en cuanto a interacción social, 51 participantes que representan el 43 % tiene un nivel medianamente bueno, seguido de 40 participantes que representan el 33 % tiene un nivel bueno y de 29 participantes que representan el 24 % tuvo un nivel malo.

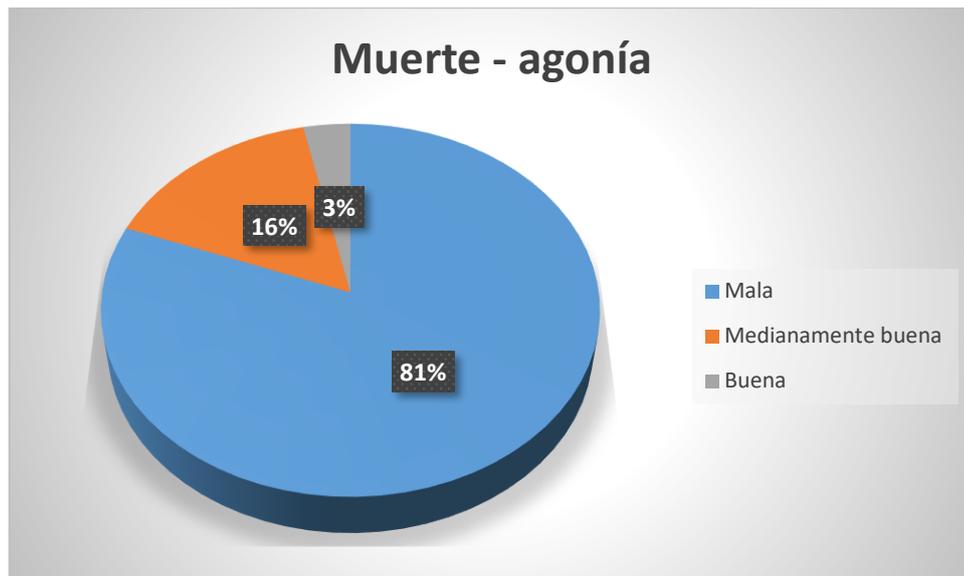


Gráfico 6. Calidad de vida según su dimensión muerte-agonía durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)

En el gráfico 6, según el quinto objetivo específico, se observa en cuanto a muerte-agonía, 97 participantes que representan el 81 % tiene un nivel malo, seguido de 19 participantes que representan el 16 % tiene un nivel medianamente bueno y de 4 participantes que representan el 3 % tuvo un nivel bueno.

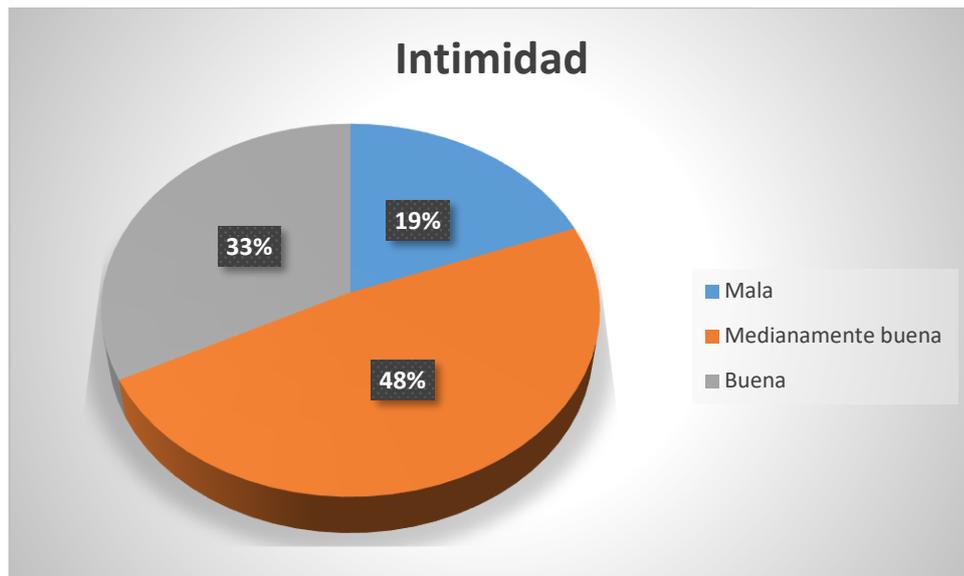


Gráfico 7. Calidad de vida según su dimensión intimidad durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022 (N= 120)

En el gráfico 7, de acuerdo con el sexto objetivo específico, se observa en cuanto a intimidad, 58 participantes que representan el 48 % tiene un nivel medianamente bueno, seguido de 39 participantes que representan el 33 % tiene un nivel bueno y de 23 participantes que representan el 19 % tuvo un nivel malo.

IV. DISCUSIÓN

4.1. DISCUSIÓN

La evaluación de la calidad de vida del adulto mayor es importante, puesto que brinda información para la gestión de los servicios geriátricos y la identificación de factores o circunstancias que podrían afectarla. Desde una perspectiva social, médica y psicológica, la calidad de vida de este segmento poblacional vulnerable debe ser abordada con cuidado y afecto. Este es el enfoque interdisciplinario y holístico es el que está implementado en las prácticas clínicas en la mayoría de los sistemas de salud.

