



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

**“CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS DE UNA POBLACIÓN  
DESFAVORECIDA UBICADA EN COMAS, LIMA-2021”**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:**

QUISPE MAMANI, LUCY MARINA  
<https://orcid.org/0000-0002-8885-446X>

COSIO TAPIA, AGUSTINA  
<https://orcid.org/0000-0001-9741-8785>

**ASESOR:**

Dra. PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA  
<https://orcid.org/0000-0003-1195-0426>

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **Dedicatoria**

A Dios

Por darme la vida y estar siempre conmigo,  
guiándome en mi camino.

A mis Padres y Familiares

Por su apoyo incondicional amor y confianza  
permitieron que logre culminar mi carrera  
profesional.

A mi Esposo

Por sus consejos su amor y paciencia me ayudo  
a concluir esta meta.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi objetivo.

A mis padres y familiares por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente.

A mi esposo por el apoyo incondicional en mi vida que con su amor y respaldo, me ayuda alcanzar mis objetivos.

A mi tutor de tesis Dra. Rosa Eva Pérez Sigvas por la paciencia, orientación y por guiarme.

A la Universidad María Auxiliadora por enriquecerme en conocimiento.

## Índice general

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice general.....	iv
Índice de Tablas.....	v
Índice de Anexos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	9
II. MATERIALES Y METODOS .....	20
III. RESULTADOS .....	26
IV. DISCUSIÓN .....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
ANEXOS .....	49

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Datos sociodemográficos de ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).....	26
<b>Tabla 2.</b> Calidad de vida en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111). .....	28
<b>Tabla 3.</b> Calidad de vida según su dimensión capacidad sensorial en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111). ..	29
<b>Tabla 4.</b> Calidad de vida según su dimensión autonomía en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111). .....	30
<b>Tabla 5.</b> Calidad de vida según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).....	31
<b>Tabla 6.</b> Calidad de vida según su dimensión participación social en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111). ..	32
<b>Tabla 7.</b> Calidad de vida según su dimensión muerte/agonía en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111). .....	33
<b>Tabla 8.</b> Calidad de vida según su dimensión intimidad en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111). .....	34

## Índice de Anexos

<b>Anexo A.</b> Operacionalización de la variable .....	50
<b>Anexo B.</b> Instrumentos de recolección de datos .....	51
<b>Anexo C.</b> Consentimiento informado .....	54
<b>Anexo D.</b> Validez de contenido del instrumento .....	56
<b>Anexo E.</b> Fiabilidad del instrumento .....	57

## Resumen

**Objetivo:** Fue determinar la calidad de vida en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021.

**Conclusiones:** En cuanto **Materiales y métodos:** El estudio tuvo un enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 111 ancianos de una población desfavorecida. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario WHOQOL-OLD, que presenta 24 enunciados y seis dimensiones.

**Resultados:** De los 111 participantes el 55,9% (n= 62) fueron de sexo masculino. En cuanto a la calidad de vida, el 43,2% (n=48) presento un nivel promedio, seguido del 33,3% (n=37) con un nivel por encima del promedio y 23,4% (n=26) con un nivel por debajo del promedio. En cuanto a las dimensiones, en capacidad sensorial predomino un 50,5% (n=56) con nivel promedio. En autonomía, predominó un 54,1% (n=60) con nivel promedio. En actividades pasadas, presentes y futuras predomino el 63,1% (n=70) con un nivel por debajo del promedio. En participación social predomino el 40,5% (n=45) con nivel promedio. En muerte/agonía predomino el 68,5% (n=76) con nivel promedio. Finalmente, en intimidad predomino el 46,8% (n=52) con nivel promedio.

a la calidad de vida de los ancianos participantes, predominó el nivel promedio, seguido del por encima del promedio y por debajo del promedio. En las dimensiones capacidad sensorial, autonomía, participación social, muerte/agonía e intimidad predominó el nivel promedio. En actividades pasadas, presentes y futuras prevaleció un nivel por debajo del promedio.

**Palabras clave:** Calidad de vida; anciano; poblaciones vulnerables (Fuente: DeCS).

## Abstract

**Objective:** It was to determine the quality of life in the elderly of a disadvantaged population located in Comas, Lima-2021.

**Materials and methods:** The study had a quantitative approach and its methodological design was descriptive and cross-sectional. The population consisted of 111 elderly people from a disadvantaged population. The technique used in data collection was the survey and the instrument the WHOQOL-OLD questionnaire, which presents 24 statements and six dimensions.

**Results:** Of the 111 participants, 55.9% (n = 62) were male. Regarding quality of life, 43.2% (n = 48) presented an average level, followed by 33.3% (n = 37) with a level above the average and 23.4% (n = 26) with a level below average. Regarding the dimensions, in sensory capacity, 50.5% (n = 56) predominated with an average level. In autonomy, 54.1% (n = 60) prevailed with an average level. In past, present and future activities, 63.1% (n = 70) predominated with a level below the average. In social participation, 40.5% (n = 45) predominated with an average level. In death / agony, 68.5% (n = 76) predominated with an average level. Finally, 46.8% (n = 52) predominated in intimacy with an average level.

**Conclusions:** Regarding the quality of life of the elderly participants, the average level prevailed, followed by above average and below average. In the dimensions sensory capacity, autonomy, social participation, death / agony and intimacy, the average level predominated. In past, present and future activities, a level below the average prevailed.

**Keywords:** Quality of life; old man; vulnerable populations (Source: DeCS).



## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un suceso involuntario e inevitable en el ciclo vital del ser humano, es un camino que nos lleva a una serie de cambios físicos y fisiológicos y al mismo tiempo es el comienzo de la aparición de enfermedades crónicas que pueden afectar el bienestar. Esta última etapa del hombre se caracteriza precisamente por presentarse limitaciones en la capacidad funcional de las personas que le obligan a ser dependientes. Además, otro aspecto importante en el envejecimiento es la vulnerabilidad que representan estos individuos, al ser de edad avanzada se encuentran en el grupo de riesgo y por ende su salud es más propensa a ser afectada por diversos factores del entorno (1). En las últimas décadas la esperanza de vida se viene incrementando cada vez más, siendo ello acompañado por la prevalencia de problemas de salud que afecta a las personas mayores, dicha situación nos plantea desafíos y una serie de reflexiones para los sistemas de atención sanitaria y social, que deben adecuar su dinámica a una prestación de una atención integral y adecuada (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el proceso de envejecimiento es más acelerado que en años anteriores. Por otro lado, entre el año 2015 y 2050 el número de individuos de 60 a más años se duplicará del 12% al 22%. También se resalta que la cifra de ancianos de 60 años a más supera al número de infantes menores de cinco años en el 2020. Es por ello que este crecimiento poblacional representa un gran reto para los gobiernos de todo el mundo, ya que este implica garantizar políticas públicas, presupuesto e infraestructura para estas personas seniles que se incrementan en número por el cambio demográfico vivenciado (3). Según las Naciones Unidas calcula que la cifra de las personas ancianas de 60 años aumentará de un 11% a un 25% en un plazo de 35 años, lo cual se predice que para el año 2030 el ritmo del envejecimiento en las personas será más acelerado de lo que ya es actualmente. El fenómeno del envejecimiento refleja una de las transiciones sociales más importantes del

presente siglo. Se estima que una de cada cuatro personas que residen en la región Europea y Norte América tendrán 65 años a más para el año 2050 (4).

Cabe destacar que, si bien se percibe que el envejecimiento disminuye la calidad de vida (CV), este efecto puede desaparecer si se controla por otros factores. La mayoría de los estudios que analizan qué contribuye a una mejor CV en la vejez informan sobre la importancia de los factores relacionados con la salud. La mala salud física, el deterioro funcional y la depresión a menudo se asocian con una menor CV (5).

El bienestar emocional es un aspecto clave y fundamental en la vejez. Los problemas de salud neuropsiquiátricos en la vejez representan el 6,6% de la discapacidad total en los individuos de este grupo etario. La salud emocional repercute en la salud del organismo, y a la inversa (6).

Un estudio longitudinal realizado en Portugal (Portugal, como la mayoría de los demás países, envejecerá rápidamente en los próximos años; alrededor del 47,1% de la población total tendrá más de 55 años en 2050) sobre ansiedad, depresión y CV en adultos mayores (1765 participantes cuya edad media fue 64,7 años) reveló que el aumento de la edad tiene un efecto negativo significativo en la calidad de vida ( $p < 0,001$ ). La educación más baja y los niveles más altos de depresión y ansiedad al inicio del estudio también se asociaron con una peor calidad de vida. Tanto la depresión como la ansiedad juegan un papel importante en la calidad de vida de los adultos mayores y deben reconocerse como dominios de intervención importantes para fomentar un envejecimiento saludable y activo (7).

