

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y  
VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN EL  
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE  
SALUD SANCOS, PROVINCIA DE  
HUANCA SANCOS  
DEPARTAMENTO  
AYACUCHO  
JUNIO 2021**

**TESIS**

PRESENTADA POR BACHILLER

**YBHET CORONADO YARIHUAMAN**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA – PERÚ**

**2022**

**ASESORA:**

**DRA. ENF. OLINDA OSCCO TORRES**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

Porque ha velado mis pasos y mi camino hasta la culminación de mi tesis.

### **A la Universidad Privada San Juan Bautista**

Quien me albergó en sus aulas durante los años de formación profesional.

### **Al Centro de Salud Huanca Sancos**

Que me brindó todas las facilidades para realizar la recolección de la información.

### **A mi asesora**

Dra. Enf. Olinda Oscoco Torres, por orientarme con todo su profesionalismo durante todo el transcurso de la tesis.

## **DEDICATORIA**

A mis padres y mi pequeña hija quienes son el estímulo permanente para seguir creciendo como profesional.

Muchas gracias.

## RESUMEN

**Introducción:** La calidad de vida es el resultado de la interacción de diferentes características del ser humano; la fragilidad se caracteriza por la disminución de la resistencia y las reservas fisiológicas de los ancianos.

**Objetivo:** Identificar la autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021. **Metodología:**

Estudio de tipo no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con 77 adultos mayores de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Según datos generales de los adultos mayores el 55% (42) tienen edades entre 69 a 79 años, predomina el sexo femenino en 69% (53), el 48% (37) son casados, el 62% (48) tienen grado de instrucción primaria, el 91% (70) tienen hijos, actualmente viven solos en 55% (42) y el 55% (42) están sin ocupación. Respecto a la variable Calidad de vida según bienestar emocional es regular en 49% (38), alta en 34% (26) y baja en 17% (13); en relaciones interpersonales es regular en 52% (40), alta en 31% (24) y baja en 17% (13); bienestar material es regular en 47% (36), alta en 27% (21) y en 26% (20) es baja, bienestar físico es regular en 55% (42), alta en 31% (24), baja en 14% (11), inclusión social es regular en 49% (38), alta en 34% (26) y baja en 17% (13); derechos es regular en 44% (34) alta en 31% (24) y baja en 25% (19), según consolidado global es regular en 58% (45), alta en 26% (20) y baja en 16% (12). La segunda variable Valoración de la fragilidad según la aplicación de la escala de Frail en los adultos mayores es no frágil en 60% (46), pre frágil en 22% (17) y frágil en 18% (14) según resultados.

**PALABRAS CLAVES:** Calidad de vida, fragilidad, adulto mayor.

## ABSTRACT

**Introduction:** The quality of life is the result of the interaction of different characteristics of the human being; frailty is characterized by decreased endurance and physiological reserves of the elderly. Objective: To identify the self-perception of quality of life and assessment of frailty in the elderly at the Sancos health center, Province of Huanca Sancos Department of Ayacucho June 2021. **Methodology:** Non-experimental, quantitative, descriptive and cross-sectional study. We worked with 77 older adults according to the inclusion and exclusion criteria. **Results:** According to general data of older adults, 55% (42) are between 69 and 79 years old, females predominate in 69% (53), 48% (37) are married, 62% (48) have grade of primary education, 91% (70) have children, currently live alone in 55% (42) and 55% (42) are unemployed. Regarding the variable Quality of life according to emotional well-being, it is regular in 49% (38), high in 34% (26) and low in 17% (13); in interpersonal relationships it is regular in 52% (40), high in 31% (24) and low in 17% (13); material well-being is regular in 47% (36), high in 27% (21) and low in 26% (20), physical well-being is regular in 55% (42), high in 31% (24), low in 14 % (11), social inclusion is regular in 49% (38), high in 34% (26) and low in 17% (13); rights is regular in 44% (34) high in 31% (24) and low in 25% (19), according to global consolidation it is regular in 58% (45), high in 26% (20) and low in 16% (12). The second variable Assessment of frailty according to the application of the Frail scale in older adults is not frail in 60% (46), pre-frail in 22% (17) and frail in 18% (14) according to results.

**KEY WORDS:** Quality of life, frailty, older adult.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida indica una mejora de la calidad de vida en las etapas finales de la vida. Por tanto, es necesario buscar estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El envejecimiento es heterogéneo y es necesario determinar las personas mayores más débiles o más vulnerables. Actualmente, los profesionales de la salud tienen que asistir a la población de edad cada vez más avanzada la edad y con comorbilidades y / o discapacidades, por lo que es necesario entender la fragilidad para brindar el cuidado según las características específicas e individuales del adulto mayor.

La fragilidad puede ser un método de pronóstico, es decir, ayuda a la toma de decisiones. El uso de cuidados invasivos, conservadores o paliativos depende no solo del pronóstico del paciente, sino, lo que es más importante, de sus valores y preferencias de atención. En tal sentido la investigación tiene como objetivo Identificar la autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021.

El trabajo se divide en 5 capítulos: Capítulo 1: Problema, planteamiento del problema, objetivos, justificación del problema y propósito de la investigación. Capítulo 2: Marco teórico, antecedentes, base teórica, definición operacional de términos. Capítulo 3: Metodología de la investigación, material y métodos de investigación, tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el Capítulo 4: Análisis de resultados. Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones. Bibliografía y anexos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>CÁRATULA</b>	i
<b>ASESORA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>ÍNDICE</b>	viii
<b>LISTA DE TABLAS</b>	x
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	xi
<b>LISTA DE ANEXOS</b>	xiii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
I.a. Planteamiento del problema	14
I.b. Formulación del problema	16
I.c. Objetivos	16
I.c.1. Objetivo general	
I.c.2. Objetivos específicos	
I.d. Justificación	17
I.e. Propósito	18

<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
II.a. Antecedentes bibliográficos	19
II.b. Base teórica	21
II.c. Hipótesis	31
II.d. Variables	31
II.e. Definición operacional de términos	31
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
III.a. Tipo de estudio	32
III.b. Área de estudio	32
III.c. Población y muestra	32
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
III.e. Diseño de recolección de datos	34
III.f. Procesamiento y análisis de datos	35
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
IV.a. Resultados	36
IV.b. Discusión	46
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
V.a. Conclusiones	52
V.b. Recomendaciones	53
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	54
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	60
<b>ANEXOS</b>	61

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b> Datos generales del adulto mayor del Centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>36</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>	
<b>Gráfico 1</b>	Autopercepción de la calidad de vida según bienestar emocional en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia De Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>38</b>
<b>Gráfico 2</b>	Autopercepción de la calidad de vida según relaciones interpersonales en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>39</b>
<b>Gráfico 3</b>	Autopercepción de la calidad de vida según bienestar material en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>40</b>
<b>Gráfico 4</b>	Autopercepción de la calidad de vida según bienestar físico en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>41</b>
<b>Gráfico 5</b>	Autopercepción de la calidad de vida según inclusión social en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>42</b>
<b>Gráfico 6</b>	Autopercepción de la calidad de vida según derechos en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>43</b>

<b>Gráfico 7</b>	Autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>44</b>
<b>Gráfico 8</b>	Valoración de la fragilidad según escala de Frail en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos, Departamento Ayacucho junio 2021.	<b>45</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO 1</b> Operacionalización de variables	<b>62</b>
<b>ANEXO 2</b> Instrumentos de recolección de datos	<b>66</b>
<b>ANEXO 3</b> Validez del instrumento	<b>73</b>
<b>ANEXO 4</b> Confiabilidad del instrumento	<b>74</b>
<b>ANEXO 5</b> Escala de valoración del instrumento	<b>76</b>
<b>ANEXO 6</b> Consentimiento informado	<b>78</b>

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### I. a. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, respecto a sus estimaciones de 2018, hay 125 millones de personas mayores de 80 años. Para 2050, solo China tendrá la misma población de este grupo de edad (120 millones), y el 80% de los ancianos del mundo vivirán en países de ingresos bajos y medianos<sup>1</sup>.

Consecuentemente existirán adultos mayores que vivirán muchos años y deben conservarse sin comorbilidades, funcionales, y adaptados a la comunidad en que habitan.

Por otro lado, Carrasco et al.<sup>2</sup>, en México en el 2018 estudiaron a 400 ancianos (272 mujeres y 128 hombres) con una edad promedio de  $71.6 \pm 8.2$  años, según el estado de fragilidad se encontraron 44 por ciento en estado frágil, estado pre frágil en 37,7% y no frágil en 18,3%, evidenciándose las consecuencias físicas del proceso de envejecimiento.

En el mismo orden de ideas, Flores et al.<sup>3</sup>, en México en el mismo año 2018 reportan que el 45,5% de los ancianos percibe la calidad de vida en el 44,4% como aceptable y solo el 10,1% es alta.

El nivel medio de salud física alcanzó 39,32, psicológicamente 42,67 por ciento, en las relaciones sociales 39,30 por ciento y ambiental 37,40 por ciento. Casi la mitad de los ancianos tiene una mala calidad de vida. La dimensión más afectada es el medio ambiente.

Cabe destacar, que en el artículo publicado por Nequiz et al.<sup>4</sup>, en la Revista de enfermería neurológica de México en el 2017, afirman que el 70% de los adultos mayores tiene una visión promedio de su calidad de vida; incluye 4 áreas: el medio ambiente que representa el 74%, la

salud física el 63%, la psicología el 62% y las relaciones sociales el 55%.

Veloz<sup>5</sup>, en Ecuador en 2017, reporta resultados sobre la calidad de vida donde el 46% de los encuestados vivía con familiares, sin embargo, esto también destaca que muchos de ellos 39% viven solos.

En la pregunta sobre la frecuencia con la que fueron visitados, solo el 25% respondió una vez al día, mientras que el 27% los visitan ocasionalmente. Además, el 50% de las personas dijo que no estaba satisfecho con su relación familiar, solo el 10% dijo que no se reunía con amigos a menudo, mientras que el 41% dijo que se reunía con frecuencia y el 56% dijo que era difícil para ellos continuar haciendo lo que les gusta.

Al mismo tiempo, el Centro de encuestas y estudios longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile en 2018, una cuarta parte de las personas de 60 años o más tiene dificultades para caminar y alrededor del 29% tiene dificultades para subir y bajar del autobús.

La mayor brecha o diferencia en la prevalencia de enfermedades de hombres y mujeres se refleja en: artritis, reumatismo y depresión; entre estas enfermedades, las tasas de incidencia informadas por mujeres son 28, 17 y 14 puntos porcentuales más altas que las de los hombres, respectivamente<sup>6</sup>.

Alvarado<sup>7</sup>, en 2018 en Perú, advirtió que la fragilidad se está convirtiendo en una epidemia silenciosa que afecta a las personas mayores en todo el mundo, lo que se evidencia en la pérdida de peso de al menos un 5% en el último año, cansancio, marcha lenta y debilidad muscular.

Inclusive, la investigación realizada en Arequipa en 2016 por Cuayla<sup>8</sup>, revela que el 46,50% se clasifica como anciano frágil y enfermizo, la

mayoría de los cuales son varones de 70 a 79 años, con un nivel de educación primaria del 53,98% y un estado civil del 51,32% casado.

Un estudio realizado en Ica en el año 2016 por Oscoco<sup>9</sup>, respecto a la fragilidad en salud de las personas mayores el 92% está en riesgo de fragilidad, mientras que el 8% no tiene riesgo de fragilidad.