En lo que concierne al objetivo general, ha predominado un nivel medianamente bueno (59%), seguido del nivel bueno. Al respecto, los resultados a los que arribó Llave y Ventocilla (42) evidenciaron que predominó el nivel medianamente bueno (70.8%), seguido del bueno (18.9%) y malo (10.4%). Dichos resultados coinciden con los hallazgos de este estudio. Sin embargo, en los resultados de Quispe y Cosio (41) en Lima 2021 se observa porcentajes menores como la prevalencia del nivel promedio (43.2%), seguido de por encima del promedio (33.3%) y por debajo del promedio (23.4%).

Estas diferencias entre las investigaciones citadas responden a una diversidad de factores condicionantes de la calidad de vida en la senectud. Para comprender la complejidad de la problemática es necesario recordar el potencial deterioro cognitivo, el posible aislamiento social y la depresión, la precariedad del ingreso familiar y la merma de las capacidades relacionadas a lo social y a lo práctico, a lo que se suman las enfermedades crónicas. Como se puede ver, la salud geriátrica implica que el personal ayude a identificar las personas en riesgo y vigile el cumplimiento de los programas de intervención para brindar calidad de atención a estos ciudadanos que ya cumplieron con su cuota de aporte al sistema productivo (20).

En lo que se refiere al primer objetivo específico, la capacidad sensorial tuvo su mayor porcentaje en medianamente bueno (52%), seguido del nivel malo. Huamán y colaborador (52), en su estudio también determinaron que en capacidad sensorial predominó el nivel medianamente bueno (67,7%). Estas

capacidades aluden a las habilidades que hacen posible la captación de estímulos que son transmitidos desde el encéfalo, lo que en la tercera edad empieza a mostrar limitaciones sobre todo en la pérdida de la agudeza visual, audición y olfato (21).

En lo concerniente al segundo objetivo específico, en la dimensión autonomía ha predominado el nivel medianamente bueno (62%), seguido del nivel bueno y malo. Nuestros resultados concuerdan con los de Llave y colaborador (51), quienes determinaron que en autonomía predominó el nivel medianamente bueno (63,2%). Esta dimensión de la calidad de vida en la senectud se refiere al deterioro físico, mental y económico que podría ser clave para el funcionamiento cognitivo del individuo. Por consiguiente, esta capacidad conduce a las restricciones o disfuncionalidades que podrían originar a complicaciones en la vida cotidiana como vestirse, asearse o consumir sus alimentos (18).

En cuanto al tercer objetivo específico, en la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, predominó el nivel medianamente bueno (50%), seguido del nivel bueno y el nivel malo. Estas actividades se refieren a las decisiones que lleva a cabo un sujeto en relación con su salud y su vida, con el propósito de procurar satisfacción (32). Este hallazgo difiere ligeramente de Amonkar y colaboradores (39) en India 2018 mostraron que el nivel de actividades del pasado, presente y futuro de los adultos mayores que permanecieron al lado de sus familiares era mejor (60%) que la de aquellos que fueron derivados a casas hogares (51%). Esto es relevante, ya que revelaría la influencia de los vínculos afectivos y la compañía de los familiares como paliativo de la natural merma en el desenvolvimiento diario de las personas de edad avanzada.

En lo concerniente al cuarto objetivo específico, en la dimensión interacción social ha prevalecido un nivel medianamente bueno (43%), seguido del nivel bueno y nivel malo. Este hallazgo comparte una tendencia aprobatoria, pero difiere ligeramente solo en porcentaje con Figueira y colaboradores (38), en Brasil 2021, hallaron una participación social equivalente al 74.9%, resaltando que la calidad de vida de los adultos mayores casados tenía una mejor puntuación total en comparación con los separados y/o divorciados. La interacción social es fundamental, porque permite la inserción en la sociedad,

buscando contribuir a su sostenibilidad (33). Otro factor interesante para el análisis es la oportunidad de disfrutar de una vida saludable a través de acciones colectivas que le permitan mantener una buena condición física, ejercitar su memoria y acrecentar su bienestar emocional.

La llegada de la población al envejecimiento es un reto de considerable magnitud para los estados, puesto que ahora deben procurar una mayor atención para un segmento sociodemográfico cada vez mayor. En tal sentido, la interacción social es considerada como uno de los factores más influyentes en la salud y el bienestar de los adultos mayores, así como un aspecto clave en el disfrute de sus derechos. La participación social es un proceso multidimensional donde los ciudadanos llevan a cabo actividades de manera conjunta y voluntaria, las cuales les conducen a sentirse satisfechos porque van logrando sus metas (33). Esta constatación reafirma lo afirmado anteriormente respecto a que el entorno familiar y amical influye en la calidad de vida de los adultos mayores, por lo que consolidar su participación e interacciones sociales es un hecho estratégico para su salud.

En lo que concierne al quinto objetivo específico, en la dimensión muerte-agonía ha predominado un nivel malo (81%), seguido del nivel medianamente bueno y el nivel bueno. La muerte implica una serie de reacciones emocionales que podrían ser motivo de gestión por parte de la inteligencia emocional y habilidades sociales. Esto difiere levemente de Junior y colaboradores (40) en Brasil 2021 que encontraron funcionalidad al respecto (60,5%), seguido de disfunción leve (30,5%), demostrando que la funcionalidad de la familia respecto a ideas como la muerte y la agonía tiene una relación directa con la calidad de vida de los adultos mayores.

