

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD  
DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE  
ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE  
PAÚL LA VICTORIA 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
ENFERMERIA**

**AUTORES**

**MERINO DIAZ ELIANA MERCEDES**

**OLANO RODRIGUEZ SANTOS**

**PAUCAR ESPINOZA JORGE LUIS**

**Callao – julio - 2017**

**PERÙ**

## HOJA DE REFERENCIA DE JURADOS

### MIEMBROS DEL JURADO

- |                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| • Mg. Mery Juana Abastos Abarca     | Presidenta |
| • DR. Cesar Miguel Guevara Llacza   | Secretario |
| • Mg. Mirian Corina Cribillero Roca | Vocal      |

**ASESORA: Mg. TEODOSIO YDRUGO MARIA ELENA**

N° de libro: 001

N° de acta: 011

Fecha de aprobación de tesis: 01 agosto 2017

Resolución de decanato N° 1771-2017-D/FCS

## **DEDICATORIA**

*Dedicamos este trabajo a Dios quién supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban. A nuestros familiares quienes nos dieron su apoyo, consejo, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Con gratitud a mis queridos asesores que con su paciencia y ejemplo apoyaron constantemente la realización de este Informe de tesis con el anhelo de realizarnos como profesionales.*

*Además un agradecimiento especial al personal del Centro de Atención Residencial San Vicente de Paúl que nos apoyaron brindándonos los ambientes necesarios para la realización de los cuestionarios a los residentes.*

*A la Universidad Nacional del Callao mi alma mater que me formó tanto científica como humanísticamente.*

**NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA  
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN  
RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA 2016.**

## INDICE

### TABLAS DE CONTENIDO

### RESUMEN

### ABSTRACT

<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
1.1. Identificación del problema .....	4
1.2. Formulación del problema .....	7
1.3. Objetivos de la investigación .....	7
1.4. Justificación.....	8
1.5. Importancia.....	9
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	10
2.1. Antecedentes del estudio.....	10
2.2. Bases epistémicas .....	15
2.3. Bases culturales .....	16
2.4. Bases científicas.....	18
2.5. Marco conceptual .....	21
2.5 Definición de términos básicos .....	31
<b>III. VARIABLES E HIPOTESIS</b> .....	33
3.1. Variables de la investigación .....	33
3.2. Operacionalización de variables .....	33
3.3. Hipótesis .....	36
<b>IV. METODOLOGIA</b> .....	36
4.1. Tipo de investigación .....	36
4.2. Diseño de la investigación .....	37
4.3. Población y muestra .....	37
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	40
4.5. Procedimientos de recolección de datos.....	41

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	42
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>VI. DISCUSION DE RESULTADOS .....</b>	<b>48</b>
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados .....	48
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	49
<b>VII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>50</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>50</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>
Matriz de consistencia.....	58
Instrumentos de recolección de datos: cuestionario.....	61
Aplicación de la formula Stanones para la obtención de intervalos en la percepción de la calidad de vida .....	67
Validación del instrumento (prueba binomial).....	68
Consentimiento informado.....	69
Tabla matriz de datos .....	70
Prueba Rho de Spearman .....	74
Prueba de normalidad .....	74
Tabla de contenidos.....	75
Confiabilidad del instrumento .....	91

## **TABLAS DE CONTENIDO**

<b>GRÁFICOS</b>	<b>PÁG.</b>
GRÁFICO 5.1 Relación entre Nivel de Dependencia y la Percepción de Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.	45
GRÁFICO 5.2 Relación entre Nivel de Dependencia y la Percepción de Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.	46
GRÁFICO 5.3 Nivel de dependencia de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.	47
GRÁFICO 5.4 Nivel de dependencia de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.	48
GRÁFICO 5.5 Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.	49



## RESUMEN

El presente estudio de investigación denominado "Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl la Victoria 2016" tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria. Material y métodos: La investigación fue de tipo descriptivo, cuantitativa, con un diseño correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 165 adultos mayores con una muestra de 68 adultos mayores. La técnica que se utilizó en la presente investigación fue la observación, el índice de Katz que es un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos la cual mide el grado de dependencia; otra técnica utilizada fue el cuestionario (WHOQOL-OLD), consta de 17 preguntas asignadas a seis facetas. Las preguntas fueron adaptadas a la realidad del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl. Resultados: del 100%(68) encuestados se observa que del grupo que presenta incapacidad moderada el 57.3%(39) tiene una percepción de calidad de vida media; mientras que para el grupo de incapacidad severa e incapacidad leve ninguno presenta una percepción de calidad de vida alta y baja respectivamente. Por lo tanto se llega a aceptar la hipótesis general con un nivel de significancia de (0.012). Asimismo vemos que se establece un nivel de correlación negativa media (-0,303). Conclusión: Existe una relación baja e inversa entre nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida en los residentes del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**Palabras Claves:** Nivel de dependencia, calidad de vida y adultos mayores

## **ABSTRACT**

The present research study entitled "Level of dependence and the perception of the quality of life of the elderly of the Center of Geriatric Residential San Vicente de Paúl la Victoria 2016" had as objective to determine the relation between the level of dependence and the perception of quality of life of the elderly of the Center of Geriatric Residential San Vicente de Paúl La Victoria. Material and methods: The research was descriptive, quantitative, with a cross-sectional and correlational design. The population consisted of 165 older adults with a sample of 68 older adults. The technique that was used in the present investigation was the observation, the Katz index which is a questionnaire heteroadministered with 6 dichotomous items which measures the degree of dependence; Another technique used was the questionnaire (WHOQOL-OLD), consisting of 17 questions assigned to six facets. The questions were adapted to the reality of the Geriatric Residential Care Center San Vicente de Paúl. Results: of the 100% (68) respondents it is observed that of the group that presents moderate disability 57.3% (39) has a perception of average quality of life; While for the group of severe incapacity and mild disability none have a perception of high and low quality of life, respectively. Therefore, we accept the general hypothesis with a significance level of (0.012). We also see that a mean negative correlation level is established (-0.303). Conclusion: There is a low and inverse relationship between level of dependence and the perception of the quality of life in the residents of the Geriatric Residential Care Center San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**Key Words: Level of dependence, quality of life and older adults**

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Identificación del problema**

La OMS, indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 al 22%, el envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general; sino que también ocurre en nuestro país. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2015 la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento. Además, estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población peruana. Este crecimiento se desarrollará en un contexto social particular que es desfavorable para los adultos mayores y una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. (29) Teniendo en cuenta que esta situación se da en un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional. Evaluar la salud en el adulto mayor resulta complejo, ya que se debe medir diversas variables tales como lo biológico, psicológico y social. La mejor manera de evaluar es mediante la capacidad de autocuidado que hace referencia al conjunto de habilidades que permite llevar una vida independiente. La dependencia demográfica de la población mayor en el Perú se incrementaría con el tiempo en un 12% al año 2005 a 34% el año 2050. (1) De esta forma, con la disminución de la facultad se establece una relación cada vez más favorable entre la población en edades dependientes y la población en edades laborales. Esto ha generado el llamado bono o diversidad demográfica. En el Perú se pone de manifiesto el "bono demográfico"

que es la baja proporción de dependencia total (57.5%) que se presentan entre el 2010 y el año 2045. (1) En general se considera positivo para una sociedad que la dependencia demográfica sea baja, pues ello significa que hay proporcionalmente menos personas que contribuyen "una carga" que debe de ser solventada por la población en edad económicamente activa. (1) Se distinguen dos grupos: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD se refieren a habilidades de auto cuidado como vestirse o asearse; son universales, están ligados a la supervivencia y a las necesidades básicas. Su ejecución se automatiza muy tempranamente. Sin embargo, las AIVD son conductas más complejas que sirven como medio para obtener o realizar otra acción. Tienen una estrecha relación con el funcionamiento cognitivo e implican una interacción con el medio, como por ejemplo la utilización de medios de transporte, conducir, manejo del dinero etc. Si bien es cierto que hay una dependencia demográfica baja en el adulto mayor en el Perú, aun así continúa existiendo los estilos de vida no saludable unido a la disfuncionalidad propio de esta edad surge el incremento de comorbilidades que conllevan a la discapacidad y posteriormente la dependencia.

A partir de los intereses teóricos anteriormente expuestos, surge el interés de llevar a cabo un proceso investigativo que integre los aspectos mencionados para determinar o configurar el referente contextual del adulto mayor. Por ello decidimos visitar el centro de atención residencial geriátrico San Vicente de Paúl el cual durante nuestras visitas a dicho centro hemos podido observar que los adultos mayores requieren de apoyo para realizar sus actividades básicas, ya que se evidencia que usan bastones, sillas de ruedas y la mayoría esta

postrado. Así mismo al interactuar con algunos adultos mayores refieren lo siguiente: *"Me olvido frecuentemente de las cosas"*, ante ello hicimos una evaluación con preguntas de su vida tanto de años anteriores como de hace un mes hasta llegar semanas y días por lo que pudimos darnos cuenta que tiene buena memoria a largo plazo ya que recuerda en que trabajo con quien vivía de donde es etc. y la memoria a corto plazo es parcialmente olvidada ya que a veces no recuerda donde dejó sus útiles de aseo sin embargo si se memoriza los nombres de las personas que se acercan a interactuar con él. *"Yo prefiero estar aquí porque tengo con quien hablar ya que no tengo familia"*, al revisar las historias clínicas sobre el ingreso de los residentes al centro geriátrico ellos fueron encontrados en la calle aparentemente no tienen familia si lo tienen están en provincia de las cuales no se acuerdan de ellos. *"Me tratan bien pero me quiero ir a mi casa porque mis compañeros me cansan"*, los residentes manifiestan sentirse incómodos cuando sus compañeros lloran, se quejan o reclaman, además de sentirse acosados. *"lo único que me incomoda es no poder hacer mis cosas solo, a pesar que lucho por recuperar por estar como antes"*, a pesar que el personal de salud hace todo lo posible por ayudarles en sus actividades básicas los residentes manifiestan frustración por no poder hacer sus actividades solos esto nos lleva a una conclusión que a los residentes les falta sensibilización, reforzar su nivel de conciencia con respecto a su situación actual. *"la vejez me hace cada vez más inútil"*. Es por ello que ante esta realidad, surge la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la relación entre el Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?

## **1.2. Formulación del problema**

- **Problema general**

¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?

- **Problema específico.**

¿Cuál es el nivel de dependencia de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?

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

- **Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria

- **Objetivos específicos**

Identificar el Nivel de dependencia de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria.

Identificar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria.

#### **1.4. Justificación**

El presente trabajo de investigación permitirá determinar la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los residentes.

Desde el punto de vista práctico este trabajo de investigación pretende que a partir de los resultados que se obtengan se elaboren estrategias para mejorar la calidad de vida de los residentes. Para ello es necesario conocer el estado actual funcional básico del adulto mayor, lo cual se evaluará con el índice de Katz.

Es esencial y útil abordar el problema desde el punto de vista del cuidado integral de la persona, el profesional de enfermería tiene un rol fundamental que tiene dos pilares:

Los conocimientos y competencias que mejoren la calidad del cuidado y un soporte emocional, empático a quienes cuidan.

La investigación tiene como propósito proporcionar información válida y significativa a las autoridades y profesionales de salud del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl sobre la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores. Los resultados permitirán desarrollar estrategias favorables para fortalecer condiciones desde los servicios y así conseguir una mejor calidad de vida. La enfermera, como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con el adulto mayor, tiene la responsabilidad de identificar la dependencia y calidad de vida que posee el mismo a fin de tomar la decisión de implementar actividades orientadas a promover una mejor calidad de vida.

### **1.5. Importancia**

El presente trabajo de investigación: "Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016", es importante ya que brindara información relevante, valida y significativa a los profesionales de salud del Centro Atención Residencial San Vicente de Paúl sobre la relación entre nivel de dependencia y percepción de la calidad de vida.

Los resultados permitirán desarrollar estrategias para fortalecer condiciones de convivencia y autocuidado desde los servicios y así en el futuro se pueda mejorar la calidad de vida y llegar a una menor dependencia en los residentes.

Los profesionales de salud, al estar la mayor parte de tiempo en contacto directo con los residentes, tienen la responsabilidad de identificar habilidades, métodos de autocuidado y comprensión que tienen los residentes, para así poder ayudarles a sobre llevar sus limitaciones que lo aquejan, por tanto esta investigación es de mucha importancia ya que podrá ayudar a los profesionales a encontrar dichas estrategias.



## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes del estudio**

**CORUGEDO RODRÍGUEZ** María del C. 2014. Cuba. Realizó una investigación sobre Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Cienfuegos-Cuba. El objetivo de la investigación es caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces. El método que se utilizó en el estudio fue observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. La población estuvo constituida por los 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces.