En vista de la problemática planteada líneas arriba sobre las variables en estudio suscita el interés de realizar la investigación por los cambios demográficos que se presentan en el mundo entero, por tanto, es imprescindible que se tomen medidas preventivas respecto a la fragilidad en los ancianos en estudio.

Durante las prácticas pre profesionales realizadas a los diferentes centros de salud se observa a los adultos mayores que tienen un caminar cansado, refieren que “tengo dificultad para iniciar la marcha cuando estoy sentado”; “últimamente me siento muy cansado”, “mi familia no me valora” entre otras expresiones lo que causainterrogantes en la situación descrita y se formula la siguiente pregunta de investigación.

## **I.b. Formulación del problema**

¿Cómo es la autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021?

## **I.c. Objetivos**

### **I.c.1. Objetivo general**

Identificar la autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021.

## **I.c.2. Objetivos específicos**

**OE1:** Identificar la autopercepción de la calidad de vida en el adulto mayor del centro de salud Sancos según sea:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Bienestar físico
- Inclusión social
- Derecho

**OE2:** Determinar la valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, según sea:

- Escala de Frail

## **I.d. Justificación**

La importancia que se le atribuye a la investigación, es debido a que se identificará la calidad de vida y estado de fragilidad lo que direcciona la necesidad de fortalecer acciones que permitan mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional integrándolas socialmente con estrategias educativas que permitan fortalecer el estado de salud lo que permite mejorar el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

Desde el aspecto práctico se justifica porque los resultados del estudio servirán para que los profesionales de enfermería intervengan con estrategias para el logro de su autonomía, autovalencia e independencia funcional a través de un envejecimiento satisfactorio.

Asimismo, dado que se utilizará el método científico, la investigación es metodológicamente sólida y orientará la investigación; de acuerdo con las etapas establecidas que se deben seguir para hacer un aporte efectivo desde el punto de vista científico.

### **I.e. Propósito**

Los resultados de la investigación servirán para proporcionar información fidedigna sobre las variables en estudio porque el adulto mayor es considerado como grupo vulnerable por tanto se debe promocionar el envejecimiento activo y saludable tal como estipula la Estrategia Sanitaria del Adulto Mayor del Ministerio de Salud de Perú para de esta forma fortalecer el modelo de atención integral en salud.

El profesional de enfermería debe identificar en forma precoz algún signo de fragilidad en la prevención de complicaciones con la finalidad de mejora o mantenimiento de la salud de este grupo poblacional.

Se espera que los resultados obtenidos, permitan realizar estrategias e intervenciones que favorezcan el apoyo y relaciones con la familia; además de motivar a nuevas investigaciones respecto a la problemática estudiada.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. Antecedentes bibliográficos

Mazacón<sup>10</sup>, durante el año 2017 realizó un estudio cuantitativo, descriptivo con la finalidad de identificar la **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL CANTÓN VENTANAS – LOS RÍOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD. ZAPOTAL LOS RÍOS ECUADOR**. Participaron un total de 297 personas mayores. Resultados: Los puntajes regulares del cuestionario SF-36 se obtuvieron a través de la dimensión calidad de vida del desempeño emocional, los cuales fueron 76%, 64.3% del desempeño físico y 58% del estado de salud general, mientras que el puntaje más bajo en la dimensión fue en la salud mental con 38%, función social 46,5%, función corporal 48,5%, vitalidad 49%, dolor corporal 49,6%.

Móles<sup>11</sup>, en el año 2016 trabajó un estudio observacional de corte transversal con la finalidad de realizar el **ANÁLISIS DE LA FRAGILIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE CASTELLÓN DE LA PLANA. ESPAÑA**. El número de la muestra es de 326 personas mayores de 75 años. Resultados: La prevalencia de caídas es del 26% y la tasa de miedo a caer es del 46%. La fragilidad de los ancianos que cayeron el último año fue del 70,5%, y un 77,8%. de fragilidad en las personas con miedo a caer.

Silva<sup>12</sup>, en el 2016 ejecutó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo con el propósito de verificar la **CALIDAD DE VIDA DE LOS INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR LA TULPUNA. CAJAMARCA**. La muestra está formada por 50 hombres y mujeres de edad avanzada. Resultados: 44% tenían entre 70 y 79 años, 62% eran mujeres, 74% no tenían nivel de escolaridad y 50%

eran viudos. El 68% tiene una calidad de vida regular, el 18% tiene una mala calidad de vida y el 18% tiene una buena calidad de vida. Desde una perspectiva física, el 82% de las personas tiene una calidad de vida regular, solo el 18% tiene una buena calidad de vida y el 92% tiene una calidad de vida regular desde una perspectiva psicológica; en términos de relaciones interpersonales, el 58% tiene una calidad de vida regular y solo el 6% de las personas tiene una buena calidad de vida, en cuanto a la dimensión ambiental, el 96% de las personas mayores tiene una calidad de vida regular.

Rodríguez y Rodríguez<sup>13</sup>, en el año 2017 elaboraron un estudio no experimental, transversal, correlacional con el propósito de determinar la **ASOCIACIÓN ENTRE GRADO DE FRAGILIDAD, RIESGO DE CAÍDAS Y FUNCIONALIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DEL ADULTO MAYOR. LIMA**. La muestra incluyó a 130 personas mayores. Resultados: 85% son mujeres y 15% varones. En cuanto al nivel funcional, el mayor porcentaje se evidenció en los grupos de incapacidad leve y moderada, con un 38,2%. Existe un mayor porcentaje en los grupos de equilibrio con bajo riesgo de caída en (53,85%), no hay riesgo de caída (46,15%), representado por el 38,2%, en varones y el riesgo de caída es moderado. Aproximadamente el 50% de la muestra se encuentran en la etapa frágil y pre-frágil.

Medina<sup>14</sup>, en el año 2018 ejecutó un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal con la finalidad de determinar el **APOYO SOCIAL FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO LAS FLORES LA TINGUIÑA ICA**. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores. Resultados: el 96% tenía educación secundaria, el 60% estaba casado, el 88% vivía con 2 a 5 personas, el 64% no tenía actividades laborales y el 64%

tenía 2 hijos. En cuanto al apoyo social variable basado en la prueba de Duke-Unc, el 56% (28) fueron bajos y el 44% (22) fueron normales. Entre las variables de calidad de vida basadas en la salud emocional, el 60% son normales, el 32% son malas y el 8% son buenas. En términos de relación interpersonal, el 60% son normales, el 30% son malas y el 10% son buenas; el 62% tienen bienestar material regular, el 30% son malas, el 8% son buenas, el 66% son saludables, en la dimensión inclusión social el 28% son malas, 6 % son buenas y 56% regular, dimensión derechos el 32% es malo, 12% bueno, 66% es regular, con un consolidado global de regular en 56%, malo en 36% y bueno en 8%.

**Los antecedentes utilizados en el estudio han servido como guía en la elaboración metodológica de la investigación sobre las variables en estudio donde se aprecia que en el proceso de envejecimiento se ve alterada la calidad de vida y se promueve el envejecimiento satisfactorio, además que fortalecieron la investigación ya que la información hallada en los antecedentes reforzó la información utilizada para la elaboración de la base teórica. Por otro lado, los antecedentes encontrados sirvieron para confrontar los resultados encontrados respecto a la problemática estudiada y posteriormente para la elaboración de la discusión.**

## **II.b. Base teórica**

### **CALIDAD DE VIDA**

En la actualidad, hablar de calidad de vida se refiere a un concepto, que puede abarcar varios niveles, y puede visualizar las necesidades biológicas, económicas, sociales y psicológicas de los individuos a partir de la comunidad.

Para Galván<sup>15</sup>, el concepto de calidad de vida según la OMS, dice que es la percepción que tiene un individuo de su existencia en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

En el mismo orden de ideas Vinaccia y Orozco<sup>16</sup>, por otro lado, consideran que la calidad de vida se puede transformar en bienestar subjetivo, se puede transformar en un indicador objetivo.

### **Bienestar emocional:**

Según la Fundación Kàlida, el bienestar emocional es un estado de ánimo en el cual la persona, puede hacer frente a las presiones de la vida, puede trabajar de manera eficaz y contribuir a la sociedad<sup>17</sup>.

El bienestar emocional suele ser el resultado de afrontar adecuadamente el estrés en la vida diaria, pero al mismo tiempo, una persona con un alto nivel de felicidad lo hará mejor, de hecho, podrá afrontar mejor el estrés y los retos del ambiente.

Mientras, García<sup>18</sup>, manifiesta que se deriva de la experiencia humana relacionada con el presente, pero utiliza la experiencia pasada como intermediaria, porque los logros son la fuente de la felicidad, pero al mismo tiempo las metas y deseos en la vida se proyectan temporalmente. al futuro.

### **Relaciones interpersonales:**

Para empezar, menciona Buzzolaro<sup>19</sup>, que las personas de la tercera edad con adecuadas relaciones interpersonales y que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participan regularmente en actividades sociales, gozan de una mejor salud y un mayor grado de satisfacción en su vida. Con los amigos se comparte no sólo la edad,

sino algo que es más importante: una experiencia de vida parecida, intereses comunes, recuerdos y valores similares; configurando un marco de relación agradable y libre de tensiones.

**Bienestar material:**

Por consiguiente, para Schalock y Verdugo<sup>20</sup>, incluye condiciones económicas, empleo y vivienda. Las condiciones de vida y las actitudes son una parte importante de las condiciones de vida de las personas mayores. Algunos estudios comparan diferentes opciones de vivienda y sus resultados con el valor de la vida de una persona, pero en algunos casos planean evaluar el valor de los servicios proporcionados por una casa o instalación y mejorarla.

Con el desarrollo de productos basados en la comunidad, la investigación ha convertido ese interés en apoyo. De esta manera, se investiga el estado de los recursos de apoyo social diario, las redes de apoyo y los proveedores de servicios y familiares. Además, desde un punto de vista diferente pero satisfactorio, el apoyo se ve como el símbolo más importante para construir buenas relaciones humanas.

**Bienestar físico:**

Inclusive el mismo autor, refiere que la preocupación por el bienestar físico en la calidad de vida de las personas mayores representa una prioridad actual en la atención de los planes de servicio para esta población. La salud es importante en este grupo y determina otras características de la calidad de vida.

Es muy importante evaluar y planificar la ayuda en esta área, porque la mentalidad cambia por completo si hay problemas de salud importantes. Algunas de las palabras y frases más similares que son más relevantes para los síntomas de salud son: enfermedad,

condición física, nivel de actividad física, independencia, función, dolor, tratamiento.

**Inclusión social:** Para Vilca y Lovon<sup>21</sup>, unir a las personas mayores es una herramienta de pertenencia e integración social, y es positivo si las personas se organizan en lugares de acogida para recibir, intercambiar y aprendizaje de habilidades.

La calidad de vida del anciano se entiende como una variedad de expresiones que conduce a una vida satisfactoria, una vida psicológica feliz y la participación en las actividades sociales incrementa su calidad de vida, la cultura del medio ambiente y sus objetivos fundamentales con los valores como objetivos de vida.

**Derechos:** De acuerdo a la Ley N<sup>o</sup> 30490, las personas mayores tienen derechos y libertades primordiales como el derecho a una vida digna, completa, independiente, saludable y sin discriminación por la edad.