Finalmente, en lo que respecta al sexto objetivo específico, en la dimensión intimidad prevaleció el nivel medianamente bueno (48%), seguido del nivel bueno y malo. Esto difiere solo por tres puntos porcentuales con Huamán y Espinoza (43) que en Lima 2021 en intimidad predominó el nivel medianamente bueno (58,1%). Concluyeron que la calidad de vida fue medianamente bueno, debido que los pacientes acuden a sus controles periódicos y tienen apoyo familiar, lo cual es un aspecto protector fundamental para su salud.

Los adultos mayores a diferencia de otros sectores de la población tienen mayores probabilidades de muerte por enfermedades crónicas, cáncer y demencia. Esto refuerza la convicción de que es necesario que se les provea de atención compleja y calidad de vida. Para ello, es indispensable que se les conozca a profundidad y se comprenda sus actitudes, temores, pero también fortalezas y vitalidad para aprender de ellos y darles el soporte material y emocional que merecen.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida, predominó un nivel medianamente bueno, seguido del nivel bueno. Esto podría deberse a que los vínculos familiares y amicales han sido conservados y que el personal que labora en el centro de salud está realizando campañas informativas y de sensibilización para que no se descuide el bienestar de los adultos mayores. Una tendencia similar se observó en las seis dimensiones de la variable calidad de vida. Es decir, el mayor porcentaje se registró en el nivel medianamente bueno, a continuación, el nivel bueno, seguido del malo.
- En lo que se refiere a la dimensión capacidad sensorial, el nivel medianamente bueno (52%) indica un aceptable funcionamiento de los sentidos, lo que ayuda a la persona adulta mayor en su normal desenvolvimiento.
- En cuanto a la dimensión autonomía, el nivel medianamente bueno (62%) expresa que la capacidad de tomar decisiones tiene una condición aceptable. Por ello, no es dependiente lo que no afecta su autoestima ni recarga las atenciones de sus familiares.
- En lo que respecta a la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, el nivel medianamente bueno (50%) brinda evidencias de que puede seguir su rutina habitual, aunque con las peculiaridades de una persona adulta mayor.
- En lo que concierne a la dimensión interacción social, el nivel medianamente bueno (43%) expresa que la persona adulta mayor participa aceptablemente en reuniones de carácter familiar, amical y comunal.
- En lo que se refiere a la dimensión muerte-agonía, el nivel malo (81%) muestra que las personas adultas mayores tienen temor, miedo de sufrir antes de morir aunque conocen el hecho de que la muerte es inevitable y que el tiempo debe ser aprovechado de forma inteligente, de modo que nadie se quede con la sensación de culpa no aceptada o disculpada.

- En cuanto a la dimensión intimidad, el nivel medianamente bueno (48%) indica la continuidad de la vida sexual de un modo aceptable de acuerdo a la condición propia de una persona adulta mayor.

4.3 RECOMENDACIONES

- Coordinar con los dirigentes del asentamiento humano para arribar a consensos acerca de líneas de acción prioritarias relacionadas con las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores. En tal sentido, una buena calidad de vida es garantía de salud y bienestar y ayuda a reducir el riesgo de mortalidad y deceso prematuro, al igual que la necesidad de atención y hospitalización. Otro aspecto relevante es la prevención de enfermedades crónicas como las de carácter cardiovascular, cáncer, obesidad e hipertensión arterial. Asimismo, mejora las relaciones interpersonales, la movilidad y el rendimiento cognitivo.
- Mantener el enfoque holístico para la atención de las necesidades de los adultos mayores. Muchas veces los males y problemas que ellos afrontan están interrelacionados (por ejemplo: problemas psicológicos y sociales) y que requieren diversas intervenciones terapéuticas.
- A los futuros investigadores la realización de estudios cualitativos que cubran la carencia de la descripción e interpretación de los significados que los adultos mayores asignan a la vida. Es indiscutible que las investigaciones cuantitativas son útiles para la generalización de resultados a contextos similares, pero hace falta que la profundidad del análisis cualitativo sea puesta al servicio de estudios geriátricos respecto a la vida, muerte y calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tenorio-Mucha J, Romero-Albino Z, Roncal-Vidal V, Cuba-Fuentes MS. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2021 Nov 9;14(Sup1):41–8. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1165>
2. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Espada JP, Orgilés M, Piqueras JA, Morales A. Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. Clínica y Salud [Internet]. 2020 Jun 15;31(2):109–13. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a14>
4. Alonso Triana L, Ugalde Pérez M, Placeres Hernández JF, Mesa Simpson C, Velazco Fajardo Y, Jiménez Landín Y. Acompañamiento emocional en adultos mayores ante la covid-19: una necesidad impostergable TT - Emotional support in elder people toward COVID-19: an urgent need. Rev medica electron [Internet]. 2021;43(2):3159–66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000203159
5. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [actualizado en octubre de 2021; citado 25 de mayo de 2022].
6. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030 [Internet]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [actualizado en enero de 2021; acceso en junio de 2022].
7. Molina MÁ, Paniagua T, Fernández-Fernández V. Impacto psicológico del confinamiento en una muestra de personas mayores: estudio longitudinal antes y durante el COVID-19. Acción Psicológica [Internet]. 2021

