

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

**Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores del  
Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”,  
Lurigancho- Chosica, 2018.**

Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en  
Enfermería

**Por:**

Iris Eva Paredes de la Cruz

Brigitte Jemileth Preciado Rodríguez

**Asesora:**

Mg. Nitzy Ramos Flores

Lima, febrero de 2019

## **DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS**

Yo, Mg. Nitzy Ramos Flores, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "CALIDAD DE VIDA Y APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO "NUEVA ALIANZA, CHACLACAYO", LURIGANCHO-CHOSICA, 2018 constituye la memoria que presentan las Bachilleres Iris Eva Paredes De La Cruz y Brigitte Jemileth Preciado Rodríguez para aspirar al título de Profesional de Licenciada en Enfermería, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, 12 de abril del 2019.



Mg. Nitzy Ramos Flores

---

“Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores del  
asentamiento humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-  
Chosica, 2018”

# TESIS

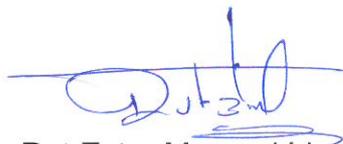
Presentada para optar el título profesional de  
Licenciado en Enfermería

## JURADO CALIFICADOR

  
Mg. Rocío Suárez Rodríguez  
Presidente

  
Mg. Francis Gamarra Bernal  
Secretaria

  
Dra. Keila Ester Miranda Limachi  
Vocal

  
Mg. Rut Ester Mamani Limachi  
Vocal

  
Mg. Nitzy Ramos Flores  
Asesora

UPeU, 12 de febrero de 2019

## **Dedicatoria**

A mis padres, Vilma y Genaro, por su amor y apoyo incondicional, por su comprensión, por su moral y apoyo económico que me brindaron para la elaboración de este proyecto. A mi pequeña Danira quien es el motor de mi vida.

*Brigitte Jemileth Preciado Rodríguez*

A mis padres, Elena De la Cruz y Octavio Paredes Rojas, que me brindaron su apoyo incondicional para llegar a culminar mi meta; también a mis hermanos por los ánimos que me dan cada día para cumplir mis sueños.

*Iris Eva Paredes De la Cruz*

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios, por ser nuestra guía e iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría para emprender este proyecto, fortaleza y permitirnos superar los obstáculos que se presentaron

A la Mg. Nitzy Ramos Flores, nuestra asesora por su apoyo constante en el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la Mg. Janett Chávez Sosa y al Mg. David Javier Aliaga, docentes del curso de tesis de la Escuela Profesional de Enfermería, por su asesoría permanente para culminar este trabajo de investigación.

Al presidente del asentamiento humano el señor Nicanor Cárdenas Gonzales por darnos la autorización para poder realizar nuestra investigación con los adultos mayores.

## CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Formulación del problema</b> .....	<b>16</b>
1.2.1. Problema general. ....	16
1.2.2. Problemas específicos. ....	16
<b>1.3 Objetivos de la investigación</b> .....	<b>17</b>
1.3.1. Objetivo general. ....	17
1.3.1. Objetivos específicos.....	17
<b>1.4. Justificación del problema</b> .....	<b>18</b>
1.4.1. Aporte teórico. ....	18
1.4.2. Aporte metodológico.....	18
1.5. Aporte práctico y social. ....	18
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2. Marco bíblico filosófico</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3. Marco teórico</b> .....	<b>25</b>
2.3.1. Calidad de vida.....	25
2.3.2. El apoyo familiar al adulto mayor. ....	28
2.3.3. Modelos teóricos. ....	33

<b>2.4. Definición de términos.</b>	<b>35</b>
2.4.1. Calidad de vida.....	35
2.4.2. Apoyo familiar.....	36
2.4.3. Adulto mayor .....	36
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Diseño y tipo de investigación</b>	<b>37</b>
<b>3.2. Variables de la investigación</b>	<b>37</b>
3.2.1. Definición operacional “Calidad de vida” .....	37
3.2.2. Definición operacional “Apoyo familiar” .....	38
3.3.3. Operacionalización de las variables. ....	38
<b>3.3. Hipótesis de la investigación</b>	<b>43</b>
3.3.1. Hipótesis general.....	43
3.3.2. Hipótesis específicas.....	43
<b>3.4. Delimitación geográfica y temporal</b>	<b>44</b>
<b>3.5. Participantes</b>	<b>45</b>
3.5.1. Población.....	45
3.5.2. Muestra. ....	45
<b>3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos</b>	<b>47</b>
3.6.1. Cuestionario calidad de vida. ....	47
3.6.2. Cuestionario apoyo familiar. ....	48
<b>3.7. Proceso de recolección de datos.</b>	<b>48</b>

<b>3.8. Procesamiento y análisis de datos .....</b>	<b>49</b>
<b>3.9. Consideraciones éticas .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1. Resultados.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2. Discusión.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>63</b>
<b>5.1. Conclusiones .....</b>	<b>63</b>
<b>5.2. Recomendaciones .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>74</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018.....	46
Tabla 2. Escala de calificación de calidad de vida .....	48
Tabla 3. Calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.....	51
Tabla 4. Apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.....	52
Tabla 5. Relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018.....	52
Tabla 6. Relación entre la dimensión “física” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018.....	53
Tabla 7. Relación entre la dimensión “psicológica” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018.....	54
Tabla 8. Relación entre la dimensión “social” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018.....	55
Tabla 9. Relación entre la dimensión “Ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018.....	57

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.....	74
Anexo 2. Resultados descriptivos .....	79
Anexo 3. Validez del instrumento Calidad de vida con V de Aiken .....	80
Anexo 4. Confiabilidad de instrumentos. ....	81
Anexo 5. Autorización institucional.....	82
Anexo 6. Autorización de Comité de ética.....	83
Anexo 7. Consentimiento informado .....	84

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”. La investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 120 adultos mayores y se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de calidad de vida de “World Health Organization Quality of Life Questionnaire” (WHOQOL – BREF) y apoyo familiar de Smilkstein. Los resultados encontrados fueron que el 49,2% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida regular, el 42,5% malo y el 8,3% bueno. Además, el 73,3% manifiestan un apoyo familiar medio, el 16,7% alto y el 10% bajo. Referente a la correlación entre las variables, se encontró un p-valor de 0,037. Por lo tanto, se concluye que existe una relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores.

**Palabras Clave:** Calidad de vida, apoyo social, apoyo familiar, adultos mayores, (DeCS).

## **Abstrac**

The objective of the study was to determine the relationship between quality of life and support in older adults of the "Nueva Alianza, Chaclacayo" Human Settlement. The type of study was a quantitative, non-experimental design, correlational type, cross-sectional approach. The sample consisted of 120 older adults and was selected through a non-probabilistic sampling. The institutes used: quality of life questionnaire of the "World Health Organization Qestionaire of Quality of Life" (WHOQOL - BREF) and family support of Smilkstein. The results were found in 49.2% and in 42.5% bad and 8.3% good. In addition, 73.3% receive medium family support, 16.7% high and 10% low. Regarding the correlation between the study variables, a (p-value of 0.037) was found. Being the conclusions, there is a very low negative relationship between quality of life and family support in older adults.

**Keywords:** Quality of life, family support, social support, older adults (DeCS).

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) refiere que la esperanza de vida en adultos mayores se ha incrementado en los últimos años, llegando a los 2000 millones en comparación a años anteriores, sin embargo la morbilidad y mortalidad también se han incrementado en aproximadamente un 23 %. De igual manera, se ha visto un incremento en las enfermedades crónicas y de la larga duración, como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiopatías, las enfermedades osteomusculares (como la artritis y la osteoporosis) y los trastornos mentales y neurológicos.

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017) calcula que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13% de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del 3%. Europa es la región con más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25%. Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050, con excepción de África. Ya para el 2030, se estima que serán 1400 millones de personas de edad avanzada en el mundo.

Al mismo tiempo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) señala que esta población está constantemente expuesta al maltrato, convirtiéndose, en un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance de este problema. Se estima que 1 de cada 10 personas mayores han sufrido malos tratos. Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades.

Serrano (2013) menciona que existe una falsa idea de que la gente mayor recibe el cuidado de la familia. Ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, en las personas mayores con serios problemas de salud. Sin embargo, son las personas mayores las que, en mayor proporción, son cuidadoras de los otros miembros de la familia. En un estudio reciente se pone de relieve que el 20% de las mujeres y el 13% de los hombres mayores cuidan a otros adultos y que el 40%, tanto de hombres como de mujeres mayores cuidan a niños (a sus nietos). En definitiva, en nuestro País, a lo largo de la vida, existe un claro intercambio de cuidados cuyo centro está en la familia y cuyo motor radica en estrechas relaciones afectivas.

Por otro lado, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018) señala que, la cobertura de los sistemas de jubilaciones en Latinoamérica son muy bajos, razón por la que los adultos mayores deben seguir trabajando hasta edades avanzadas o depender de sus familias de forma directa, viviendo en casas con sus hijos, y conviviendo con generaciones de nietos e incluso bisnietos. Así también, en América Latina, tener más de 60 años es sinónimo de ser viejo y las

personas por encima de esta edad son comúnmente excluidas de oportunidades laborales y otro tipo de actividades. Si bien esta es la tendencia general, también existen iniciativas de inclusión social que benefician a algunas de las personas en edad avanzada.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSA, 2014) refiere que es indudable que cuando se envejece disminuyen muchas capacidades sobre todo físicas, pero el grado de disminución no solo depende del paso del tiempo, depende de estilos de vida de la persona, que comprende la actividad física desarrollada en la cotidianeidad, de sus hábitos o posibilidades nutricionales, de la presencia de determinadas enfermedades crónicas no transmisibles y del grado de daño producida por las mismas. Con la capacidad intelectual pasa algo interesante, aunque algunas habilidades, como la de atender varios temas a la vez pueden disminuir con la edad, otras como la facultad de concentrarse y llegar al final de las tareas, mejoran con los años. Debemos decir entonces que; aunque muchas capacidades disminuyen con la edad, estas disminuciones pueden atenuarse o retardarse.