Ser tratado con respeto, vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad, conlleva a tener una vida sin ningún tipo de violencia, realizar labores acordes a su capacidad física o intelectual dándole el derecho al consentimiento previo e informado en todas las áreas de su vida; debe participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país en igualdad de oportunidades<sup>22</sup>.

### **Escala Fumat**

Aseveran Schalock y Verdugo<sup>23</sup>, que la Escala Fumat está dirigida a la evaluación de la calidad de vida de las personas mayores para obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; valorar con el

mismo instrumento todos los servicios proporcionados; rehabilitación, servicio de orientación gerontológica, consultas externas, atención al usuario; y obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida.

## **FRAGILIDAD**

A juicio de Fried et al.<sup>24</sup>, es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeostenosis. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.

Autores como Rockwood y Frail<sup>25</sup>, traducido en una disminución en la capacidad del cuerpo para hacer frente al estrés.

### **Escala de Frail**

Teniendo en cuenta a Morley et al.<sup>26</sup>, es una escala de fácil aplicación, compuesta por 5 ítems (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso) en la que cada respuesta afirmativa es valorada con 1 punto, se considera fragilidad puntuaciones  $\geq 3$  y prefragilidad 1 o 2 puntos.

Esta sencilla escala de 5 preguntas es una excelente prueba de detección para que el profesional de la salud identifique a las personas frágiles en riesgo de desarrollar una discapacidad, así como una disminución en el funcionamiento de la salud y la mortalidad.

**Fatigabilidad:** Es la sensación de cansancio, agotamiento o falta de energía. Puede sentirse un poco cansado por el exceso de trabajo, la falta de sueño, la preocupación, el aburrimiento o la falta de ejercicio. El estrés emocional también puede causar fatiga.

El uso o abuso de alcohol, cafeína o drogas ilegales también puede causar fatiga. Por lo general, la fatiga que dura más de 2 semanas requiere una visita a un profesional sanitario.

La entidad Cigna sostiene que la fatigabilidad se puede dar cuando la cantidad de sustancia transportadora de oxígeno (hemoglobina) en los glóbulos rojos (anemia) disminuye.

Cuando los problemas cardíacos, como la enfermedad de las arterias coronarias o la insuficiencia cardíaca, limitan la capacidad de suministrar sangre rica en oxígeno al músculo cardíaco u otras partes del cuerpo.

Las enfermedades metabólicas, como la diabetes, en las que el azúcar (glucosa) permanece en la sangre en lugar de ingresar a las células del cuerpo para obtener energía.

Adultos mayores con problemas de hipotiroidismo pueden tener fatiga, debilidad, letargo, aumento de peso, depresión, deterioro de la memoria, estreñimiento, piel seca, intolerancia al frío, cabello débil, uñas débiles o tono de piel amarillento. El hipertiroidismo puede causar fatiga, pérdida de peso, frecuencia cardíaca rápida, intolerancia a las altas temperaturas, sudoración, irritabilidad, ansiedad, debilidad muscular y bocio, como sostiene Cigna<sup>27</sup>.

**Resistencia:**

Refiere Bonino<sup>28</sup>, que a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, en su mayoría necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Subir escaleras es una actividad funcional que es esencial para la movilidad independiente en la mayoría de los entornos, pero al llegar

a la vejez existe imposibilidad de usar escaleras para acceder a instalaciones de varios pisos lo cual puede crear una desventaja social para algunos adultos mayores, sin mencionar un mayor riesgo de lesiones.

Subir escaleras supone una mayor capacidad de generar potencia en los músculos, es importante tener en cuenta que la fuerza muscular de las personas mayores ha cambiado significativamente. Entre estos cambios fisiológicos causados por el envejecimiento, la disminución de la resistencia, el equilibrio y las capacidades cognitivas también puede tener un impacto negativo en las actividades de la vida diaria.

Debido a estos cambios, el ejercicio físico regular se ha convertido en un factor importante para ayudar a los ancianos a mejorar su salud, mantener una vida independiente ayuda a mejorar la calidad de vida en general. Sin embargo, el nivel de actividad física de los ancianos es bajo y disminuirá con la edad. Por tanto, es importante animar a las personas mayores a que mantengan o aumenten sus niveles habituales de ejercicio físico.

### **Deambulaci3n:**

Da a conocer Cerda<sup>29</sup>, que la capacidad motora en bípodo es una característica de los humanos, que los distingue de otras criaturas. Caminar con los dos pies libera las extremidades superiores, lo que permite realizar otras actividades diarias e interactuar con su entorno.

Los cambios en la capacidad para caminar de los ancianos pueden verse complicados por las caídas, que son una de las razones del deterioro de la funci3n, el aumento de la morbilidad y contribuyen a la institucionalizaci3n a largo plazo.

Como dice Tamayo<sup>30</sup>, caminar es un buen ejercicio anti-envejecimiento. Los ancianos pueden caminar 10 minutos al día durante el primer mes de su rutina, y aumentará gradualmente en 10

minutos en los próximos meses, lo que les permitirá caminar hasta 40 minutos en cuatro meses, tiempo recomendado para mantenerse sano.

Los estudios han demostrado que la eficiencia de las funciones del corazón, los vasos sanguíneos y los pulmones, la capacidad aeróbica de los caminantes ha aumentado en un 19% y el riesgo de enfermedad se ha reducido en un 41%. Además, esta es una actividad sin barreras que ayuda a las personas a mantenerse en forma.

### **Comorbilidad:**

Desde el punto de vista de Abizanda et al.<sup>31</sup>, es un problema común para los ancianos, lo que se suma a la complejidad de esta población y es un evento adverso para la salud (deterioro de la función, discapacidad, dependencia, hospitalización, mala calidad de vida y muerte).

Entre ellas tenemos a la presión arterial alta, diabetes, cáncer (excepto cáncer de piel no leve), enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva, angina, asma, artritis, accidente cerebrovascular y enfermedad renal.

### **Pérdida de peso:**

Como dice Baez<sup>32</sup>, una pérdida de peso significativa, sin una razón válida, siempre requiere un examen médico completo para descartar cualquier patología.

Si en un período de 6 meses a un año, los adultos pierden un 5% o más de su peso en forma involuntaria, lo que debe alertar de diversas posibles enfermedades, entre ellas, gastrointestinales, cáncer, así como de carácter psicológico como suele ocurrir en personas mayores con síntomas depresivos. La pérdida repentina de peso es siempre el motivo del tratamiento médico.

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

La promoción de la salud afirma Gómez et al.<sup>33</sup>, constituye una estrategia básica para la adquisición y desarrollo de habilidades personales, propiciando cambios en los comportamientos relacionados con la salud y promoviendo estilos de vida saludables, contribuyendo así a mejorar la salud.

Además, desde el punto de vista de Browning et al.<sup>34</sup>, también determina que los factores cognitivos percibidos por el individuo cambiarán debido al contexto, las condiciones de la relación personal e interpersonal, lo que llevará a la participación en comportamientos que promueven la salud al tomar patrones de acción saludable.

Según Pender<sup>35</sup>, los factores personales y ambientales deben favorecer el comportamiento saludable de cada comunidad. Desde el punto de vista de la teorista, el concepto de salud es un factor altamente positivo, integral y parte de los factores humanísticos, toma a las personas en su conjunto y analiza los estilos de vida, las fortalezas, la adaptabilidad, el potencial y las habilidades de las personas, para poder tratarle con respecto a su salud y vida.

### **Virginia Henderson y la teoría de las 14 necesidades.**

Desde la posición de Raile y Marriner<sup>36</sup>, las características del envejecimiento son transformaciones producidas por la interrelación entre factores internos (genéticos) y externos (medio ambiente), protectores o agresivos (factores de riesgo) a lo largo de la vida.

Estos cambios se manifiestan en la pérdida de salud, lo que determina el deterioro de sus funciones y provoca que los ancianos caigan en discapacidades, como molestias, inestabilidad y deterioro mental.

Citando a Rodríguez et al.<sup>37</sup>, en la práctica enfermera: La principal función de las enfermeras es ayudar a las personas, ya sean sanas o enfermas, a realizar actividades que ayuden a su salud o recuperación. Asimismo, es necesario llevar a cabo estas acciones de manera que los individuos puedan ser independientes lo más rápido posible.

El modelo de Virginia Henderson incorpora las 14 necesidades Es compatible con un sistema de evaluación completo y ampliado para pacientes sanos o enfermos, ayudando a determinar mejor las funciones y la autonomía.

### **Adulto mayor**

Según García<sup>38</sup>, son personas mayores de 60 años, cabe señalar que sin lugar a duda en muchos lugares del planeta se han producido mejoras en la calidad y la esperanza de vida, que han llevado a una reducción de la tasa de mortalidad de esta población.

**Adulto mayor frágil:** Alude Velez<sup>39</sup>, que el anciano precariamente mantiene su independencia y es muy probable que tenga un alto grado de dependencia. Generalmente, si una persona sufre de una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma manteniendo el equilibrio correcto entre él mismo y el entorno social, la familia.

Es independiente en el desarrollo de tareas básicas, pero puede necesitar ayuda en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo, conducir un automóvil durante mucho tiempo).

Lo hacen notar Morley et al.<sup>26</sup>, que la principal característica de este perfil es el riesgo de volverse dependiente o desarrollar una discapacidad. Tiene un alto riesgo de desarrollar síndromes geriátricos.

## **II.c. Hipótesis**

### **Hipótesis general**

No aplica por ser una investigación descriptiva.

### **Hipótesis específicas**

No aplica.

## **II.d. Variables**

**V1:** Calidad de vida

**V2:** Valoración de la fragilidad.

## **II.e. Definición operacional de términos**

**Calidad de vida:** Se trata de una serie de factores que hacen que las personas se sientan felices tanto material como emocionalmente.

**Fragilidad:** Es un síndrome de fragilidad física y deterioro progresivo multifactorial.

**Autopercepción:** Capacidad del ser humano de percibirse a sí mismo.

**Valoración:** Incluye una serie de complejas condiciones intelectuales y emocionales.

**Adulto mayor:** Dedúzcase por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. Tipo de estudio**

La investigación es de enfoque cuantitativo, pues la información obtenida se presenta en gráficos y porcentajes haciendo uso de la estadística descriptiva; de diseño no experimental porque no se manipulan las variables, según el alcance de la información es descriptiva porque se muestran las variables como se han observado en la realidad; y transversal, pues los datos se recolectaron haciendo un corte en el tiempo.

### **III.b. Área de estudio**

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Huanca Sancos ubicado en la plaza de armas del distrito de Sancos, provincia de Huanca Sancos departamento de Ayacucho.

### **III.c. Población y muestra:**

La población estuvo constituida por 235 adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud, según datos extraídos de la Unidad de Estadística de la Institución sanitaria.

La muestra fue de 77 adultos mayores que se obtuvo a través del muestreo probabilístico aleatorio simple.

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 60 años que acuden al Centro de Salud Sancos.
- Adultos mayores que acepten participar del estudio, previo consentimiento informado.
- Adultos mayores lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores que no acepten participar del estudio.
- Adultos mayores con trastorno del sensorio.

**III.d. Técnicas de instrumentos de recolección de datos:**

Se utilizó la técnica de la encuesta para la primera variable Escala de vida con su instrumento FUMAT, es un cuestionario auto administrado, en el que el encuestado responde a cuestiones observables de la calidad de vida.

El tiempo de cumplimentación fue aproximadamente de 10 minutos de 6 dimensiones que corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo<sup>20</sup>, todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y se responden utilizando una escala de frecuencia de: siempre, a veces, nunca.