- 30;18(1):151–64. Disponible en:
<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/29176>
8. World Health Organization. Americas Covid-19 Response Fund [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2022 [actualizado 27 April 2022; acceso 28 de abril de 2022].
 9. Universidad Johns Hopkins. COVID-19 Dashboard. Estados Unidos; 2022.
 10. Organización Panamericana de la Salud. Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
 11. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. Julio-Agosto-Septiembre 2022 [Internet]. Lima-Perú; 2022. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>
 12. Asenjo J. Mortalidad Por Covid-19 En La Población Peruana Durante Marzo 2020 – Enero 2021. Rev científica CURAE [Internet]. 2022 Jun 16;5(1):46–59. Disponible en:
<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/2201>
 13. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs. [revista en Internet] 2021 [citado 17 de junio de 2022]; 42(5): 1222–1229.
 14. Peña-Marcial E, Bernal-Mendoza L, Reyna-Avila L, Pérez-Cabañas R, Onofre-Ocampo D, Cruz-Arteaga I, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Univ y Salud [Internet]. 2019 Apr 15;21(2):113–8. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-113.pdf>
 15. Rong J, Ding H, Chen G, Ge Y, Xie T, Meng N. Quality of life of rural poor

- elderly in Anhui, China. *Medicine (United States)* [Internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2022]; 99(6): e19105.
16. Rowe J, Kahn R. Successful aging. *Gerontologist*. [Internet] 1997 [citado 9 de junio de 2022]; 37(4):1-4.
 17. Willis S. Cognitive training and everyday competence. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. [Internet] 1987 [citado de 9 de junio de 2022];7(1):159-88.
 18. Chang H, Gil C, Kim H, Bea H. Factors Affecting Quality of Life Among the Elderly in Long-Term Care Hospitals. *J Nurs Res*. [Internet]. 2021 [citado 9 de junio de 2022]; 29(1):1-4.
 19. Doosti A, Nedjat S, Nedjat S, Cheraghi P, Cheraghi Z. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta- analysis. *East Mediterr Health J* . [Internet]. 2019 [citado 9 de junio de 2022];24(11):1-4.
 20. Kwon M, Kim S, So W. Factors Influencing the Quality of Life of Korean Elderly Women by Economic Status. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 9 de junio de 2022];17(3):1-4.
 21. Vargas S, Melguizo E. Quality of life in the senior population of Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. [Internet]. 2017 [citado 9 de junio de 2022];19(4):1-4.
 22. Prasal L, Fredick J, Aruna R. The relationship between physical performance and quality of life and the level of physical activity among the elderly. *Journal of Education and Health Promotion* [Internet]. 2021 [citado 6 de marzo de 2022];10(1):1-6.
 23. Devraj S, D'mello M. Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. *Journal of Geriatric Mental Health* [Internet]. 2019 [citado 10 de febrero de 2022];6(2):1-5.
 24. Robleda S, Pachana N. Quality of Life in Australian Adults Aged 50 Years and Over: Data Using the Schedule for the Evaluation of Individual Quality

- of Life (SEIQOL-DW). *Clinical Gerontologist* [Internet]. 2019 [citado 22 de marzo de 2022];42(1):101-113.
25. Hasan N. Health Related Quality Of Life In The Elderly In Kashan. *SPRING* [Internet]. 2008 [citado 9 de junio de 2022];14(52):1-4.
 26. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Carreazo NY. Health related quality of life of the elderly population in a rural and urban area of Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]. 2016 [citado 24 de junio de 2022];33(4):680-688.
 27. Teoli D, Bhardwaj A. *Quality Of Life Dac*. 2022.
 28. Barofsky I. Can quality or quality-of-life be defined?. *Qual Life Res*. [Internet]. 2012 [citado 7 de junio de 2022];21(4):1-4.
 29. Harman D. The aging process. *Proc Natl Acad Sci U S A*. [Internet]. 2018 [citado 7 de junio de 2022];78(11):1-4.
 30. Levine M. Modeling the rate of senescence: can estimated biological age predict mortality more accurately than chronological age?. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Internet]. 2013 [citado 8 de junio de 2022];68(6):1-3.
 31. Orimo H, Ito H, Suzuki T, Araki A, Hosoi T, Sawabe M. Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics & Gerontology International* [Internet]. 2006 [citado 8 de junio de 2022];6(3):149-158.
 32. World Health Organization. *Whoqol-Old Manual*. Edinburgh Uk: University of Edinburgh; 2006.
 33. Fischer M, Cruickshanks K, Klein E, Klein R, Schubert C, Wiley T. Multiple sensory impairment and quality of life. *Ophthalmic Epidemiol* [Internet] 2009 [citado 9 de junio de 2022];16(6):1-3.
 34. Chou K. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord*. [Internet]. 2008 [citado 9 de junio de 2022];106(1):1-4.

35. Lupsakko T, Mäntyjärvi M, Kautiainen H, Sulkava R. Combined hearing and visual impairment and depression in a population aged 75 years and older. *Int J Geriatr Psychiatry*. [Internet]. 2002 [citado 9 de junio de 2022]; 17(9):1-4.
36. Romero S, Montoya B. Aging and factors associated with quality of life for elderly people in State of Mexico. *Pap Poblac*. [Internet]. 2017 [citado 9 de junio de 2022];23 (93):53-93.
37. Bölenius K, Lämås K, Sandman P, Lindkvist M, Edvardsson D. Perceptions of self-determination and quality of life among Swedish home care recipients - a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2019 [citado 9 de junio de 2022];19(1):1-4.
38. Welford C, Murphy K, Rodgers V, Frauenlob T. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *Int J Older People Nurs*. [Internet]. 2012 [citado 10 de junio de 2022];7(1):1-3.
39. DREWS J. Drug Discovery: A Historical Perspective. *Science* [Internet] 2000 [citado 10 de junio de 2022];287(460):1-6.
40. Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2010 [citado 10 de junio de 2022];19(9):1-4.
41. Fried L, Rowe J. Health in Aging - Past, Present, and Future. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020 [citado 5 de junio de 2022];383(14):1-3.
42. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Rep*. [Internet]. 2012 [citado 5 de junio de 2022];23(4):23-32.
43. Hallberg I. Death and dying from old people's point of view. A literature review. *Aging Clin Exp Res*. [Internet]. 2004 [citado 5 de junio de 2022];16(2):1-2.
44. Rheaume C, Mitty E. Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatr Nurs* .