Del mismo modo, Aguilar (2014) expresó que en los últimos años la población de nuestro país ha experimentado un aumento de la expectativa de vida y un envejecimiento progresivo. Los adultos mayores representan el 9,2% de los habitantes, grupo que presenta una alta prevalencia de hipertensión, sobrepeso, osteoporosis, problemas articulares, cáncer y trastornos cardiovasculares. Estas enfermedades no transmisibles se relacionan, entre otros aspectos, con la calidad de la alimentación y la existencia de estilos de vida no saludables.

## **1.2 Formulación del problema**

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

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

- ¿Cuál es la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018?
- ¿Cuál es el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Física” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Psicológica” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Social” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión “Ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018.

#### **1.3.1. Objetivos específicos.**

- Determinar la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.
- Determinar el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión “Física” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión “Psicológica” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión “Social” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.
- Determinar la relación entre la dimensión “Ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

## **1.4. Justificación del problema**

### **1.4.1. Aporte teórico.**

Este trabajo de investigación, contribuye al conocimiento científico por la información actualizada y sistematizada sobre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza”. También sirve de referencia de antecedente para próximas investigaciones y amplía los conocimientos del profesional de enfermería en la importancia del cuidado en el adulto mayor.

### **1.4.2. Aporte metodológico.**

En cuanto al aporte metodológico, recae en la recolección de una base de datos actualizadas sobre la calidad de vida y el apoyo familiar en el adulto mayor el cual será entregado al personal del centro de salud de Grau para la toma de acciones necesarias.

## **1.5. Aporte práctico y social.**

El presente trabajo de investigación beneficia, de manera especial, a los adultos mayores en mejorar su calidad de vida y apoyo familiar. También permite que la sociedad tome conciencia de la problemática actual del adulto mayor ya sea en materia de calidad de vida o apoyo familiar. Asimismo, incentiva al profesional de enfermería al personal de los centros de salud aledaños proponer nuevas estrategias educativas orientadas a la práctica de prevención y conservación de la calidad de vida del adulto mayor.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes**

Valdez y Álvarez (2018) realizaron un estudio en México, con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida y apoyo familiar en el adulto mayor adscrito a una unidad de medicina familiar de la seguridad social mexicana. La metodología del estudio fue un estudio observacional, transversal y analítico, que se realizó mediante encuesta y entrevista directa. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron una encuesta socio demográfico, WHOQOL-OLS y MOS. El universo de estudio fue de 368 adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Villahermosa, Tabasco, México. Los resultados revelaron que el 50% tienen buena calidad de vida 50 % y 78,3 % presenta apoyo social. En conclusión, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y apoyo social.

Segarra (2017) realizó un estudio en Ecuador, con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida de los adultos mayores, funcionalidad familiar y factores sociodemográficos. Además determinar la percepción de los familiares de la calidad de vida de los adultos mayores. La metodología de estudio fue mixto cuantitativo transversal analítico y cualitativo de tipo etnográfico. Se incluyó a 146 participantes quienes cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el

consentimiento informado. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario WHOQOL-BREF y para el apoyo familiar percibido se utilizó el APGAR familiar, para buscar la asociación se empleó la RP con un IC95% y para significancia estadística el chi cuadrado se aceptó un valor de  $p < 0,05$ . Para lo cualitativo, se utilizó la técnica de grupos focales. Los resultados mostraron que el 23% tienen la calidad de vida baja asimismo la disfuncionalidad familiar se asoció con una peor calidad de vida en la salud física (RP 1,8 IC95% 1,094–3,008), relaciones sociales (RP 2,0 IC95% 1,223–3,515) y el entorno (RP 2,8 IC95% 1,632–5,087). En conclusión, la calidad de vida está relacionada con la funcionalidad familiar en tres de sus cuatro dimensiones.

Gempp & Benadof (2017) realizaron un estudio en Chile, con el objetivo de describir la percepción de relaciones familiares que tienen los adultos mayores. La metodología del estudio fue cualitativo, fenomenológico. Se realizaron entrevistas en profundidad a diez adultos mayores residentes en diversos establecimientos de larga estadía, seleccionados por muestreo teórico. Dando como resultado que los relatos reflejan deseo de ser cuidados en sus hogares o en el de algún familiar, pero comprenden que esto es poco factible, ya que significaría una carga física, emocional y económica para el cuidador. En conclusión, el bienestar del adulto mayor institucionalizado refleja estar relacionado con el apoyo de familiares y una buena relación con ellos.

Jiménez & Paz (2017) realizaron un estudio en Lima, con el objetivo de determinar la relación entre Calidad de vida y Perspectiva espiritual de los pacientes que asisten al programa de Diabetes Mellitus Hospital Nacional Dos de Mayo. Los materiales y métodos fueron de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional,

transversal, en una muestra conformada por 54 pacientes; se utilizó la técnica entrevista y los instrumentos fueron el cuestionario de calidad de vida específico para Diabetes Mellitus (EsDQOL) y la Escala de Perspectiva Espiritual, elaborado por Pamela Reed. Los resultados fueron un poco más de la mitad el 55.56% de los pacientes evidenciaron calidad de vida medianamente saludable, así mismo más el 66.66% de los pacientes su perspectiva espiritual fue medianamente favorable. En conclusión, no hubo relación entre calidad de vida y la perspectiva espiritual, aceptándose la H0.

Guzman (2017) realizó un estudio en Lima, con el objetivo de determinar el grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un Centro Materno Infantil "Tablada de Lurín". La metodología que se utilizó fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal que se desarrolló en una población muestral de 47 adultos mayores registrados en el Club del Adulto Mayor "La edad de Oro" del Centro Materno Infantil "Tablada de Lurín", cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos, se utilizó el cuestionario tipo Likert adaptado, el cual fue formulado por la autora y validado por ocho jueces expertos en una tabla de concordancia con un nivel de significancia de 0.008. Los resultados fueron de los 47 adultos mayores encuestados, respecto al grado de apoyo familiar, el 36,2% fue parcialmente suficiente y el 31,9 insuficiente. En cuanto a los tipos de apoyo familiar, la mayoría percibe el apoyo instrumental como suficiente (42,6%); las dos quintas partes percibe el apoyo emocional como parcialmente suficiente (40,4%) y más de la tercera parte percibe el apoyo informativo como insuficiente (38,3%). En conclusión, el grado de apoyo familiar percibido por los adultos mayores usuarios del establecimiento de salud, es parcialmente suficiente, siendo

este un índice no positivo para ellos, puesto que el no percibir un apoyo familiar suficiente, constituye un riesgo en el curso adecuado del envejecimiento de la persona y en su calidad de vida. Respecto a los tipos de apoyo, el apoyo emocional percibido por los adultos mayores es parcialmente suficiente, el apoyo instrumental como suficiente y el apoyo informativo como insuficiente.

Ataucusi y Diaz (2016) realizaron un estudio en Ahuac, con el objetivo de determinar la eficacia del programa “Envejecimiento saludable” para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una asociación del Distrito de Ahuac. El estudio es de tipo aplicativo, con el método experimental, nivel tecnológico y diseño pre experimental, que estuvo conformada por 20 personas entre varones y mujeres adultos mayores pertenecientes a una asociación del Distrito de Ahuac. Las técnicas empleadas fueron la aplicación de un instrumento de evaluación, la escala FUMAT para medir los niveles de percepción de calidad de vida y la aplicación del programa “Envejecimiento Saludable” para mejorar los resultados encontrados. Se trabajó con un grupo experimental con pre y post test para comparar resultados estadísticos se utilizó la distribución binomial, los cuales muestran de evidencia el cambio significativo de la percepción de la calidad de vida a través de la aplicación de un programa.

Pablo (2016) ejecutó un estudio de investigación en Lima, con el objetivo de determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016. Los materiales y métodos del estudio de investigación son de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, la población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26

preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores el 46% presentan una calidad de vida baja. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que, en la dimensión física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la dimensión de psicológica un 48% presenta una calidad de vida media o regular, con respecto a la dimensión de relaciones sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la dimensión medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. En conclusión, existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida como bajo.

Zapata, Delgado, & Cardona (2015) realizaron un estudio en Angelópolis, con el objetivo de describir las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor del área urbana del Municipio de Angelópolis. La metodología del estudio fue descriptivo transversal, que determinó a través de la experiencia de la población, el apoyo social recibido por los 239 adultos mayores del área urbana del Municipio de Angelópolis, Antioquia. Los datos se obtuvieron por medio de fuentes primarias y se realizó análisis univariado y bivariado de la información. Siendo los resultados que los adultos encuestados fueron en su mayoría mujeres (59,8 %), con edad entre 60-74 años (66,9 %). El estado civil con mayor porcentaje fue casado (47,3 %) aunque en las mujeres el estado civil viuda tuvo mayor proporción (40,6 %). El 69,5 % tenían nivel de educación primaria y un 16,7 % sin ningún nivel educativo. El 60,3 % estaban afiliados al régimen subsidiado. El apoyo recibido por la familia y los amigos fue valorado como satisfactorio, se encontró una relación

estadísticamente significativa entre el sexo y la no realización de actividades diferentes a las cotidianas (valor de  $p=0,004$ ). En conclusión, el estudio mostró que la soledad es un aspecto que lleva a los adultos mayores a sentirse desamparados y vulnerables.