Para la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba de alfa de Cronbach que demuestra su fiabilidad (,816). y la validez es de  $P = 0.031$  a través de la prueba binomial a través de 5 jueces expertos

Para medir la fragilidad se utilizó la escala FRAIL, creada por Morley et al.<sup>26</sup>, tiene 5 componentes: fatiga, resistencia, ambulación, enfermedad y pérdida de peso.

Las puntuaciones varían de 0 a 5 (es decir, 1 punto para cada componente; 0 = mejor, a 5 = peor). La fatiga se evalúa al preguntar a los participantes cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas se sintieron cansados con las respuestas de "todo el tiempo" o "la mayor parte del tiempo" tendrán 1 punto.

La resistencia se evalúa al preguntar si tienen alguna dificultad para caminar 10 escalones solos sin descansar y sin ayuda, Deambulación se evalúa al preguntar si se tiene alguna dificultad para desplazarse

varios cientos de metros solos y sin ayuda; las respuestas "sí" se puntúan cada una por 1 punto.

Las enfermedades se puntúan con 1, si los participantes tienen 5 o más enfermedades del total de 11 enfermedades. La pérdida de peso se califica con 1 en los participantes que tengan un bajo peso del 5% o más durante los últimos 12 meses.

Para categorizar al adulto mayor como Frágil debe ser indicado con tres o más respuestas positivas, una o dos preguntas es categorizado como Pre-Frágil y ninguna respuesta positiva es considerado No Frágil.

### **III.e. Diseño de recolección de datos**

Para la recolección de datos del trabajo de investigación se realizó el respectivo trámite, para obtener la autorización con el jefe de Centro de Salud de Huanca Sancos y así poder aplicar dicho instrumento.

Se tuvo en cuenta los principios éticos considerados para el estudio como el principio de beneficencia, de no maleficencia, autonomía y justicia.

**Beneficencia:** Los adultos mayores que participaron en la investigación se verán favorecidos con los resultados debido a que recibirán pautas educacionales respecto a la forma de prevenir la fragilidad mejorando así la calidad de vida.

**No maleficencia:** Se protegió la integridad de los ancianos manifestándoles que no se originarán consecuencias negativas de ningún tipo como producto de la aplicación del instrumento puesto que no es perjudicial durante la aplicación.

**Autonomía:** Comprende el derecho del adulto mayor en abstenerse de participar o incluso de retirarse del estudio cuando lo considere conveniente sin que esto lo afecte de modo alguno.

Los datos obtenidos fueron almacenados a través del uso de contraseñas y fichas electrónicas con contraseñas que solo son de conocimiento de la investigadora.

**Justicia:** Se aplicó este principio ético al momento de la recolección de datos, se trató a los adultos mayores con equidad, sin discriminación o exclusión, de sexo, edad, nivel social, condiciones de vivienda, estado civil.

### **III.f. Procesamiento y análisis de los resultados**

Una vez recolectada la información, los datos fueron procesados en forma manual y electrónica, se confeccionó una tabla matriz de la cual se realizaron las tablas de frecuencia y porcentaje y los gráficos respectivos, haciendo uso del paquete estadístico Microsoft Excel.

Concluida la tabulación y presentación de los resultados, estos fueron analizados de acuerdo a la complejidad de cada gráfico haciendo uso de la estadística descriptiva.

Para la primera variable Calidad de vida se codificaron las opciones de respuesta de 3 a 1, siempre (3), a veces (2), nunca (1) para luego aplicar la media aritmética, para la segunda variable Valoración de la fragilidad se utilizó la escala Frail, tiene 5 componentes: fatiga, resistencia, ambulación, enfermedad y pérdida de peso. Las puntuaciones varían de 0 a 5 (es decir, 1 punto para cada componente; 0 = mejor, a 5 = peor).

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. Resultados

Tabla 1

Datos generales del adulto mayor del centro de  
Salud Sancos, provincia de Huanca Sancos  
Departamento Ayacucho  
Junio 2021.

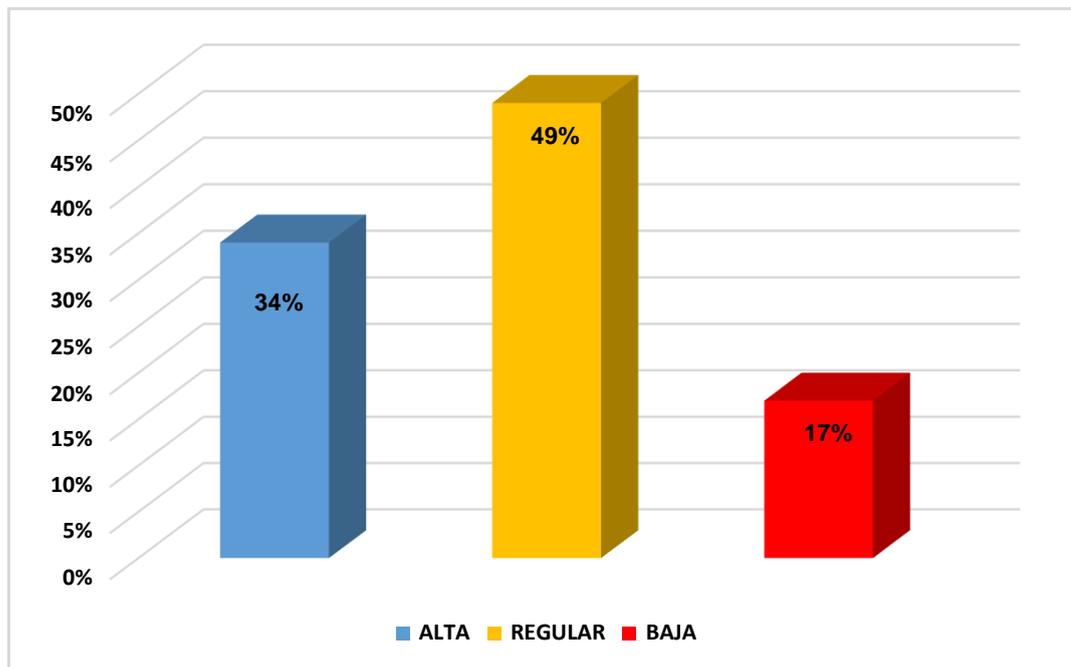
Datos	Categoría	n=77	100%
<b>Edad</b>			
	60 a 68 años	10	13
	69 a 79 años	42	55
	80 a más años	25	32
<b>Sexo</b>			
	Femenino	53	69
	Masculino	24	31
<b>Estado civil</b>			
	Casado(a)	37	48
	Divorciado	2	3
	Viudo(a)	10	13
	Conviviente	28	36
<b>Grado de instrucción</b>			
	Superior	-	-
	Secundaria	11	14
	Primaria	48	62
	Sin estudios	18	24
<b>Tiene hijos</b>			
	Si	70	91
	No	7	9
<b>Actualmente con quien vive</b>			

	Cónyuge	26	34
	Cónyuge e hijos	3	4
	Solo(a)	42	55
	Hijos	6	8
	Otros familiares	-	-
<b>Ocupación</b>			
	Trabajador activo	8	10
	Jubilado	10	13
	Eventual	17	22
	Sin ocupación	42	55

Según datos generales de los adultos mayores el 55% (42) tienen edades entre 69 a 79 años, predomina el sexo femenino en 69%(53), el 48%(37) son casados, el 62%(48) tienen grado de instrucción primaria, el 91%(70) tienen hijos actualmente, viven solos en 55%(42) y el 55%(42) están sin ocupación.

**Gráfico 1**

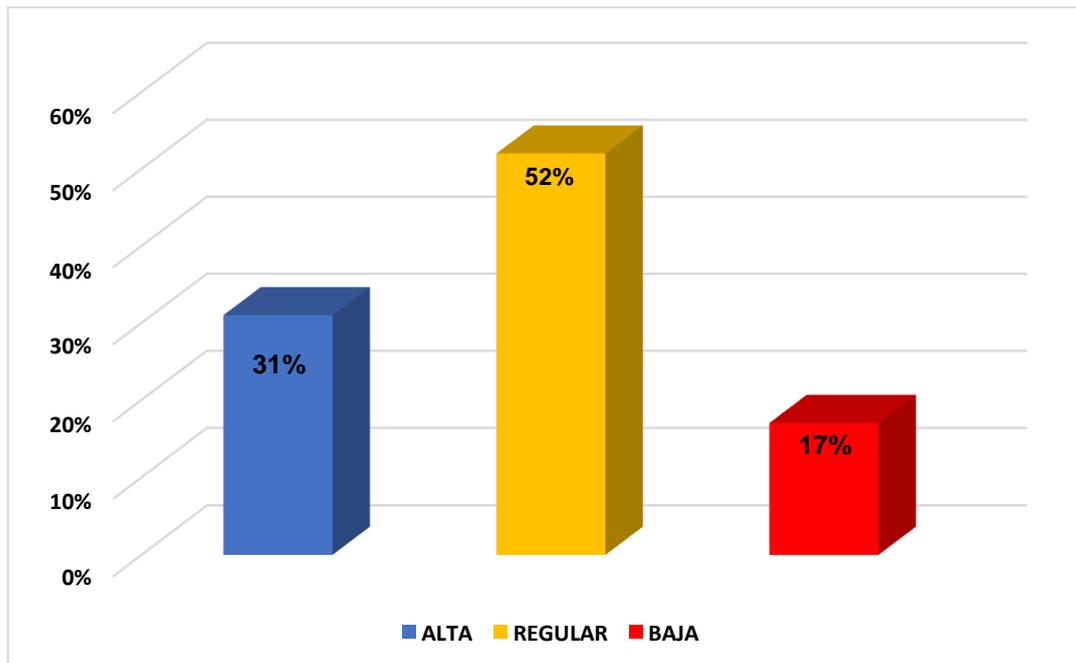
**Autopercepción de la calidad de vida según bienestar emocional en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



La autopercepción de la calidad de vida según bienestar emocional es regular en 49% (38), alta en 34% (26) y finalmente baja en 17% (13) según resultados.

**Gráfico 2**

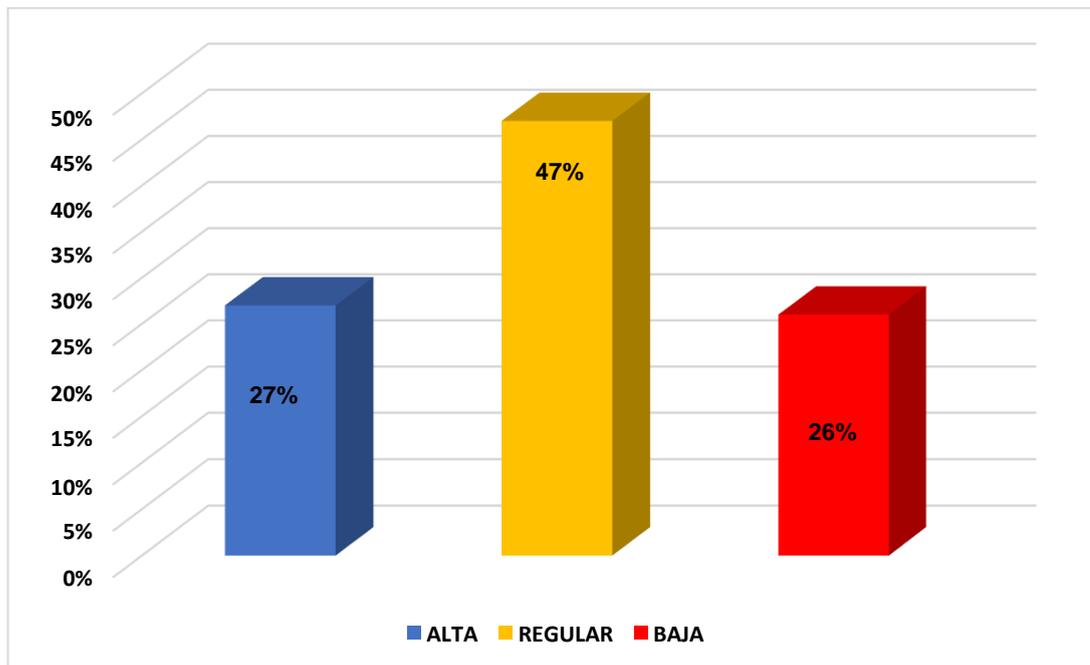
**Autopercepción de la calidad de vida según relaciones  
interpersonales en el adulto mayor del centro de  
Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos  
Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



La autopercepción de la calidad de vida según relaciones interpersonales es regular en 52% (40), alta en 31% (24) y baja en 17%(13) según resultados.