- Sep-Oct [Internet]. 2008 [citado 5 de junio de 2022];29(5):1-7.
45. Mudgal S, Sharma S, Chaturvedi J, Chundawat D. Effects of Health Promotion Model-Based Visual Learning Module on Self-Efficacy and Health Promotion Behavior of Stroke Survivors. *Journal of Neurosciences in Rural Practice* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021];12(2):389-397.
 46. Sevinc S, Argon G. Application of Pender's Health Promotion Model to Post-Myocard Infarction Patients in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2021];11(1):409-411.
 47. Figueira O, Figueira H, Soleiman R, Marcellini P, Sganzerla A, Corrad C. Quality of life in Brazilian elderly: an analysis of healthy aging from the perspective of Potter's global bioethics. *Glob Bioeth.* [Internet]. 2021 [citado 7 de junio de 2022];32(1):1-15.
 48. Amonkar P, Mankar M, Thatkar P, Sawardekar P, Goel R, Anjenaya S. A Comparative Study of Health Status and Quality of Life of Elderly People Living in Old Age Homes and within Family Setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian J Community Med.* [Internet]. 2018 [citado 7 de junio de 2022];43(1):10–13.
 49. Júnior E, Viana E, Cruz D, Silva C, Rosa R, Siqueira L, et al. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [citado 7 de junio de 2022];75(2):1-3.
 50. Quispe L, Cocio A. Calidad de vida en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022.
 51. Llave M, Ventocilla R. Calidad de vida durante la pandemia por coronavirus en ancianos que residen en una zona urbano marginal en Puente Piedra, 2022 [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022.
 52. Huamán M, Espinoza E. Calidad de vida del adulto mayor que acude al

- Policlínico Risso de Lince, Lima- 2021 [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2021.
53. Bhattacharya PK. *Research Methodology in the Health Sciences: A Quick Reference Guide*. New York - USA: McGraw Hill; 2021. 177 p.
 54. World Health Organization. *WHOQOLUser Manual*. Ginebra-Suiza: WHO; 2012. p. 1–106.
 55. Story D, Tait R. Survey research. *Anesthesiology* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];130(2):1-10.
 56. Organización Mundial de la Salud. *WHOQOL: Measuring quality of life Presenting the instruments* [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2012 [actualizado en marzo de 2012; citado 22 de marzo de 2022].
 57. 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; acceso 21 de mayo de 2022].
 58. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. *A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century*. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];47(1):1-8.
 59. Levitt D. *Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS*. *Healthcare Management Forum* [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];27(2):105-107.
 60. Masic I, Hodzic A, Mulic S. *Ethics in medical research and publication*. *Int J Prev Med* [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];5(9):1073-1082.
 61. Veatch RM, Guidry- Grimes LK. *The basics of bioethics*. 4^a ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Título: Calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022

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 percepción que tiene una persona de su posición en la vida, dentro de un contexto social, cultural y de valores en el que se desenvuelve, el cual está relacionado con sus metas, expectativas, preocupaciones	Es La percepción que tienen los adultos mayores que residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, de su posición en la vida, dentro de un contexto social, cultural y de valores en el que se desenvuelve, el cual está relacionado con sus metas, expectativas, preocupaciones y salud/bienestar, siendo esto expresado en la capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras,	Capacidad sensorial	*Funcionamiento de los sentidos y el impacto de la pérdida de habilidades sensoriales en la CV.	Ítems:1-2-10-20	Mala Medianamente Buena Buena	24 a 48 puntos
	Cualitativa			Autonomía	*Independencia, percepción o creencia de sentirse libre para vivir de forma autónoma y tomar sus propias decisiones.	Ítems:3-4-5-11		49 a 72 puntos
	Escala de medición:			Actividades pasadas, presentes y futuras	Satisfacción de los adultos mayores con los logros alcanzados durante su vida	Ítems:12-13-15-19		73 a 120 puntos
	Ordinal			Interacción social	*Motivación para participar de las actividades diarias	Ítems:14-16-17-18		A mayor puntaje,

		y salud/bienestar (54)	interacción social, muerte-agonía e intimidad, ello será valorado mediante el cuestionario WHOQOL-OLD.	Muerte-Agonía.	*Refleja las preocupaciones y temores de las personas mayores acerca de la muerte	Ítems: 6-7-8-9		mejor CV.
				Intimidad	*Refleja la capacidad de las personas mayores para mantener relaciones personales con otros individuos, ya sean miembros de su núcleo familiar	Ítems: 21-22-23-24		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

CALIDAD DE VIDA “WHOQOL OLD”

I. PRESENTACIÓN

En esta oportunidad estamos realizando un trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo determinar la calidad de vida de los adultos mayores que residen en este Asentamiento Humano. Agradecemos enormemente su participación.