Vera (2007) realizó un estudio en Los Olivos, con el objetivo de comprender el significado que la expresión lingüística calidad de vida del adulto mayor tiene para el mismo y para su familia. Los materiales y métodos fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas previamente validados. Los resultados se obtuvieron de la participación de dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares. Los discursos a través de la 'objetivación' y el 'anclaje' y el análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. En conclusión, para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.

## **2.2. Marco bíblico filosófico**

Reina Valera (1960) refiere en 3 Juan: 1:2 dice Dios "Amado, yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas, y que tengas salud, así como prospera tu

alma". Quiere decir que Dios desea una vida llena de prosperidad, lo mejor para las personas, una vida sin problemas ni enfermedad que alegren el alma. Por otro lado, en Éxodo 23:25 se encuentra una promesa de Dios que dice: "Mas a Jehová vuestro Dios serviréis, y él bendecirá tu pan y tus aguas; y yo quitaré toda enfermedad de en medio de ti." Dios desea que lo sirvamos siéndole fiel y de esa manera él nos bendecirá y nada nos faltará y quitará toda enfermedad de nosotros. Asimismo, White (1959) refiere que, "El cuerpo es el único medio por el cual la mente y el alma se desarrollan para la edificación del carácter. De ahí que el adversario de las almas encamine sus tentaciones al debilitamiento y la degradación de las facultades físicas. Su éxito en esto envuelve la sujeción al mal de todo nuestro ser. A menos que estén bajo el dominio de un poder superior, las propensiones de nuestra naturaleza física acarrearán ciertamente ruina y muerte" (White,1905, pp.91, 92). Por último, La Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD, 2019) refiere que el concepto tradicional de la familia se trata de fortalecer su dimensión espiritual y la relación familiar a través del amor mutuo, el honor, el respeto y la responsabilidad. La salud y la prosperidad de la sociedad está directamente relacionadas con el bienestar de sus partes constituyentes.

## **2.3. Marco teórico**

### **2.3.1. Calidad de vida**

#### **2.3.1.1. Definición de calidad de vida**

Herrera, Martínez, y Navarrete (2015) definen que la calidad de vida es el bienestar, la felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.

Vera (2007) refiere que la calidad de vida es un expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental, en general a múltiples factores.

#### **2.3.1.2. Importancia**

Gomez y Sabeh (2015) refiere que la calidad de vida es de vital importancia para el bienestar personal y social en general, la cual abarca en su generalidad no solo elementos de riquezas y empleo sino tambien de ambiente fisico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia, la cual nos dará felicidad y satisfacción.

#### **2.3.1.3. Características**

Monardes, Gonzales, & Soto (2011) refieren que las características de calidad de vida se pueden clasificar en:

- Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal

físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

#### **2.3.1.4. Dimensiones**

**Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Con el incremento de la edad, en la población adulta mayor disminuye la frecuencia de realizar actividad física, por lo cual se incrementa el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, mucho más en este grupo etareo (Grimaldo, 2010).

**Dimensión psicológica:** Osorio, Torrejon, Meersohn y Anigstein (2011) definieron la percepción psicológica de la persona en el estado cognitivo y afectivo como, miedo, ansiedad, falta de comunicación, pérdida de autoestima, incertidumbre del futuro, estos forman parte de las creencias personales, espirituales y religiosas de la persona así como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

**Dimensión social:** Santiesteban, Perez, Velazquez y Garcia (2017) refieren que el adulto mayor presentan enfermedades como la depresión, la demencia y otros síndromes geriátricos los cuales traen consecuencias en su

vida y en el modo de relacionarse, generalmente a los adultos mayores les encanta agradecer el cuidado que le puedan prestar mediante algún obsequio, es importante fortalecer la reciprocidad entre el dar y recibir ya que permitirá que ellos se sientan útiles para la sociedad.

**Dimensión ambiente:** Salas y Sanchez (2014) mencionan que es importante mantener un lugar adecuado sin limitaciones, sin barreras arquitectónicas como desniveles, gradas innecesarias, superficies resbalosas que impidan la movilidad o la independencia, de este modo mejoraremos la calidad de vida de la persona adulta mayor. Este es uno de los más importantes porque es nuestro ambiente el que nos ayuda a lograr una calidad de vida mejor y más saludable. Vivir en un ambiente que no es saludable va a afectarnos por eso es importante que estemos seguros de que nuestro medio ambiente sea protegido y mejorado constantemente.

### **2.3.2. El apoyo familiar al adulto mayor.**

#### **2.3.2.1. El adulto mayor.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define al adulto mayor, como la persona que comprende las edades de 60 años a más. Asimismo, considera a las personas de 60 a 74 años, como adultos mayores jóvenes; de 75 a 89 años, adultos mayores ancianos y de 90 a más años, adultos mayores longevos, también el envejecimiento puede considerarse un éxito de salud pública y el desarrollo socioeconómico para ello deben mejorar al máximo la capacidad funcional de los adultos mayores

El Ministerio de Salud (MINSA, 2014) refiere que el envejecimiento es un proceso normal, que se inicia prácticamente con el nacimiento, pero que se

hace más evidente después de la edad reproductiva, es indudable que cuando se envejece disminuyen muchas capacidades sobre todo físicas, pero el grado de disminución no solo depende del paso del tiempo, depende de estilos de vida de la persona, que comprende la actividad física desarrollada en la cotidianeidad, de sus hábitos o posibilidades nutricionales, de la presencia de determinadas enfermedades crónicas no transmisibles y del grado de daño producida por las mismas.

Palma (2015) describe que hablar de cuidados a la persona mayor es hablar de la profesión enfermera con algunas características que los diferencian de otros grupos de edad: es necesario conocer qué sucede con el paso de los años, cambios que se han comentado en el capítulo “Proceso de envejecimiento: anciano sano”, y desde luego contemplar las necesidades que con el paso del tiempo se manifiestan en la vejez. Además, hay que tener en cuenta que, en principio, las necesidades básicas son las mismas que las del adulto más joven, no obstante, hay que contemplar que la forma de manifestarse son diferentes y, por tanto, la manera de satisfacerlas también va a variar.

#### **2.3.2.2. Tipos de apoyo familiar.**

Cobb (1976), en su revisión bibliográfica “Social Supports a Moderator of life Stress”, indica que el apoyo social ofrece a los individuos beneficios, tales como información relativa (percepciones) a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social. Es decir, él sostiene que el apoyo se da en tres clases: emocional, de estima e instrumental. Del mismo modo , Alligood, Anef, et.al (2016), en su libro Family Theory Development in

Nursing, estudiaron el apoyo familiar, donde sostiene que este apoyo se presenta como flujo de acciones, recursos e información que se intercambia y circula. Considerando cuatro categorías : materiales, instrumentales, emocionales e informativo. Finalmente la presente investigación, considera el estudio de apoyo familiar que realiza la investigadora Zoila Leitón, quien dimensiona el apoyo familiar en tres : afectivo, de estima e instrumental en su estudio titulado “Adaptación a los cambios biopsicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, participación social, y apoyo familiar” siguiendo estos referentes en el tema y bajo los conceptos y categorizaciones con que trabajaron el apoyo familiar; el presente estudio dimensiona el apoyo familiar de la siguiente manera: apoyo instrumental, apoyo emocional y apoyo informativo.

### ***Apoyo emocional***

Guzmán (2017) refiere que las relaciones expresivas son un medio por las que el individuo satisface sus necesidades emocionales y filiativas, compartir sentimientos o problemas emocionales ; el afecto es un de las pasiones del ánimo que se inclina hacia una persona especial en este caso al adulto mayor , por consiguiente el autor refiere que la compañía es importante para el adulto mayor, sentirse ya que cubre las necesidades de seguridad y protección asimismo es un factor protector para los síntomas de soledad y depresión.

### ***Apoyo instrumental***

Guzmán (2017) hace referencia a las conductas que ayudan directamente a la persona adulta mayor implica recursos moentarios;

podemos encontrar que el dinero es el medio por el cual la familia facilita los bienes tales como alimentación, vestido , alojamiento y salud.

Por otro lado, el artículo 9 de la Ley N° 28803, establece a la persona adulta mayor como sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en casos de emergencia médica o en enfermedades de carácter terminal; es por ello que el Ministerio de Salud (MINSa, 2010) registra un Paquete Integral de Atención para la Etapa de Vida del Adulto Mayor, el cual integra un conjunto de acciones preventivo-promocionales dirigidos al Primer Nivel de Atención, por ello es importante contar con un aseguramiento para el adulto mayor así como un control médico periódico, para prevenir y/o detectar precozmente patologías y para educarles en su autocuidado. Se recomienda por lo menos un control anual antes de los 70 años y por lo menos dos controles anuales después de los 70 años (El Peruano, 2011).

### ***Apoyo informativo***

También llamado apoyo cognitivo como lo define Allgood et al (2016) refiere que es un proceso donde las personas buscan información, intercambio de experiencias, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas. Este tipo de apoyo facilita información que ayudará a resolver problemas, disminuyendo así el sentimiento de angustia y confusión , incrementando la sensación de control sobre la situación, aumentando así el bienestar psicológico.

#### **2.3.2.3. Enfermería en el apoyo familiar en el adulto mayor.**

Según Ministerio de Salud (2010), en la Norma Técnica del Paquete de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, incluye diferentes actividades

preventivo-promocionales tales como, la identificación de problemas familiares y sociales como pobreza, abandono, maltrato; además, de la orientación familiar para su participación en el cuidado de sus miembros.