**Gráfico 3**

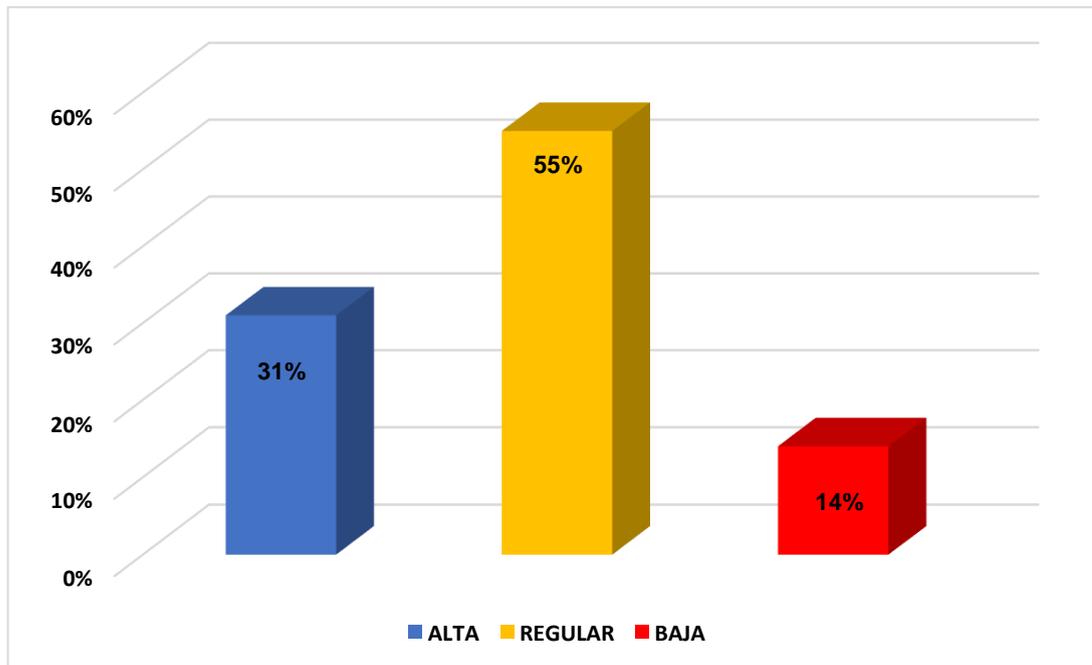
**Autopercepción de la calidad de vida según bienestar material  
en el adulto mayor del centro de Salud Sancos,  
Provincia de Huanca Sancos  
Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



Según bienestar material la auto precepción de la calidad de vida es regular en 47% (36), alta en 27% (21) y finalmente baja en 26% (20) según resultados.

**Gráfico 4**

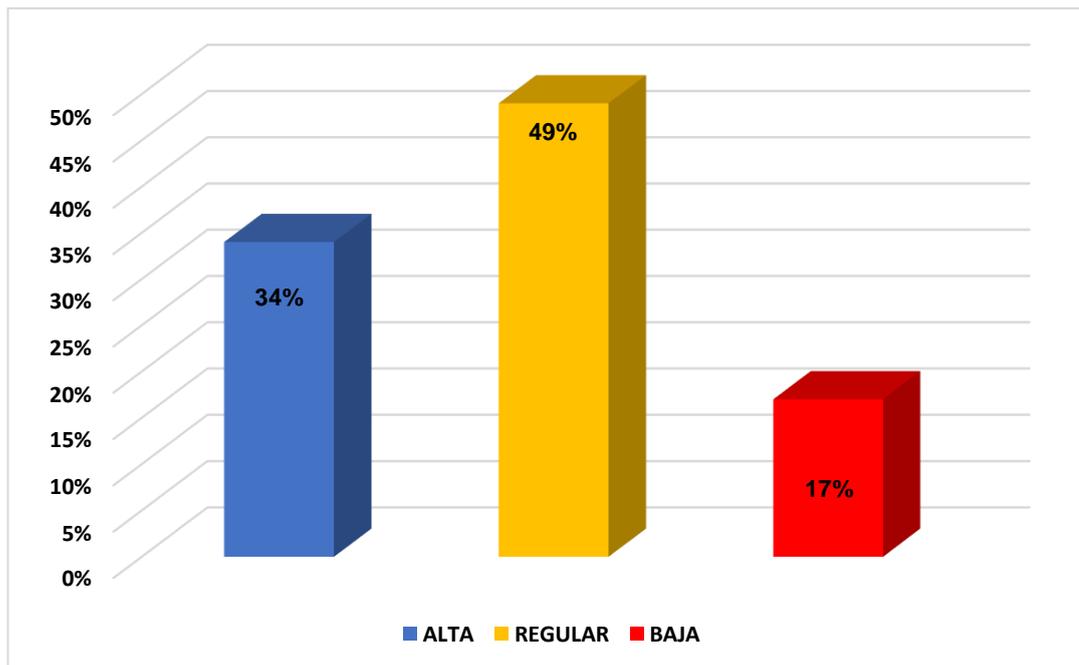
**Autopercepción de la calidad de vida según bienestar físico en el  
adulto mayor del centro de Salud Sancos, Provincia  
de Huanca Sancos Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



Según bienestar físico la autopercepción de la calidad de vida es regular en 55% (42), alta en 31% (24), baja en 14% (11).

**Gráfico 5**

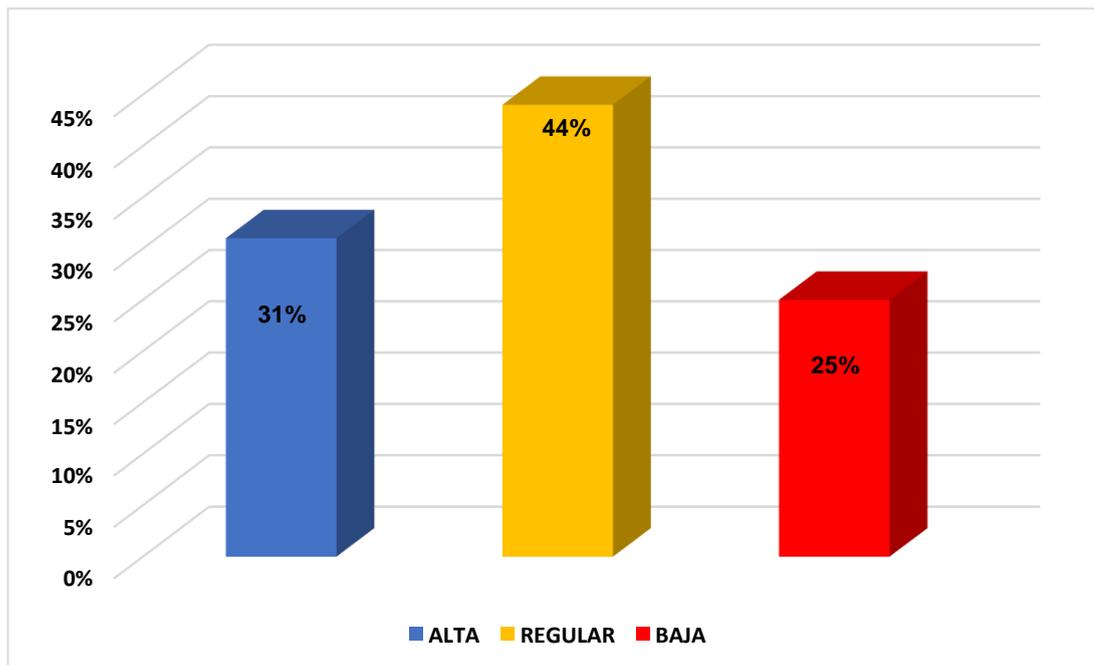
**Autopercepción de la calidad de vida según inclusión social en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



Según inclusión social la autopercepción de la calidad de vida es regular en 49% (38), alta en 34% (26) y baja en 17% (13) según resultados.

**Gráfico 6**

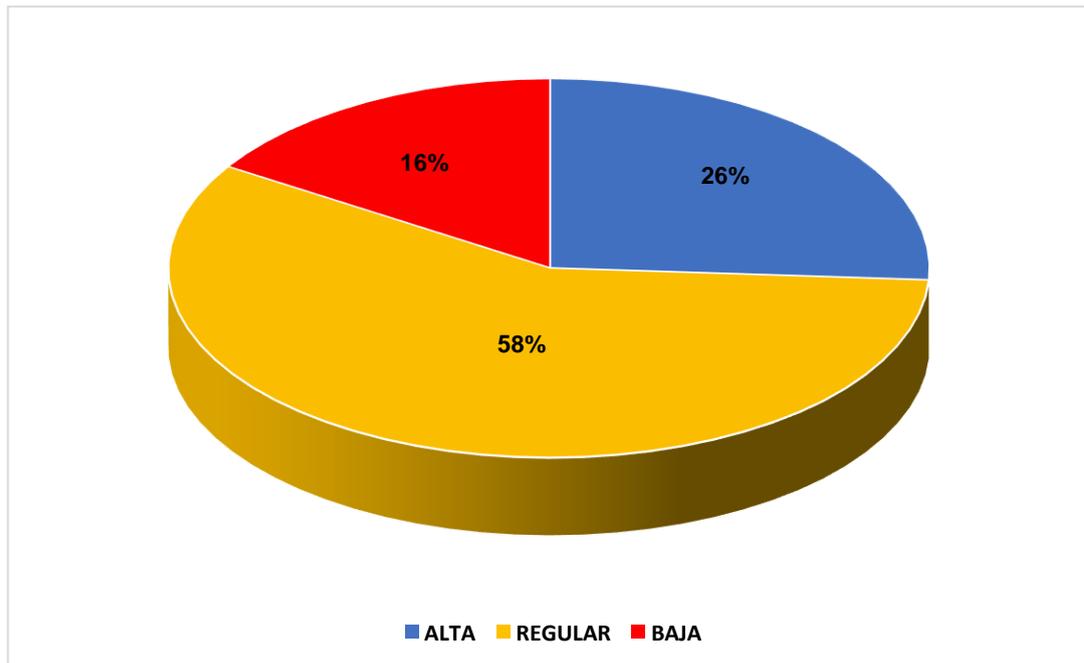
**Autopercepción de la calidad de vida según derechos en el adulto mayor del centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos  
Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



Según derechos la autopercepción de la calidad de vida es regular en 44% (34) alta en 31% (24) y finalmente baja en 25% (19) según resultados.