II. DATOS GENERALES

Edad (en años):

Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

Estado civil:

Soltero () Casado(a) () Conviviente () Divorciado(a) () Viudo(a) ()

Ocupación:

Temporal () Estable () No labora ()

III. CUESTIONARIO

Lea detenidamente cada pregunta, solo debe marcar una opción como respuesta. Recuerde que si presenta alguna duda puede solicitar apoyo del encargado.

	*PREGUNTAS	Nada (1)	Un Poco (2)	En moderada Cantidad (3)	Mucho (4)	En extrema cantidad (5)
1*	¿En qué medida los impedimentos de su Sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, Tacto) afectan su vida diaria?					
2*	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, audición, visión,					

	gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?					
3*	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?					
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4*	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?					
5*	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?					
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6*	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?					
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7*	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?					
8*	¿Qué tan asustado estás de morir?					
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9*	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?					
Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada (1)	Un poco (2)	Moderadamente (3)	En su Mayoría (4)	Totalmente (5)
10*	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con					

	los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?					
11*	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?					
12*	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?					
13*	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?					
14*	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?					
Las siguientes preguntas le piden que diga cuan satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.						
		Muy insatisfecho (1)	Insatisfecho (2)	Ni satisfecho ni insatisfecho(3)	Satisfecho (4)	Muy satisfecho (5)
15*	¿Qué tan satisfecho estás con lo que has logrado en la vida?					
16*	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que usa su tiempo?					
17*	¿Cuán satisfecho está con su nivel de actividad?					
18*	¿Qué tan satisfecho está					

	usted con su oportunidad de participar en actividades comunitarias?					
		Muy infeliz	Infeliz	Ni infeliz ni feliz	Feliz	Muy feliz
19*	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?					
		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
20*	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?					
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?					
22*	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?					
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23*	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?					
24*	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?					

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le está haciendo la invitación en esta investigación para involucrarlo como participante. Antes de tomar la decisión de involucrarse o no en este deberá conocer los alcances de este documento.

Título del proyecto: Calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Nombre de los investigadores principales:

-Huamanzana Santi Mirian Alina

-Estrada Pereda Marisol Esperanza

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida durante la pandemia por el nuevo coronavirus 2019 en adultos mayores residentes en un asentamiento humano ubicado en Villa María del Triunfo, Lima, 2022.

Beneficios por participar: Usted tiene el derecho de acceder a los resultados de este estudio, el cual debe hacerlo a través de los procedimientos regulares (de manera individual/grupal), además debe ser informado sobre los beneficios directos e indirectos que trae esta investigación.

Inconvenientes y riesgos: Al ser un estudio no experimental, su participación no implica riesgo alguno, solo se le solicitara brinde información en base a las preguntas consignadas en la ficha de datos.

Costo por participar: Ser parte del estudio no implica algún costo que usted deba asumir.

Confidencialidad: La información/datos que brinde al encuestador, será anónima y estrictamente confidencial. Los responsables del estudio garantizan la protección de dichos datos.

Renuncia: Usted está en el derecho de poder retirarse de la investigación cuando lo crea conveniente. Esta determinación no implica algún tipo de sanción.

Consultas posteriores: Ante alguna duda o consulta sobre el curso del estudio, puede dirigirse al responsable del mismo. En este caso específico el coordinador

responsable es Huamanzana Santi Mirian Alina, cuyo email es: miriam_ahs@hotmail.com y teléfono es: 999991367

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, 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.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N° de DNI:	
N° de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Huamanzana Santi Mirian Alina	
N° de DNI	
43237904	
N° teléfono	
999991367	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, Setiembre de 2022

***Certifico que he recibido una copia del documento**

.....
Firma del participante

Anexo D. Matriz de datos

CALIDAD DE VIDA “WHOQOL OLD”

N°	Edad (en años)	Sexo	Estado civil	Ocupación	Capacidad sensorial				Autonomía				Actividades pasadas, presentes y futuras				Interacción social				Muerte-Agonía				Intimidad			
					P 1	P 2	P 10	P 20	P 3	P 4	P 5	P 11	P 12	P 13	P 15	P 19	P 14	P 16	P 17	P 18	P 6	P 7	P 8	P 9	P 21	P 22	P 23	P 24
1	70	M	C	T	2	1	2	2	2	2	4	3	3	1	5	3	2	2	3	2	4	3	3	4	1	1	1	1
2	60	F	D	T	2	3	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	2	3	4	3	4	4	4	4	2	4	3	2
3	60	F	CV	N	4	3	4	4	5	3	3	4	3	4	5	5	4	5	5	5	2	3	1	4	5	5	5	5
4	83	M	V	T	4	4	3	3	4	2	4	4	2	5	4	4	3	4	4	5	3	4	4	3	4	4	2	2
5	64	M	V	N	2	2	2	4	2	3	3	3	2	1	3	3	3	4	4	4	2	1	1	2	3	2	3	3
6	68	F	C	N	4	3	4	4	2	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	2	3	3	4	4
7	65	M	CV	N	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
8	65	M	V	E	3	2	3	4	4	3	4	4	4	2	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4	4
9	64	F	CV	T	4	3	4	3	4	3	2	2	3	4	4	4	3	4	4	4	2	2	2	3	3	3	4	4
10	72	M	C	T	4	4	4	2	3	4	3	3	3	2	4	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3
11	82	F	V	N	2	2	2	2	4	3	2	4	2	1	3	3	2	2	2	2	1	1	1	3	3	3	2	2
12	64	M	C	N	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	4	3	3	2	2	2	2	3	4	4	4
13	75	F	V	N	4	4	4	3	3	2	3	2	3	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	4	4	3	3	4