Asímismo, es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en el logro de su autocuidado y con el apoyo familiar, así encontrar la solución a la mayoría de sus problemas.

Por medio del apoyo informativo, la familia entrega conocimientos nuevos o de retroalimentación al adulto mayor a fin de mantener un estilo de vida que contribuya a mejorar su salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) refiere que “uno de los pilares filosóficos de la profesión de enfermería radica en el convencimiento del poder ilimitado de aprendizaje del ser humano”; es decir, la enfermera es la indicada para educar y orientar a la familia sobre el apoyo que necesita su adulto mayor en sus distintas dimensiones con el propósito de conseguir una población saludable.

La enfermera entonces, en su participación preventivo-promocional debe buscar a la familia como unida básica de salud y a partir de ella modificar y mejorar el estilo de vida de los miembros según la necesidad de cada etapa vital; en el adulto mayor, que atraviesa una crisis vital, necesita, según Vera (2007) tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es sentirse cuidado y protegido por la familia, con dignidad, amor, afecto y respeto por su persona y por sus bienes materiales para así lograr una calidad de vida.

### **2.3.3. Modelos teóricos.**

#### **2.3.3.1. Teoría del auto cuidado de Dorothea Orem.**

Según Prado, González, Paz y Romero (2014), explican el concepto de auto cuidado según el modelo teórico de Dorothea Orem, como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”, define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado; pueden ser requisitos de auto cuidado universal: conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana; y los requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones adversas para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano (niñez, adolescencia, adulto y vejez).

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean

mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería (Prado et al., 2014).

### **2.3.3.2. Promoción de la salud de Nola Pender.**

Pender (2013) define que el espacio que ocupa el profesional de enfermería, en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición).

Alligood y Marriner (2011) refieren que Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano ya que se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma de cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El Modelo de Promoción de la Salud está dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado enfermero tal como se evidencia en los trabajos publicados los cuales conservan un interés genuino e implícito hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad. Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las

actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalando así por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo (Aristizábal, Sánchez, Blanco y Ostiguín, 2011).

Las conductas de salud pueden estar motivadas por el deseo de proteger la propia salud, evitando la enfermedad o por el deseo de incrementar el nivel de bienestar ya sea en presencia o ausencia de enfermedad. Para muchas conductas de salud ambos enfoques sirven como recursos motivacionales, sobre todo en adultos de mediana edad y en personas mayores (Pender, 2013).

La teoría de Nola Pender se enfoca en la promoción y la prevención de la salud de tal manera que el presente estudio de investigación toma como referencia esta teoría para mejorar las conductas, actitudes y conocimientos de las adolescentes; por tal motivo se realizó un programa de intervención enfocado en la prevención y promoción de la salud, el cual beneficiara tanto a los participantes del presente trabajo de investigación como a la sociedad y así mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos.

## **2.4. Definición de términos.**

### **2.4.1. Calidad de vida**

Para Monardes et al.(2011) es el resultado de una interacción constante entre los factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos, condiciones de salud – enfermedad ya sea en forma individual y social.

### **2.4.2. Apoyo familiar**

Según Chorres (2017) refiere que es la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.

### **2.4.3. Adulto mayor**

La vejez se reduce la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, percepción y memoria visual inmediata (Estrada et al.,2011).

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Diseño y tipo de investigación**

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utilizan métodos estadísticos para probar hipótesis; de diseño no experimental, ya que se observa los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo correlacional porque busca conocer la relación entre dos o más variables (Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

#### **3.2. Variables de la investigación**

##### **3.2.1. Definición operacional “Calidad de vida”.**

La calidad de vida tiene que ver con las condiciones de vida que tiene los adultos mayores, su manera de vivir tanto en lo físico, psicológico, social y ambiente. Asimismo, para el logro de la misma, se deben tener en cuenta los 8 remedios naturales (agua, descanso, ejercicio, luz solar, aire puro, nutrición, temperancia y esperanza en Dios).

### **3.2.2. Definición operacional “Apoyo familiar”.**

Podemos considerar que el apoyo familiar debe ser brindado, de manera directa, por los familiares, e indirecta, por amigos, vecinos, etc. De igual manera, este apoyo no solo incluye al aspecto económico sino también al psicológico y emocional.

### **3.3.3. Operacionalización de las variables.**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
<b>Calidad de vida</b>	Vera (2007) refiere que la calidad de vida es una expresión que está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, salud, interacción social, ambiental y en general a múltiples factores.	Tiene que ver con las condiciones de vida que tienen los adultos mayores, su manera de vivir tanto en lo físico, psicológico, social y ambiente. Asimismo, para el logro de la misma, se deben tener en cuenta los 8 remedios naturales (agua, descanso, ejercicio, luz solar, aire puro, nutrición, temperancia y esperanza en Dios). Para lo cual se empleará el cuestionario "WHOQOL – BREF" creado por la OMS (1993). Escala de calificación 64 – 74 pts. Bueno 54 – 64 pts. Regular 44 – 54 pts. Malo	Físico	3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita?	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente
			Psicológico	4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente
				10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	Nada Un poco Lo normal Bastante Totalmente
			Social	15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	Nada Un poco Lo normal Bastante Totalmente
Ambiente	16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho			
	17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho			

				<p>18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?</p> <p>25. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?</p> <p>5. ¿Cuánto disfruta de la vida?</p> <p>6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?</p> <p>7. ¿Cuál es su capacidad de Concentración?</p> <p>11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?</p> <p>19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?</p> <p>20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?</p> <p>21. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?</p>	<p>Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho</p> <p>Nunca Raramente Moderadamente frecuentemente Siempre</p> <p>Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente</p> <p>Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente</p> <p>Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente</p> <p>Nada Un poco Lo normal Bastante Totalmente</p> <p>Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho</p> <p>Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho</p> <p>Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho</p>
--	--	--	--	---	---

				8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente
				9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	Nada Un poco Lo normal Bastante Extremadamente
				12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada Un poco Lo normal Bastante Totalmente
				13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	Nada Un poco Lo normal Bastante Totalmente
				14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	Nada Un poco Lo normal Bastante Totalmente
				22. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho
				23. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho
				24. ¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	Muy insatisfecho Poco Lo normal Bastante satisfecho Muy satisfecho

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de calificación
<b>Apoyo familiar</b>	Coobs (1976) "Social Supports a Moderator of life Stress", donde indica que el apoyo social ofrece a los individuos beneficios, tales como información relativa (percepciones) a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.	<p>Podemos considerar que el apoyo familiar no solo debe ser de manera directa de los familiares, también debe ser de manera indirecta que puede ser de gente cercana sea amigos, vecinos.</p> <p>También debemos destacar que el apoyo no consta solo la parte económica si también del apoyo psicológico y emocional que en realidad necesitan los adultos mayores; con solo escucharlos ellos son felices de esa manera también podemos contribuir con la calidad de vida que merecen.</p> <p>La escala que se usa para medir es la siguiente:</p> <p><i>Apoyo Familiar Alto:</i> 06 - 08 puntos</p> <p><i>Apoyo Familiar Medio:</i> 03 - 06 puntos.</p> <p><i>Apoyo Familiar Bajo:</i> 01 - 03 puntos.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.</li> <li>2. Me siento contento con la participación que mi familia me brinda y permite.</li> <li>3. Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida.</li> <li>4. Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afectos y responde a mis sentimientos.</li> <li>5. Me hace sentir contento cuando compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.</li> </ol>	<p>Siempre= 2</p> <p>A veces= 1</p> <p>Nunca = 0</p>

### **3.3. Hipótesis de la investigación**

#### **3.3.1. Hipótesis general**

Hi: Existe relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Ho: No existe relación entre la Calidad de vida y el apoyo familiar en los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

#### **3.3.2. Hipótesis específicas**

Hi<sub>1</sub>: Existe relación entre la dimensión “Física” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Ho<sub>1</sub>: No existe relación entre la dimensión “Física” y el apoyo familiar el en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Hi<sub>2</sub>: Existe relación entre la dimension “Psicologica” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Ho<sub>2</sub>:No existe relación entre la dimension “Psicologica” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Hi<sub>3</sub>: Existe relación entre la dimension “Social” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho.- Chosica, 2018.

Ho<sub>3</sub>: No existe relación entre la dimension “Social” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Hi<sub>4</sub>: Existe relación entre la dimension “Ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

Ho<sub>4</sub>: No existe relación entre la dimension “Ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018.

### **3.4. Delimitación geográfica y temporal**

Asentamiento Humano “Nueva Alianza” se encuentra ubicado en la Av. Nicolás Ayllón 856 Carretera Central Km. 24; sus límites distritales son: por el Norte con el rio Rímac, por el Sur con la cadena de cerros rocosos paralelos al Rio Rímac, por el Este con el distrito de Lurigancho – Chosica y por el Oeste con el distrito de Ate.

Asimismo, cuentan con un local donde se reúnen en un Club de adultos mayores y dentro ello existe un pequeño biohuerto.

### **3.5. Participantes**

#### **3.5.1. Población.**

La población estuvo compuesta por 120 adultos mayores, 60 del Club del adulto mayor “Viviendo feliz” y otros 60 que no asisten al club del distrito de Lurigancho – Chosica.

#### **3.5.2. Muestra.**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia puesto que la selección del procedimiento no se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del cumplimiento de los criterios de inclusión, así mismo esta muestra es de tipo censal porque todos los elementos de la población son incluidos en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

##### **3.5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.**

###### *Inclusión*

- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos mayores que hablen castellano.
- Adultos mayores que acepten participar del trabajo de investigación.
- Adultos mayores de ambos sexos.