### Gráfico 7

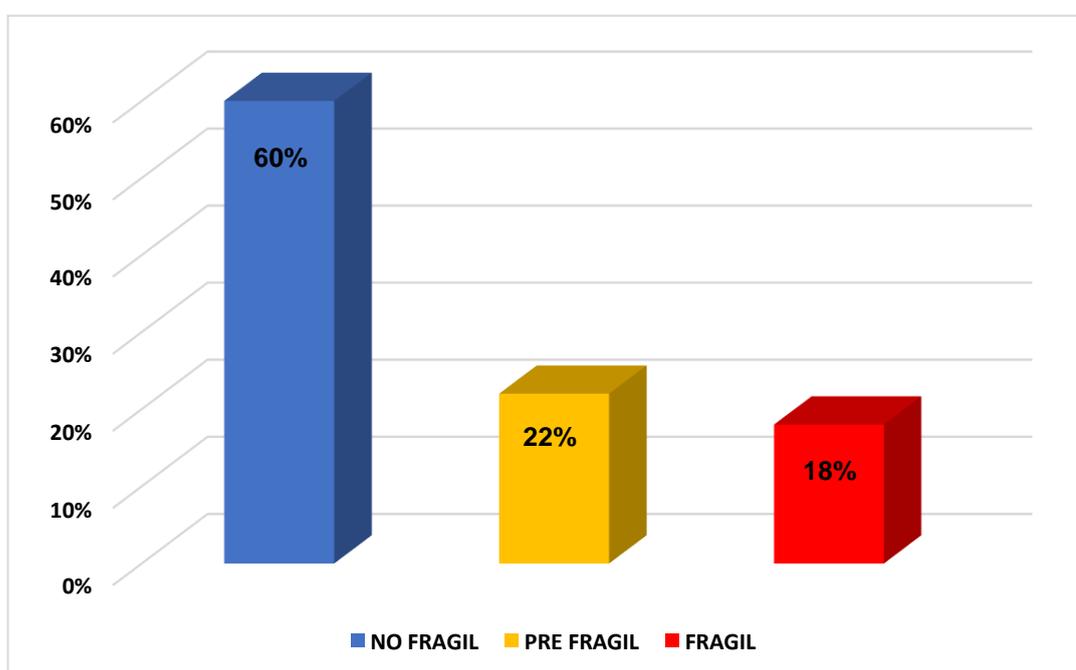
**Autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor del  
Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos  
Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



La autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor es regular en 58% (45), alta en 26% (20) y baja en 16% (12) según resultados.

**Gráfico 8**

**Valoración de la fragilidad según escala de Frail en el adulto mayor  
del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos  
Departamento Ayacucho  
Junio 2021**



La valoración de la fragilidad según escala de Frail de los adultos mayores es no frágil en 60% (46), pre frágil en 22% (17) y frágil en 18% (14) según resultados.

#### IV.b. Discusión

**Tabla 1:** Según datos generales de los adultos mayores el 55% tienen entre 69 a 79 años, el sexo femenino en 69%, 48% son casados, 62% tienen instrucción primaria, 91% tienen hijos actualmente viven solos en 55% y el 55% están sin ocupación. Resultados similares con los obtenidos por Silva<sup>12</sup>, 44% tenían entre 70 y 79 años, 62% eran mujeres, 74% no tenían nivel de escolaridad, Rodríguez y Rodríguez<sup>13</sup>, 85% son mujeres y 15% varones, asimismo los resultados del estudio son contrarios con la investigación de Medina<sup>14</sup>, El 96% tiene secundaria, 60% son casados, 88% viven con 2 a 5 personas, 64% sin actividad laboral, y el 64% tienen 2 hijos.

De acuerdo con los resultados, se puede apreciar que se ha confirmado la existencia de más mujeres que hombres, lo que se sustenta en datos demográficos a nivel nacional y global. La realidad local en Sancos confirma este punto. Si se tiene en cuenta el nivel de educación primaria de la mayoría de las personas mayores, puede provocar problemas de salud debido a la falta de conocimientos respecto a su nutrición y diversos riesgos para la salud debido al sistema inmunológico más débil por su condición de adultez mayor lo que aumenta el riesgo de hospitalización y muerte. El grupo de estudio tiene hijos, pero viven solos, por lo que es probable que coman solos, no les guste comer, pierdan interés en cocinar, y sentirse solos lo que puede provocar depresión y pérdida del apetito.

**Gráfico 1:** La autopercepción de la calidad de vida según bienestar emocional es regular en 49%, alta en 34% y baja en 17%; resultados parecidos con Silva<sup>12</sup>, en la dimensión psicológica el 92% de las personas tiene una calidad de vida regular; Medina<sup>14</sup>, según bienestar emocional es regular en 60%, mala en 32% buena en 8%, Mazacón<sup>10</sup>, el puntaje promedio más alto del cuestionario SF-36 se obtuvo a

través de la dimensión calidad de vida del desempeño emocional, que fue 76%.

Los resultados que se encontraron en esta dimensión arrojaron que es regular en 49% y alta en 34% lo que podría deberse a que se encuentran capaces de realizar sus actividades de la vida diaria puesto que se encuentran motivados a la hora de realizar algún tipo de actividad como la crianza de ovino, vacuno y camélido por las grandes extensiones de pastos naturales y recursos hídricos que posee. Estas actividades acaban con el sedentarismo y fomenta la vitalidad mejorando el estado de ánimo.

**Gráfico 2:** La autopercepción de la calidad de vida según relaciones interpersonales es regular en 52%, alta en 31% y baja en 17% según resultados y que son similares con Silva<sup>12</sup>, en cuanto a las relaciones interpersonales, el 58% tiene una calidad de vida regular, mientras que solo el 6% tiene una buena calidad de vida; Medina<sup>14</sup>, en la dimensión relaciones interpersonales, es regular en 60%, mala en 30% y buena en 10%.

Al igual que en la dimensión anterior, el resultado es regular. Esto puede deberse a que el adulto mayor Sanquino realiza sus actividades favoritas con otras personas. Tienen amigos estables, lo que les hace valorar las relaciones de amistad, lo cual es útil para mejorar el bienestar y la salud de la población en la vejez, estimula un estado mental positivo y hace que las personas se sientan valiosas y útiles.

**Gráfico 3:** Según bienestar material la auto precepción de la calidad de vida es regular en 47%, alta en 27% y finalmente baja en 26%; hallazgos que guardan similitud con los hallados por Medina<sup>14</sup>, en la dimensión bienestar material es regular en 62%, mala en 30% y buena en 8%.

De acuerdo a los resultados recae en regular lo cual parece indicar que las personas mayores en estudio no dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir las necesidades básicas siendo esto un factor para los resultados en esta dimensión, así también hay porcentajes altos; por lo tanto existe la posibilidad que los ancianos viven con bienestar en esta etapa de su vida; el lugar donde vive Sancos por ser una zona altoandina, le ayuda a mantener un estilo de vida saludable, se sienten contentos en su mayoría en su lugar lo que permite conducir interacciones sociales activas en su entorno comunitario conduciendo a un envejecimiento activo y saludable.

**Gráfico 4:** Según bienestar físico, la autopercepción de la calidad de vida es regular en 55%, alta en 31%, baja en 14%, hallazgos que tienen similitud con Silva<sup>12</sup>, según la dimensión física, el 82% de las personas tiene una calidad de vida regular y solo el 18% tiene una buena calidad de vida, Medina<sup>14</sup>, bienestar físico regular en 66%, mala en 28% y buena en 6%.

El bienestar físico de igual manera recae en regular porque manifiestan que a veces sienten que la atención sanitaria que reciben no es como ellos quisieran, refieren que el personal no se acerca a su domicilio cuando se les requiere, asimismo hay resultados altos lo que permite inferir según el instrumento aplicado que mantienen una alimentación saludable, y pueden dormir tranquilos por la noche permitiéndoles mantener una actividad de acuerdo a su autopercepción personal de manera normal.

**Gráfico 5:** Según inclusión social, la autopercepción de la calidad de vida es regular en 49%, alta en 34% y baja en 17%, resultados que guardan con Medina<sup>14</sup>, debido a que en la dimensión inclusión social, es regular en 56%, mala en 32% y buena en 12%.

De acuerdo a la base teórica para Vilca y Lovon<sup>21</sup>, la unión de las personas mayores es una herramienta de pertenencia e integración social. En esta dimensión, la calidad de vida se entiende como una variedad de manifestaciones mediante la intervención en actividades sociales. Es importante como sociedad civil brindar a los mayores una vida social activa donde se facilite el acceso a que puedan aprender nuevas aficiones se les reconozca como potencial productivo, se les incluya en actividades recreativas como parte de la Estrategia del Adulto Mayor.

**Gráfico 6:** Según derechos la autopercepción de la calidad de vida es regular en 44% alta en 31% y baja en 25%, resultados que son parecidos con Medina<sup>14</sup>, en la dimensión derechos es regular en 66%, mala en 36% y buena en 8%.

De acuerdo a lo hallado se reflejan porcentajes regulares en esta dimensión fundamentándose a que refieren que no disponen de información de sus derechos fundamentales como ciudadanos, en esta dimensión se debe brindar al ciudadano la opción de defender sus ideas y privacidad, ser tratado con respeto fomentando de esta manera una valoración positiva sobre sus capacidades ofreciendo las oportunidades necesarias para que desarrollen sus potencialidades y puedan tomar sus propias decisiones contribuyendo de esta forma a no ser objeto de agresiones contra su dignidad.

En otras palabras, las personas tienen derecho a no ser objeto de agresiones a su dignidad, honor y reputación, y se debe orientar a la familia para que pueda aportar privacidad en las conductas o actividades de higiene que realicen, sin importar en qué entorno se desarrollen. Esto demuestra que se aplica correctamente uno de los principios básicos, como es la protección de la individualidad de las personas.

**Gráfico 7:** La autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor es regular en 58%, alta en 26% y baja en 16%, los resultados que se obtienen en la investigación es regular en todas sus dimensiones, igualmente Silva<sup>12</sup>, la calidad de vida de las personas mayores es regular y Medina<sup>14</sup>, obtuvo un consolidado global de regular en 56%, mala en 36% y buena en 8%.

Los resultados encontrados permiten concluir que las dimensiones que conforman la calidad de vida del adulto mayor se configuran de una manera regular, hay que tener en cuenta que dependiendo de sus necesidades; entre mayor satisfacción de sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y si goza de una buena calidad de vida, tendrán más probabilidades de tener un estado anímico estable; es decir, una buena calidad de vida que aumentará su satisfacción.

La calidad de vida adecuada conlleva a un envejecimiento saludable, exitoso, activo por lo que debe ser abordada de una manera integral, en la que, además del enfoque del aspecto de salud, se considere el bienestar personal, su funcionalidad y el entorno familiar propicio y favorable que le permita continuar su desarrollo personal en donde la persona adulta mayor debe ser el actor principal.

**Gráfico 8:** La valoración de la fragilidad según escala de Frail de los adultos mayores es no frágil en 60%, pre frágil en 22% y frágil en 18%, resultados que se pueden contrastar con los de Rodríguez y Rodríguez<sup>13</sup>, donde aproximadamente el 50% de la muestra se encuentran en la etapa frágil y pre-frágil, en Móles<sup>11</sup>, las caídas, el miedo a caer y la fragilidad afectan la salud y la vida de las personas mayores.