La información se obtuvo con la aplicación de la Escala M.G.H. Se aplicaron técnicas estadísticas. Resultados: de forma general los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajas fue la satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. Conclusiones: casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares. (30)

**TOAPANTA MENDOZA, KARINA B.** 2015. Ecuador. Realizó una investigación sobre Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental utilizando la escala de Barthel en usuarios de las residencias asistidas del Instituto Neurociencias años 2015. El objetivo de la investigación fue Identificar el grado de dependencia funcional de los pacientes adultos mayores con trastorno mental de las residencias

asistidas del Instituto de Neurociencias Año 2015. El método que se utilizó en el estudio descriptivo transversal, se incluye 107 pacientes de 65 años y más que pertenecen a las residencias asistidas del Instituto de Neurociencias. Resultados el 65% de los usuarios poseen algún tipo de dependencia; clasificándolos en Leve 27%, Moderada 11%, Grave 8% y Total 19 %. La dependencia predomina en el sexo femenino con el 73%, mientras que en el masculino hay 60% de dependencia. La dependencia aumenta proporcionalmente con la edad así tenemos de 65 – 69 años (51% de la población posee algún tipo de dependencia) y de 85 años y más (89%). El 27% tiene discapacidad física y el 73 % discapacidad visual, predominando en esta la dependencia grave. Las actividades básicas de la vida diaria por orden de dependencia, son vestirse con 51% de dependencia, seguido de baño (50%), uso del retrete (50%), subir y bajar escaleras (46%), micción (46%), defecación (46%), aseo (45%), deambulación (37%), alimentación (36%) y por ultimo transferencia (35%). conclusión El trastorno mental crónico si es un factor influyente en la dependencia funcional del adulto mayor, al igual que la presencia de discapacidad asociada. No se encontró relación directa de dependencia por patología clínica asociada, La actividad básica de la vida diaria de mayor dependencia es vestirse. (31)

**LOREDO FIGUEROA A**, 2016, México, Realizó una investigación sobre "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor", Objetivo: Establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Métodos: Estudio transversal, descriptivo y correlacional. Fueron entrevistados 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Las variables estudiadas fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida. Se utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el

Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y correlación de Pearson y Spearman. El presente proyecto fue revisado y aprobado por un Comité de Investigación. Resultados: El 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo. Conclusión el grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor. (32)

**MELGUIZO HERRERA Estela, 2014, Colombia, Realizó una investigación sobre Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena, Objetivo: describir la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena (Colombia). Materiales y métodos: estudio descriptivo. La población fueron 187 adultos mayores residentes en centros de protección social en Cartagena. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y el "Índice multicultural de**

calidad de vida". Se mantuvo la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y se diligenció el consentimiento informado. Resultados: el promedio de edad fue de 75 años (95 %), predominó el estado civil soltero (57,6 %), nivel educativo primaria (45,5 %), recibir medicamentos (80,3 %), realizar actividades físicas (54,5 %) y no realizar actividades productivas (37,9 %). La autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud tiende a valores que pueden considerarse como buenos (7,6 %). Conclusiones: las dimensiones que presentaron puntajes más altos fueron la plenitud espiritual y el autocuidado, y con menor puntaje el bienestar físico y el apoyo comunitario. Conclusión: esta información será útil para proponer políticas de salud y prácticas de cuidado para esta población. (33)

**MARTÍNEZ ZAMORA** Regina Johana, 2015, Perú, Realizó una investigación sobre "Grado de dependencia funcional y nivel de autoestima del adulto mayor del distrito de Guadalupe", objetivo determinar la relación que existe entre el grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores. Método: esta investigación de tipo cuantitativo correlacional de corte transversal, se trabajó con una muestra de 91 adultos mayores, pertenecientes al distrito de Guadalupe – provincia de Pacasmayo. Los resultados evidenciaron que el más alto porcentaje (73.6%) de adultos mayores poseen dependencia funcional moderada, el (23.1%) presentan independencia funcional y un menor porcentaje (3.3%) presentan dependencia funcional; en relación al nivel de autoestima el mayor porcentaje (61.5%) de adultos mayores presentan un nivel de autoestima baja; mientras que el (38.5%) presentan un nivel de autoestima alta. Conclusión existe una relación significativa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores. (34)

**DELGADO CERROT Tatiana Yanina, 2014, Perú, Realizó una investigación sobre “capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”.** Objetivo: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Materiales y métodos: La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal. La población estuvo conformada por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Se utilizó como instrumento, la lista de chequeo, índice de Barthel, hoy en día uno de los instrumentos más utilizados para la medición de actividades básicas de la vida diaria. Resultados: se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una  $r = -0.433^{**}$  y una  $p = 0.013 \%$ ; se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado con una  $r = -0.101$  y una  $p = 0.677$ , no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo. Conclusiones: Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo. (35)

## **2.2. Bases epistémicas**

Los adultos mayores prehistóricos no dejaron, por supuesto, registro de sus actividades. Sin embargo, podemos suponer cuál fue su condición al comprobar que todas las culturas ágrafas que conocemos tienen una consideración parecida hacia sus senectos. Su longevidad es motivo de orgullo para el clan, por cuanto eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados. Se constituían en verdaderos intermediarios entre el presente y el más allá. Es por ello que los jueces, conductores, brujos y chamanes fueron hombres mayores. (17) En la literatura bíblica del Antiguo Testamento la vejez es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca la dignidad y la sabiduría de las personas mayores así como las cualidades de la vejez para cargos elevados. De esta manera, las personas mayores se convierten en ejemplo o modelo, así como en guía y enseñanza. La cultura griega ofrece multitud de actitudes y cambios sobre los roles, atributos y expectativas acerca de las personas mayores a través de los diferentes modelos culturales que jerarquizan las edades del individuo y las capacidades propias de cada edad. Fundamentalmente, destaca la concepción platónica y la concepción aristotélica que se diferencian en el sentido que otorgan a las personas mayores.

Edad media: En sus comienzos "época oscura", donde la fuerza física es imprescindible para la guerra, la vida del adulto mayor que ya no puede luchar no vale nada. El cristianismo no sentirá especial interés por los adultos mayores. La vejez es claramente un mal, un castigo divino, y por el contrario, el Paraíso es el lugar de la eterna juventud. En la época renacentista, se rechaza lo "senil", se evade el tema de la muerte, se da una imagen melancólica de la persona adulta mayor e

incluso se le atribuyen artimañas, brujerías y enredos. Se configura así un perfil renacentista mínimamente contrarrestado por la permanencia del estereotipo de la sabiduría. (19)

Los Incas, pueblo precolombino sin escritura, que alcanzó un grado de organización social muy elevada, fue capaz de integrar a los adultos mayores en la sociedad asignándoles un papel concreto. Los adultos mayores del pueblo tenían a su cargo la comunidad ya que estos conservaron su papel tradicional de archivos vivientes, la función de médicos, comadronas, y todos en conjunto realizaban un trabajo útil para el grupo. (18) "En la actualidad, la noción de adulto mayor está estigmatizada.

En conclusión la conducta humana observada a lo largo de la historia presenta la siguiente evolución: el cuidado del anciano está supeditado a la supervivencia del grupo; el cuidado del anciano se asegura mediante vínculos de carácter moral o normas legislativas; el cuidado del anciano se lleva a cabo a través de instituciones de carácter caritativo; el cuidados del anciano se lleva a término por profesionales debidamente cualificados o lo que es lo mismo en este caso por las enfermeras que actúan como gestoras de los cuidados ante un problema creciente que es el aumento del número de personas dependientes. (2)

### **2.3. Bases culturales**

Las posibilidades de permanecer sano y en buenas condiciones en la vejez dependen del estilo de vida, en especial del ejercicio y la dieta.

Los adultos que viven en la pobreza tienen menores probabilidades de practicar conductas saludables como realizar actividades físicas en su

tiempo libre, evitar el tabaquismo y mantener un peso corporal apropiado.

¿La religión o espiritualidad influyen en la salud y el bienestar? La religión adquiere cada vez más importancia para mucha gente a medida que envejece. En una encuesta aplicada representativa, casi 50% de los adultos estadounidenses en sus setenta y ochenta dijeron que asistían todas las semanas a los servicios religiosos. La religión parece desempeñar un papel de apoyo para muchos de ellos. Algunas posibles explicaciones incluyen el apoyo social, la motivación para adoptar estilos de vida saludables, la percepción de ejercer control sobre la vida por medio de la oración, la promoción de estados emocionales positivos, la reducción del estrés y la fe en Dios como una manera de interpretar las desgracias.

En la sociedad de hoy imperan algunos valores como la competitividad, la productividad, el afán de riqueza, la juventud o la belleza. Las personas mayores han de luchar muchas veces contra estos, demostrando que existen otros muchos más importantes como la experiencia, la paciencia, la serenidad y muchos otros, de los que está muy necesitada la sociedad actual.

Existen distintos aspectos de la vida del anciano en relación con la vida social, como las relaciones con los amigos y la familia, la sexualidad, las actividades de tiempo libre, la jubilación y los lugares de hábitat.

Para el anciano, igual que para el resto de las personas, es muy importante las relaciones con los otros. El hombre es un ser social por naturaleza. Si deja de relacionarse y se aísla, se empobrece.



En la vejez existe una cierta tendencia al aislamiento y a la soledad. Debemos de luchar contra ambos. (3, 4)

#### **2.4. Bases científicas**

- **Teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem**

La teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por las siguientes cuatro teorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o los amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente. La teoría del cuidado dependiente “explica el modo en que se modifica el sistema de autocuidado cuando se dirige hacia una persona (adulto mayor) que es socialmente dependiente y necesita ayuda para satisfacer sus requisitos de autocuidados” son socialmente dependientes e incapaces de atender su demanda de autocuidados terapéuticos, es necesaria la ayuda de otras personas. En muchos sentidos, el autocuidado y el cuidado dependiente van en paralelo, con la principal diferencia de que cuando proporciona cuidado dependiente, la persona está satisfaciendo las necesidades de autocuidado de otra persona. Para el agente de cuidado dependiente, las demandas de proporcionar cuidado dependiente pueden influir o condicionar la demanda de autocuidados terapéuticos del agente y la agencia de autocuidado. Es de esperar que la necesidad de cuidado dependiente aumente con el incremento de la edad de la población y el número de personas que viven con dolencias crónicas y/o incapacitantes.

- La teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. (5)

En nuestro trabajo de investigación esta teoría orienta al personal de enfermería a proporcionar habilidades y métodos de autocuidado y comprensión que tiene el paciente para que pueda sobrellevar su enfermedad o limitaciones que lo aquejan, la cual evidenciamos en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl en residentes parcialmente dependientes.

- **Teoría de la adaptación de Callista Roy**

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.
- Meta: que el paciente se adapte al cambio.
- Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

- Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Según Roy, el objetivo de las enfermeras es “mejorar el nivel de adaptación de los adultos mayores y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener buena salud, buena calidad de vida y a morir con dignidad”. La

enfermería cumple su rol único, ya que facilita la adaptación al analizar el comportamiento de los cuatro modos de adaptación y de los factores que influyen en ella y al intervenir en el fomento de la capacidad de adecuación, además de mejorar las interacciones del entorno del adulto mayor. (5)

En nuestro trabajo de investigación esta teoría orienta al personal de enfermería a proporcionar habilidades y métodos de adaptación para que el residente pueda confrontar y sobrellevar su enfermedad y/o discapacidad.

## **2.5. Marco conceptual**

- **Envejecimiento:**

Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocados desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos. Envejecer es algo natural como el paso del tiempo, envejecer no es una enfermedad ni un problema psicológico o social sino que se trata sencillamente de una etapa más de la vida del ser humano. La vejez es una etapa nueva llena de expectativas y posibilidades. Víctor Hugo lo definió con esta frase: "en los ojos del joven brilla la luz". (1, 6).

- **Calidad de vida:**

Diferentes definiciones han surgido sobre calidad de vida por ser un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, eficiencia económica, capacidad de gozar

bienes de consumo, belleza, capacidad de vivir la vida física y la relación con las características sobresalientes del entorno. Por ende cada persona tiene un concepto diferente de la vida y la calidad que le confiere; los demás no pueden siquiera imaginar tales contenidos. De igual manera, lo que hoy es bueno, mañana puede parecer inaceptable, lo cual hace del tema de la calidad de vida un asunto individual y dinámico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994 ha definido por consenso a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. (7, 8, 9)

El utilitarismo propone cuatro parámetros para medir la calidad de vida:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y sentido del bienestar.
- Interacciones sociales y los factores económicos.
- Factores éticos o de valor, según lo que la sociedad decida, pero sin referencia al bien de todas las personas, y no solo de aquellas que son productivas. (7) Es necesaria la existencia de un sistema específico para cuidar a la población anciana. El término sistema hace referencia a un enfoque metódico, que busca la eficacia, y que dispone de los recursos necesarios para llevar a término esos cuidados con un nivel de calidad óptimo. (10)

- **Instrumento para medir calidad de vida (World Health Organization Quality of life Questionnaire-OLD).**

El proyecto WHOQOL-OLD tiene como objetivo desarrollar y probar una evaluación de la calidad de vida para las personas mayores. Comenzó en 1999, como cooperación científica de varios centros. El objetivo del proyecto fue desarrollar y probar una medida genérica de calidad de vida en adultos mayores para uso internacional/intercultural. El proyecto fue financiado por la Comisión Europea, y se llevó a cabo bajo los auspicios del Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL Group).

El módulo WHOQOL-OLD consta de 24 elementos de escala Likert asignados a seis facetas: "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades pasadas, presentes y futuras", "Participación social", "Muerte y agonía" e "Intimidad". Cada una de las facetas tiene 4 elementos, por lo que para todas las facetas la puntuación de los valores posibles puede variar de 4 a 20, siempre que todos los elementos de una faceta hayan sido completados. (36)

Las puntuaciones de estas seis facetas o los valores de los 24 ítems únicos del módulo WHOQOL-OLD pueden combinarse para producir un puntaje general para la calidad de vida en adultos mayores compuestos por las siguientes dimensiones:

- **Capacidad sensorial:** Es la capacidad de procesar sensaciones tales como el tacto, los sonidos, la luz, el gusto y el movimiento (1). Para este estudio evalúa la perspectiva que tienen los adultos mayores sobre sus habilidades sensoriales y cómo repercute en su vida diaria.