###### *Exclusión*

- Adultos menores de 60 años.
- Adultos mayores que no hablen otro idioma.
- Adultos mayores que no acepten participar en el trabajo de investigación.
- Adultos mayores que tienen problemas físicos.

- Adultos mayores que faltaron a la recolección de datos.

### 3.5.2.2. Características de la muestra.

En la tabla 1 se observa que del 100% de adultos mayores, el 62,5% tuvieron una edad entre los 60 a 67 años, mientras que el otro 37,5% de 68 a 77 años. Del mismo modo, el 51,7% fueron de sexo femenino y el 48,3% masculino. Asimismo, el 63,3% fueron casados, el 23,3% viudo(a), el 10% soltero y el 3,3% divorciado(a). Por otro lado, el 37,5% procedieron de la sierra, el 35,8% de la costa y el 26,7% de la selva. La filiación religiosa del 57,5% fue católica, el 40% evangélico y el 2,5 adventista. En el grado de instrucción el 67,5% indicaron nivel primario, el 27,5% secundaria y el 5% técnico. Por último, la ocupación del 48,3% fueron amas de casa, el 36,7% vendedor(a) y el 15% jubilados.

Tabla 1.

*Características generales de los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018*

Variable	N	%
Edad		
60 – 67 años	75	62,5
68 – 77 años	45	37,5
Sexo		
Masculino	58	48,3
Femenino	62	51,7
Estado civil		
Soltero	12	10,0
Casado	76	63,3
Viudo(a)	28	23,3
Divorciado(a)	4	3,3
Lugar de procedencia		
Costa	43	35,8
Sierra	45	37,5
Selva	32	26,7
Filiación Religiosa		
Católico	69	57,5

Adventista	3	2,5
Evangélico	48	40,0
Grado de instrucción		
Primaria	81	67,5
Secundaria	33	27,5
Técnico	6	5,0
Ocupación		
Ama de casa	58	48,3
Vendedor(a)	44	36,7
Jubilado	18	15,0
Total	120	100

### 3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos

#### 3.6.1. Cuestionario calidad de vida.

El instrumento que se utilizó para medir la calidad de vida fue el cuestionario “World Health Organization Quality of Life Questionnaire” (WHOQOL – BREF), validado en Barcelona-España en 1993, posteriormente fue adaptado Ramírez y Borja (2017) en el trabajo de investigación: “Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016” realizado en Lima-Perú. A partir de la prueba alfa de Cronbach, encontraron un valor  $\alpha$  de 0,869 demostrando una alta confiabilidad. El instrumento está dividido en 4 dimensiones: social (ítems 20 y 21), física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 y 25), psicológica (ítems 5, 6, 7, 11 y 19) y ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 22, 23 y 24), con una escala de medición de: nada (1), un poco (2), lo normal (3), bastante (4) y extremadamente (5); y muy insatisfecho (1), poco (2), lo normal (3), bastante satisfecho (4) y muy satisfecho (5).

El resultado específico por cada dimensión, y el diagnóstico final de las mismas, se clasificó de acuerdo al rango de puntajes especificados en la siguiente tabla:

Tabla 2.

*Escala de calificación de calidad de vida*

Variables	Física	Psicológica	Social	Ambiente	General
Bueno	23 - 27	15 – 18	5 - 6	20 – 24	64 – 74
Regular	20 - 23	12 – 15	4 – 5	17–20	54 – 64
Malo	16 - 20	9 - 12	3 - 4	13– 17	44 –54

### 3.6.2. Cuestionario apoyo familiar.

El instrumento que se utilizó para medir el apoyo familiar fue el cuestionario diseñado por Smilkstein (1978), posteriormente, fue adaptado por Rodriguez (2014) en el trabajo de investigación “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso” realizado en Trujillo-Perú. A partir de la prueba alfa de Cronbach, encontraron un valor  $\alpha$  de 0,90 demostrando una alta confiabilidad. El instrumento fue validado por juicio de expertos y consta de 5 ítems con una escala de medición de: siempre (2), a veces (1) y nunca (0).

### 3.7. Proceso de recolección de datos.

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida

al presidente del A.H “Nueva Alianza”, iniciando la ejecución del proyecto de investigación.

Con la previa autorización del presidente del A.H “Nueva Alianza” se procedió a la recolección de datos.

La aplicación del instrumento fue dada por las investigadoras realizándose en el mes de diciembre del 2018; una vez identificado al adulto mayor, se le invitó a participar del estudio, informándole verbalmente el objetivo, la confidencialidad de los resultados y del consentimiento informado, pidiendo la veracidad en sus repuestas. La encuesta se tomó a los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva alianza” y tuvo una duración de 15 - 20 minutos.

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de datos inició con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico STATISTIC. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis de datos descriptivos se utilizarán tablas de distribución de frecuencias y para la estadística inferencial, se realizará la prueba de normalidad de Kolmorov Smirnov para muestras  $n > 30$ . Con un p-valor menor a 0,05, utilizaremos pruebas no paramétricas, que, de acuerdo a la naturaleza de las variables de estudio, “calidad de vida” (categórica ordinal) y “apoyo familiar” (categórica ordinal). Se optará por la prueba Tau b Kendall, es una estadística utilizada para medir la asociación ordinal entre dos cantidades medidas. Es una prueba de hipótesis no paramétrica para la dependencia estadística basada en el coeficiente de tau.

### **3.9. Consideraciones éticas**

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos pertinentes, respetándose la autonomía de los participantes.

Según la Ley de protección de datos personales N° 29733, Art.1 “La presente Ley tiene el objeto de garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales , previsto en el artículo 2 numeral 6 de la Constitución Política del Perú, a través de su adecuado tratamiento , en un marco de respeto de los demás derechos fundamentales que en ella se reconocen” (El Peruano, 2011).

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad y el anonimato del adulto mayor al participar; asimismo, se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de los de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. Se entregó por escrito al sujeto de investigación quien recibió explicación clara y completa para el desarrollo de los cuestionarios.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados

Tabla 3.

*Calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018*

Calidad de Vida	n	%
Regular	59	49,2
Malo	51	42,5
Bueno	10	8,3
Total	120	100

En la tabla 3 se observa que del 100% de adultos mayores encuestados, el 49,2% presentaron una calidad de vida regular, el 42,5% malo y el 8,3% bueno.

Tabla 4.

*Apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho - Chosica, 2018*

Apoyo familiar	n	%
Medio	88	73,3
Alto	20	16,7
Bajo	12	10
Total	120	100

En la tabla 4 se observa que del 100% de adultos mayores encuestados, el 73,3% recibe un apoyo familiar medio, el 16,7% alto y el 10% bajo.

Tabla 5.

*Relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018*

			Apoyo familiar			Total
			Alto	Medio	Bajo	
Calidad de vida	Bueno	N	0	9	1	10
		%	0%	7,5%	0,8%	8,3%
	Regular	N	8	43	8	59
		%	6,7%	35,8%	6,7%	49,2%
	Malo	N	12	36	3	51
		%	10%	30%	2,5%	42,5%
Total	N	20	88	12	120	
	%	16,7%	73,3%	10%	100%	

\*Tau b Kendall=-0,180; p=0,037

Se observa que del 100% de los encuestados, el 35,8% detallan tener una calidad de vida regular e indica un nivel medio de apoyo familiar; por otro lado, el 7,5% de adultos que manifestaron una buena calidad de vida, mantuvieron un apoyo familiar medio. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b de Kendall, evidencia un coeficiente de correlación de -0,180 y un p-valor de 0,037, siendo este menor a 0,05, lo que permite rechazar la  $H_0$  y aceptar la  $H_a$ , quedando demostrado que existe relación negativa muy baja entre la calidad de vida y el apoyo familiar en adultos mayores de al A.H “Nueva Alianza”.

Tabla 6.

*Relación entre la dimensión “física” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018*

			Apoyo familiar			Total
			Alto	Medio	Bajo	
Física	Bueno	N	3	36	1	40
		%	2,5%	30%	0,8%	33,3%
	Regular	N	12	28	8	48
		%	10%	23,3%	6,7%	40%
	Malo	N	5	24	3	32
		%	4,2%	20%	2,5%	26,7%
	Total	N	20	88	12	120
		%	16,7%	73,3%	10%	100%

\*Tau b Kendall=0,002; p=0,982

Se observa que del 100% de los encuestados, el 30% detallan una buena calidad de vida en la dimensión “física” e indican un nivel medio de apoyo familiar; por otro lado, el 2,5% de adultos que manifestaron una mala calidad de vida en

dicha dimensión, mantuvieron un apoyo familiar bajo. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b de Kendall, evidencia un coeficiente de correlación de 0,002 y un p-valor de 0,982, siendo este mayor a 0,05, lo que permite rechazar la  $H_a$  y aceptar la  $H_o$ , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “física” y el apoyo familiar en adultos mayores de al A.H “Nueva Alianza”.

Tabla 7.

*Relación entre la dimensión “psicológica” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018*

			Apoyo familiar			Total
			Alto	Medio	Bajo	
Psicológica	Bueno	N	0	5	1	6
		%	0%	4,2%	0,8%	5%
	Regular	N	11	46	5	62
		%	9,2%	38,3%	4,2%	51,7%
	Malo	N	9	37	6	52
		%	7,5%	30,8%	5%	43,3%
	Total	N	20	88	12	120
		%	16,7%	73,3%	10%	100%

\*Tau b Kendall=-0,012; p=0,886

Se observa que del 100% de los encuestados, el 38,3% detallan regular calidad de vida en la dimensión “psicológica” e indican un nivel medio de apoyo familiar; por otro lado, el 30,8% de adultos que manifestaron una mala calidad de vida en dicha dimensión, mantuvieron un apoyo familiar medio. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b de Kendall, evidencia un

coeficiente de correlación de 0,012 y un p-valor de 0,886, siendo este mayor a 0,05, lo que permite rechazar la  $H_a$  y aceptar la  $H_o$ , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “psicológica” y el apoyo familiar en adultos mayores de al A.H “Nueva Alianza”.