Como ocurre en otras partes del África subsahariana, Ghana está experimentando un rápido aumento de la población de adultos mayores. A pesar de su creciente número, las condiciones de vida y el bienestar de los ghaneses mayores siguen siendo precaria. Un estudio realizado en dicho país donde participaron 603 adultos mayores de barrios marginales y no marginales. Los resultados no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los encuestados de barrios marginales y barrios no marginales en aspectos físicos (coeficiente: 0,5; IC del 95%: -1,7, 2,8;  $p = 0,642$ ) y psicológicos (coeficiente: -0,2; 95% IC: -3,0, 2,6;  $p = 0,893$ ) CV. La existencia de sólidos sistemas de apoyo social en los barrios marginales y

mejores condiciones ambientales y de vivienda en los barrios que no son barrios marginales puede haber explicado la variación observada en la calidad de vida social y ambiental (8).

El confinamiento durante la pandemia de COVID-19 ha supuesto problemas emocionales para los adultos mayores, lo que puede estar afectando su CV. Una encuesta nacional realizada en Chile en 720 personas seniles, los resultados señalan que no hubo cambios estadísticamente significativos en los indicadores de salud global: salud autoevaluada y suma de síntomas de salud. Sin embargo, hubo varios cambios en problemas de salud específicos. Por ejemplo, los problemas de memoria aumentaron de 27,06 a 38,19%; los problemas de estómago aumentaron del 21,44 al 33,47%; sentirse deprimido aumentó de 34,50 a 44,58%. Los porcentajes de personas que informaron recientemente sobre estos problemas fueron 22,47, 23,15 y 24,58%, respectivamente. En general, hubo cambios en casi todos los indicadores, aunque no necesariamente en la dirección de un empeoramiento de la calidad de vida. Por un lado, el encierro resultó en un gran estrés y preocupación para los adultos mayores, aumentando sus niveles de ansiedad, síntomas depresivos y otros problemas de salud como problemas de memoria, problemas estomacales o intestinales, sensación de cansancio y problemas para dormir (9).

El necesario resaltar la nutrición saludable y adecuada que deben de llevar las personas adultas mayores. La relación entre alimentación, salud y bienestar en la actualidad es incuestionable. La carga del envejecimiento no saludable asociado con enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades relacionadas con la edad puede prevenirse en gran medida con modificaciones en el estilo de vida, incluida la dieta. La OMS estima que la eliminación de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas (tabaquismo, falta de ejercicio y mala alimentación) reduciría el riesgo de ECV, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2 en un 80% (10)(11).

Es conveniente destacar la actividad física (AF) en esta edad, ya que este es un factor protector fundamental en la vida del hombre y en especial del adulto mayor, esta se encuentra asociada a su CV y bienestar. La AF está indicado en la

prevención de Enfermedades No Transmisibles y asociado a tener una mejor salud mental. El ejercicio permite mejorar y fortalecer la condición física, así como también la capacidad de la persona para la rutina diaria, lo cual este se ve reflejado en la salud. El sedentarismo alcanza un porcentaje del 21,4% de la población senil, es decir no realiza actividad física, lo que se traduce en que uno de cada cuatro ancianos es sedentario, de modo que esta situación genera el aumento del deterioro funcional y de los factores de riesgo de patologías crónicas en este grupo etario (12). El aislamiento social que experimentamos puede afectar los comportamientos de estilo de vida individual. Los estudios transversales han indicado que el aislamiento social en los adultos mayores se asocia con una reducción de la AF diaria y un mayor tiempo sedentario (8).

En efecto del déficit de rendimiento motor en los ancianos tiene como factor causal la disfunción de los sistemas nerviosos central, periférico y por ende también afecta significativamente al sistema neuromuscular. En términos sencillos el déficit de rendimiento motor es el impedimento de la coordinación y la alteración del movimiento, así como también el equilibrio de la persona. Esta enfermedad afecta al 20-30% de los adultos mayores convirtiéndose en una de las causas principales de caídas y lesiones, que dificultan aún más la movilidad y a la vez disminuyen la CV en este grupo vulnerable incrementando la morbilidad y la mortalidad (13).

A medida que envejecemos, nuestras funciones sensoriales disminuyen, lo que contribuye a un mayor aislamiento del mundo exterior, lo que nos obliga a adoptar ayudas perceptivas. El deterioro del funcionamiento sensorial es uno de los determinantes con mayor predominio y la reducción de la calidad de vida en estos individuos, esto influye negativamente en su entorno, así como también en relación a la reacción de estímulos y esto tiende a limitarlos en el ámbito social, conduciéndolos al aislamiento e exclusión por parte de los familiares y la sociedad desencadenando un cuadro de depresión de moderado a severo en estas personas. Un estudio realizado en Noruega en adultos mayores el 32,6% informó deficiencia subjetiva para la audición, el 26% para la visión, el 11,5% para el olfato, el 7,8% para el gusto y el 3,8% para el tacto (14).

A lo largo del tiempo se han realizado investigaciones en relación a la participación social de los ciudadanos adultos mayores, el ejercer actividades sociales representa un modelo funcional clave en estas personas, estudios indican que la calidad de vida, las enfermedades, la mortalidad se encuentran relacionadas a la participación social. La participación social en las personas de edad avanzada es de particular importancia, y su promoción es una de las principales recomendaciones de la OMS en respuesta a las preocupaciones sobre el envejecimiento de la población (15). Los ancianos no han tenido mucha participación en el campo social, esta situación es más relevante en la zona rural, lo cual se ha evidenciado que este grupo etario no tuvo una participación activa en los diferentes ejercicios políticos y sociales desde el comienzo de la vejez, debido a las disfuncionalidades, discapacidades y enfermedades que limitan su participación continua. Un estudio en China revela que **la** participación en actividades sociales es relativamente baja (26%) en las áreas rurales y se encontraron asociaciones de buena voluntad y calidad de vida relacionada con la salud con participación social (16).

Investigaciones anteriores encontraron que la pobreza está asociada con resultados de salud adversos entre los adultos mayores, esto lo puede llevar a tener una vida más precaria que genere un efecto perjudicial sobre su salud física y el funcionamiento en la vejez. En estos adultos mayores más vulnerables se debe garantizar el acceso de estos a los servicios de salud (17).

El 70% de los adultos mayores viven en países de bajos y medianos ingresos, la pobreza representa un sinnúmero de limitaciones a la sociedad y en especial a las personas más vulnerables como son las personas de edad avanzada, donde diariamente el déficit de economía y recursos se convierte en una barrera impidiéndoles acceder a una mejor calidad de vida, también es importante señalar que estos ancianos ya cuentan con enfermedades de fondo y tienen discapacidades que representa un gasto más de dinero para su supervivencia de estas personas y para la familia. Un estudio realizado en nuestro país que analizó datos de 3 869 adultos mayores señaló que la prevalencia de discapacidad en las actividades de la vida diaria (AVD) fue del 17,3% (IC del 95%: 16,0% -18,4%). Además, más del 60%

nunca había recibido ninguna de las medidas preventivas evaluadas, excepto la medición de la presión arterial. En el modelo ajustado, las personas con discapacidad de AVD tenían un 63% menos de probabilidad de tener un seguro extenso, en comparación con aquellas sin discapacidad ( $p < 0,05$ ). Este estudio muestra que esta población mayor peruana que vive en extrema pobreza tiene un acceso limitado a los servicios de salud (18).

Según cifras del Banco Mundial, es importante aludir que la pobreza ha aumentado significativamente y mucho más en el presente año debido a la pandemia del COVID-19. Se reporta que un aproximado de 100 millones de personas más pasaron a la franja de pobreza extrema durante esta pandemia. En este año 2021 a raíz de esta crisis sanitaria, más del 40% de la población que reside en la pobreza viven en un contexto económico frágil, rodeados de conflictos y violencia. Esta situación afecta a las familias y a sus integrantes más vulnerables como son los adultos mayores (19).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, las cifras de envejecimiento de la población peruana, señala un incremento en la proporción de la población adulta mayor que paso de 5,7% (año 1950) a 13% (año 2021) en 71 años. En el segundo trimestre del año 2021, se reportó que el 39,1% de hogares presentaba entre sus integrantes al menos una persona senil, por otro lado, el 25,9% de hogares tiene como jefe a una persona adulta mayor. En cuanto a la instrucción, el 13,8% de la población senil no la tiene o solo refiere formación en el nivel inicial, finalmente en cuanto a la condición de la salud, las enfermedades crónicas son prevalentes en este grupo etario, estando presente en el 83,9% de mujeres y 70% de varones seniles (20).