- **Autonomía:** Se refiere a la regulación de la conducta por normas que surgen del propio individuo. Autónomo es todo aquél que decide conscientemente qué reglas son las que van a guiar su comportamiento. Tener autonomía quiere decir ser capaz de hacer lo que uno cree que se debe hacer, pero no sólo eso. También significa ser capaz de analizar lo que creemos que debemos hacer y considerar si de verdad debe hacerse o si nos estamos engañando. Para este estudio evalúa la libertad que tienen los adultos mayores para tomar decisiones con respecto a su desarrollo personal. (11)
- **Actividades pasadas, presentes y futuras:** A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo es por ello que sus actividades no serán como antes ya que estos cambios son progresivos e inevitables. Para este estudio evalúa la reducción del funcionamiento de los organismos de los adultos mayores.
- **Participación/aislamiento:** la participación en organizaciones comunitarias permite al adulto mayor canalizar adecuadamente su tiempo libre y al mismo tiempo contribuir a mejorar su calidad de vida es más, la actividad comunitaria es una oportunidad válida para aportar soluciones para adultos mayores (Romo Ma. 1999). Esta forma de integración permite al adulto mayor unirse a sus pares y compartir más allá de la carencia, desarrollando potencialidades a partir de este contacto. Por otro lado hablamos del aislamiento es todo lo contrario. (20)

Aislamiento. El aislamiento ha sido definido de forma muy variada en la literatura científica confundándose frecuentemente con soledad y exclusión. En general, se habla de aislamiento social como la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y de un nivel bajo de participación en la vida comunitaria. El aislamiento social implica experimentar una serie de factores como bajo nivel de participación social y niveles de actividad social que la persona percibe como inadecuada. Hall y Havens (1999) definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenido. Para este estudio evalúa las interacciones y aislamientos que pueden tener los adultos mayores y cómo repercute en cada uno de ellos. (17)

- **Intimidad:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el placer sexual como un derecho humano básico. Según la OMS "La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor". Se define como Salud Sexual Geriátrica "la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito" (Maslow). Es así como en la vejez el concepto de la sexualidad se basa principalmente en la "calidad de la relación" integrando componentes tales como: personalidad, intimidad, género, pensamientos, sentimientos,



intereses y valores, etc. Para este estudio evalúa la comunicación entre compañeros en una relación de confianza y amor. (21)

- **Muerte Y Agonía:** El acto de morir es un proceso normal que le ocurre a todos los seres vivos. Y al igual que el acto de nacer, constituye una parte más de la existencia. Es una experiencia única de cada persona, que representa la culminación del proceso global de envejecimiento. La muerte, a pesar de ser un hecho natural, es un tabú en la sociedad actual. Esta constituye un acontecimiento especial en la vida; en muchos aspectos la muerte en la vejez presenta una cualidad diferente a la muerte de individuos de otras edades. En la persona mayor es menos trágica, parece más justa que en un joven donde la circunstancia de su muerte es probable que sea traumática, en cambio los ancianos moribundos aceptan el hecho de que la vida es finita y puede parecer algo natural. Para este estudio evalúa los acontecimientos, experiencias, temores que padecen los adultos mayores tras la muerte o agonía. (22, 23)
- **Dependencia:**

La organización mundial de la salud distingue entre daños, discapacidades y limitaciones. Una enfermedad puede determinar el funcionamiento de un órgano. Esta insuficiencia con el tiempo produce una disminución de la capacidad para realizar algunas tareas. (12) Por tanto la dependencia es definida como “la disminución o incapacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria. Barthel la describe como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”. La Asociación

Americana de Retraso Mental, la define como "la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas". (24) La inmovilidad se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El anciano inmovilizado se considera un paciente de alto riesgo que puede llegar a desarrollar complicaciones médicas; es dependiente en las actividades básicas de la vida diaria y candidato a la institucionalización. Se ha demostrado que la fuerza muscular del musculo extensor de la rodilla, un musculo crucial para la movilidad y el balance, disminuye con la edad, que las mujeres tienen menos fuerza muscular que los hombres y que no existen diferencias raciales en la fuerza muscular. (7)

- **Instrumento para Medir Nivel de Dependencia (Índice de KATZ)**

En 1958, fue creado el índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria, por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz, formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del "The Benjamín Rose Hospital" (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de caderas; y publicado por primera vez un año después, con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living.

Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas, como el infarto cerebral o la artritis reumatoide, tanto en pacientes institucionalizados como ambulatorios. Hoy en día es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo.

El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza, se considera dependiente, aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas. (13)

- **Baño:** La ejecución independiente del baño y la higiene personal suele ser la primera actividad de automantenimiento que queda afectada cuando un adulto mayor experimenta un deterioro funcional. Es también la que se considera más peligrosa de todas las actividades básicas por el riesgo de caídas y traumatismos y por su complejidad física. (25)
  - Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía)
  - Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo. (14,37)
  
- **Vestido:** Se refiere a la capacidad de vestirse del adulto mayor, elegir la ropa adecuada según la temperatura, costumbres, planes diarios, colocarse la ropa según sus necesidades.(39)
  - Independiente: Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
  - Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido. (14,37)

- **Uso del retrete:** Se denomina retrete al elemento sanitario utilizado para recoger y evacuar los excrementos y la orina humana hacia la instalación de saneamiento.
  - Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.
  - Dependiente: Precisa ayuda para ir al W.C.(14,37)
  
- **Movilidad:** El envejecimiento es concebido como un período corto de movilidad, incapacidad y dependencia. La gran mayoría de los adultos mayores presenta algún grado de limitación en su movilidad y sufre por esto las dificultades de adaptación para desplazarse; este deterioro genera vulnerabilidad, que da como resultado la definición de personas frágiles con pronóstico reservado en algunos casos, los cuales incluyen discapacidad, dependencia, caídas, internación y mortalidad, en los adultos mayores.(38)
  - Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
  - Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos. (14,37).
  
- **Continencia:** Es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante o incontrolable de esta. Puede ocurrir a cualquiera, pero es más común en adultos mayores. Las mujeres lo experimentan el doble en comparación a los hombres.
  - Independiente: control completo de la micción y defecación.

- Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.(14,37)
  
- **Alimentación:** Se puede decir que este es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen vida que sea de aquellos elementos que requiere para vivir. La alimentación es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia.
  - Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.
  - Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.(14,37)
  
- **Evaluación del Índice de KATZ**
  - A: Independiente para todas las funciones.
  - B: Independiente para todas las funciones menos para una cualquiera.
  - C: Independiente para todas, menos para el baño y otra función cualquiera.
  - D: Independiente para todas las funciones menos para el baño, el vestido y otra cualquiera.
  - E: Independiente para todas las funciones menos para el baño, el vestido, el uso del retrete y otra cualquiera.

F: Independiente para todas las funciones menos para el baño, el vestido, el uso del retrete, las transferencias y otra cualquiera.

G: Dependiente para todas las funciones.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente. (26)

## 2.5 Definición de términos básicos

- **Calidad de vida:** la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. (7, 8, 9)
- **Dependencia:** Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, de la enfermedad o de la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la

atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (27)

- **Envejecimiento:** Envejecimiento: es un fenómeno complejo y multidimensional que puede observarse en una sola célula y desminarse a todo el sistema. Aunque ocurra a distintas velocidades, dentro de parámetros bastante estrechos, el proceso es impecable. El envejecimiento es normal, con cambios físicos y conductuales esperados, que ocurren en todas las personas cuando llegan a ciertos momentos de gran importancia. (15)

- **Percepción:** Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. (16)

Capacidad de los organismos para obtener información sobre su ambiente a partir de los efectos que los estímulos producen sobre los sistemas sensoriales, lo cual les permite interactuar adecuadamente con su ambiente. (28)

### III. VARIABLES E HIPOTESIS

#### 3.1. Variables de la investigación

$V_i$ : Nivel de dependencia

$V_d$ : Percepción de la calidad de vida

#### 3.2. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
Percepción de la calidad de vida	Engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, capacidad de gozar bienes de consumo, capacidad de vivir la vida y la relación con las características sobresalientes del entorno.	Se considera el bienestar y el desarrollo personal, estos están relacionados con el sentirse bien con uno mismo, además de las necesidades y los gustos de cada uno.	Capacidad sensorial  Autonomía	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impedimentos</li><li>• Habilidades</li><li>• Funcionamiento</li> <li>• Decisiones</li><li>• Capacidad</li><li>• Libertad</li></ul>	Cuestionario WHOQOL-OLD



			<p>Actividades pasadas, presentes y futuras</p> <p>Participación/ aislamiento</p> <p>Intimidad</p> <p>Muerte y agonía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicidad/Esperanza</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Reconocimiento</li>   <li>• Satisfacción</li>   <li>• Sentimiento</li> <li>• Amar</li>   <li>• Preocupación</li> <li>• Temor</li> </ul>	
--	--	--	---	---	--

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN
Nivel de dependencia	Estado en el que se encuentran las personas que tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual.	Se considera a las actividades de la vida diaria. Las cuales son acciones que se llevan a cabo para cubrir las necesidades básicas de un ser humano.	Baño Vestido Uso del retrete Movilidad Continencia Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Autonomía</li> <li>•Autonomía</li> <li>•Autonomía</li> <li>•Autonomía</li> <li>•Control</li> <li>•Incontinencia</li> <li>•Autonomía</li> </ul>	Nominal

### **3.3. Hipótesis**

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul 2016.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul 2016.

## **IV. METODOLOGIA**

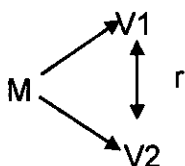
### **4.1. Tipo de investigación**

La investigación es de enfoque o tendencia cuantitativa, con nivel de orientación aplicada de corte transversal de tipo descriptivo y con un diseño no experimental.

- **Cuantitativa:** Porque permite medir o cuantificar las variables, en este caso nivel de dependencia y calidad de vida.
- **Descriptiva:** Porque describe de manera objetiva el estado actual de las variables dependencia y calidad de vida.
- **Transversal:** Porque se estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- **Aplicada:** Debido a que parte de la realidad para transformarla y se caracteriza por su interés en la ejecución, utilización y consecuencias prácticas de los conocimientos.

## 4.2. Diseño de la investigación

El diseño de estudio es no experimental de corte trasversal, correlacional en donde la variable M es la muestra, V1 (dependencia) que se relacionó con la variable V<sub>2</sub> (percepción de calidad de vida); se representa de la siguiente manera.



## 4.3. Población y muestra

### 4.3.1 Población:

La población de estudio estuvo constituida por 165 adultos mayores de 60 años pertenecientes al Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl a quienes se les aplicara los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### ➤ Criterios de inclusión:

- ✓ Residente que tengan de 60 años a mas
- ✓ Residentes sin deterioro cognitivo
- ✓ Residentes que no presentan demencia senil
- ✓ Residentes que aceptan el consentimiento informado
- ✓ Residentes que comprendan el español
- ✓ Residentes autovalentes

#### ➤ Criterios de exclusión:

- ✓ Residente menores de 60 años
- ✓ Residentes con deterioro cognitivo

- ✓ Residentes que presentan demencia senil
- ✓ Residentes sordomudos
- ✓ Residentes que no aceptan el consentimiento informado
- ✓ Residentes que no comprendan el español.
- ✓ Residentes frágiles.

#### 4.3.2 Muestra:

La muestra estuvo constituida por 68 usuarios mayores de 60 años pertenecientes a Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl, para lo cual se aplicó el muestreo proporcional.

La forma para el cálculo fue la siguiente:

**Datos:**

$$n_0 = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

$n_0$  (Tamaño de la Muestra inicial) = ?

$Z$  (Nivel de confianza) = 1,96

$p$  (Probabilidad de éxito) = 0,5

$q$  (Probabilidad de fracaso) = 0,5

$N$  (Tamaño de la Población o universo Muestral) = 165

$E$  (Error máximo tolerable) = 0,05

Reemplazando los valores:

$$\frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 165}{(0.05)^2(165 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 165}{(0.05)^2(165 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n_0 = \frac{158.466}{1.3704}$$

$$n_0 = 116$$

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$n_0$  (Tamaño de la Muestra inicial) = ?

$n_f$  (Tamaño de la Muestra final) = ?

$N$  (Tamaño de la Población o universo Muestral) = 165

Reemplazando los valores:

$$n_f = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_f = \frac{116}{1 + \frac{116}{165}}$$

$$n_f = \frac{116}{1.703}$$

$$n_f = 68$$

#### 4.3.3 Área de estudio

El estudio se realizó en Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl que se encuentra ubicado en La Victoria. La investigación se realizará específicamente con adultos mayores de 60 años.

#### 4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la observación, el índice de Katz que es un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación la cual mide el grado de dependencia. (ANEXO 2 véase en la pág. 80). El cual se puntuó de la siguiente manera:

- 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente
- 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.

La sumatoria de los puntajes nos da la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Otra técnica que se utilizó fue el cuestionario (WHOQOL-OLD), que constó de 17 preguntas de asignados a seis facetas: "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades pasadas, presentes y futuras", "Participación social", "Muerte y agonía" e "Intimidad" (**ANEXO 2 véase en la pág. 80**). El cual se puntuó de la siguiente manera:

- Alta: >49
- Media: 42 -49
- Baja: <42

Las preguntas fueron adaptadas a la realidad del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl. También se utilizó la historia clínica y kardex para recopilar información sobre los datos generales antecedentes y diagnósticos.

Los cuestionarios se diseñaron según el marco teórico, teniendo como objetivo relacionar la dependencia y la percepción de la calidad de vida. El instrumento fue de carácter anónimo, lo cual permitió obtener un mayor porcentaje de respuestas sinceras.