Tabla 8.

*Relación entre la dimensión “social” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho- Chosica, 2018*

		Apoyo familiar			Total	
		Alto	Medio	Bajo		
Social	Bueno	n	3	36	1	40
		%	2,5%	30%	0,8%	33,3%
	Regular	n	12	28	8	48
		%	10%	23,3%	6,7%	40%
	Malo	n	5	24	3	32
		%	4,2%	20%	2,5%	26,7%
	Total	n	20	88	12	120
		%	16,7%	73,3%	10%	100%

\*Tau b Kendall=0,016; p=0,851

Se observa que del 100% de los encuestados, el 30% detallan una buena calidad de vida en la dimensión “social” e indican un nivel medio de apoyo familiar; por otro lado, el 23,3% de adultos que manifestaron una regular calidad de vida en dicha dimensión, mantuvieron un apoyo familiar medio. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b de Kendall, evidencia un coeficiente de correlación de 0,016 y un p-valor de 0,851, siendo este mayor a 0,05, lo que permite rechazar la  $H_a$  y aceptar la  $H_o$ , quedando demostrado que no existe

relación entre la dimensión “social” y el apoyo familiar en adultos mayores de al A.H  
“Nueva Alianza”.

Tabla 9.

*Relación entre la dimensión “Ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores del Asentamiento Humano “Nueva Alianza, Chaclacayo”, Lurigancho-Chosica, 2018*

		Apoyo familiar			Total	
		Alto	Medio	Bajo		
Ambiente	Bueno	N	3	22	3	28
		%	2,5%	18,3%	2,5%	23,3%
	Regular	N	14	53	8	75
		%	11,7%	44,2%	6,7%	62,5%
	Malo	N	3	13	1	17
		%	2,5%	10,8%	0,8%	14,2%
	Total	N	20	88	12	120
		%	16,7%	73,3%	10%	100%

\*Tau b Kendall=-0,069; p=0,417

Se observa que del 100% de los encuestados, el 44,2% detallan regular calidad de vida en la dimensión “ambiente” e indican un nivel medio de apoyo familiar; por otro lado, el 18,3% de adultos que manifestaron una buena calidad de vida en dicha dimensión, mantuvieron un apoyo familiar medio. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b de Kendall, evidencia un coeficiente de correlación de 0,069 y un p-valor de 0,417, siendo este mayor a 0,05, lo que permite rechazar la  $H_a$  y aceptar la  $H_0$ , quedando demostrado que no existe relación entre la dimensión “ambiente” y el apoyo familiar en adultos mayores de al A.H “Nueva Alianza”.

## 4.2. Discusión

A pesar de que en los últimos años se ha visto un incremento en la esperanza de vida, no significa que la manera con la que se viven estos últimos años sea de calidad, ya que se ha observado un incremento en las enfermedades crónicas no trasmisibles. Por tanto, es importante conocer la calidad de vida en los ancianos, considerando los factores sociales, económicos y personales que influyen en él (Aponte, 2015). Por consiguiente, Estrada et al.(2011) definen la calidad de vida como un concepto multidimensional que no sólo considera la situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales y entorno social, sino también los valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona.

Los resultados de la investigación demostraron que el 49,2% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida regular, el 42,5% malo y solo el 8,3% bueno (ver Tabla 3). Resultados similares reportaron Corugedo et al., (2014) en su trabajo realizado en Cuba, donde el 82 % de los adultos mayores percibieron una baja calidad de vida, el 36,4 % media y solo el 20,2 % alta. A contraposición, Puig y Rodríguez (2011), en un trabajo realizado en Barcelona-España, encontraron que el 54,8% de los adultos mayores presentaron una buena calidad de vida, el 35,5% muy buena y solo el 9,7% regular.

Según Larrañaga et al.(2008) las diferentes experiencias del hombre determinan su manera de vivir y enfermar, no solo en términos de exposición a diferentes riesgos, sino también por un desigual acceso a los conocimientos y recursos para prevenir la enfermedad. Es así que, en la actualidad, se ha desarrollado una tendencia a vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y

mentales, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer la salud, y por ende la calidad de vida (Montanet, Bravo y Hernández, 2009).

Por otro lado, Ramos (2016) considera que el mismo proceso del envejecimiento es el causante del gran porcentaje de enfermedades crónicas en adultos mayores. Sin embargo, esto no es determinante para una vejez incapacitante, ya que la práctica de estilos saludables desde la juventud, o incluso desde la adultez temprana, permiten mantener y mejorar la calidad de vida.

En torno a la variable apoyo familiar, el estudio encontró que, el 73,3% de los adultos mayores indicaron un apoyo familiar medio, el 16,7% alto y solo el 10% bajo (ver Tabla 4). De igual manera, Chorres (2015) en un trabajo realizado en Chimbote, demostró que el 40% de los adultos mayores presentaron un alto nivel de apoyo familiar, el 40% moderado y solo el 20 % bajo. Asimismo, Guzmán (2017) en su investigación realizada en Lima-Perú, halló que el 36,2% de los adultos mayores percibieron un apoyo familiar parcialmente suficiente y el 31,9% insuficiente. A contraposición, Zapata, Delgado y Cardona (2015) en su estudio realizado en Angelópolis-Colombia, encontraron que la mayoría de adultos mayores se muestran satisfechos con el apoyo recibido por sus familias (78,1 % en hombres y 68,5 % en mujeres).

Para Zapata y Delgado (2011), las familias constituyen el principal referente de los individuos y la sociedad. Es así que, un ambiente familiar de afecto, cariño y atención será favorable para la salud, pero, por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conducirá a sentimientos de abandono y depresión. Por consiguiente, Aponte (2015) refiere que la familia cumple un papel central en el

bienestar de las personas mayores, generando un ámbito de protección y socialización, a través de las diversas interacciones entre sus miembros.

A su vez, Zapata, Delgado y Cardona (2015) establecen que la incidencia del apoyo social sobre la calidad de vida puede ser directa, cuando el individuo se sienta parte de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, con las que puede contar en caso de que los necesite, o indirecta, cuando las personas a su alrededor lo protegen de los efectos de las condiciones estresantes, o aumentan la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas, de ahí la importancia de que el adulto mayor participe en las diferentes redes sociales y de apoyo en sus comunidades.

Al analizar la relación entre ambas variables, se encontró que existe relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar con un p-valor 0,037. Resultados similares indicaron Esquivias y Roldán (2015) en su investigación realizada en Madrid-España, donde hallaron relación con un p-valor de 0,001 y un r de 0,47. Del mismo modo, Ellen y Padilla (2015) en su estudio "Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar Centro de salud Salaverry " demostraron que sí existe relación con un  $p < 0,05$ . Asimismo, al establecer la relación entre las dimensiones de la calidad de vida y el apoyo familiar se demostró que no hubo relación con un p-valor mayor a 0,05. Sin embargo, Segarra (2017), en su estudio realizado en Cuenca-Ecuador, sí encontró relación entre la disfuncionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor, en la dimensión física (p-valor=0,025), relaciones sociales (p-valor=0,008) y el entorno (p-valor=0,0001).

Para tener buena calidad de vida la ocupación que tenía fue indicador positivo en las cuatro dimensiones al igual que Flores et.al., (2013) señalan que la

ocupación y el ingreso son factores que favorecen para una buena calidad de vida en otro estudio Paskulin (2009) el trabajo fue positivo, pero solamente en la dimensión de relaciones sociales. En la población donde se hizo este estudio la mayoría se dedica a la agricultura y ganadería donde cuenta como una red de apoyo, de esa forma los adultos mayores se sienten esto hace que los adultos mayores se sientan útiles. Los indicadores positivos para tener una buena calidad de vida en la dimensión social se dieron porque las personas viven solas, pero tienen familia cercana o que viven en la misma casa.

Según Hernández, Pereira y Sardiñas (2008), la familia, como red social de apoyo, incrementa su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, lo que conlleva a que sus integrantes disminuyan su actividad social y den más valor al espacio familiar del anciano. Pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar. Por otro lado; Figueroa, Soto y Santos (2016) resaltan que esta población adulta requiere de una atención especial, debido a su gran fragilidad. Esta compleja situación traería como consecuencia la dependencia del adulto mayor en varios niveles: económico, afectivo y físico.

Para Ribera (2004), el deterioro de la calidad de vida del adulto mayor se relaciona al tipo de apoyo familiar que recibe, reconociendo que el adulto mayor requiere de un entorno favorable para mantener un adecuado autocuidado. Por otro lado, los adultos mayores en su mayoría afrontan dificultades relacionadas con su

salud, donde no solo se ve comprometida su responsabilidad si no también el apoyo familiar respectivo.

Finalmente, Melguizo (2002) afirma que los aspectos sociales y familiares influyen decisivamente en la evolución de cualquier patología crónica, sea a través de las descompensaciones, la utilización de recursos sanitarios, la adherencia al tratamiento o la comorbilidad de trastornos afectivos. También en la misma medida determinan la calidad de vida auto percibida.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

En relación con los objetivos, se obtuvo las siguientes conclusiones:

El 49,2% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida regular, el 42,5% malo y el 8,3% bueno.