El envejecimiento es considerado una transformación propia de la naturaleza, dinámico y gradual que está relacionado a efectos físicos, fisiológicos y al mismo tiempo a cambios mentales, que a corto o largo plazo generan alteraciones o dificultades y limitaciones en la persona adulta mayor asociados al desempeño de la rutina diaria (21). La calidad de vida se delimita por ser una apreciación de la vida que posee una persona frente a un entorno cultural y social asociado a aspectos

personales, expectativas, limitaciones de la vida propia, así mismo la calidad vital está relacionada a la salud de la persona, ya que este influye significativamente en la forma de ver la realidad desde un punto de vista personal en base a sus experiencias (22).

La calidad de vida según el cuestionario WHOQOL-OLD, este instrumento está estructurado por 100 ítems y se divide en 6 dimensiones, los cuales son los siguientes: capacidad funcional, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. En las posteriores líneas se explicará cada uno de los factores (23).

En cuanto a las capacidades sensoriales se definen como habilidades que permiten recibir estímulos o señales transmitidas por el cerebro y este factor en los adultos mayores tiende a limitarse muchas veces por los problemas de salud, tales como cegueras, sordera, pérdida del olfato y reducción de la movilidad o fuerza en el tacto (24). En relación a la autonomía en la edad avanzada está asociada al deterioro físico, mental y económico, ya que este influye bastante en la función cognitiva de la persona, en otras palabras, es el resultado del funcionamiento global de las distintas áreas intelectuales del ser humano. Por ende, la capacidad es definida como una restricción o disfuncionalidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD) tales como vestirse, bañarse, alimentarse, entre otros (25). Las actividades, pasadas, presentes y futuras se refieren a las decisiones que toma la persona relacionado a su salud y a su vida, buscando siempre percibir la satisfacción. La Participación social de los ancianos es muy importante, ya que ello le permitirá sentirse parte de la sociedad y al mismo tiempo útiles, otro factor relacionado a ello es la oportunidad de mejorar su salud, a través de las actividades comunales que le ayudarán a realizar ejercicio físico, mantener una buena memoria, mejorar su bienestar emocional y psicológico (26). La muerte se delimita por ser el punto de vista de la persona referente a su muerte y las manifestaciones emocionales que podría sentir al momento de su muerte (27). Finalmente la intimidad se refiere al grado de satisfacción en relación a las experiencias privadas y amorosas (28).

Una persona adulta mayor o senil es aquella que presenta de 60 años a más. Su salud. Si estas personas pueden vivir saludablemente y en un entorno adecuado, podrán desarrollar sus actividades y hacer lo que más les complace como cualquier otra persona. En cambio, si presentan una salud en declive y deteriorada, su salud física y mental se verá afectada y esto traerá efectos negativos para ellos mismos y la sociedad (29).

Herrera C y colaboradores (30), en Ecuador, en el 2016, elaboraron un trabajo titulado “Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL- OLD en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor”. Fue una investigación descriptivo-transversal, participaron 249 personas, la edad media fue 76 años. Para la recopilación de datos utilizaron el cuestionario de WHOQOL- OLD, que es un instrumento que evalúa el nivel de calidad de vida en ancianos. En cuanto a los resultados hallaron que un 85% de los participantes poseen una calidad de vida buena, mientras que el 15% se encuentra en un promedio de medianamente buena. Como conclusión, en este estudio predominó una cifra mayor en los varones indicando que poseen una mayor calidad de vida en relación a las mujeres.

Rodríguez M y colaboradores (31), en Ecuador, en el 2018, desarrollaron un trabajo sobre “Calidad de vida en adultos mayores mestizos e indígenas del Nabon, Cuenca 2017”. Su diseño fue descriptivo-transversal, donde participaron 374 personas, cuya edad mínima fue 65 y máxima 97 años, además señalar que el 59,89% fue mestizo y el 40,11% indígena. Para este estudio aplicaron el instrumento WHOQOL- OLD, que permitió valorar el grado de calidad de vida que posee una persona anciana. Los resultados obtenidos señalan que el 58,3% presenta calidad de vida normal, seguido del 18,7% que presenta calidad de vida poco mala. Concluyeron que el mayor porcentaje de la población adulta mayor en este estudio poseía una calidad de vida normal, indicador que manifiesta que la salud y el bienestar social están asociados positivamente con la variable de estudio. Sin embargo, en menor porcentaje debido a la edad y a determinantes físicos y fisiológicos, la calidad de vida se ve disminuida.



Mezadri T y colaboradores (32), en Brasil, en el 2016, ejecutaron un trabajo sobre “Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad en Itajaí”. Tuvo un enfoque cuantitativo y su diseño fue transversal, su población de estudio fue 99 ancianos, entre los 60 y 74 años de edad. Aplicaron el cuestionario de WHOQOL-OLD. Se obtuvo como resultado que un 41,4% de los participantes indicaban tener una calidad de vida buena, seguido de un 36,4% con calidad de vida intermedio, mientras que el 22% manifestaron una calidad de vida mala o débil. En este estudio concluyeron que, a mayor apoyo en salud, mayor será la calidad de vida del adulto mayor.

Mitma I (33), en Perú, durante el año 2018, efectuó la investigación “Calidad de vida del adulto mayor que acude a un Centro Materno Infantil en Los Olivos”. Tuvo una orientación cuantitativa y su diseño fue no experimental y descriptivo, participaron como población 119 personas de la tercera edad, el promedio de años de los participantes fue 77,9 años. El instrumento utilizado en el presente estudio fue el WHOQOL- OLD creada por la OMS. Se halló que predominó más la calidad de vida insatisfactoria en un 88,2% de las personas encuestadas, mientras que en un 11,8% la situación es diferente señalando que poseían una calidad de vida satisfactoria. Como conclusión de este estudio se menciona que tuvo mayor predominio una calidad de vida insatisfactoria, esto puede deberse a factores relacionados a la edad y al contexto sociocultural en que se desarrollan.

Huayta J y colaboradores (34), en Perú, durante el 2016, efectuaron un trabajo sobre “Calidad de vida de la población adulta mayor en un área rural y urbana”. Este estudio fue de enfoque cuantitativo-transversal y participaron 447 ancianos como población. Los instrumentos aplicados en el trabajo de campo fue el WHOQOL- OLD y WHOQOL BREF. La calidad de vida según el primer instrumento fue 61,3% para los ancianos de zona rural y 59,3% para los ancianos de zonas urbanas. Se halló que los ancianos que residen en áreas urbanas tienen una calidad de vida menor, mientras que los ancianos que residen en áreas rurales tienen una calidad de vida mayor. En el presente estudio concluyeron que los determinantes sociales y de

salud, de las distintas zonas geográficas hacen que la calidad de vida sea diferente en los ancianos.

Mendoza R y colaboradores (35), en Ayacucho-Perú, en 2019, diseñaron un estudio de “Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores, de la comunidad de Balcón, distrito del Tambo”. Fue un estudio cuantitativo y transversal, la población total fue 50 ancianos. La herramienta de recopilación de información fue el cuestionario de WHOQOL-OLD. De acuerdo a los resultados obtenidos se halló que en un 80% la calidad de vida era media y en un 20% baja. A mayor edad menor es la calidad de vida. Se concluye que la calidad de vida depende de los determinantes sociales y la situación de salud de cada adulto mayor.

Los adultos mayores de zonas desfavorecidas viven en una situación bastante crítica y a la vez preocupante, ya que su condición socioeconómica precaria y de escasez de recursos, los expone a una mayor cantidad de riesgos. La realidad de estas personas es desoladora, en su mayoría están insertados en núcleos familiares que se comportan como factores de riesgo. En dichos lugares los servicios de salud y de apoyo asocial no están adecuadamente implementados, producto de esta ausencia de asistencia y atención sanitaria, los adultos mayores tienden a descuidar su salud. El establecimiento de salud de la zona tiene un alcance limitado debido a la escasez de recursos humanos. Las visitas domiciliarias, podrían ayudar a conocer la realidad de los pobladores seniles, que requieren de educación y cuidado para tener una vida con mayor bienestar. Valorar la calidad de vida de estas personas seniles es fundamental, ya que nos daría una lectura general de como sobrellevan su vida y salud. Por ello el desarrollo del presente estudio es importante ya que aportara conocimiento sobre la situación real de salud por la que atraviesan estas personas, a partir de ello se podrán planificar estrategias y actividades que busquen mejorar e incrementar su condición de salud y vida. La calidad de vida nos permite conocer otras dimensiones del estado de salud del individuo, brindándonos un panorama general y detallado en base a varios aspectos tales como; físicos, psicológicos, social, material, económico y personal, de modo que a través de esta investigación tendremos información desde una perspectiva holística.