#### **4.5. Procedimientos de recolección de datos**

Para llevar a cabo la recolección de datos se realizó los trámites administrativos, mediante oficios a nombre de los investigadores del estudio, dirigido a mesa de partes de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, siendo aprobado por el director de Proyección Social con el fin de obtener las facilidades y autorización correspondiente para la aplicación de nuestro proyecto de investigación. Posteriormente se llevó a cabo una reunión con la coordinadora de enfermería de dicho centro. Seguidamente se hizo la entrega del consentimiento informado y se aplicaron 2 instrumentos: el cuestionario



de WHOQOL-OLD que consta de 17 ítems y el cuestionario índice de Katz que consta de 6 ítems un instrumento ya validado para los adultos mayores; los cuales tuvieron una duración de 15 minutos y 10 minutos respectivamente; con previa información se observó y evaluó a cada residente donde se le explico el objetivo del trabajo e importancia del mismo.

#### **4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos**

El cuestionario de WHOQOL-OLD que consta de 17 ítems fue validado por 8 jueces expertos en el tema, para ver el grado de concordancia significativa de acuerdo a los resultados por cada juez se usó la prueba binomial dando como resultado  $<0.021$  con grado de concordancia significativa. Seguidamente se hizo una prueba piloto siendo el tamaño de la muestra 10 encuestados y para determinar el nivel de confiabilidad se utilizó el Alpha de Cronbach dando como resultado 0.803. Para la contrastación de hipótesis con los resultados se usó la prueba estadística Rho de Spearman con el software estadístico SPSS versión 21, el cual es una prueba estadística para medir el nivel de correlación entre ambas variables.

## V. RESULTADOS

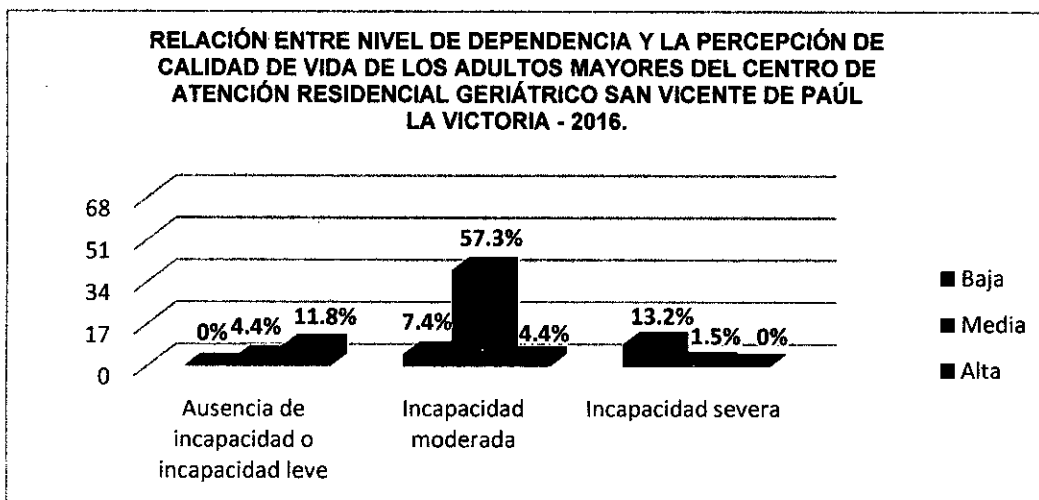
TABLA 5.1

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016

Percepción de calidad de vida Nivel de dependencia	Baja		Media		Alta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	0	0	3	4.4%	8	11.8%	11	16.2%
Incapacidad moderada	5	7.4%	39	57.3%	3	4.4%	47	69.1%
Incapacidad severa	9	13.2%	1	1.5%	0	0	10	14.7%
Total	14	20.6%	43	63.2%	11	16.2%	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.

GRÁFICO 5.1



En el gráfico 5.1 del 100%(68) encuestados se observa que del grupo que presenta incapacidad moderada el 57.3%(39) tiene una percepción de calidad de vida media; mientras que para el grupo de incapacidad severa e incapacidad leve ninguno presenta una percepción de calidad de vida alta y baja respectivamente.

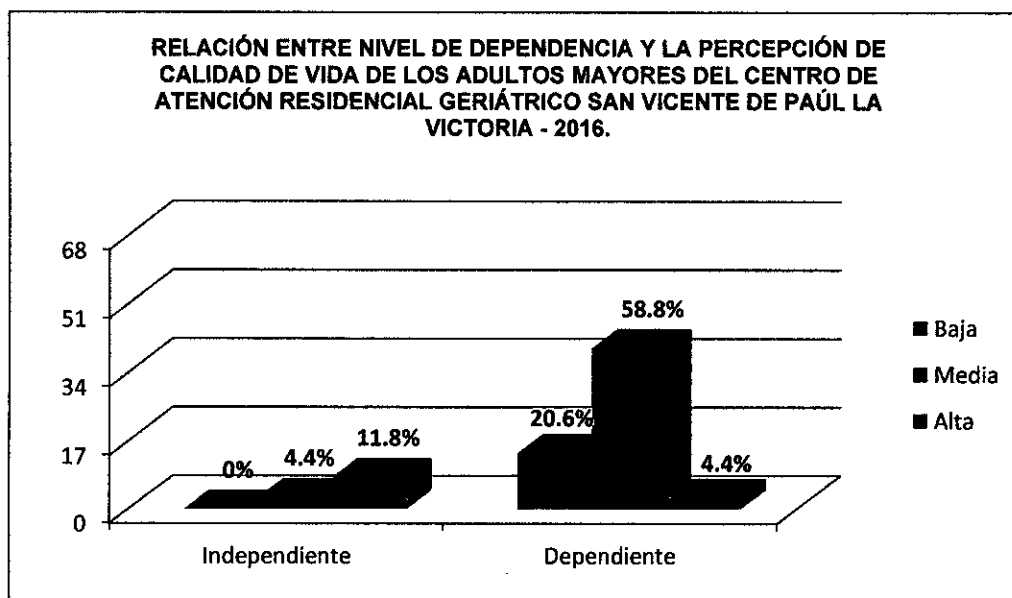
**TABLA 5.2**

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

Percepción de calidad de vida \ Nivel de dependencia	Baja		Media		Alta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Independiente	0	0%	3	4.4%	8	11.8%	11	16.2%
Dependiente	14	20.6%	40	58.8%	3	4.4%	57	83.8%
Total	14	20.6%	43	63.2%	11	16.2%	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.

**GRÁFICO 5.2**



En el gráfico (5.2) del 100%(68) encuestados se observa que en el grupo de los dependientes el 58.8%(40) tienen una percepción de calidad de vida media; mientras que en el grupo de los independientes ninguno tiene una percepción de calidad de vida baja.

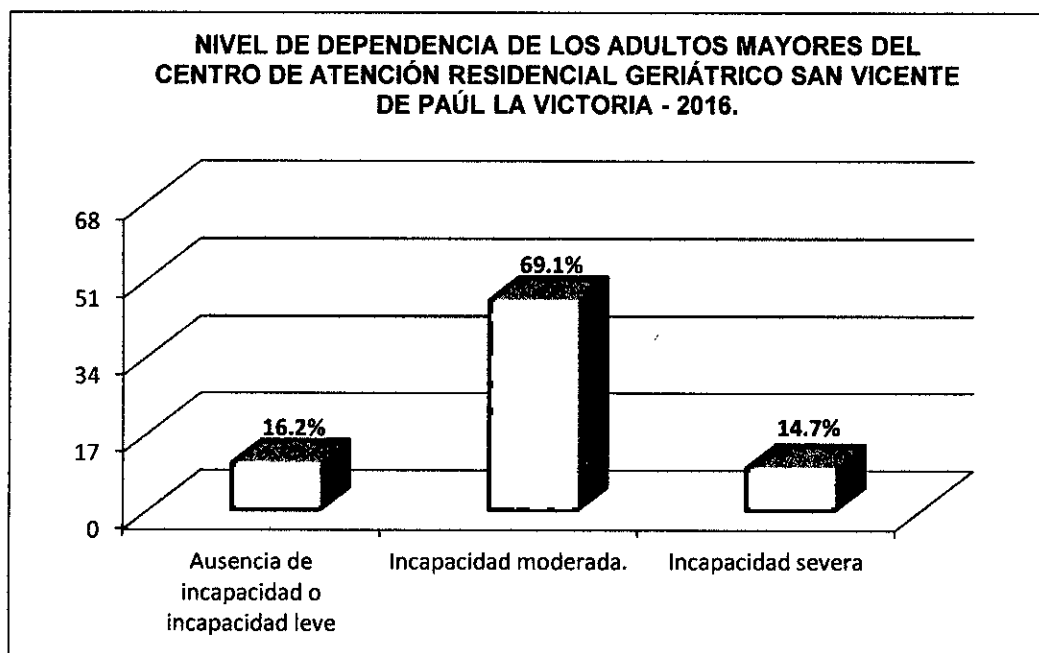
**TABLA 5.3**

**NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

NIVEL DE DEPENDENCIA	N°	%
Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	11	16.2%
Incapacidad moderada.	47	69.1%
Incapacidad severa	10	14.7%
Total	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRÁFICO 5.3**



En el gráfico 5.3 se observa que del 100%(68) de encuestados el 69.1%(47) tiene incapacidad moderada y solo el 14.7%(10) tienen incapacidad severa.

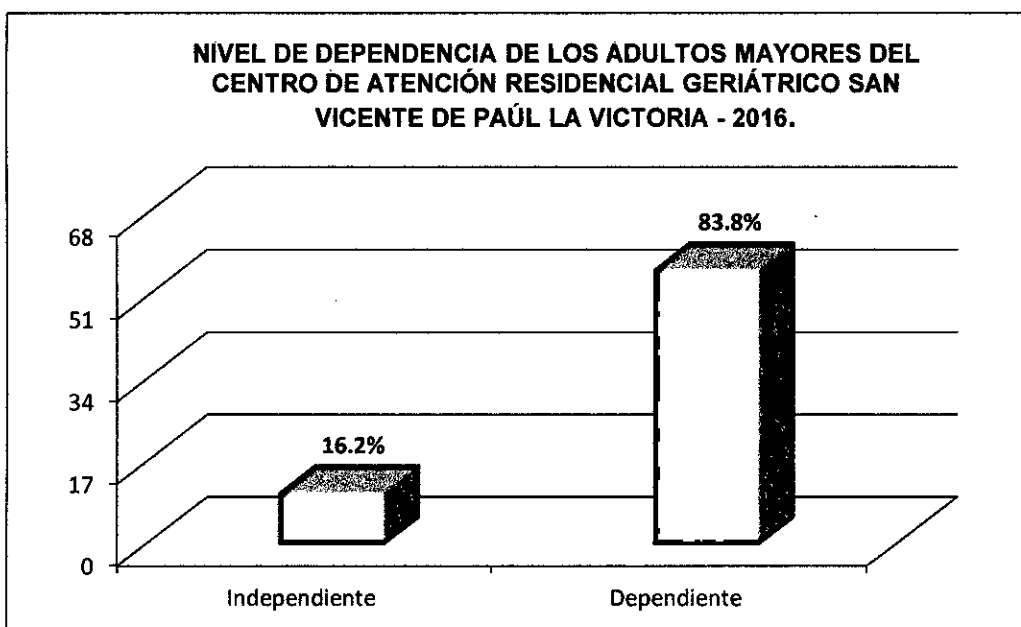
**TABLA 5.4**

**NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

NIVEL DE DEPENDENCIA	N°	%
Independiente	11	16.2%
Dependiente	57	83.8%
Total	68	100%

**FUENTE:** Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del centro de atención residencial geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRÁFICO 5.4**



En el gráfico (5.4) se observa que del 100%(68) de encuestados el 83.8%(57) es dependiente y solo el 16.2%(11) son independientes.

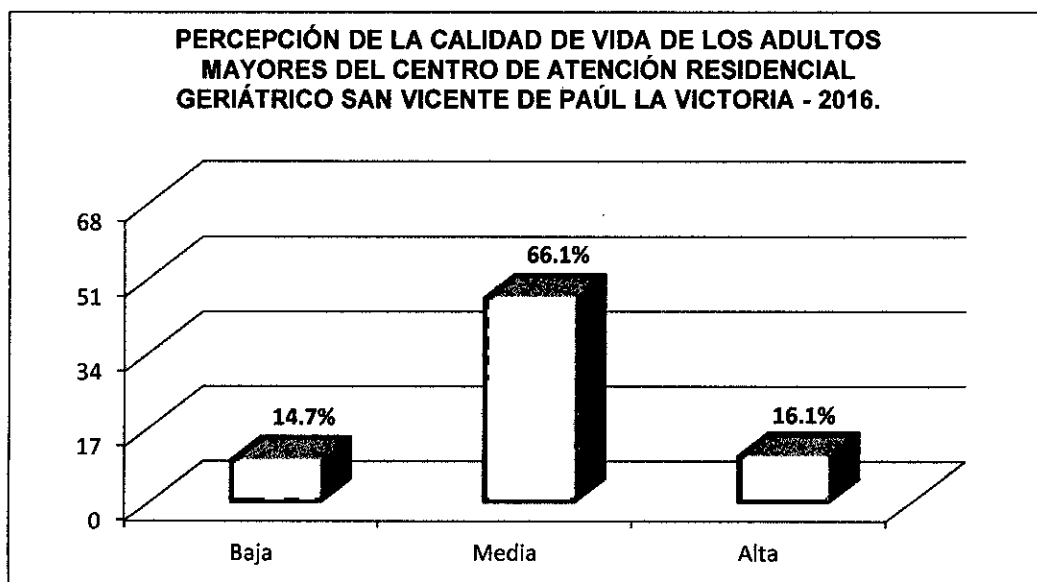
**TABLA 5.5**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	N°	%
Baja	10	14.7%
Media	47	69.1%
Alta	11	16.2%
Total	68	100%

**FUENTE:** Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICÓ 5.5**



En la graficó (5.5) se observa que del 100%(68) de encuestados el 66.1%(47) tienen una percepción de la calidad de vida media y solo el 14.7%(10) tienen una percepción de la calidad de vida baja.