Por los resultados hay que tener en cuenta que la mayor parte de la población en estudio es no frágil, por ello es vital que el profesional de enfermería como parte de su labor de promoción de la salud y

desarrollo de educación en salud, debe fortalecer la atención de salud y cuidado en el adulto mayor brindando una atención integral en la búsqueda de factores de riesgo de fragilidad.

Se aprecian resultados de pre frágil y frágil en porcentajes menores por lo que se debe hacer seguimiento del anciano huanca-sanquino porque afecta su calidad de vida y estará asociada a diversos factores de riesgos que incrementen el deterioro de su vida.

Además de los controles periódicos previstos en la Estrategia para el Adulto Mayor, los profesionales de enfermería deben promover el bienestar de este grupo vulnerable a través de acciones preventivas de información sobre una dieta equilibrada y actividades físicas regulares de acuerdo a sus necesidades particulares.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. Conclusiones**

- 1.** La autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor es regular en todas las dimensiones.
- 2.** La valoración de la fragilidad según escala de Frail aplicada a los adultos mayores determina el estado no frágil.

## **V.b. Recomendaciones**

1. Los familiares del adulto mayor deben apoyar a su familiar para que puedan mejorar su calidad de vida conservando un espacio físico dentro de su vivienda acompañado de sus seres queridos, manteniéndose unidos lo que brinda seguridad, que apoyen para que ejerzan su libre expresión y puedan decidir en situaciones que se presenten en su vida diaria. Estos actos lograrán que el adulto mayor tenga paz y tranquilidad en su vida cotidiana siendo la representación social del significado de calidad de vida, apoyándole en los temas de salud.
  
2. Al profesional de Enfermería para que realicen detección oportuna de la fragilidad a través de la monitorización de los mayores con declive funcional, valorando las necesidades y estableciendo planes de intervención adecuados e individualizados. Asimismo, es fundamental que deban realizar actividad física el cual debe ajustarse según su condición como intervención principal para prevenir o retrasar la pérdida funcional, la intervención nutricional es importante para prevenir la pérdida de peso por alguna enfermedad crónica que pueda presentar, se debe enfatizar sobre la terapia ocupacional en los mayores que tengan algún grado de fragilidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Página principal en Internet] Envejecimiento y salud. [Fecha de acceso 15 de julio 2020] Disponible en:  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
2. Carrazco K, Farías K, Trujillo B, Delgado I, Baltazar L, Aguilar Z. et al. Frecuencia de fragilidad y comorbilidad en adultos mayores. [Trabajo original] Facultad de Medicina, Colima, México. 2018. Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2020/01/RAGG-12-2019-154-160.pdf>
3. Flores B, Castillo Y, Ponce D, et al. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm IMSS. 2018; 26(2):83-88. México Pág 83-88. PDF.
4. Nequiz J, Munguía A, Izquierdo E. [Artículo] Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria reforma. Enf Neurol Vol.16. No. 3 septiembre - diciembre 2017 Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050970/percepcion-de-la-calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor-que-acude-\\_qQKahki.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050970/percepcion-de-la-calidad-de-vida-en-el-adulto-mayor-que-acude-_qQKahki.pdf)
5. Veloz E. Calidad de vida y atención del adulto mayor en la Parroquia Anconcito [Tesis de grado] Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/3907/1/UPSE-TOD-2017-0004.pdf>.
6. Centro de encuestas y estudios longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (CEEL). [Documento] Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario. Subsecretaría de previsión social. Gobierno de Chile. Junio 2018. Disponible en:

[https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps2018/encavidam\\_resultados\\_junio2018.pdf](https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf)

7. Alvarado C. Fragilidad se convierte en una epidemia silenciosa que afecta a los adultos mayores. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Pág. 4. 2018. El firme de la salud Instituto Nacional de Salud. Año 1 N°1 enero-2018. Disponible en:[https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-06/EI\\_Firme\\_de\\_la\\_Salud\\_Enero\\_2018.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-06/EI_Firme_de_la_Salud_Enero_2018.pdf)
8. Cuayla D. Frecuencia de adultos mayores frágiles en pacientes hospitalizados. [Tesis de grado] Universidad Nacional San Agustín Facultad de Medicina Arequipa-Perú. 2016. Disponible en:<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6SUlec eYqIsJ:repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3455/MDcufl dl.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
9. Oscco O. Estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina de un hospital público de II nivel Ica, enero 2016[Artículo original] Revista Panacea Médica. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe › panacea › article › download>
10. Mazacón B. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del Cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el Modelo de Atención Integral de Salud. Zapotal Los Ríos. [Tesis licenciamiento] Ecuador. 2017. Disponible en: [cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561)
11. Móles M. Análisis de la fragilidad en la población mayor de Castellón de La Plana. [Tesis doctoral] España. 2016. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:goLE1R\\_0BPUJ:https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387307/2](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:goLE1R_0BPUJ:https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/387307/2)

016\_Tesis\_MolesJulioMPilar.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

12. Silva N. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor [Tesis licenciamiento] La Tulpuna. Cajamarca. 2016. Disponible en:  
[http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016\\_45061002\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Rodríguez R, Rodríguez A. Asociación entre grado de fragilidad, riesgo de caídas y funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. [Tesis especialidad] Lima. 2017. Disponible en:  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3776/TESIS-RODRIGUEZRODRIGUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Medina L. Apoyo social funcional y calidad de vida de los adultos mayores del asentamiento humano Las Flores La Tinguña [Tesis licenciamiento] Ica. 2018. Biblioteca Universidad San Juan Bautista de Ica.
15. Galván M. ¿Qué es calidad de vida? [Artículo] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Disponible en:  
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
16. Vivancia S, Orozco L. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Calle. Lima. 2017. Disponible en. <http://www.scielo.org.pe> › scielo
17. Fundación Kálida. Fundación Privada Nous Cims. 2020. Disponible en:  
<https://www.nouscims.com/que-hacemos/bienestar-emocional/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20la%20salud,una%20contribuci%C3%B3n%20a%20la%20comunidad%E2%80%9D>

18. García C. El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. Universidad de La Habana. Revista electrónica de psicología Iztacala. Vo.8 N°2. 2005. Disponible en:  
<http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/19260/18262>
19. Buzzolaro T. Tercera edad y la importancia de las relaciones interpersonales. Farmacia Chávez 2020. Disponible en:  
<http://www.farmaciachavez.com.bo/tania-buzzolaro/tercera-edad-y-la-importancia-de-las-relaciones-interpersonales/>
20. Schalock R, Verdugo M. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: En:  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/verdugo-evaluacion-01.pdf>
21. Vilca L, Lovon S. Medios de inclusión social y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Distrito de Chiguata, Arequipa – 2017. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6433#:~:text=La%20participaci%C3%B3n%20de%20las%20personas,habilidades%2C%20informaci%C3%B3n%20y%20de%20comunicaci%C3%B3n>
22. Ley de la Persona Adulta Mayor. Ley N° 30490 promulgada el 30 de junio del 2016. Recuperado de:  
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Ley30490.pdf>.
23. Schalock y Verdugo. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Publicaciones del INICO Salamanca, 2009 Disponible en:  
[https://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](https://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)
24. Fried L, Tangen C, Walston J. Fragilidad en adultos mayores: evidencia de fenotipo. J Gerontol 2001; 56A (3): 146-56.
25. Rockwood K. Frailty: un desafío digno. J Am Geriatr Soc 2005; 53 (6): 1069.

26. Morley J, Malmstrom T, Miller D. Un cuestionario de fragilidad (FRAIL) predice los resultados en afroamericanos de mediana edad. *Revista de nutrición, salud y envejecimiento [revista en Internet]* 2012 [acceso 9 de mayo de 2020]; 16 (7): 601-608. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC451511>
27. Cigna. Healthwise. Debilidad y fatiga. Generalidades. Arizona EE.UU.2021. Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/debilidad-y-fatiga-wkfat>
28. Bonino T. Aprender a subir mejor las escaleras para personas mayores. *Fisioonline*. 2020. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/aprender-subir-mejor-las-escaleras-para-personas-mayores>
29. Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volume 25, Issue 2, March 2014, Págs. 265-275. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70037-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70037-9)
30. Tamayo T. Beneficios de caminar en la tercera edad. *Portal vida familia y salud*. Instituto Salvadoreño del Seguro social. 2016. Disponible en: <http://aps.issv.gob.sv/familia/adulto%20mayor/Beneficios%20de%20caminar%20en%20la%20tercera%20edad>
31. Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. [Artículo de revisión] *Sección de Geriátrica, Complejo Hospitalario Universitario Albacete, España*. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. Vol. 45. Núm. 4. Páginas 219-228 2010.
32. Báez M. *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*. [SEGG] Pérdida de peso en personas mayores, ¿cuándo hay que preocuparse? 2019. 65 y más.com

33. Gómez J, Jurado M, Viana B, Da Silva M, Hernández A. Estilos y calidad de vida. Lecturas: EF y Deportes [serie en línea]. 2005 nov [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
34. Browning G, Cheu V, Delgrande A, Ice U, Lynch S, Lottis K, et al. En: Innovaciones en el desarrollo teórico para la disciplina de Enfermería [serie en línea]. 2007 nov [citado 2009 Ago 20]. Disponible en: [https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTTheoryExtensionMonograph.pdf](https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf)
35. Pender N. Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. Modelo de Promoción de la Salud; Oct 2000.
36. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España [Internet]. 2008. [consultado: 25 noviembre 2019]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
37. Rodríguez J, Carrión M, Espina M, Jiménez J, Oliver M, Péculo J, et al. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid [Internet]. 2016 [consultado 6 abril 2019]; 6-11 Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf?sequence=1>
38. García S. La exclusión social del adulto mayor en los servicios de salud de Guatemala. [Tesis para optar el Grado de Magister]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala [Internet]. 2009 [Citado 12 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15\\_1487.pdf](http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15_1487.pdf)
39. Vélez M. Clasificación del adulto mayor. Scribd [Internet]. 2014 [Citado 16 Nov 2016] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/90787160/Clasificacion-de-AdultoMayor>

## BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. [Artículo de revisión] Sección de Geriátría, Complejo Hospitalario Universitario Albacete, España. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Vol. 45. Núm. 4. Páginas 219-228 2010.
- Bonino T. Aprender a subir mejor las escaleras para personas mayores. Fisioonline. 2020.
- Centro de encuestas y estudios longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (CEEL). [Documento] Principales resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor e Impacto del Pilar Solidario. Subsecretaría de previsión social. Gobierno de Chile. Junio 2018.
- Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. Revista Médica Clínica Las Condes. Volume 25, Issue 2, March 2014, Págs. 265-275.
- Flores B, Castillo Y, Ponce D, et al. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Rev Enferm IMSS. 2018; 26(2):83-88. México Pág 83-88. PDF.
- Fried L, Tangen C, Walston J. Fragilidad en adultos mayores: evidencia de fenotipo. J Gerontol 2001; 56A (3): 146-56.
- García C. El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. Universidad de La Habana. Revista electrónica de psicología Iztacala. Vo.8 N°2. 2005.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta Edición ed. México. 2010.