Como en toda investigación, en la etapa inicial de esta se realizó una búsqueda bibliográfica importante de contenido científico sobre el tema, se accedió a repositorios y bases de datos de información confiables de alcance nacional e internacional, como resultado se encontraron escasos estudios elaborados sobre el tema de calidad de vida en ancianos empleando el instrumento de medición Whoqol Old, también se constató que en la zona donde se hará la recolección de datos, no existe estudio antecedente alguno. Dicha realidad mostrada en la actividad de revisión, justifica la realización de esta investigación que busca aportar a través de sus resultados con conocimiento científico actualizado y sólido sobre la calidad de vida de este grupo de participantes seniles, con ello se podrán también implementar acciones de mejora que beneficien su calidad de vida y bienestar.

Los resultados obtenidos mediante este estudio científico serán de mucha utilidad para las autoridades responsables de la institución sanitaria de la zona, con la finalidad de llevar a cabo estrategias sanitarias que mejoren el trabajo de cuidado de la salud orientado a la población adulta mayor de esta zona.

En cuanto al valor social de este estudio, este tendrá un impacto positivo en los ancianos participantes que residen en la zona desfavorecida, quienes, con ayuda del personal de salud que laboran en el establecimiento de salud de la zona, podrán tener mayor acceso a una mejor atención integral en salud.

Todo trabajo de investigación debe ser realizado considerando el rigor ético y metodológico, debiendo conducirse por la ruta que señala el método científico, solo así se puede conseguir resultados sólidos y significativos que puedan ser considerados y valorados por la comunidad académica y científica, así mismo ser la base para elaborar mejoras en beneficio de la población participante.

La finalidad del presente estudio fue determinar la calidad de vida en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021.

## II. MATERIALES Y METODOS

### 2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio investigación fue realizado desde los parámetros del enfoque cuantitativo, ya que para la recolección de datos y análisis de los mismos se empleó un instrumento de medición cuantitativo y métodos estadísticos respectivamente. El diseño del estudio o camino a seguir para obtener los resultados fue el descriptivo, porque busca mostrar los detalles de la variable de estudio en su modo natural y transversal o transeccional, ya que la variable central será medida una sola vez en todo el lapso de tiempo que dure la investigación (36).

### 2.2 POBLACIÓN

En la presente investigación se contó con la participación de adultos mayores, los cuales residen en el Asentamiento Humano Nuevo San José, ubicado en el distrito de Comas, estos fueron identificados gracias a una información censal facilitada por un dirigente de la comunidad y los criterios de selección ya establecidos desde el inicio del estudio. Se conto con 111 adultos mayores.

Los criterios de selección aplicados se señalan a continuación:

#### **Criterios de inclusión:**

- Los participantes fueron personas seniles (de 60 años a más).
- Solo participaron aquellos que residan como mínimo 3 meses en el lugar donde se realizará el estudio.
- Participantes que manifestaron de forma voluntaria ser parte del estudio.
- Los participantes que luego de ser informados sobre los aspectos relacionados al estudio, brindaron el consentimiento informado antes de iniciar con el llenado del instrumento.

#### **Criterios de exclusión:**

- Participantes menores de 60 años.
- Aquellos que manifestaron no querer ser parte del estudio y los que no dieron el consentimiento informado.

## **2.3 VARIABLE DE ESTUDIO**

El estudio gira en torno a la variable principal “calidad de vida” que viene a ser la variable principal, siendo esta de carácter cualitativa según su naturaleza y su escala de medición es la ordinal por la presencia del atributo orden.

### **Definición conceptual:**

Se refiere a la percepción que tiene una persona sobre su condición de salud y bienestar, considerando el dominio social, cultural y de valores, lo cual está vinculado a sus metas y expectativas (31).

**Definición operacional:** Se refiere a la percepción que tienen los ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, sobre su condición de salud y bienestar, considerando el dominio social, cultural y de valores, lo cual está vinculado a sus metas y expectativas, expresándose ello en la capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas-presentes-futuras, participación social, muerte/agonía e intimidad, lo cual será valorado con el instrumento de medición WHOQOL-OLD.

## **2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

### **Técnica recolección de datos:**

En el trabajo de investigación ya finalizado, se abordó a la población participante mediante la técnica de la encuesta, la cual facilitará la recolección de información en la población de estudio. La encuesta es la técnica de elección cuando se realiza un estudio de corte cuantitativo, su procedimiento estandarizado permite captar abundante información y datos en tiempos bastante cortos. Esta técnica permite conocer cómo percibe o se comporta un determinado grupo o muestra de individuos, además por su flexibilidad puede adaptarse a las características y nivel educativo de los participantes (37).

### **Instrumento de recolección de datos:**

En las últimas décadas se ha observado un aumento de investigaciones sobre la CV en personas seniles. Ahí se realizan propuestas de instrumentos de medición, de los cuales se evalúa su idoneidad y propiedades psicométricas para medir de forma suficiente la variable señalada. La CV nos permite conocer la situación real

que atraviesan los adultos mayores, ello incluye un panorama general e integral. El instrumento de CV en ancianos que utilizamos fue el cuestionario WHOQOL-OLD, que fue diseñada por la OMS en el año 1999, cuya finalidad era la valoración de la CV en estos individuos. El WHOQOL-OLD ha logrado difundirse y ser aceptado en diferentes zonas. Por otro lado, se puede destacar que este cuestionario fue traducido a diversos idiomas, ya que se ha convertido en una herramienta útil para los investigadores y clínicos del mundo. El WHOQOL-OLD determina el nivel de CV que presenta el anciano, y viene a ser un cuestionario de 24 ítems/reactivos que se distribuyen en sus 6 dimensiones, las cuales son capacidad funcional, Autonomía, Actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad. Cada ítem presenta respuestas dispuestas en una escala Likert cuyas alternativas se valoran entre 1-5 puntos (1=Nada y 5=En extrema cantidad), el puntaje obtenido finalmente puede expresarse en 24-48 puntos que indica una mala CV, de 49-72 puntos que indica una medianamente buena CV y de 73-120 puntos que indica una buena CV. Para ello es importante mencionar que a mayor puntaje mayor calidad de vida y a menor puntaje menor fue la calidad vital en los adultos mayores participantes (23).

#### **Validez y confiabilidad de instrumento:**

Se realizó la validez de contenido del instrumento, esto con la participación de 5 profesionales que actuaron como jueces de expertos, los cuales dieron un valor final promedio de su evaluación de 88% (sobre un 100%, Ver Anexo D). En cuanto a la confiabilidad, esta se hizo mediante la prueba de consistencia interna de Alfa de Cronbach la cual arrojó un valor de 0,859, (Ver Anexo E) lo cual se interpreta como un instrumento válido.

## **2.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

Para el trabajo de campo de cualquier estudio de investigación, debe de hacerse previamente una serie de gestiones, coordinaciones y planificar detalladamente todas las actividades a realizarse para así garantizar que todo salga adecuadamente. Para este estudio se solicitó la carta de presentación de parte de la Universidad María Auxiliadora, con ella se gestionó el permiso correspondiente

en el Asentamiento Humano Nuevo San José del distrito de Comas con la finalidad de tener el acceso pleno a la comunidad y los participantes.

### **2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos**

Según lo planificado, la recolección de datos fue realizada en el mes de noviembre del presente año. Se contó con el apoyo de vecinos dirigentes de la zona, ello facilitó el contacto con los domicilios que tengan ancianos. Al estar en situación de emergencia sanitaria, para establecer el contacto con los participantes, se tomaron en cuenta todas las medidas y protocolos sanitarios establecidos que permitan cuidar la salud del encuestador y participantes. El instrumento fue digital, es decir fue presentado en formulario Google y visualizado en un Smartphone a través de un enlace compartido. Los participantes adultos mayores que tuvieron dificultades para llenar la ficha de datos, fueron debidamente asistidos para que puedan completar dicha actividad. Con cada uno de ellos se tomó un tiempo de 15 minutos como promedio para completar la ficha de datos.