## VI. DISCUSION DE RESULTADOS

### 6.1. Contratación de hipótesis con los resultados

Correlaciones			NIVEL DE DEPENDENCIA	CALIDAD DE VIDA
Rho de Spearman	NIVEL DE DEPENDENCIA	Coefficiente de correlación	1,000	-,303*
		Sig. (bilateral)	.	,012
		N	68	68
	CALIDAD DE VIDA	Coefficiente de correlación	-,303*	1,000
		Sig. (bilateral)	,012	.
		N	68	68

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Siendo:

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl - 2016.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl - 2016.

Se llega a aceptar la hipótesis general con un nivel de significancia de (0.012). Asimismo vemos que se establece un nivel de correlación negativa media (-0,303), siendo que está mucho más cercano a 0 que a -1. Por otro lado, se establece que es una correlación negativa, es decir, inversa, por lo que a mayor nivel de dependencia, menor será la calidad de vida; y viceversa.

## **6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares**

En la investigación se halló que hay una relación inversa y medianamente significativa entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores del centro de atención residencial geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria, por ejemplo en el estudio titulado "Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor" realizado por Loredo Figueroa A, Gallegos Torres R.M, Xequé Morales A.S, Palomé Vega G. y Juárez Lira A. encontraron que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró: correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.

En otro estudio titulado "Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico "Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro" realizado por Delgado Cerrot Tatiana Vanina, se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, por otro lado se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.



## **VII. CONCLUSIONES**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se formularon las siguientes conclusiones:

1. Existe una relación media e inversa entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida en los residentes del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.
2. Existe un nivel de dependencia moderada en los residentes del Centro de Atención Residencial San Vicente de Paúl La Victoria - 2016.
3. Los residentes del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl perciben una calidad de vida media.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

1. Mejorar la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los residentes del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria mediante la sensibilización a la enfermera en aplicar nuevas estrategias en el autocuidado.
2. Los residentes deben ser alentados y estimulados a realizar las actividades básicas de la vida diaria de la forma más independiente posible.
3. Revertir la percepción de la calidad de vida de los residentes del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria mediante una mejor interrelación entre enfermera y residente.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. GONZALES NIEVES y otros. **Nociones de geriatría y gerontología**. Perú. Editorial Universitaria. Primera edición. 2014.
2. QUINTANILLA MARTÍNEZ M. **Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriatricos**. España. Editorial Mansa. Segunda edición. 2006.
3. PAPALIA DIANE y otros. **Desarrollo Humano**. México. Editorial McGRAW-HILL. Undécima edición. 2010.
4. Bases culturales
5. RAILE ALLIGOOD. **Modelos y teorías en enfermería**. España. Editorial ELSEVIER. Octava edición. 2014.
6. RUBIO GUERRA y otros. **Controversias en geriatría**. México. Editorial Alfil. Primera edición. 2012.
7. D' HYVER y otros. **Geriatría**. México. Editorial Manual Moderno. Tercera edición. 2014.
8. RODRÍGUEZ GARCÍA y otros. **Prácticas de geriatría**. México. Editorial McGRAW-HILL. Tercera edición. 2011.
9. GUTIÉRREZ ROBLEDO y otros. **Gerontología y nutrición del adulto mayor**. México. Editorial McGRAW-HILL. Primera edición. 2010.
10. QUINTANILLA MARTINEZ. **Cuidados integrales de enfermería gerontogeriatrica**. Barcelona. Editorial Iñigo Legorburu. Segunda edición. 2006.
11. ABIZANDA SOLER y otros. **Tratado de medicina geriátrica**. España. Editorial ELSEVIER. Primera edición. 2014.
12. KANE ROBERT y otros. **Geriatría clínica**. México. Editorial McGRAW-HILL. 2004.
13. GUTIERREZ LUIS y otros. **Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores**. México. Editorial Panamericana. Segunda edición. 2002

14. Kane L y otros. **Geriatría Clínica**. México. Editorial McGRAW-HILL Interamericana. Cuarta edición. 2004.
15. Stanley M. y otros. **Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor**. México. Editorial McGRAW-HILL. Tercera edición. 2009.
16. LLOSA RICKETTS. **Diccionario escolar ilustrado**. Perú. Editorial Unimundo. Tercera edición. 2013.
17. Belén Santos y otros. **Personas mayores en aislamiento social**. Madrid. Editorial Psychosocial Intervention. Tercera edición. 2008.
18. TREJO MATURANA. **el viejo en la historia**. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v7n1/art08.pdf>. Artículo web. Consultada el 19 de octubre del 2016
19. CARBAJO VÉLEZ. **la historia de la vejez**. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003504.pdf>. Consultada el 19 de octubre 2016
20. ZAPATA FERIAS HERNAN. **Adulto mayor. Participación e identidad**. Disponible en: [file:///C:/Users/Santos/Downloads/18562-55829-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Santos/Downloads/18562-55829-1-PB%20(2).pdf). Artículo web. Consultada el 23 de octubre del 2016.
21. TAGLE CEDEÑO y otros. **sexualidad y afectividad en el adulto mayor**. Disponible en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Sexualidad\\_y\\_afectividad\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/Sexualidad_y_afectividad_en_el_adulto_mayor.pdf). Artículo web. consultada el 23 de octubre del 2016
22. CEBALLOS GARCÍA. **La Muerte en el Anciano**. disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/149%20La%20muerte.pdf>. Artículo web. Consultada el 25 de octubre del 2016.

23. **TORREGROSA CORTIÑAS y otros. Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal.** Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552005000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000100011). Artículo web. Consultada el 25 de octubre del 2016.
24. **FRANCISCO GONZÁLEZ y otros. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.** Disponible en: [<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>]. artículo web. Consultada el 28 de octubre del 2016.
25. **PAGANINI, JOSÉ M. Maestría en Salud Pública Orientación en Sistemas de Salud.** Disponible en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/38699/Documento\\_completo\\_.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/38699/Documento_completo_.pdf?sequence=1). Artículo web. Consultada el 28 de octubre del 2016.
26. **TRIGÁS FERRÍN y otros. Escalas de valoración funcional en el anciano.** Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>. Artículo web. Consultada el 2 de noviembre del 2016.
27. **BALBONTÍN LÓPEZ. Impacto de la ley de dependencia en las personas con enfermedad mental, desde la óptica de la autonomía personal** disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Impactoleydependenciadesdeautonomiapersonal-AntonioBalbontin.pdf>. Artículo web. Consultada el 2 de noviembre del 2016.
28. **GARCIA M. introducción al estudio de la percepción** disponible en: <http://www4.ujaen.es/~mrgarcia/Tema1PAM.pdf>. artículo web. consultada el 2 de noviembre del 2016.
29. **VARELA PINEDO. salud y calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.**

- disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v33n2/1726-4642-rpmesp-33-02-00199.pdf>. Artículo web consultada el 28 de setiembre del 2016.
30. **CORUGEDO RODRÍGUEZ. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Revista Cubana de Medicina General Integral.** disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30\\_2\\_14/mgi06214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_2_14/mgi06214.htm). Artículo web consultada el 28 de setiembre del 2016.
31. **TOAPANTA MENDOZA. Nivel de dependencia funcional del adulto mayor con trastorno mental**
32. **LOREDO FIGUEROA y otros. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor.** disponible en: [file:///C:/Users/Santos/Downloads/1-s2.0-S1665706316300197-main%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Santos/Downloads/1-s2.0-S1665706316300197-main%20(1).pdf). Artículo web. Consultada el 28 de setiembre del 2016.
33. **MELGUIZO HERRERA y otros. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena.** Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a08.pdf>. Artículo web. Consultada el 28 de setiembre del 2016.
34. **MARTÍNEZ ZAMORA y otros. Grado de dependencia funcional y nivel de autoestima del adulto mayor del distrito de Guadalupe.** Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7655/TESIS%20ENFERMER%C3%8DA.pdf?sequence=1>. Artículo web. Consultada el 28 de setiembre del 2016.
35. **DELGADO CERROT. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro”.** Disponible en:

- [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1063/1/degado\\_cty.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1063/1/degado_cty.pdf). Artículo web. Consultada el 28 de setiembre en el 2014.
36. CHRISTIAN OSWALDO ACOSTA QUIROZ. **Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos.** Disponible en: <file:///C:/Users/solra/Downloads/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>. Artículo web. Consultada el 14 de noviembre del 2016.
37. Servicio Andaluz de Salud Consejería Salud. **Valoración de las actividades de la vida diaria -índice de Katz.** Disponible en: [http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice\\_de\\_katz.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_katz.pdf). Artículo web. Consultada el 2 de noviembre del 2016.
38. AGUDELO GARCIA y otros. **Caracterización de la movilidad de ancianos, según índice de Katz, en el Centro de Bienestar del Anciano San José de Pereira 2007.** Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n18/v11n18a06.pdf>. Artículo web. Consultada el 14 de noviembre del 2016.
39. Técnico Profesional. **Concepto del claves del índice de Katz o índice de las actividades básicas de la vida diaria.** Disponible en [http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS\\_TP/Materiales\\_para\\_odas\\_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2018%20Salud%20y%20autonom%C3%ADa%20del%20adulto%20mayor/recursos%20relacionados\(%C3%8DNDICE%20DE%20KATZ%20\).pdf](http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_odas_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2018%20Salud%20y%20autonom%C3%ADa%20del%20adulto%20mayor/recursos%20relacionados(%C3%8DNDICE%20DE%20KATZ%20).pdf). Artículo web. Consultada el 14 de noviembre del 2016.

# **ANEXOS**

## **INDICE DE ANEXOS**

**ANEXO 1:** Matriz de consistencia

**ANEXO 2:** Instrumentos de recolección de datos: cuestionario

**ANEXO 3:** Aplicación de la formula Stanones para la obtención de intervalos en la percepción de calidad de vida

**ANEXO 4:** Validación del instrumento (prueba binomial)

**ANEXO 5:** Consentimiento Informado

**ANEXO 6:** Tabla matriz de datos

**ANEXO 7:** Prueba Rho de Spearman y Prueba de Normalidad

**ANEXO 8:** Tablas de contenido

**ANEXO 9:** Confiabilidad del instrumento



## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>➤ <b>General</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?</p>	<p>➤ <b>General</b></p> <p>Determinar la relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria.</p>	<p>➤ <b>General</b></p> <p>Existe relación entre nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl - 2016.</p>	<p>Nivel de dependencia</p>	<p>Baño</p> <p>Vestido</p> <p>Uso del retrete</p> <p>Movilidad</p> <p>Continencia</p> <p>Alimentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Control</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Autonomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de investigación               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuantitativo</li> <li>✓ Aplicada</li> <li>✓ Descriptiva</li> <li>✓ Transversal</li> </ul> </li> <li>• Diseño de la investigación               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No experimental</li> </ul> </li> <li>• Símbolos del diseño</li> </ul> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <pre>               graph TD                 M --&gt; V1                 M --&gt; V2                 r --&gt; V1                 r --&gt; V2               </pre> </div>

<p>➤ <b>Específicos</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de dependencia de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?</p>	<p>➤ <b>Específicos</b></p> <p>Identificar el nivel de dependencia de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria.</p>	<p>➤ <b>Nula</b></p> <p>No existe relación entre el nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl - 2016.</p>	<p>Percepción de la calidad de vida</p>	<p>Capacidad sensorial</p> <p>Autonomía</p> <p>Actividades pasadas, presentes y futuras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impedimentos</li> <li>• Habilidades</li> <li>• Funcionamiento</li> <li>• Decisiones</li> <li>• Capacidad</li> <li>• Libertad</li> <li>• Esperanza</li> <li>• Satisfacción</li> <li>• Reconocimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población estará constituida por 165 adultos mayores de 60 años pertenecientes al Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl.</li> <li>• Muestra: El tamaño de la muestra se obtuvo mediante el muestreo proporcional y estuvo conformada por 68 adultos mayores de 60 años pertenecientes al Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La</li> </ul>
<p>¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria?</p>	<p>Identificar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria.</p>			<p>Participación/ aislamiento</p> <p>Intimidad</p> <p>Muerte agonía</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción</li> <li>• Sentimiento</li> <li>• Amar</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Temor</li> </ul>	

						<p>Victoria - 2016.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas e instrumentos <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuestionario</li> <li>✓ Historia clínica</li> <li>✓ Kardex</li> </ul> </li> <li>• Plan de análisis</li> </ul> <p>A través de cuadros estadísticos se identificara el nivel de dependencia en relación a la percepción de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria.</p>
--	--	--	--	--	--	--

## ANEXO 2

### INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CUESTIONARIO

#### CUESTIONARIO

#### **NIVEL DE DEPENDENCIA Y LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA 2016.**

OBJETIVO: Recolectar información de cada variable: nivel de dependencia y percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

INSTRUCCIONES: Marca con un aspa dentro del paréntesis ( ) la respuesta que consideras correcta. Este instrumento es de carácter anónimo y confidencial.

Agradecemos tu colaboración y participación.

---

#### **I. CALIDAD DE VIDA**

##### **CUESTIONARIO DE WHOQOL-OLD**

##### **A. Capacidad sensorial**

1. ¿En qué medida las alteraciones de algún sentido afecta su vida diaria?

- ( ) Nada 1
- ( ) Un poco 2
- ( ) Moderadamente 3
- ( ) Bastante 4
- ( ) Totalmente 5

2. ¿Hasta qué punto la pérdida de algún sentido afecta su participación en sus actividades?