14	74	M	V	T	4	3	3	3	4	3	3	3	3	1	4	3	2	3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	2
15	62	F	CV	T	4	2	3	3	4	3	2	3	4	4	3	5	3	3	2	4	1	1	1	3	2	2	3	2
16	61	M	C	T	1	1	1	4	3	3	3	3	4	3	5	4	4	4	3	3	1	1	1	1	3	4	3	3
17	88	M	C	N	1	1	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	5	3	3	4	1	1	1	3	3	2	3
18	79	M	CV	T	2	2	1	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	4	3	3	1	2	1	1	2	3	2	2
19	76	M	C	T	2	2	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4	1	4	1	3	2	3	2
20	77	M	C	T	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	3
21	77	M	C	N	3	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	2	4	1	1	1	2	3	3	2
22	79	F	C	N	2	1	2	3	4	3	2	2	3	3	4	3	4	4	3	4	1	1	1	3	2	2	2	2
23	86	M	V	N	3	4	3	2	3	2	4	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
24	75	M	CV	T	2	2	2	2	3	2	4	3	2	2	3	3	3	3	3	4	1	2	3	3	3	3	3	2
25	85	M	V	T	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2
26	79	M	C	N	3	3	3	2	4	2	3	4	2	2	4	3	2	3	2	2	1	1	1	1	2	2	2	3
27	77	M	V	T	3	3	3	2	2	2	3	2	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	2	1	3	2	2	2
28	28	F	C	T	2	2	2	3	4	3	3	2	4	2	4	4	3	4	3	2	2	1	1	2	3	4	4	3
29	61	M	S	T	2	1	3	3	2	2	3	4	3	1	2	3	2	2	3	2	4	2	3	3	3	2	3	2
30	65	M	V	T	1	1	2	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	1	1	4	4	4	4
31	76	M	C	N	1	2	3	3	4	4	4	3	2	2	3	4	2	3	4	4	1	1	1	1	3	3	4	3
32	76	M	V	T	2	2	3	2	2	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	1	1	1	1	2	3	3	2
33	67	M	S	N	3	3	2	1	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	2	4	4	3	2	2	3	2	4

34	79	M	C	N	3	3	3	2	4	3	4	3	3	2	3	4	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	2	2	
35	69	F	CV	N	2	2	2	2	3	2	3	3	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	2	4	2	3	3	2	
36	79	M	C	T	4	4	3	2	3	2	4	2	4	3	3	3	2	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	3	
37	74	F	C	T	1	2	4	4	4	3	2	3	5	4	4	5	3	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	
38	64	M	D	T	5	4	4	1	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	1	4	4	2	3	2	3	2	2	
39	66	M	C	T	1	1	1	4	3	3	2	3	5	4	5	5	3	4	3	3	1	1	1	1	3	4	3	4	
40	88	M	S	N	4	4	3	2	3	3	3	2	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	
41	64	F	C	E	4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	2	3	3	
42	60	M	CV	T	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	1	1	1	1	4	4	4	4
43	65	M	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4
44	67	M	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	1	1	1	1	4	4	4	4
45	64	F	CV	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	1	1	1	1	4	4	4	4
46	75	F	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	1	1	2	1	4	4	4	4
47	67	F	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	1	1	2	1	4	4	4	4
48	63	M	C	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	2	2	2	2	4	4	4	4
49	64	F	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
50	77	F	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	1	1	1	1	4	4	4	4
51	77	M	C	N	1	1	1	4	4	1	1	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	1	1	1	1	4	4	4	4
52	64	M	C	E	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
53	68	M	C	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	1	1	1	1	4	4	4	4

54	62	M	C	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
55	66	M	C	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	1	1	1	1	4	4	4	5
56	67	M	C	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	2	2	4	4	4	4
57	65	F	C	N	1	1	1	4	4	4	1	4	4	4	5	4	4	5	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
58	64	M	C	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
59	68	M	CV	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
60	61	M	C	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	1	1	1	1	4	4	4	4
61	67	M	C	E	2	2	2	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	1	1	1	1	4	4	4	5
62	63	M	C	E	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	5	1	1	1	1	4	5	5	5
63	61	M	CV	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	1	1	2	2	4	5	4	4
64	61	M	C	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	1	1	1	1	4	4	4	4
65	69	M	C	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4
66	61	M	CV	E	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	2	2	2	4	4	4	4
67	62	M	C	E	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	4	4	5	5
68	68	M	C	N	2	2	1	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	1	1	1	1	4	5	4	4
69	84	M	D	N	3	3	2	2	3	2	2	3	3	1	4	4	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2
70	83	M	V	N	4	4	3	4	2	2	4	2	3	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	3	4	4	4	4
71	77	M	C	N	3	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3	3	2	3	2	1	2	2	1	3	2	2	2	3
72	73	F	V	N	3	3	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	1	3	3	1	3	2	2	3	3
73	67	M	V	T	3	1	3	2	4	3	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2