## **2.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Finalizada la recolección de datos, se procedió a el análisis de los datos recogidos. Al ser un estudio cuantitativo-descriptivo, el análisis de los datos se hizo a través de la estadística descriptiva, para ello se requerirá del uso del software estadístico SPSS en su versión 25. Teniendo los datos recolectados a través del formulario Google, estos serán exportados en una hoja de cálculo de Excel, de ahí fueron trasladados a una matriz previamente diseñada en el programa SPSS, es ahí donde se llevó a cabo el análisis de los datos; para dicha actividad se utilizaron herramientas como la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central y el cálculo de la variable principal “Calidad de vida” y sus respectivas dimensiones. La operacionalización de la variable y sus dimensiones fueron de utilidad para este proceso. Culminado el análisis de todos los datos, se procedió a presentarlos en tablas, siendo ello importante para continuar con la redacción de las secciones finales como discusión y conclusiones del manuscrito.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Todo estudio clínico o del campo de las ciencias de la salud que tenga previsto contar con participantes humanos, debe de conducirse por los estándares bioéticos que garanticen su idoneidad y transparencia. En la presente investigación se contó como participantes a adultos mayores de un Asentamiento Humano de Comas, debido a ello se ha considerado aplicar las recomendaciones y lineamientos establecidos en documentos como la Declaración de Helsinki (38) que sale a la luz en 1964, donde manifiesta claramente la importancia de velar por la libre elección del participante y el uso del consentimiento informado y el Reporte Belmont (39) que fue emitido en 1978, acá se da énfasis a la aplicación de los principios bioéticos como autonomía, beneficencia y justicia. Luego se incorpora un cuarto principio que es el de no maleficencia propuesto por Beauchamp y Childress (40).

### **Principio de Autonomía**

Defiende la facultad de una persona a la libre toma de decisiones frente a acontecimientos de su vida diaria o de estudios científicos, se debe respetar la voluntad manifestada (41).

Todos los adultos mayores identificados y que cumplieron con los criterios de selección establecidos, fueron informados de forma clara sobre lo que implica ser parte del estudio, luego fueron invitados a formar parte de la investigación y a que brinden su consentimiento informado.

### **Principio de beneficencia**

Insta al personal de la salud e investigadores a estar permanentemente en búsqueda del bienestar de la persona, la búsqueda del máximo beneficio debe ser la meta (42) .

Todos los adultos mayores identificados y que cumplieron con los criterios de selección establecidos fueron debidamente informados sobre el impacto positivo de los resultados de este estudio.

### **Principio de no maleficencia**

Este enfatiza en que el investigador o clínico no debe generar daño y así mismo tiene la responsabilidad de reducir los riesgos si los hubiese (43).



Se le dio a conocer a los adultos mayores incluidos en el estudio que su participación no le implica riesgo o algún tipo de peligro a su persona, solo se le solicito brinde datos en base a lo requerido en la ficha de datos.

**Principio de justicia**

Este principio se define por ser un valor moral, donde señala que las acciones garanticen igualitariamente los derechos de las personas (44).

Las personas que fueron participantes de la investigación recibieron un trato equitativo y respetuoso.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	111	100,0
<b>Edad</b>	Min:65 Max:89 Media:72,87	
	<b>N</b>	<b>%</b>
De 65 a 69 años	41	36,9
De 70 a 79 años	57	51,4
De 80 a 89 años	13	11,7
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	62	55,9
Femenino	49	17,6
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casado	58	58
Conviviente	29	29
Viudo(a)	12	12
Soltero	11	11
Divorciada(o)	1	1
<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Secundaria completa	68	61,3
Secundaria incompleta	16	14,4
Primaria completa	9	8,1
Primaria incompleta	7	6,3
Superior incompleto	5	4,5
Sin instrucción	6	5,4
<b>Condición de ocupación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin ocupación	59	53,2
Eventual	42	37,8
Jubilado(a)	10	9

Elaboración propia.

En la tabla 1, se observa que hubo un total de 111 participantes. La edad mínima fue 65 años, media 72,87 y máxima 89 años. En cuanto a los rangos de edad, 57 ancianos que representan el 51,4% tienen de 65 a 69 años, 41 ancianos que

representan el 36,9% tienen de 70 a 79 años y 13 ancianos que representan el 11,7% tienen de 80 a 89 años. En cuanto al sexo, 62 ancianos que representan el 55,9% son varones y 49 ancianos que representan el 17,6% son mujeres. En cuanto al estado civil, 58 ancianos que representan el 58% son casados, 29 ancianos que representan el 29% son convivientes, 12 ancianos que representan el 12% son viudos, 11 ancianos que representan el 11% son solteros y 1 anciano que representa el 1% son divorciados. En cuanto al grado de instrucción, 68 ancianos que representan el 61,3% tienen secundaria completa, 16 ancianos que representan el 14,4% tienen secundaria incompleta, 9 ancianos que representan el 8,1% tienen primaria completa, 7 ancianos que representan el 6,3% tienen primaria incompleta, 5 ancianos que representan el 4,5% tienen superior incompleto y 6 ancianos que representan el 5,4% sin instrucción. En cuanto a la condición de ocupación, 59 ancianos que representan el 53,2% están sin ocupación, 42 ancianos que representan el 37,8%, 42 ancianos que representan el 37,8% tienen un trabajo eventual y 10 ancianos que representan el 9% están jubilados.

**Tabla 2. Calidad de vida en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Calidad de vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	26	23,4%
Promedio	48	43,2%
Por encima del promedio	37	33,3%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 2; se observa que 48 ancianos que representan el 43,2% tienen un nivel promedio de calidad de vida, 37 ancianos que representan el 33,3% tienen un nivel por encima del promedio de calidad de vida y 26 ancianos que representan el 23,4% tienen un nivel por debajo del promedio de calidad de vida.

**Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión capacidad sensorial en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Capacidad sensorial</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	30	27%
Promedio	56	50,5%
Por encima del promedio	25	22,5%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 3; se observa que 56 ancianos que representan el 50,5% tienen un nivel promedio, 30 ancianos que representan el 27% tienen un nivel por debajo del promedio y 25 ancianos que representan el 22,5% tienen un nivel por encima del promedio.

**Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión autonomía en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Autonomía</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	33	29,7%
Promedio	60	54,1%
Por encima del promedio	18	16,2%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 4; se observa que 60 ancianos que representan el 54,1% tienen un nivel promedio, 33 ancianos que representan el 29,7% tienen un nivel por debajo del promedio y 18 ancianos que representan el 16,2% tienen un nivel por encima del promedio.

**Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Actividades pasadas, presentes y futuras</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	70	63,1%
Promedio	6	5,4%
Por encima del promedio	35	31,5%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 5; se observa que 70 ancianos que representan el 63,1% tienen un nivel por debajo del promedio, 35 ancianos que representan el 31,5% tienen un nivel por encima del promedio y 6 ancianos que representan el 5,4% tienen un nivel promedio.

**Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión participación social en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Participación social</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	31	27,9%
Promedio	45	40,5%
Por encima del promedio	35	31,5%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 6; se observa que 45 ancianos que representan el 40,5% tienen un nivel promedio, 35 ancianos que representan el 31,5% tienen un nivel por encima del promedio y 31 ancianos que representan el 27,9% tienen un nivel por debajo del promedio.



**Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión muerte/agonía en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Muerte/agonía</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	32	28,8%
Promedio	76	68,5%
Por encima del promedio	3	2,7%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 7; se observa que 76 ancianos que representan el 68,5% tienen un nivel promedio, 32 ancianos que representan el 28,8% tienen un nivel por debajo del promedio y 3 ancianos que representan el 2,7% tienen un nivel por encima del promedio.

**Tabla 8. Calidad de vida según su dimensión intimidad en ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, Lima-2021 (N= 111).**

<b>Intimidad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por debajo del promedio	24	21,6%
Promedio	52	46,8%
Por encima del promedio	35	31,5%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

En la tabla 8; se observa que 52 ancianos que representan el 46,8% tienen un nivel promedio, 35 ancianos que representan el 31,5% tienen un nivel por encima del promedio y 24 ancianos que representan el 21,6% tienen un nivel por debajo del promedio.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSIÓN

El envejecimiento de la sociedad requiere que quienes organizan el cuidado de las personas mayores cambien sus percepciones sobre este desafío en la vida del anciano, sobre su lugar en la sociedad y sus prioridades de atención. La calidad de vida es un constructo que engloba parte de conocer cómo está la salud y bienestar de las personas de este grupo etario. Ante ello, se realizó la presente investigación que busco valorar la calidad de vida en las personas ancianas de una población desfavorecida en un asentamiento humano de Comas, con el fin de generar evidencia científica que será útil para los proveedores de atención en salud. Como señalan diversos estudios la evaluación de la calidad de vida a menudo se ve afectada significativamente por factores como la depresión, el funcionamiento físico y la salud, el síndrome de fragilidad, la atención institucional y la soltería/soledad (45).