- ( ) Nada 1
- ( ) Un poco 2
- ( ) Moderadamente 3
- ( ) Bastante 4
- ( ) Totalmente 5

3. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de alguno de sus sentidos?

- Muy insatisfecho 1
- Insatisfecho 2
- Ni insatisfecho ni satisfecho 3
- Satisfecho 4
- Muy satisfecho 5

#### **B. Autonomía**

4. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

5. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

6. ¿Cuánto siente que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

### **C. Actividades pasadas, presentes y futuras**

7. ¿Cuán feliz esta con las cosas que puedes esperar?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

8. ¿Qué tan satisfecho esta con lo que ha logrado en la vida?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

9. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

### **D. Participación/aislamiento**

10. ¿Qué tan satisfecho esta con su nivel de actividad?

- Muy insatisfecho 1
- Insatisfecho 2
- Ni satisfecho ni insatisfecho 3
- Satisfecho 4
- Muy satisfecho 5

11. ¿Qué tan satisfecho esta con la forma en que usa su tiempo?

- Muy insatisfecho 1
- Insatisfecho 2
- Ni satisfecho ni insatisfecho 3

- Satisfecho 4
- Muy satisfecho 5

### **E. Intimidad**

12. ¿Hasta qué punto siente el compañerismo en su vida?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

13. ¿En qué medida experimenta el amor en su vida?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Totalmente 5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Mayormente 4
- Totalmente 5

### **F. Muerte y agonía**

15. ¿Qué tan preocupado está usted en la forma en que morirá?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremadamente 5

16. ¿Cuánto teme no poder controlar su muerte?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremadamente 5

17. ¿Cuánto miedo tiene de morir?

- Nada 1
- Un poco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Extremadamente 5

Mick Powe. **World Health Organization**. Disponible en:  
file:///C:/Users/solra/Downloads/WHOQOLOLD\_Final\_Manual%20(1).pdf.  
Artículo web. Consultado el 14 de noviembre del 2016



## II. DEPENDENCIA

### CUESTIONARIO ÍNDICE DE KATZ

<b>1. Baño</b>	I: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	D: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	I: Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	D: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso de retrete</b>	I: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	D: Precisa ayuda para ir al W.C.	
<b>4. Movilidad</b>	I: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	D: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos	
<b>5. Continencia</b>	I: Control completo de micción y defecación.	
	D: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	I: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	D: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral	

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA disponible en:  
[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice\\_de\\_katz.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_katz.pdf). Artículo web.  
Consultado el 2 de noviembre del 2016.

### ANEXO 3

#### APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Para la clasificación de la percepción de calidad de vida de los residentes se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

1. Cálculo de  $\bar{X}$  promedio

$$\bar{X} = 45.19$$

2. Cálculo la Desviación Estándar

$$\sigma = 4.49$$

3. Se establecieron valores para a y b

$$a = x - 0.75(\sigma)$$

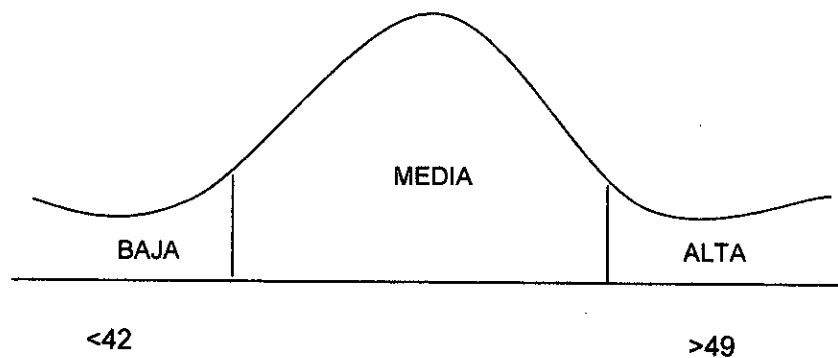
$$b = x + 0.75(\sigma)$$

$$a = 45.19 - 0.75(4.49)$$

$$b = 45.19 + 0.75(4.49)$$

$$a = 41.82$$

$$b = 48.56$$



#### CATEGORÍAS:

Baja	< 42
Media	De 42 a 49
Alta	> 49

#### ANEXO 4

#### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (PRUEBA BINOMIAL)

ITEM	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	0	1	1	1	1	0.031
8	1	1	1	0	1	1	0	1	0.109
9	1	1	1	1	1	1	0	1	0.031
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
									0.230

Validación del instrumento

Los valores considerados por los jueces respecto a los criterios para el análisis del instrumento de recolección son:

0: si la respuesta al criterio es negativa

1: si la respuesta al criterio es positiva

N = 8 (jueces expertos)

Para el cálculo se tiene:

$$\frac{P}{N^{\circ} \text{ de preguntas}} = \frac{0.230}{11} = 0.021$$

Si  $p < 0.05$ , el grado de concordancia es significativa de acuerdo a los resultados por cada juez.

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....  
con D.N.I.....Acepto participar de la investigación titulada  
"Nivel de dependencia y percepción de la calidad de vida de los adultos  
mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La  
Victoria - 2016"

Estoy informado sobre el estudio realizado por Merino Díaz Eliana, Olano  
Rodríguez Santos y Paucar Espinoza Luis; bachilleres de Enfermería de la  
Universidad Nacional del Callao, que tiene como objetivo: determinar la relación  
entre el nivel de dependencia y percepción de la calidad de vida.

Sé que dicho estudio es completamente voluntario. Puedo participar y  
abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado o perder  
beneficios. La información que brinde será confidencial y no se usará para  
ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Al aceptar participar en este estudio, soy consciente que debo completar un  
cuestionario que tomará aproximadamente 15 minutos de mi tiempo y que solo  
será para marcar.

Las respuestas que estos investigadores obtengan de mi cuestionario, serán de  
igual manera anónimas y confidenciales.

.....  
FIRMA

**ANEXO 6**

**TABLA MATRIZ DE DATOS  
CALIDAD DE VIDA**

<b>N</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>TOTAL</b>
1	1	1	1	2	1	3	3	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	27
2	1	1	2	2	5	3	3	2	2	3	4	1	2	4	2	1	1	39
3	3	3	2	1	3	1	4	2	2	3	2	3	3	3	2	1	1	39
4	1	1	2	3	3	3	3	3	2	4	3	2	3	4	1	1	2	41
5	5	4	5	2	3	4	3	2	1	2	3	1	2	3	1	1	2	44
6	4	1	2	3	3	4	3	2	3	4	4	2	1	5	1	1	1	44
7	2	2	3	1	4	4	4	2	2	4	4	2	4	4	1	1	1	45
8	3	3	4	3	4	2	4	3	1	4	3	4	1	4	3	1	1	48
9	2	2	4	4	3	5	4	1	5	4	5	3	3	4	1	1	2	53
10	3	3	4	3	3	4	4	2	4	4	4	4	3	4	3	3	2	57
11	1	1	3	4	5	3	4	1	1	3	4	3	3	4	1	1	2	44
12	2	1	1	2	1	4	3	2	3	4	4	1	2	4	3	1	1	39
13	2	3	2	2	5	4	3	2	2	2	3	3	3	4	2	1	1	44
14	3	1	2	1	3	4	4	2	1	4	5	4	1	4	1	1	2	43
15	2	4	2	3	3	2	2	1	5	4	4	3	3	3	2	1	2	46
16	2	1	5	2	3	5	4	3	4	2	2	4	1	4	1	1	1	45
17	2	2	2	3	3	4	4	2	2	4	3	2	1	4	2	1	2	43
18	3	3	3	1	4	3	4	1	1	3	3	3	3	4	2	1	2	44
19	1	2	4	3	4	3	4	2	3	4	4	4	1	4	2	1	1	47
20	2	3	4	4	3	3	4	3	2	2	4	3	3	3	3	1	1	48
21	1	1	4	3	3	3	4	1	1	3	3	1	1	4	3	1	2	39
22	1	1	1	2	3	4	3	2	5	4	5	3	2	4	1	1	2	44
23	3	3	2	1	3	3	3	1	4	2	4	4	1	4	3	1	2	44
24	2	1	2	3	3	3	4	2	1	4	3	3	2	3	4	1	2	43
25	3	4	2	2	3	1	2	2	3	4	3	4	2	4	2	1	2	44
26	3	1	5	3	4	3	4	2	2	3	4	2	2	4	2	1	1	46
27	3	2	2	1	4	4	3	1	1	2	4	3	1	3	1	1	3	39
28	1	3	3	3	3	4	3	3	5	4	3	4	3	5	3	1	2	53
29	2	2	4	4	3	4	4	2	4	3	5	4	1	4	2	3	2	53
30	1	3	4	3	5	2	2	2	1	4	4	2	3	4	3	3	2	48
31	2	1	4	4	1	5	4	2	3	2	4	3	1	3	2	1	1	43

32	3	1	3	2	5	4	4	1	2	3	4	3	2	4	1	3	1	46
33	1	3	1	2	3	4	4	3	1	4	4	4	1	4	3	1	2	45
34	2	1	2	1	3	4	4	2	5	2	3	3	2	3	2	1	2	42
35	2	4	2	3	3	3	4	1	4	4	4	1	2	4	3	1	2	47
36	3	1	2	2	3	3	4	2	5	2	2	3	1	4	1	1	1	40
37	2	2	5	3	4	1	3	3	4	4	4	4	4	3	3	1	3	53
38	2	3	2	1	4	3	3	1	1	3	4	4	1	3	3	1	2	41
39	1	2	3	3	3	4	4	2	3	4	3	3	3	3	4	1	1	47
40	1	3	4	4	3	4	2	1	2	2	5	4	3	4	3	1	1	47
41	3	1	4	3	5	4	4	2	1	3	4	3	3	4	3	1	2	50
42	1	1	4	3	3	2	3	3	5	4	4	4	2	4	2	1	2	48
43	5	3	2	4	3	5	4	2	4	2	4	2	3	3	3	3	2	54
44	4	1	3	3	3	4	4	1	1	4	4	3	2	3	1	2	2	45
45	2	4	4	2	3	2	4	2	3	2	4	4	1	3	3	1	2	46
46	3	1	4	2	4	5	3	3	2	4	3	2	2	3	3	1	2	47
47	2	2	4	1	4	4	3	1	1	3	5	3	3	3	4	1	1	45
48	3	3	3	3	3	2	4	2	5	4	4	4	1	4	2	1	2	50
49	1	2	1	2	3	5	2	1	4	2	2	3	3	4	2	1	2	40
50	2	3	2	3	1	4	4	2	5	3	3	1	1	5	1	1	1	42
51	2	2	2	1	5	4	3	2	4	4	3	4	3	4	4	1	2	50
52	3	3	2	3	3	4	4	2	1	2	4	2	1	1	4	1	2	42
53	2	1	5	4	3	2	4	1	3	4	2	3	2	3	3	1	1	44
54	2	1	2	3	3	5	4	3	2	2	5	4	1	3	1	1	2	44
55	2	3	3	2	3	4	4	2	1	3	4	3	2	3	3	1	2	45
56	3	1	4	2	4	4	4	2	5	4	4	1	3	4	3	1	1	50
57	1	4	4	1	4	2	3	2	4	2	4	3	1	4	4	1	1	45
58	2	1	4	3	3	5	3	3	1	4	5	4	3	4	3	1	1	50
59	1	2	5	2	3	4	4	1	3	4	4	3	1	4	3	1	1	46
60	1	3	2	3	3	4	2	2	1	4	4	4	2	2	3	1	2	43
61	3	2	3	2	3	4	4	1	3	4	4	4	1	3	1	1	2	45
62	2	3	4	2	4	4	3	2	2	4	5	3	2	3	3	1	2	49
63	3	1	4	1	4	2	4	3	1	4	4	4	2	3	4	1	2	47
64	3	2	4	3	1	5	4	2	5	3	2	3	2	4	2	1	2	48
65	3	3	3	2	5	4	4	1	1	3	3	1	1	4	2	3	2	45
66	1	2	1	3	3	4	3	2	3	4	3	4	2	4	1	1	1	42
67	2	3	2	1	3	4	3	3	2	4	4	2	1	4	4	1	1	44
68	1	1	2	3	3	4	4	1	1	4	2	3	2	4	4	3	1	43

**TABLA MATRIZ DE DATOS**

**INIDICE DE KATZ**

<b>N°</b>	<b>BAÑO</b>	<b>VESTIDO</b>	<b>USO DEL RETRETE</b>	<b>MOVILIDAD</b>	<b>CONTINENCIA</b>	<b>ALIMENTACION</b>	<b>TOTAL</b>
1	1	1	1	1	1	0	5
2	1	1	1	1	1	0	5
3	1	1	1	1	1	0	5
4	0	0	1	1	1	0	3
5	0	0	1	1	1	0	3
6	0	0	1	1	1	0	3
7	0	0	1	0	1	0	2
8	0	0	1	0	1	0	2
9	0	1	0	0	1	0	2
10	0	0	0	1	1	0	2
11	0	0	0	1	1	0	2
12	1	1	1	1	1	0	5
13	0	0	1	0	1	0	2
14	0	0	0	1	1	0	2
15	0	1	1	1	1	0	4
16	0	0	0	1	1	0	2
17	0	0	0	1	1	0	2
18	0	1	1	0	1	0	3
19	0	1	0	1	1	0	3
20	0	1	1	1	1	1	5
21	0	1	1	1	1	0	4
22	0	1	0	1	0	0	2
23	0	0	1	1	0	0	2
24	0	1	1	1	1	1	5
25	0	0	0	1	0	0	1
26	0	0	1	1	0	0	2
27	1	0	1	1	0	1	4
28	0	0	0	1	0	0	1
29	0	0	0	1	0	0	1
30	0	0	0	1	0	0	1
31	0	0	1	0	1	0	2
32	0	0	1	0	1	0	2