# **ANEXOS**

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
<b>Calidad de vida</b>	Es la proveniente de la interacción entre las diferentes tipologías de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, instrucción y libertades humanas); óptimo estado de salud.	Son todas aquellas peculiaridades presentes en la vida de las personas, se valorará a través de una entrevista tomando en cuenta la técnica de la entrevista con el cuestionario Fumat.	<p>Bienestar emocional</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>Bienestar material</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción con su vida.</li> <li>• Alegre y de buen humor.</li> <li>• Seguro en sus actividades.</li> <li>• Satisfecho consigo mismo.</li> <li>• Motivado a la hora de realizar alguna actividad.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realizar actividades afines.</li> <li>❖ Relación adecuada con la familia.</li> <li>❖ Amigos estables.</li> <li>❖ Valora las amistades</li> <li>❖ Sentirse amado por la familia.</li> <li>❖ Relaciones con los vecinos.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>📍 Zona donde vive leayuda con un estilo de vida saludable.</li> </ul>	<p>Alta</p> <p>Regular</p> <p>Baja</p>

			<p>Bienestar físico</p> <p>Inclusión social</p> <p>Derechos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Dispone de bienes materiales,</li> <li>✚ Contento por el lugar donde vive.</li> <li>Recursos económicos necesarios.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud le permite actividad normal.</li> <li>• Acceso a recursos de atención sanitaria.</li> <li>• Alimentación saludable.</li> <li>• Dormir tranquilo por las noches.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utilización de entornos comunitarios.</li> <li>➤ Apoyo de la familia.</li> <li>➤ Participación activa en la comunidad.</li> <li>➤ Apoyo de los amigos.</li> <li>➤ Participación comunitaria.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familia que preserva la intimidad.</li> </ul>	
--	--	--	---	---	--

				<ul style="list-style-type: none"><li>○ Es tratado con respeto en la comunidad.</li><li>○ Conoce sobre sus derechos como ciudadano.</li><li>○ Cumple con sus derechos legales.</li></ul>	
--	--	--	--	--	--

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
<b>Fragilidad</b>	Es un síndrome geriátrico que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y una menor resistencia al estrés, como resultado de una acumulación de múltiples déficits en los sistemas fisiológicos asociada al proceso de envejecimiento.	Son aquellos mecanismos que determinan inestabilidad en el adulto mayor, datos que serán medidos con la aplicación de un instrumento válido y confiable: la escala de Frail.	Escala de Frail	Fatigabilidad.  Resistencia  Deambulaci3n  Comorbilidad.  P3rdida de peso.	No fr3gil  Pre fr3gil  Fr3gil

**ANEXO 2:**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021

**Presentación:** Buenos días, estimado(a) Sr (a), tenga usted buen día, soy la Srta. Ybhet Coronado Yarihuaman, egresada del Programa de estudios de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, le solicito responder este cuestionario con sinceridad. La información es confidencial y anónima.

**Instrucciones:** A continuación, le presento varias preguntas, para que pueda marcar con una “X”, su respuesta va de acuerdo a su vivencia en las situaciones que se le presentan.

**I. Datos generales:**

**1. Edad:**

- a) 60 a 68 años
- b) 69 a 79 años
- c) De 80 a más años

**2. Sexo:**

- a) Femenino
- b) Masculino

**3. Estado civil:**

- a) Casado (a)
- b) Divorciado
- c) Viudo(a)

- d) Conviviente
- e) Soltero(a)

**4. Grado de instrucción:**

- a) Superior
- b) Secundaria
- c) Primaria
- d) Sin estudios

**5. Tiene hijos:**

- a) Si
- b) No

**6. Actualmente Ud. con quien vive**

- a) Cónyuge
- b) Cónyuge e hijos
- c) Solo(a)
- d) Hijos
- e) Otros familiares.

**7. Ocupación:**

- a) Trabajador activo
- b) Jubilado
- c) Eventual
- d) Sin ocupación.

## II. DATOS ESPECÍFICOS

<b>Escala de Calidad de vida.</b>				
<b>N°</b>	<b>Bienestar emocional</b>	<b>S</b>	<b>AV</b>	<b>N</b>
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.			
2	Está alegre y de buen humor.			
3	Se siente capaz y seguro en sus actividades de la vida diaria.			
4	Se muestra satisfecho consigo mismo.			
5	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.			
<b>Relaciones interpersonales</b>				
7	Realiza actividades que le gustan con otras personas.			
8	Mantiene con su familia la relación que desea.			
9	Tiene amigos estables.			
10	Valora positivamente sus relaciones de amistad.			
11	Se siente valorado por su familia.			
12	Mantiene una buena relación con sus vecinos.			
<b>Bienestar material</b>				
13	El lugar donde vive le ayuda a mantener un estilo de vida saludable (ventilación, acceso, iluminación, libre de ruidos).			
14	Dispone de los bienes materiales que necesita.			

15	Está contento con el lugar donde vive.			
16	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.			
<b>Bienestar físico</b>				
17	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.			
18	Cuenta con acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.)			
19	Mantiene una alimentación saludable.			
20	Duerme tranquilo durante la noche.			
<b>Inclusión social</b>				
21	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).			
22	Su familia le apoya cuando lo necesita.			
23	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.			
24	Cuenta con los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.			
25	Sus amigos le apoyan cuando los necesita.			
26	En su comunidad fomentan su participación en las diversas actividades.			

	<b>Derechos</b>		
27	Su familia preserva su intimidad. (Al no leer su correspondencia, toca la puerta para entrar a su habitación, etc.		
28	En su comunidad es tratado con respeto.		
29	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.		
30	Tiene facilidad para cumplir con sus derechos legales como voto, respeto a sus creencias, valores, etc.		

Estimado Sr:(a) le haré algunas preguntas de los cuales Ud. siente o ha sentido en las últimas 4 semanas.

### Valoración de la fragilidad

(Acosta Benito M. 2017)

ESCALA DE FRAIL
<p><b>1. Fatigabilidad:</b> ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado?</p> <p>1= Todo el tiempo.</p> <p>2= La mayoría de las veces</p> <p>3= Algunas veces</p> <p>4= Un poco de las veces</p> <p>5= En ningún momento</p> <p>Las respuestas de “1” o “2” se clasifican como 1 y todos los demás como 0.</p>
<p><b>2. Resistencia:</b> Solo y sin usar ayuda, ¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?</p> <p>1 = Sí</p> <p>0 = No</p>
<p><b>3. Deambulaci3n:</b> Solo y sin usar ayuda, ¿Tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?</p> <p>1 = Sí</p> <p>0 = No</p>
<p><b>4. Comorbilidad:</b> Para 11 enfermedades, se pregunta ¿Alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene ¿[la enfermedad]?</p> <p>Las enfermedades son:</p> <p>Hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque card3aco, insuficiencia card3aca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.</p>

Las enfermedades totales (0-11) están recodificados como:

1 = 5 a 11 enfermedades

0 = 0 a 4 enfermedades.

**5. Pérdida de peso:**

¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual].

Y hace un año ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [peso hace 1 año] “.

1 = Porcentaje de cambio > 5%

0 = Porcentaje de cambio < 5%

**TOTAL:**

0 puntos = No frágil

1-2 puntos = Pre frágil

>2 puntos = Frágil

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Ítems	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3	Experto N°4	Experto N°5	Experto N°6	P	
1	1	1	1	1	1	1	0.010	
2	1	1	1	1	1	1	0.010	
3	1	1	1	0	1	1	0.109	
4	1	1	1	1	1	1	0.010	
5	1	1	1	1	0	1	0.109	
6	1	1	1	1	1	1	0.010	
7	1	1	1	1	1	1	0.010	
							$\Sigma P$	0.268

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

N° = Número de Jueces Expertos

$$P = \frac{\Sigma P}{\text{N° de ítems}} = \frac{0.268}{7} = 0.0382 = 0.04$$

Si  $P \leq 0.05$ , el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido.

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Autopercepción de la calidad de vida	Numero de items	Alfa de Cronbach	Confiabilidad
General	30	0.65	Alta

### COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH

**Donde:**

K: El número de ítems

$S_i^2$ : La suma de la varianza de cada ítem.

$S_t^2$ : La varianza del total

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

El valor del alfa de Cronbach, cuando se acerca a 1, denota una confiabilidad de la aplicación del instrumento.

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Valoración De la fragilidad	Numero de items	Alfa de Cronbach	Confiabilidad
General	5	0.78	Alta

### COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH

**Donde:**

K: El número de ítems

$S_i^2$ : La suma de la varianza de cada ítem.

$S_t^2$ : La varianza del total

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

El valor del alfa de Cronbach, cuando se acerca a 1, denota una confiabilidad de la aplicación del instrumento.

## ANEXO 5

### ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### CALIDAD DE VIDA

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
Alta	13-15
Regular	9-12
Baja	5-8

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
Alta	14-18
Regular	10-13
Baja	6-9

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
Alta	14-18
Regular	10-13
Baja	6-9

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
Alta	10-12
Regular	7-9
Baja	4-6

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>

Alta	14-18
Regular	10-13
Baja	6-9

<b>DERECHOS</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
Alta	10-12
Regular	7-9
Baja	4-6

<b>CALIDAD DE VIDA GLOBAL</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
Alta	69-87
Regular	49-68
Baja	29-48

<b>VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD-ESCALA FRAIL</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>PUNTAJE</b>
No frágil	0
Pre frágil	1-2
Frágil	>2

## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada(o), Sr. (a). me encuentro realizando una investigación titulada: **“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SANCOS, PROVINCIA DE HUANCA SANCOS DEPARTAMENTO AYACUCHO JUNIO 2021”**. Antes que participe en la investigación le explicaré el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y confidencialidad para finalmente pasar a la aceptación del mismo.

**El propósito del estudio** se debe a que los hallazgos de la investigación se pondrán al alcance de las Autoridades del Centro de Salud y de la Comunidad con alternativas de propuestas, a fin que el profesional de enfermería garantice una vida de calidad a través de acciones preventivo-promocionales según normativa sanitaria teniendo en cuenta los componentes objetivos y subjetivos en coordinación con la familia quienes cumplen un papel central para el bienestar de los mayores.

**Riesgos:** La investigación no causará ningún riesgo potencial de salud a los sujetos de estudio, ya que se evitará en todo momento aquejarlos física y psicológicamente, porque el cuestionario no requiere de ningún esfuerzo, es entendible, claro y sencillo y fácil de aplicar. Así también no recibirá ninguna compensación por participar en el estudio.

**Beneficios:** Es un estudio que busca brindar beneficios a la población que participará en el estudio a través de afiches comunicativos sobre el envejecimiento satisfactorio lo que permitirá mejorar su capacidad de interacción con su medio familiar y la comunidad.

**Confidencialidad:** En todo momento se considerará la discreción de sus datos, el instrumento que le permite participar es anónimo; la información que será resguardada utilizando códigos con contraseñas conocidos solo por la investigadora.

Teniendo pleno conocimiento en lo que consiste la investigación, yo \_\_\_\_\_, manifiesto que he sido informado sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en la investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Investigadora

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: .....

Para cualquier información adicional, usted puede contactar con la investigadora en el siguiente correo electrónico:

[ybhet.coronado@upsjb.edu.pe](mailto:ybhet.coronado@upsjb.edu.pe)

Se incluyen datos del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la UPSJB, quien revisará y aprobará el proyecto de investigación.

Mg. Antonio Flores, teléfono (01) 2142500 anexo 147.

Correo [ciei@upsjb.edu.pe](mailto:ciei@upsjb.edu.pe)