En cuanto al nivel de calidad de vida 48 (43,2%) ancianos tienen un nivel promedio, 37 (33,3%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio y 26 (23,4%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio. La calidad de vida es la percepción del anciano referente a su condición de vida general, estas son su salud, su cultura, su economía y la política, este puede ser promedio debido al deterioro y a la incapacidad para realizar sus actividades habituales necesarias para la vida (46). Similar a nuestra investigación fue el estudio realizado por Mendoza R y colaboradores (35), señalaron que en un 80% la calidad de vida era media y en un 20% baja. A mayor edad menor es la calidad de vida. Aunque resultados diferentes obtuvo el estudio de Herrera C y colaboradores (30), donde señalaron que en cuanto a los resultados hallaron que un 85% de los participantes poseen una calidad de vida buena, mientras que el 15% se encuentra en un promedio de medianamente buena. Como conclusión, en este estudio predominó una cifra mayor en los varones indicando que poseen una mayor calidad de vida en relación a las mujeres. Similar a este fue el estudio de Mezadri T y colaboradores (32), señalaron que un 41,4% de

los participantes indicaban tener una calidad de vida buena, seguido de un 36,4% con calidad de vida intermedio, mientras que el 22% manifestaron una calidad de vida mala o débil.

En cuanto al nivel de capacidad sensorial 56 (50,5%) ancianos tienen un nivel promedio, 30 (27%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio y 25 (22,5%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio. La capacidad sensorial es la facultad de percibir los estímulos externos por medio de los sentidos en los ancianos esta capacidad es promedio o baja debido al deterioro de los mismos y las limitaciones que propicia con la interacción con su entorno exterior de la persona (47). En cuanto al nivel de autonomía 60 (54,1%) ancianos tienen un nivel promedio, 33 (29,7%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio y 18 (16,2%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio. La autonomía es la facultad de la persona para tomar libremente decisiones referentes a su vida, en la etapa de la vejez, la autonomía es promedio debido a las limitaciones o dificultades cognitivas y físicas, las cuales requieren el apoyo de otra persona para que realice este aspecto (48). El estudio realizado por Rodríguez M y colaboradores (31), señaló que el 58,3% presento calidad de vida normal, seguido del 18,7% que presenta calidad de vida poco mala. Concluyeron que el mayor porcentaje de la población adulta mayor en este estudio poseía una calidad de vida normal, indicador que manifiesta que la salud y el bienestar social están asociados positivamente con la variable de estudio. Sin embargo, en menor porcentaje debido a la edad y a determinantes físicos y fisiológicos, la calidad de vida se ve disminuida.

En cuanto al nivel de actividades pasadas, presentes y futuras 70 (63,1%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio, 35 (31,5%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio y 6 (5,4%) ancianos tienen un nivel promedio. Las actividades pasadas, presente y futuras se refieren a la capacidad de criterios y decisión de la persona referente a condición de vida, este aspecto es bajo en la edad avanzada producto a la presencia de una enfermedad o deterioro psicológico (49). En cuanto al nivel de participación social 45 (40,5%) ancianos tienen un nivel promedio, 35

(31,5%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio y 31 (27,9%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio. La participación social es la colaboración activa de un individuo referente a eventos de carácter social, como los son las reuniones familiares y comunitarias. Los ancianos este factor es promedio debido a la presencia de diversas limitaciones que presenta (50). La investigación de Mezadri T y colaboradores (32), señalan que, a mayor apoyo en salud, mayor será la calidad de vida del adulto mayor. La investigación desarrollada por Huayta J y colaboradores (34), señalan que la calidad de vida fue buena para el 61,3% de los ancianos de zona rural y 59,3% de zonas urbanas. Se halló que los ancianos que residen en áreas urbanas tienen una calidad de vida menor, mientras que los ancianos que residen en áreas rurales tienen una calidad de vida mayor.

En cuanto al nivel de muerte/agonía 76 (68,5%) ancianos tienen un nivel promedio, 32 (28,8%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio, 3 (2,7%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio. La muerte se refiere a la pérdida de la vida, la muerte es los ancianos tiene diversas causas entre los más comunes en esta etapa son las enfermedades crónicas o transmisibles y las caídas (51). En cuanto al nivel de intimidad 52 (46,8%) ancianos tienen un nivel promedio, 35 (31,5%) ancianos tienen un nivel por encima del promedio y 24 (21,6%) ancianos tienen un nivel por debajo del promedio. La intimidad se refiere a la privacidad de una persona en lo que respecta a su relaciones interpersonales y amorosas, este aspecto es alto debido a la mayor interacción interpersonal con las demás personas (52). Mitma I (33), señalan que la calidad de vida insatisfactoria, puede deberse a factores relacionados a la edad y al contexto sociocultural en que se desarrollan. Aunque en su estudio se reflejó que predominó más la calidad de vida insatisfactoria en un 88,2% de las personas encuestadas, mientras solo el 11,8% poseían una calidad de vida satisfactoria. La investigación desarrollada por Huayta J y colaboradores (34), señala que los determinantes sociales y de salud, de las distintas zonas geográficas (rurales y urbanas) hacen que la calidad de vida sea diferente en los ancianos. Similar a esto hace hincapié la investigación realizada por Mendoza R y colaboradores (35), señalaron que la calidad de vida depende de los determinantes sociales y la situación de salud de cada adulto mayor. Las personas mayores tienen

una mayor probabilidad de sufrir múltiples trastornos de salud debido a que experimentan una reducción de las funciones físicas y mentales. La soledad, la alteración de la actividad sexual y los trastornos metabólicos crónicos son algunas de las causas que pueden provocar trastornos emocionales (53).

La independencia de las personas mayores se ve frecuentemente limitada debido a los procesos que tienen lugar durante el envejecimiento, así como a las enfermedades concomitantes. Un funcionamiento físico y mental deficiente es la razón más común para tener que depender de la ayuda de otras personas o del cuidado institucional (54). El grupo de ancianos es muy diverso en términos de funcionamiento físico y mental. La mayoría de ellos son personas independientes o capaces de mantener su propio hogar con una ayuda menor (55).

## **4.2 CONCLUSIONES**

-El nivel de calidad de vida predominante en ancianos fue el promedio, seguido por encima del promedio y por debajo del promedio.

-El nivel de calidad de vida que predominó según su dimensión capacidad sensorial, fue el promedio, seguido de por debajo del promedio y por encima del promedio.

-El nivel de calidad de vida que predominó según su dimensión autonomía, fue el promedio, seguido de por debajo del promedio y por encima del promedio.

-El nivel de calidad de vida que predominó según su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, fue el por debajo del promedio, seguido de por encima del promedio y promedio.

-El nivel de calidad de vida que predominó según su dimensión participación social, fue el promedio, seguido de por encima del promedio y por debajo del promedio.

-El nivel de calidad de vida que predominó según su dimensión muerte/agonía, fue el promedio, seguido de por debajo del promedio y por encima del promedio.

-El nivel de calidad de vida que predominó según su dimensión intimidad, fue el promedio, seguido de por encima del promedio y por debajo del promedio.

#### **4.3 RECOMENDACIONES**

-Se recomienda al establecimiento de salud responsable de la jurisdicción que implemente estrategias de atención integrales orientadas a los adultos mayores que residen en una zona bastante desfavorecida. La atención integral debe involucrar acciones de atención en salud y acciones de apoyo social, para ello se debe involucrar a instituciones que brindan ese soporte. En relación a la atención en salud, muchas de estas personas seniles no acuden al establecimiento de salud, por ello dentro de las acciones se debe reforzar el trabajo extramural, es decir realizar visitas domiciliarias que permitan identificar factores de riesgo para la salud y bienestar de estas personas. La atención integral implica velar por su aspecto emocional, físico y social.

-La dimensión con mayor dificultad fue la de actividades pasadas, presentes y futuras, vinculadas a como el participante ve sus decisiones tomadas y como están repercutieron en su salud y vida posterior, ante ello los esfuerzos deben centrarse en analizar como contrarrestar los efectos de dicho factor en la vida del anciano.