El 73,3% de los adultos mayores reciben un apoyo familiar medio, el 16,7% alto y el 10% bajo.

Existe relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar con un p-valor de 0,037.

No existe relación entre la dimensión “física” y el apoyo familiar con un p-valor de 0,982.

No existe relación entre la dimensión “psicológico” y el apoyo familiar con un p-valor de 0,886.

No existe relación entre la dimensión “social” y el apoyo familiar con un p-valor de 0,851.

No existe relación entre la dimensión “Ambiente” y el apoyo familiar con un p-valor de 0,417.

## **5.2. Recomendaciones**

Al asentamiento humano, buscar la participación de los adultos mayores de forma activa en la ejecución de programas que se puedan dar en la comunidad; de la misma manera, integrar a las familias en las actividades, programas educativos que consideren actividades para mejorar su autoestima y también recreativas que se puedan realizar, y así favorecer el estado emocional y psicológico, así otorgarles un cuidado integral.

A los profesionales de enfermería promover la capacitación y actualización de la/el enfermera/o en aspectos relacionados con su intervención en la familia especialmente con los adultos mayores como uno de los sistemas prioritarios de soporte social y trabajo con la familia.

A la escuela de enfermería, organizar programas para el fortalecimiento de las variables, que permitan acercarse más a la población y poder crear lazos especialmente con los adultos mayores cuya población es más vulnerable, de esta manera crear conciencia en los estudiantes sobre la importancia de trabajar con ellos. Así mismo a la familia ejecutar capacitaciones, orientación, talleres que brinden aportes en la mejora de su calidad de vida.

A los estudiantes de enfermería, futuros profesionales de salud, motivarlos a seguir realizando trabajos de investigación en poblaciones vulnerables como son los adultos mayores, asimismo, desarrollar programas educativos a favor de los mismos.

## Referencias

- Aguilar, G. (2014). *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013*. Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3579/Aguilar\\_mg.pdf;jsessionid=1C80EB5CE939C92BCA12C1386CE0CAF5?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3579/Aguilar_mg.pdf;jsessionid=1C80EB5CE939C92BCA12C1386CE0CAF5?sequence=1)
- Alfonso Figueroa, L., Soto Carballo, D., & Santos Fernández, N. A. (2016). *Revista de ciencias médicas de Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* (Vol. 20). 1999, Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Alligood, M. R., Anef, ;, Fawcett, J., & Faan (2016). *The Theory of the Art of Nursing and the Practice of Human Care Quality*, 23(1). Recuperado de: <http://www.nursecredentialing.org/Magnet/P>
- Alligood, M. R., Marriner-Tomey, A., & Rodríguez Monforte, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier. Recuperado de: [https://books.google.es/books?id=MfzfRKLgq0YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=MfzfRKLgq0YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Aponte Daza, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSA*, 13(2), 152–182. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSA*, 13(2), 152–182. Recuperado

de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003)

Aristizábal, G., Sánchez, A., Blanco, D., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16–23. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)

Ataucusi, M., & Diaz, N. (2016). *Influencia del programa “Envejecimiento saludable” para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una asociación del distrito de Ahuac*. Recuperado de: [http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/159/Nuria\\_Diaz\\_Maleny\\_Ataucusi\\_Tesis\\_Titulo\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/159/Nuria_Diaz_Maleny_Ataucusi_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodriguez, A. (2014). Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso Miramar, 2012. *Repositorio digital UPAO*. Recuperado de: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/37794#.Wz1Wvc5yLgo.mendeley>

Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey, L., Hernández Riera, R., Pereira Jiménez, I., & Sardiñas Montes de Oca, O. (2008). *Archivo médico de Camagüey*. *Revista Archivo Médico de Camagüey* (Vol. 12). 1996, Editorial Ciencias Médicas Camagüey. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000600006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600006)

Chorres Escudero, P. V. (2017). Apoyo familiar y estilos de vida en el adulto mayor del asentamiento humano “10 de Setiembre”. Chimbote, 2015. *Universidad Nacional Del Santa*. Recuperado de: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/138328#.Wz1YIS0ENRQ.mendeley>

Cobb, S. (1976, September 1). Apoyo social como moderador del estrés de la vida. Recuperado en Enero 31, 2019, de: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-197609000-00003>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018). Más de la mitad de las personas mayores de América Latina no recibe una pensión de un sistema contributivo: CEPAL y OIT. Recuperado en Febrero 5, 2019, de: <https://www.cepal.org/es/comunicados/mas-la-mitad-personas-mayores-america-latina-recibe-pension-un-sistema-contributivo>

Corugedo, M., García, D., González, V., Crespo, G., González, G., & Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006)

El peruano. (2011). Ley de Protección de Datos personales N° 29733. Recuperado de: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29733.pdf>

El Peruano. (2011). Ley de la Persona Adulta Mayor N° 3090. Recuperado en Enero 31, 2019, de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

Esquivias, V., & Roldán, M. (2015). *Calidad de vida y apoyo social percibido durante la vejez*. Universidad Pontificia Comillas.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J., & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v31i4.399>

Flores, M., Troyo, R., Cruz, M., Gonzales, G., & Muñoz, A. (2013). *Evaluación Calidad*

*de Vida Mediante el Whoqol-Bref en Adultos Mayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. Revista Argentina de Clínica Psicológica.*

Fundación Aiglé. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281931436010>

Gempp, L., & Benadof, D. (2017). Percepción de apoyo familiar de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21(2), 142–149. <https://doi.org/10.5354/RCSP.V21I2.48911>

Gomez, M., & Sabeh, E. (2015). Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Recuperado de: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Grimaldo, M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima, 8(15), 17–38. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80115648003.pdf>

Guzman, M. (2017). *Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de lima metropolitana 2016*. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6146/Guzman\\_II.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6146/Guzman_II.pdf?sequence=1)

Guzmán, M. (2017). *Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana, 2016*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Herrera, P., Martínez, N., & Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4), 0–0. Recuperado de:

- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005)
- Iglesia adventista del septimo dia. (2019). El hogar y la familia. Recuperado en Enero 31, 2019, de: <https://adventista.es/el-hogar-y-la-familia/>
- Jiménez, R., & Paz, M. (2017). Calidad de vida de pacientes del programa Diabetes Mellitus relacionado con su perspectivas espirituales. "Hospital Dos de Mayo". *Universidad Privada Norbert Wiener*. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/640>
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443–450. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Melguizo, M. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 148–149.
- Ministerio de Salud. (2010). *Norma Tecnica de Salud para la Atencion Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
- MINSA. (2014). *Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores*. Recuperado de: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador documento Programa Nacional de Personas Adultas Mayores- 04-03\\_14.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador documento Programa Nacional de Personas Adultas Mayores- 04-03_14.pdf)
- Monardes, C., Gonzales, F., & Soto, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo, 2, 68–86. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Felipe\\_Soto2/publication/235989330\\_Calidad\\_de\\_vida\\_conceptos\\_caracteristicas\\_y\\_aplicacion\\_del\\_constructo/links/02e7e515](https://www.researchgate.net/profile/Felipe_Soto2/publication/235989330_Calidad_de_vida_conceptos_caracteristicas_y_aplicacion_del_constructo/links/02e7e515)

432de5405d000000/Calidad-de-vida-conceptos-caracteristicas-y-aplicacion-del-constructo.pdf

Montanet, A., Bravo, C., & Hernández, E. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 13(1), 1–10. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001)

Organización de las Naciones Unidas. (2017). Envejecimiento | Naciones Unidas. Recueprado en Enero 18, 2019, de: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

OMS. (2014). OMS | «Envejecer bien», una prioridad mundial. *WHO*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento. *WHO*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>

Organizacion Panamericana de la Salud. (2018). Rol de las enfermeras en la atención primaria de salud. Recuperado en Enero 31, 2019, de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14325:paho-calls-on-the-role-of-nurses-in-primary-health-care-to-be-expanded&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14325:paho-calls-on-the-role-of-nurses-in-primary-health-care-to-be-expanded&Itemid=1926&lang=es)

Osorio, P., Torrejon, M., Meersohn, C., & Anigstein, M. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud & Sociedad*, 2(2), 203–217. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439742466006>

Pablo, J. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor de la casa polifuncional palmas reales*

- los olivos lima 2016. Recuperado de:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo\\_j.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf)
- Palma, R. (2015). *Características del cuidado que brinda la enfermería al adulto mayor en los servicios de medicina de un Hospital Nacional según la percepción de los internos de enfermería 2014*. Recuperado de:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4137/Palma\\_bi.pdf;jsessionid=23640107B4B8D0B3EFE3B93CA12B4EF6?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4137/Palma_bi.pdf;jsessionid=23640107B4B8D0B3EFE3B93CA12B4EF6?sequence=1)
- Paskulin, L., Vianna, L., & Molzahn, A. E. (2009). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, 56(1), 109–115.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00671.x>
- Pender, N. (2013). Teoría de la enfermería modelo de la promoción de salud. Recuperado en Enero 31, 2019, de:  
<http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>
- Prado, A., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835–845. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci_abstract)
- Puig, M., & Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en un grupo de mayores en una zona rural. *Nursing (Ed. Española)*, 29(9), 56–59.  
[https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(11\)70303-X](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(11)70303-X)
- Ramirez, S., & Borja, G. (2017). *Habitos alimentarios y calidad de vida en adultos*

- mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016.* Peruana Union .  
Recuperado de:  
[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/392/Shirley\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/392/Shirley_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ramos, F. (2016). Salud y calidad de vida en las personas mayores, 22.  
<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000001074>
- Ribera, J. (2004). *Monografías Humanistas*. Barcelona-España: Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Recuperado de: <http://www.fundacionmhm.org>
- Salas, S., & Sanchez, D. (2014). Envejecimiento de la población , salud y ambiente urbano en America Latina. Retos del Urbanismo gerontológico. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353632354004>
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (MCGRAW-HILL, Ed.). México.
- Santiesteban, I., Perez, M., Velazquez, N., & Garcia, N. (2017). Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. Recuperado de:  
<http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev1.htm>
- Segarra, M. (2017). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en el adulto mayor de la Parroquia Guaraynag, Azuay, 2015-2016*. Universidad de Cuenca.  
<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00671.x>
- Serrano, J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Recuperado de:  
<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. Recuperado

de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>

Valdez-Huirache, M. G., Álvarez-Bocanegra, C., Valdez-Huirache, M. G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 113–121. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>

Vera, M. (2007a). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med*, 68(3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Vera, M. (2007b). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med Lima*, 68(3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Zapata, B., & Delgado, N. (2011). Apoyo social y familiar al adulto mayor del area urbana en Angelopolis, Colombia 2011. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>

Zapata, B., Delgado, N., & Cardona, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011, 13. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>

## Anexos

### Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



*Una Institución Adventista*

### UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD E.P DE ENFERMERIA



### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADO EN ADULTOS MAYORES

#### Introducción

Este cuestionario está diseñado con el propósito de evaluar la calidad de vida, su opinión será muy valiosa. El cuestionario será completamente confidencial y sólo será utilizada con fines de la investigación en estudio. Agradecemos su valiosa participación.

#### Instrucciones

Marque con una (X) o con un (√) o escriba con claridad en la opción que cumpla con lo requerido. Recuerde no se puede marcar dos opciones.

En la sección de datos sobre la calidad de vida usted debe marcar según la siguiente escala:

Siempre: 2

A veces: 1

Nunca: 0

#### I. Datos Generales

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Género:            M ( )            F ( )
3. Estado civil:    Soltero ( )    Casado ( )    Otros : \_\_\_\_\_
4. Lugar de procedencia: Costa ( )    Sierra ( )    Selva ( )
5. Filiación religiosa: Católico ( )    Adventista ( )    Evangélico ( )  
Otros: \_\_\_\_\_
6. Ocupación: \_\_\_\_\_

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Está satisfecho con su salud?	1	2	3	4	5

4.2 Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (Físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de Concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

4.3 Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5

12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

4.4 Estas preguntas hacen referencia si se ha sentido satisfecho en varios aspectos de su vida.

		<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho</b>	<b>Muy satisfecho</b>
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

4.5 Con qué frecuencia ha tenido ciertos sentimientos

		<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
25	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5



**UNIVERSIDAD PERUANA UNION**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**E.P DE ENFERMERIA**



**CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES**

Tomado de SMILKSTEIN, G. (1978)

**Introducción**

Este cuestionario está diseñado con el propósito de evaluar el apoyo familiar, su opinión será muy valiosa. El cuestionario será completamente confidencial y sólo será utilizada con fines de la investigación en estudio. Agradecemos su valiosa participación.

**Instrucciones**

Marque con una **(X)** o con un (✓) o escriba con claridad en la opción que cumpla con lo requerido. Recuerde no se puede marcar dos opciones.

En la sección de datos sobre la calidad de vida usted debe marcar según la siguiente escala:

Siempre: 2

A veces: 1

Nunca: 0

	<b>ITEMS</b>	<b>Siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	Me siento contento con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	2	1	0
<b>2</b>	Me siento contento con la participación que mi familia me brinda y permite.	2	1	0
<b>3</b>	Me siento contento cuando mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida.	2	1	0
<b>4</b>	Estoy satisfecho cuando mi familia me expresa afectos y responde a mis sentimientos.	2	1	0
<b>5</b>	Me hace sentir contento cuando compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.	2	1	0

**PUNTAJE TOTAL:** 10 puntos

**Diagnóstico Clínico**

- Apoyo Familiar Bajo : 00 - 03 puntos.
- Apoyo Familiar Medio : 04 - 07 puntos.
- Apoyo Familiar Alto : 08 - 10 puntos.

## Anexo 2. Resultados descriptivos

	Muy mala		Regular		Normal		Bastante buena		Muy buena	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
C1	3	2,5	83	69,2	34	28,3				
	Muy insatisfecho		Un poco insatisfecho		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
C2	4	3,3	81	67,5	33	27,5	2	1,7	2	1,7
	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Extremadamente	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
C3	8	6,7	43	35,8	51	42,5	18	15,0		
C4	20	16,7	44	36,7	37	30,8	19	15,8		
C5	20	16,7	32	26,7	62	51,7	6	5,0		
C6	12	10,0	36	30,0	67	55,8	5	4,2		
C7	78	65,0	41	34,2	1	,8				
C8	61	50,8	51	42,5	8	6,7				
C9	70	58,3	50	41,7	120	100,0				
	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Totalmente	
C10	2	1,7	63	52,5	53	44,2	2	1,7		
C11	5	4,2	54	45,0	53	44,2	8	6,7		
C12	6	5,0	86	71,7	25	20,8	3	2,5		
C13	1	,8	75	62,5	37	30,8	7	5,8		
C14	4	3,3	75	62,5	41	34,2				
C15			70	58,3	48	40,0	2	1,7		
	Muy insatisfecho		Poco		Lo normal		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
C16	2	1,7	66	55,0	40	33,3	12	10,0		
C17			71	59,2	39	32,5	10	8,3		
C18	4	3,3	70	58,3	46	38,3				
C19			34	28,3	86	71,7				
C20	2	1,7	42	35,0	76	63,3				
C21	3	2,5	65	54,2	52	43,3				
C22	6	5,0	73	60,8	41	34,2				
C23	5	4,2	94	78,3	21	17,5				
C24	6	5,0	68	56,7	45	37,5	1	,8		
	Nunca		Raramente		Moderadamente		frecuentemente		Siempre	
C25	5	4,2	49	40,8	55	45,8	11	9,2	0	0

### Anexo 3. Validez del instrumento Calidad de vida con V de Aiken

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Suma	V (Aiken)
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	1	1	3	1
4	1	1	1	3	1
5	1	1	1	3	1
6	1	1	1	3	1
7	1	1	1	3	1
8	1	1	1	3	1
9	1	1	1	3	1
10	1	1	1	3	1
11	1	1	1	3	1
12	1	1	1	3	1
13	1	1	1	3	1
14	1	1	1	3	1
15	1	1	1	3	1
16	1	1	1	3	1
17	1	1	1	3	1
18	1	1	1	3	1
19	1	1	1	3	1
20	1	1	1	3	1
21	1	1	1	3	1
22	1	1	1	3	1
23	1	1	1	3	1
24	1	1	1	3	1
25	1	1	1	3	1

Ramírez & Borja (2017) Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016.

$$V = \frac{3}{(3(2-1))}$$

$$V = \frac{S}{(n(c-1))}$$

$$V \text{ (Aiken)} = 1$$

#### **Anexo 4. Confiabilidad de instrumentos.**

##### *Calidad de vida*

Variable	Alfa de cronbach	Ítem
General	0.869	25
Físico	0.677	7
Psicológico	0.792	6
Social	0.879	2
Ambiente	0.732	8

Ramírez & Borja (2017) Hábitos alimentarios y calidad de vida en adultos mayores de dos casas de reposo, Lurigancho Chosica, 2016.

##### *Apoyo familiar*

Alpha de Cronbach	N° de ítems
<b>0.90</b>	5

Rodríguez (2014) Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar, 2012.

## Anexo 5. Autorización institucional

  
UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Una Institución Adventista* "Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Lima, Ñaña, 26 de octubre de 2018

**OFICIO N° 182-2018/UPeU-FCS-EP/E**

Señor  
**NICANOR CARDENAS GONZALES**  
Presidente del Club del Adulto Mayor "Viviendo Feliz"  
Chaclacayo.-

Apreciado señor Cárdenas:

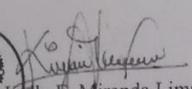
Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo y desear muchas bendiciones en las funciones que desempeña.

Mediante la presente tenemos a bien presentar a las investigadoras **Iris Eva Paredes De la Cruz**, con código N° 201120457 y **Brigitte Jemileth Preciado Rodríguez**, con código N° 201220015; y a su asesora **Mg. Nitzzy Ramos Flores**, identificada con DNI N° 40424334 de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

La investigadora arriba mencionada está realizando su Tesis titulada: "**Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores del Centro Poblado "Nueva Alianza" Grau, Lurigancho, 2018**"; para lo cual, solicitamos la **AUTORIZACIÓN** para realizar el desarrollo de la respectiva Encuesta.

Segura de contar con su apoyo, para el desarrollo profesional de las alumnas, me despido de usted

Con afecto cristiano,

  
  
Kella E. Miranda Limachi  
**DIRECTORA EP ENFERMERÍA**  
Facultad de Ciencias de la Salud

  
  
Nicanor Cardenas Gonzales  
Presidente  
CLUB DEL ADULTO MAYOR  
VIVIENDO FELICES - ÑAÑA

12-11-18

Villa Unión - Ñaña, altura Km 19 de la Carretera Central, Lurigancho - Chosica, Lima 15 - Perú  
Teléfono: (01) 618-6300 Web: [www.upeu.edu.pe](http://www.upeu.edu.pe) e-mail: [universidadperuanaunion@upeu.edu.pe](mailto:universidadperuanaunion@upeu.edu.pe)

## **Anexo 6. Autorización de Comité de ética**

## **Anexo 7. Consentimiento informado**