33	0	0	1	0	1	0	2
34	0	0	1	0	0	0	1
35	0	0	0	0	0	1	1
36	0	0	1	0	0	0	1
37	0	0	1	0	1	1	3
38	1	0	1	0	1	0	3
39	0	0	1	1	0	0	2
40	1	0	0	1	0	0	2
41	1	0	1	0	0	0	2
42	0	0	1	0	1	0	2
43	0	0	1	0	0	0	1
44	0	0	1	1	1	0	3
45	0	0	1	1	1	0	3
46	0	0	1	0	1	0	2
47	0	0	1	0	1	0	2
48	0	0	1	0	1	0	2
49	0	0	1	1	0	0	2
50	0	0	1	1	0	0	2
51	0	0	1	0	1	0	2
52	0	0	0	0	1	1	2
53	0	0	1	0	1	0	2
54	0	0	1	0	1	0	2
55	0	0	0	0	1	0	1
56	0	0	1	0	1	0	2
57	0	0	1	0	1	0	2
58	0	0	1	0	1	0	2
59	0	0	0	1	0	0	1
60	0	0	0	1	0	0	1
61	0	1	1	1	1	0	4
62	0	0	1	0	1	0	2
63	0	1	1	0	1	0	3
64	0	0	1	1	0	0	2
65	0	0	1	0	1	0	2
66	0	0	1	0	1	0	2
67	0	0	1	0	1	0	2
68	0	0	1	0	1	1	3



## ANEXO 7

### PRUEBA Rho de SPEARMAN

#### CORRELACION DE SPEARMAN

Correlaciones			NIVEL DE DEPENDENCIA	CALIDAD DE VIDA
Rho de Spearman	NIVEL DE DEPENDENCIA	Coefficiente de correlación	1,000	-,303*
		Sig. (bilateral)	.	,012
		N	68	68
	CALIDAD DE VIDA	Coefficiente de correlación	-,303*	1,000
		Sig. (bilateral)	,012	.
		N	68	68

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### PRUEBA DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
KATZ	,326	68	,000	,808	68	,000
CALIDAD	,107	68	,052	,936	68	,002

a. Corrección de la significación de Lilliefors

## ANEXO 8

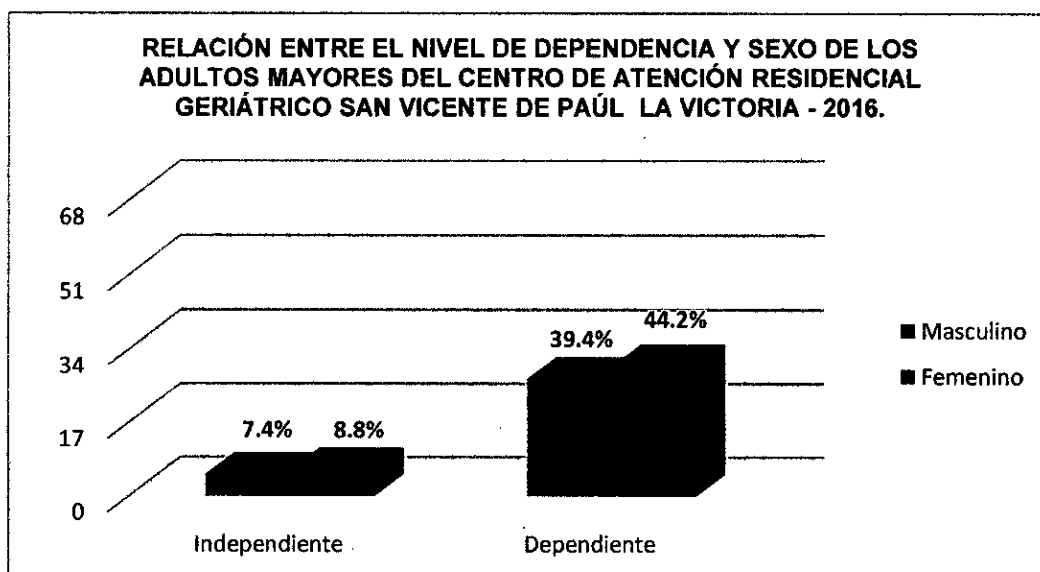
### TABLA DE CONTENIDOS TABLA 8.1

#### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA Y SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016

Nivel de dependencia \ Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N	%	N	%
Independiente	5	7.4%	6	8.8%	11	16.2%
Dependiente	27	39.7%	30	44.2%	57	83.8%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>47%</b>	<b>36</b>	<b>53%</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

#### GRAFICO 8.1



En el gráfico (8.1) del total de encuestados 100%(68) se observa que del grupo de los dependientes el 44.2%(30) son mujeres y 39.4%(27) son varones; en el grupo de los independientes el 8.8%(6) son mujeres y solo el 7.4%(5) son varones.

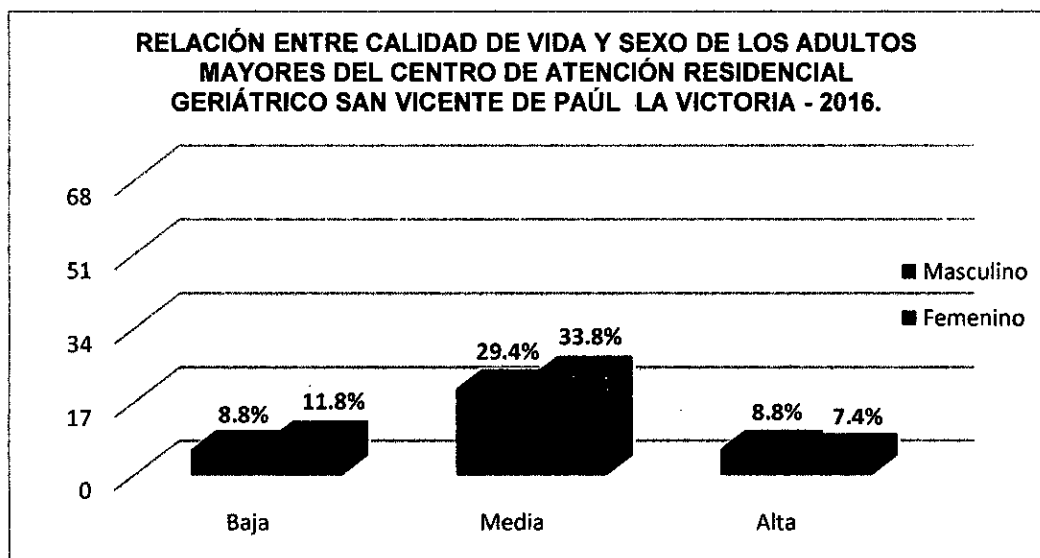
**TABLA 8.2**

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

Percepción de la calidad de vida \ Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baja	6	8.8%	8	11.8%	14	20.6%
Media	20	29.4%	23	33.8%	43	63.2%
Alta	6	8.8%	5	7.4%	11	16.2%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>47%</b>	<b>36</b>	<b>53%</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.2**



En el gráfico (8.2) se observa que del 100%(68) de encuestados el 63.2%(43) presentan una percepción de calidad de vida media dentro de las cuales el 33.8%(23) son mujeres y 29.4%(20) son varones; solo el 16.2%(11) presentan una percepción de calidad de vida alta dentro de las cuales el 8.8% son varones y el 7.4%(5) son mujeres.

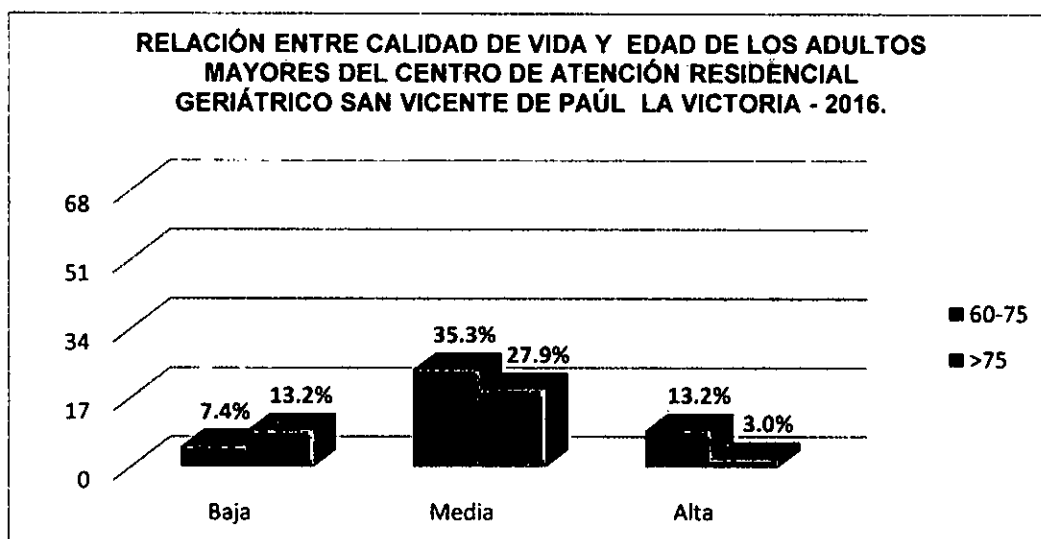
**TABLA 8.3**

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

Percepción de la calidad de vida	Edad		60 - 75		>75		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baja	5	7.4%	9	13.2%	14	20.6%		
Media	24	35.3%	19	27.9%	43	63.2%		
Alta	9	13.2%	2	3.0%	11	16.2%		
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>55.9%</b>	<b>30</b>	<b>44.1%</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>		

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.3**



En el gráfico (8.3) se observa que del 100%(68) de encuestados el 63.2%(43) presentan una percepción de calidad de vida media dentro de las cuales el 35.3%(24) tienen entre 60 y 75 años de edad y 27.9%(19) tienen más de 75 años; solo el 16.2%(11) presentan una percepción de calidad de vida alta dentro de las cuales el 13.2% (9) tienen entre 60 y 75 años de edad y el 3.0%(2) tienen más de 75 años.

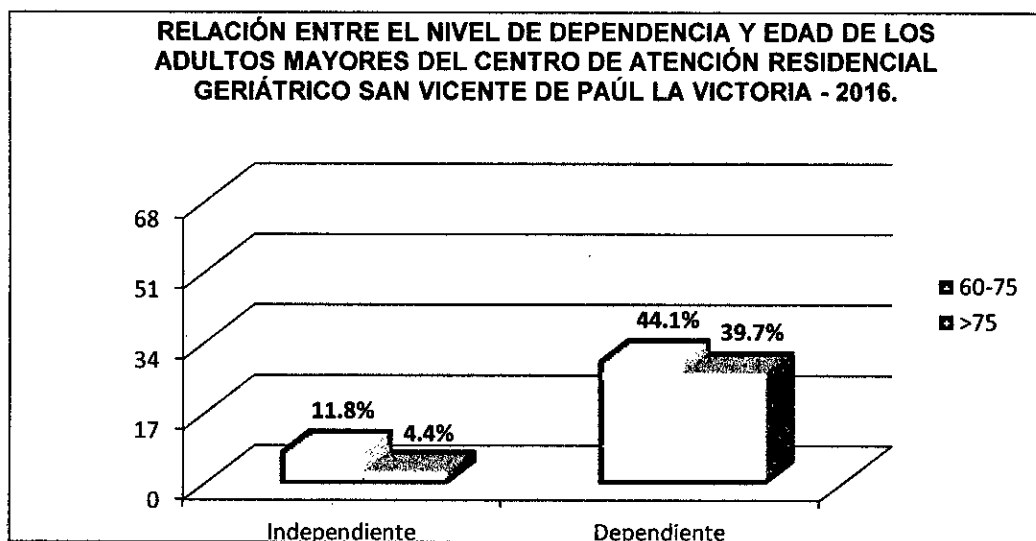
**TABLA 8.4**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA Y EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA 2016**

Nivel de dependencia \ Edad	60 - 75		>75		Total	
	N°	%	N	%	N	%
Independiente	8	11.8%	3	4.4%	11	16.2%
Dependiente	30	44.1%	27	39.7%	57	83.8%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>55.9%</b>	<b>30</b>	<b>44.1%</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.4**



En el gráfico (8.4) del total de encuestados 100%(68) se observa que del grupo de los dependientes el 44.1%(30) tienen entre 60 y 75 años de edad y 39.4%(27) tienen más de 75 años de edad; en el grupo de los independientes el 11.8%(8) tienen entre 60 y 75 años de edad y solo el 4.4%(3) tienen más de 75 años de edad.