-Se sugiere a personas que realicen en el futuro un tema parecido, puedan involucrar para el análisis del problema de calidad de vida del anciano, enfoques como el cualitativo y mixto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rugbeer N, Ramklass S, Mckune A, van J. The effect of group exercise frequency on health-related quality of life in institutionalized elderly. *Pan Afr Med J.* [revista en Internet] 2017 [acceso en agosto de 2021]; 26(35). Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/379/artigo05.pdf>
2. Raczkiwicz D, Bejga P, Owoc J, Witczak M, Bojar I. Gender gap in health condition and quality of life at advanced age. *Ann Agric Environ Med.* [revista en Internet] 2020 [acceso 4 de noviembre de 2021]; 27(4): 636-643. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33356072/>
3. Organización Mundial de la Salud. *Aging and Health* [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2018 [actualizado 5 de febrero de 2018; acceso en julio de 2021]. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Organización de las Naciones Unidas. *Aging* [sede Web]. Nueva York-EE.UU.: ONU; 2019 [actualizado en diciembre de 2019; acceso en julio de 2021]. [Internet]. Available from: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
5. Conde-Sala JL, Portellano-Ortiz C, Calvó-Perxas L, Garre-Olmo J. Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare—analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Qual Life Res.* [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 26(4): 1059-1070. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27766517/>
6. Organización Mundial de la Salud. *Mental health and older adults* [sede Web]. Washington-Estados Unidos: OMS; 2017 [actualizado 12 de diciembre de 2017; acceso en julio de 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
7. Ribeiro O, Teixeira L, Araújo L, Rodríguez-Blázquez C, Calderón-Larrañaga A, Forjaz MJ. Anxiety, depression and quality of life in older adults: Trajectories of influence across age. *Int J Environ Res Public Health.* [revista en Internet]



- 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 17(23): 9039. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7731150/pdf/ijerph-17-09039.pdf>
8. Schrempft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*. [revista en Internet] 2019 [acceso 3 de noviembre de 2021]; 19(1): 74–205. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6335852/>
  9. Herrera MS, Elgueta R, Fernández MB, Giacoman C, Leal D, Marshall P, et al. A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. *BMC Geriatr*. [revista en Internet] 2021 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 21(1): 143. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908522/pdf/12877\\_2021\\_Article\\_2110.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908522/pdf/12877_2021_Article_2110.pdf)
  10. Shlisky J, Bloom D, Beaudreault A, Tucker K, Keller H, Freund Y, et al. Nutritional considerations for healthy aging and reduction in age-related chronic disease. *Adv Nutr*. [revista en Internet] 2017 [acceso en julio de 2021]; 8(1): 17–26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5227979/>
  11. World Health Organization. Preventing chronic diseases: A vital investment. Ginebra-Suiza: WHO; 2005. 196 p.
  12. Langhammer B, Bergland A, Rydwick E. The importance of physical activity exercise among the elderly. *Biomed research internacional* [revista en Internet] 2021 [acceso en julio de 2021]; 2018(2018). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304477/>
  13. Seidler R, Bernard J, Burutolu T, Fling B, Gordon M, Gwin J, et al. Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and

- biochemical effects. *Neurosci Biobehav* [revista en Internet] 2010 [acceso 30 de julio de 2021]; 34(5): 721–733. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2838968/>
14. Cavazzana A, Röhrborn A, Niegel S, Larsson M, Humme T, Croy L. Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *Plos one* [revista en Internet] 2018 [acceso en julio de 2021]; 13(8): e0202969. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6110574/>
  15. Aroogh M, Shahboulaghi F. Social participation of older adults: a concept analysis. *Community-based nursing midwifery Int J.* [revista en Internet] 2020 [acceso en julio de 2021]; 8(1): 55–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6969951/>
  16. He Q, Cui Y, Liang L, Zhong Q, Li J, Li Y, et al. Social participation, willingness and quality of life: A population-based study among older adults in rural areas of China. *Geriatr Gerontol Int.* [revista en Internet] 2017 [acceso 1 de noviembre de 2021]; 17(10): 1593-1602. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27869351/>
  17. Stolz E, Mayerl H, Waxenegger A, Freid W. Explain the impact of poverty on the fragility of old age in Europe: material, psychosocial and behavioral factors. *Eur J Public health* [revista en Internet] 2017 [acceso en julio de 2021]; 27(6): 1003–1009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5881693/>
  18. Flores O, Bell R, Reynolds R, Ortiz A. Older adults with disabilities in extreme poverty in Peru: How is their access to health care?. *Plos one* [revista en Internet] 2018 [acceso en julio de 2021]; 13(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6306199/>
  19. Banco Mundial. Poverty [sede Web]. Ginebra-Suiza: Banco Mundial; 2021 [actualizado en octubre de 2020; acceso en julio de 2021]. [Internet]. Available

from: <https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>

20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [sede Web]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en setiembre de 2021; acceso en noviembre de 2021]. [Internet]. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto\\_mayor\\_1.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf)
21. Tavares D, Cruz Matias T, Ferreira P, Pegorar M, Nascimento J, Paiva M. The quality of life and the elderly. Cien Saude Colet [revista en Internet] 2016 [acceso en julio de 2021]; 21(11): 3557-3564. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27828588/>
22. Pereira R, Batista M, Meira A, Oliveira M, Kusumota L. Quality of life of the elderly with chronic kidney disease under conservative treatment. Rev Bras Enferm [revista en Internet] 2017 [acceso en julio de 2021]; 70(4): 851-859. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793118/>
23. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL: Measuring quality of life Presenting the instruments [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2012 [actualizado en marzo de 2012; acceso 3 de agosto de 2021]. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>
24. Liljas A, Yu A. The relationship between self-reported sensory impairments and psychosocial health in older adults: a 4-year follow-up study using the English Longitudinal Study on Aging. Public health [revista en Internet] 2019 [acceso en julio de 2021];169: 140-148. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30904768/>
25. Torregroza E, Jaimes E, Carbonell M, Hernández K. Cognitive functioning, autonomy and independence of the institutionalized older adult. Cuban Journal of Nursing [revista en Internet] 2018 [acceso en julio de 2021]; 34(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640/395>

26. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of the concepts and their associations with health. Rev. Salud Aust [revista en Internet] 2017 [acceso en julio de 2021];41(4): 455-462. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27712611/>
  
27. White F. Controversy in the Determination of Death: The Definition and Moment of Death. Linacre Q [revista en Internet] 2019 [acceso 4 de noviembre de 2021]; 86(4): 366-380. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32431429/>
  
28. Eastwood J, Maitland I. Patient Privacy and Integrated Care: The Multidisciplinary Health Care Team. Int J Integr Care [revista en Internet] 2020 [acceso 4 de noviembre de 2021]; 20(4): 13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33262680/>
  
29. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [sede Web]. Ginebra-Suiza: OMS; 2021 [actualizado el 4 de octubre de 2021; acceso 11 de octubre de 2021]. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
  
30. Herrera C, Mora J. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL- OLD en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de Quito [tesis licenciatura]. Quito-Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ec [Internet]. Available from: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12575/TESIS.PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA MEDIANTE EL CUESTIONARIO WHOQOL- OLD EN ADULTOS MAYORES QUE .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12575/TESIS.PERCEPCIÓN%20DE%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20MEDIANTE%20EL%20CUESTIONARIO%20WHOQOL-OLD%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20QUE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
31. Rodríguez M, Verdugo Z. Calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del Cantón Nabón. Cuenca-2017 [tesis titulación]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018. [Internet]. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/PROYECTO>

DE INVESTIGACIÓN.pdf

32. Mezadri T, Grillo L, Lacerda L, Calef F, Felipe M. Quality of life and physical activity in the elderly with support from the Family Health Strategy in Itajaí, SC, Brazil. Rev Bras Ativ Fís Saúde [revista en Internet] 2016 [acceso 31 de julio de 2021]; 21(1): 45-54. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/379/artigo05.pdf>
33. Mitma I. Calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro Materno Infantil Confraternidad de Juan Pablo II, Los Olivos - 2017 [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Ciencias y Humanidades; 2018. [Internet]. Available from: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/222>
34. Hernández W, Chavez S. Calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor en un área rural y urbana del Perú [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2016. [Internet]. Available from: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621849/HernandezH\\_J.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/621849/HernandezH_J.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
35. Mendoza R, Pujaico M. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores, comunidad Balcón, distrito Tambo, Ayacucho, 2019 [tesis licenciatura]. Ayacucho-Perú: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga; 2019. Available from: [http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/3815/TESIS EN768\\_Men.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/3815/TESIS EN768_Men.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
36. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Methodology of the most used study types and designs in clinical research Methodology of the most used study designs in clinical research. Médica Clínica Las Condes [revista en Internet] 2019 [acceso 28 de octubre de 2021]; 30(1): 36-49. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
37. Blanco C. Encuestas y estadística. Metodos de investigación cuantitativa en

ciencias sociales y comunicación. Buenos Aires-Argentina: Editorial Brujas; 2015. 164 p.