74	64	M	D	N	1	1	1	3	5	2	3	4	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	2	3	2
75	65	F	CV	N	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	1	1	1	1	3	2	2	3
76	60	M	C	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	1	1	1	1	4	4	4	5
77	62	F	CV	T	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	2	2	4	3	4	4	3	2	3	3
78	67	F	S	T	2	2	2	3	3	3	4	4	3	1	3	3	2	3	2	2	2	2	1	4	2	2	2	2
79	81	M	V	N	3	2	3	3	5	3	3	5	3	1	3	3	2	3	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3
80	79	M	V	N	3	3	4	2	4	2	4	2	3	1	3	2	2	3	2	3	4	1	3	4	3	2	2	2
81	69	M	S	T	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	2	3	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2
82	66	M	S	T	4	4	4	2	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	2	2	1	1	3	2	2	2	2
83	76	M	V	T	3	3	3	3	3	2	4	3	3	2	4	3	2	4	4	2	1	1	1	2	3	3	3	3
84	60	M	C	N	2	1	3	4	4	3	3	4	4	3	4	5	3	3	3	3	1	1	1	2	3	3	3	4
85	76	M	C	N	1	1	3	3	4	3	4	3	4	3	5	5	3	4	3	3	1	1	1	4	4	3	4	3
86	82	M	CV	N	4	5	4	1	4	2	2	2	3	1	3	3	2	2	2	1	3	3	1	4	2	2	2	3
87	71	M	D	N	1	1	3	3	4	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	2	3	2	2
88	78	M	C	N	4	4	2	1	4	5	5	2	2	2	4	3	2	2	2	2	1	1	1	2	3	2	2	3
89	68	M	D	T	1	1	1	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	3	3	3	1	1	3	3	3	3
90	62	F	C	T	3	3	4	2	3	2	4	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	
91	68	F	V	N	2	4	4	1	2	2	3	2	5	3	5	5	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3
92	77	M	S	N	2	2	2	3	3	2	4	3	5	4	5	5	3	4	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3
93	67	M	C	T	2	1	1	4	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	1	1	1	2	3	3	2	3

94	74	M	C	T	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	4	5	3	3	3	3	1	1	1	2	3	3	3	4
95	76	F	C	N	4	4	4	1	2	2	4	2	2	1	3	3	2	2	1	1	2	2	3	4	3	2	3	2
96	86	M	C	N	4	4	4	1	2	2	4	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	4	4	2	3	2	2
97	79	M	C	N	1	1	1	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	1	1	1	1	4	5	4	5
98	75	M	C	N	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	1	1	1	1	3	2	2	3
99	64	M	D	E	1	1	1	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	1	1	1	1	4	4	4	5
100	81	M	C	N	3	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3	3	2	3	2	1	2	2	1	3	2	2	2	3
101	67	M	C	E	1	1	1	3	5	2	3	4	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	2	3	2
102	70	M	C	N	1	1	1	4	5	1	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	1	1	1	1	5	4	4	5
103	70	M	C	E	1	1	1	3	5	2	3	4	2	2	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	2	3	2
104	60	F	S	E	1	1	1	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	1	1	1	1	5	5	4	4
105	74	C	C	N	3	1	3	2	4	3	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2
106	75	F	V	N	1	1	1	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	1	1	1	1	5	4	4	4
107	80	M	C	N	4	4	3	4	2	2	4	2	3	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	3	4	4	4	4
108	64	M	C	N	1	1	1	4	4	1	3	5	3	4	4	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	3	4	3
109	65	M	C	N	3	3	2	2	3	2	2	3	3	1	4	4	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2
110	76	F	C	N	1	1	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	2	2	2	2	4	4	4	4
111	68	F	C	T	1	2	4	4	4	2	4	4	4	3	4	5	3	4	3	3	1	1	1	1	3	4	3	4
112	75	M	S	T	1	1	1	4	4	1	3	5	3	4	4	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	3	4	3
113	60	F	C	T	2	3	4	1	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	1	4	4	4	3	4

114	96	F	V	N	4	4	4	1	1	2	4	2	2	2	4	3	2	2	1	1	2	2	2	4	3	3	2	4
115	64	F	C	T	1	1	1	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	3	3	3	1	1	1	2	3	3	3	4
116	73	M	C	N	2	2	2	3	4	4	4	4	3	3	4	5	2	4	3	2	1	1	1	2	3	4	3	3
117	67	F	V	N	1	1	2	3	2	2	3	2	4	3	4	5	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2
118	68	M	C	T	2	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	2	3	2	2	1	1	1	2	2	3	3	3
119	78	F	C	N	2	2	2	3	3	2	4	3	3	3	3	5	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3
120	85	M	C	N	3	3	3	1	2	2	3	2	4	3	4	3	2	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3	4

Anexo E. Acta del Comité de Ética



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ACTA CEI N.º 076	01 de septiembre de 2022
------------------	--------------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 01 del mes de septiembre del año dos mil veintidos, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS 2019 EN ANCIANOS RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO UBICADO EN VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, LIMA, 2022"** con Código-077-22, presentado por el(los) autor(es): HUAMANZANA SANTI MIRIAN ALINA Y ESTRADA PEREDA MARISOL ESPERANZA.

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 DURANTE LA PANDEMIA POR EL NUEVO CORONAVIRUS 2019 EN ANCIANOS RESIDENTES EN UN ASENTAMIENTO HUMANO UBICADO EN VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, LIMA, 2022"**

Código-077-22

A circular official stamp of the 'COMITÉ DE ÉTICA' is overlaid with a handwritten signature. Below the signature, the text reads 'IMC Benigno Herrán Millanes Gómez' and 'Presidente del Comité de Ética en Investigación'.

SGMG/RAC

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

Anexo F. Evidencias del Trabajo de Campo