38. World medical association. WMA Helsinki Statement - Ethical Principles For Medical Research on Humans [sede Web]. Ferney-Voltaire-Francia:Asociacion medical mundial; 2017 [actualizado en marzo de 2017; acceso 9 de diciembre de 2021]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
39. Brothers KB, Rivera SM, Cadigan RJ, Sharp RR, Goldenberg AJ. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. J Law Med Ethics [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de diciembre de 2021]; 47(1): 165-172. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
40. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 9 de diciembre de 2021]; 55(4): 230-233. Available from: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
41. Amarga C, Ngabirano A, Simon E, McD Taylor D. Principles of research ethics: a research manual for low- and middle-income countries. Afr J Emerg Med. [revista en Internet] 2020 [acceso 27 de octubre de 2021]; 10(2): 125-129. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837877/>
42. Kretser A, Murphy D, Bertuzzi S, Abraham T, Allison D, Boor K, et al. Scientific integrity principles and best practices: recommendations from a scientific integrity consortium. Ética Sci Eng . [revista en Internet] 2019 [acceso 27 de octubre de 2021]; 25 (2): 327-355. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810892/>
43. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. Int J

Prev Med [revista en Internet] 2014 [acceso 27 de octubre de 2021]; 5 (9): 1073–1082. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>

44. Asociacion Medica Mundial. Ethical Principles for Human Medical Research. Eur J Emerg Med [revista en Internet] 2001 [acceso 27 de octubre de 2021]; 8 (3): 221-3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11587468/>
45. Pinkas J, Gujski M, Humeniuk E, Raczkiewicz D, Bejga P, Owoc A, et al. State of health and quality of life of women at advanced age. Medical Science Monitor [revista en Internet] 2016 [acceso 12 de diciembre de 2021]; 22(1): 3095-3105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27580565/>
46. Siette J, Dodds L, Seaman K, Wuthrich V, Johnco C, Earl J, et al. The impact of COVID-19 on the quality of life of older adults receiving community-based aged care. Australas J Ageing [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]; 40(1): 84-89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33682315/>
47. Spence C, Youssef J. Aging and the (Chemical) Senses: Implications for Food Behaviour Amongst Elderly Consumers. Foods. [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]; 10(1): 168.
48. Heide S. Autonomy, identity and health: defining quality of life in older age. J Med Ethics. [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]; 2020: 107185. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33741678/>
49. Spindola R, Cristina V. Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care. Rev Bras Enferm. [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]; 74(3): e20200723. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34161499/>
50. Lu Y, Matsuyama S, Tanji F, Otsuka T, Tomata Y, Tsuji I. Social Participation and Healthy Aging among the Elderly Japanese: the Ohsaki Cohort 2006 Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de

diciembre de 2021]; 2021: 1-2. Available from:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33837413/>

51. Zaw A, Ryan J, Gonzalez D, Woods R, Reid C, Nelson M, et al. Health-related quality of life and all-cause mortality among older healthy individuals in Australia and the United States: a prospective cohort study. *Qual Life Res.* Author [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]; 30(4): 1037–1048. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005489/>
52. Ramesh A, Gregor T, Shanker S, Sivakumar P. Companionship and Sexual Issues in the Aging Population. *Indian J Psychol Med.* [revista en Internet] 2021 [acceso 15 de diciembre de 2021]; 43(5): S71–S77. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8543609/>
53. Farzianpour F, Foroushani A, Badakhshan A, Gholipour M, Roknabadi E. Quality of Life for Elderly Residents in Nursing Homes. *Global journal of health science* [revista en Internet] 2016 [acceso 16 de marzo de 2021]; 8(4): 127-135. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4873597/>
54. Khaje Y, Payahoo L, Pourghasem B, Asghari M. Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. *Journal of caring sciences* [Internet]. 2014 [citado el 8 de agosto de 2020]; 3(4): 257-263. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334177/>
55. Talarska D, Tobis S, Kotkowiak M, Strugała M, Stanisławska J, Wieczorowska-Tobis K. Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning. *Medical Science Monitor* [revista en Internet] 2018 [acceso 12 de diciembre de 2021]; 3(4): 1604-1613. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334177/>



## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza:	Se refiere a la percepción que tiene una persona sobre su condición de salud y bienestar, considerando el dominio social, cultural y de valores, lo cual está vinculado a sus metas y expectativas (31).	Se refiere a la percepción que tienen los ancianos de una población desfavorecida ubicada en Comas, sobre su condición de salud y bienestar, considerando el dominio social, cultural y de valores, lo cual está vinculado a sus metas y expectativas, expresándose ello en la capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas-presentes-futuras, participación social, muerte/agonía e intimidad, lo cual será valorado con el instrumento de medición WHOQOL-OLD.	*Capacidad sensorial	desarrollo de los sentidos básicos del ser humano	4 ítems (1,2,10,20)	Mala  Medianamente Buena  Buena	24-48 Mala  49-72 Medianamente Buena  73-120 Buena  puntajes altos indican una alta calidad de vida y los bajos una baja calidad de vida
	Cualitativa			*Autonomía	desenvolverse independientemente de otras personas	4 ítems (3,4,5,11)		
				*Actividades pasadas, presentes y futuras	la satisfacción que percibe el individuo sobre las decisiones que ha tomado	4 ítems (12,13,15,19)		
				*Participación social	la motivación y energía para realizar actividades	4 ítems (14,16,17,18)		
				*Muerte/Agonía.	la percepción que tiene el individuo sobre su muerte y otras sensaciones que podría experimentar al morir	4 ítems (6,7,8,9)		
				*Intimidad	el grado en que el individuo experimenta sus relaciones amorosas	4 ítems (21,22,23,24)		
Ordinal	Escala de medición:							

## Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-OLD

#### I. PRESENTACIÓN

Buenas tardes somos egresadas de la carrera profesional de enfermería, en esta oportunidad estamos realizando una investigación cuyo objetivo es determinar la calidad de vida en adultos mayores, por lo que solicito su participación.

#### II. INSTRUCCIONES GENERALES

##### I. DATOS GENERALES

Edad:  años

Sexo:  F  M

Estado Civil:

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

Viudo(a)

Nivel de instrucción:

Sin instrucción  Primaria completa  Primaria Incompleta

Secundaria completa  Secundaria Incompleta  Superior

completo  Superior Incompleto

Ocupación:

Estable  Eventual  Sin Ocupación  Jubilada(o)

No aplica

##### II. CUESTIONARIO

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

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

12	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

Gracias por su colaboración

## Anexo C. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

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

**Título del proyecto:** Calidad de vida en las personas ancianas de una población desfavorecida en un asentamiento humano de Comas, Lima-2021.

**Nombre y apellidos de los investigadores principales:**

Quispe Mamani Lucy Marina

Cosio Tapia Agustina

**Propósito del estudio:** Determinar la calidad de vida en las personas ancianas de una población desfavorecida en un asentamiento humano de Comas, Lima-2021.

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

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

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

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

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

**Consultas posteriores:** Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Quispe Mamani Lucy Marina coordinador de equipo (teléfono móvil N° 959311096) o al correo electrónico: lucyquispema123@gmail.com.

**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al presidente del Comité de Ética de la Universidad María Auxiliadora, ubicada en la Av. Canto Bello 431, San Juan de Lurigancho.

**Participación voluntaria:**

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

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

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

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
N.º de DNI:	
N.º de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Quispe Mamani Lucy Marina	
N.º de DNI	
41841873	
N.º teléfono móvil	
959311096	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Quispe Mamani Lucy Marina	
N.º de DNI	
41841873	
N.º teléfono	
959311096	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

**\*Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....  
Firma del participante

## Anexo D. Validez de contenido del instrumento

Profesionales*	Congruencia de ítems*	Amplitud de contenido*	Redacción de los ítems*	Claridad y precisión*	Pertinencia*	Promedios*
Especialista 1	85%	85%	85%	85%	85%	85%*
Especialista 2	85%*	85%	85%	90%	90%*	87%*
Especialista 3	85%	90%*	85%	90%	85%*	87%*
Especialista 4	90%	90%	90%	90%*	90%	90%*
Especialista 5	85%	85%	85%	85%*	85%	85%*
Promedio final						86,8%*

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

\*La validez de contenido del instrumento fue de 88%, lo cual se interpreta como bueno.



## **Anexo E. Fiabilidad del instrumento**

La confiabilidad del instrumento se determinó en función al coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de 0,859 ( $\alpha > 0,7$ ). Lo que confirma la fiabilidad de este.

---

<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
<b>Alfa de Cronbach</b>	N de elementos
<b>0,859</b>	24

---