## DIMENSIONES DE NIVEL DE DEPENDENCIA

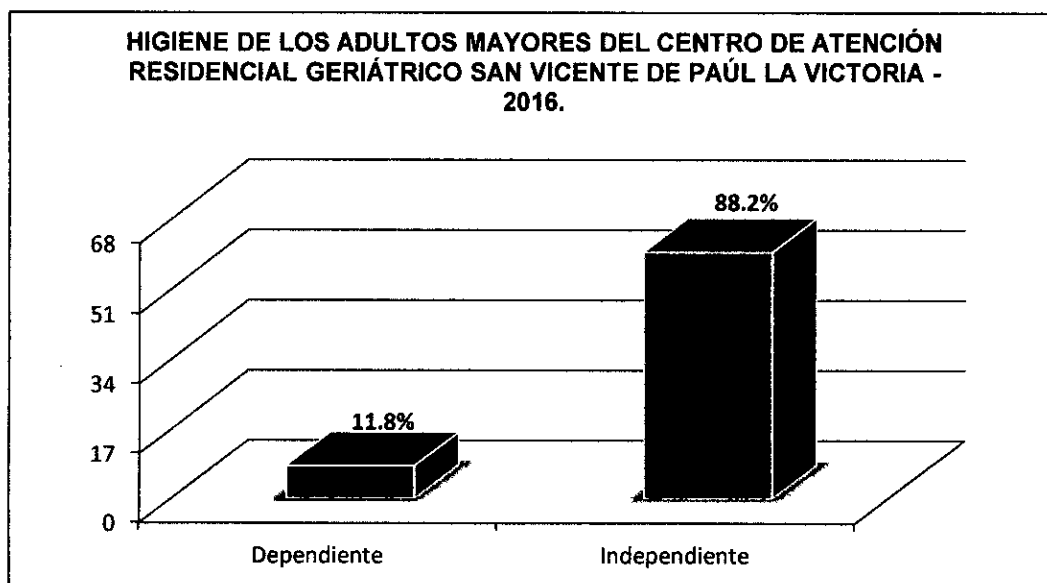
TABLA 8.5

### HIGIENE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016.

HIGIENE	N°	%
Dependiente	8	11.8%
Independiente	60	88.2%
Total	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

GRÁFICO 8.5



En el gráfico (8.5) de 100%(68) encuestados se observa que 88.2%(60) son independientes y solo 11.8%(8) son dependientes.

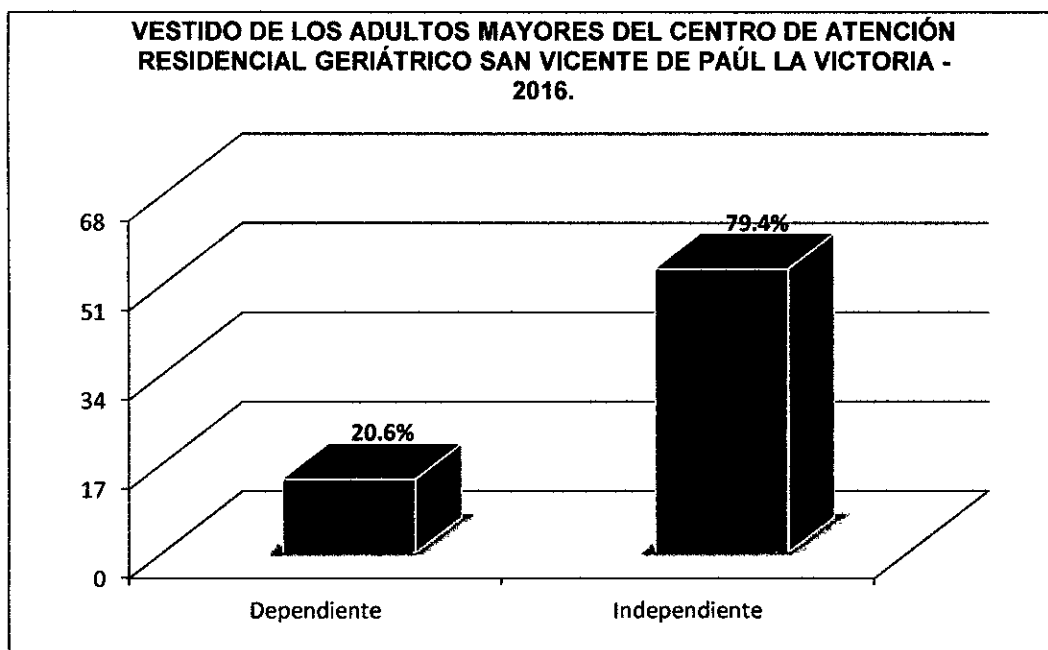
**TABLA 8.6**

**VESTIDO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016.**

VESTIDO	N°	%
Dependiente	14	20.6%
Independiente	54	79.4%
Total	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.6**



En el gráfico (8.6) de 100%(68) encuestados se observa que 79.4%(54) son independientes y solo 20.6%(14) son dependientes.

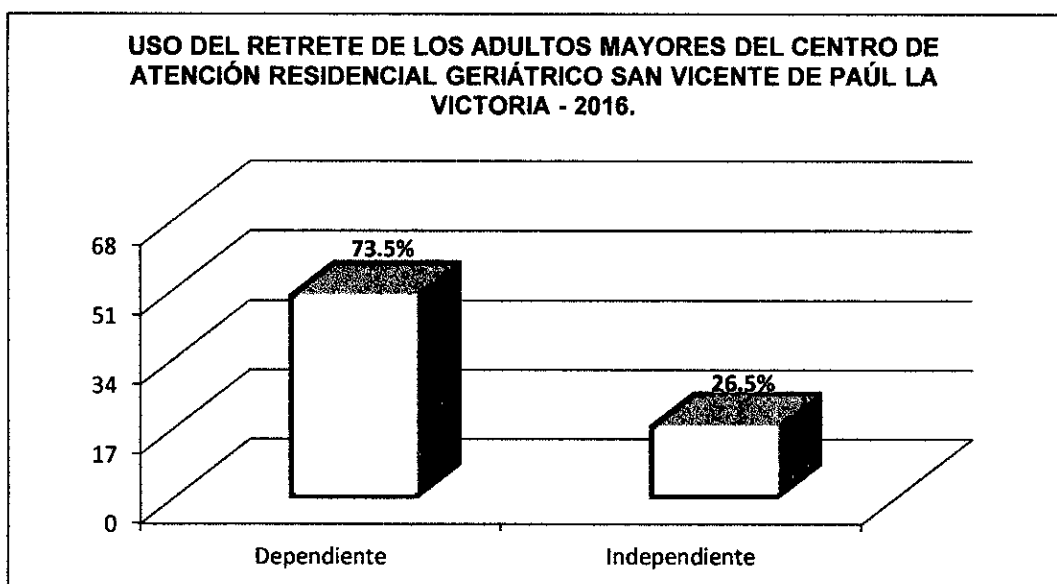
**TABLA 8.7**

**USO DEL RETRETE DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016.**

USO DEL RETRETE	Nº	%
Dependiente	50	73.5%
Independiente	18	26.5%
Total	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.7**



En el gráfico (8.7) de 100%(68) encuestados se observa que 73.5%(50) son dependiente y solo 26.5%(18) son independientes.



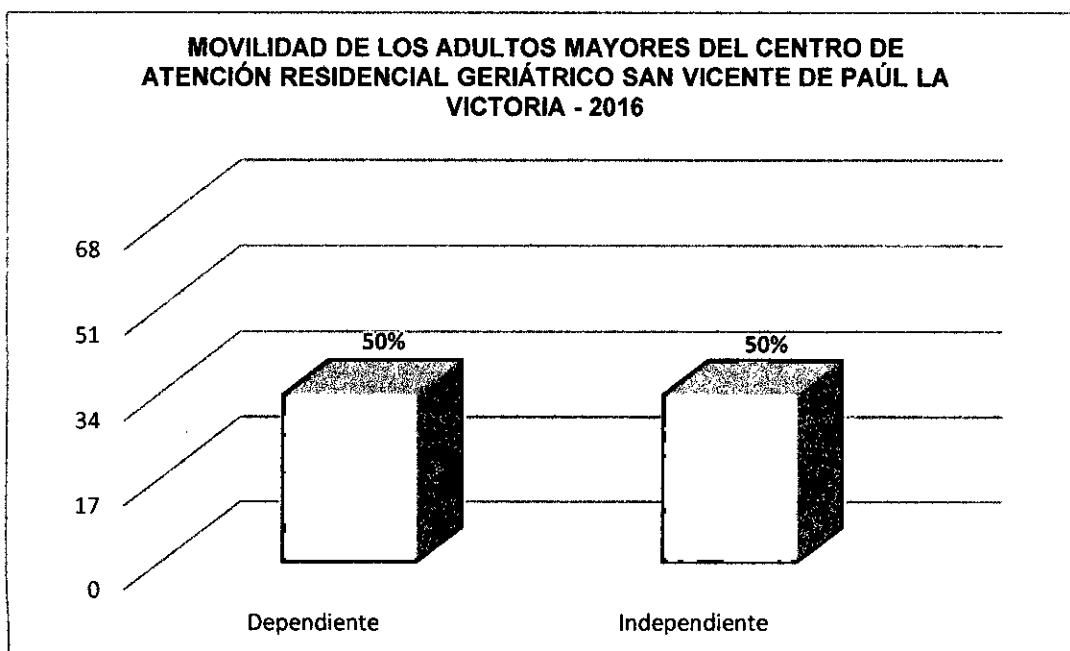
**TABLA 8.8**

**MOVILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

MOVILIDAD	N°	%
Dependiente	34	50%
Independiente	34	50%
Total	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.8**



En el gráfico (8.8) se observa que del 100%(68) de encuestados el 50%(34) son dependientes en su movilidad así como también la otra mitad 50%(34) son independientes.

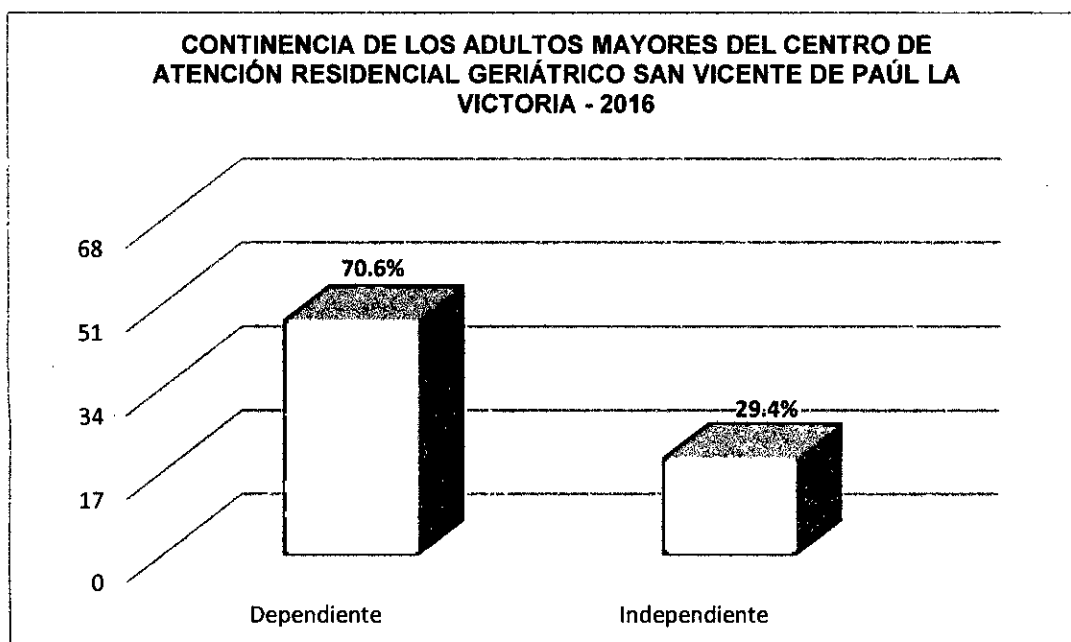
**TABLA 8.9**

**CONTINENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

CONTINENCIA	N°	%
Dependiente	48	70.6%
Independiente	20	29.4%
Total	68	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.9**



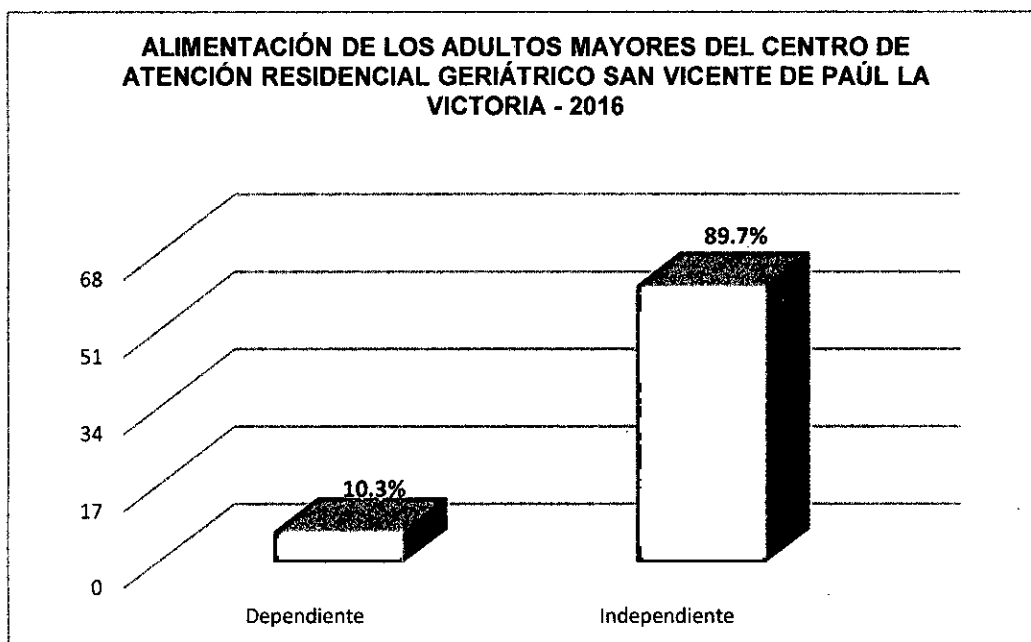
En el gráfico (8.9) se observa que del 100%(68) de encuestados el 70.6%(48) son dependientes para el control de micción y defecación y solo el 29.4%(20) son independientes.

**TABLA 8.10**  
**ALIMENTACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN**  
**RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

ALIMENTACIÓN	N°	%
Dependiente	7	10.3%
Independiente	61	89.7%
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.10**



En el gráfico (8.10) se observa que del 100%(68) de encuestados el 89.7%(61) son independientes en su alimentación y solo el 10.3%(7) son dependientes para alimentarse.

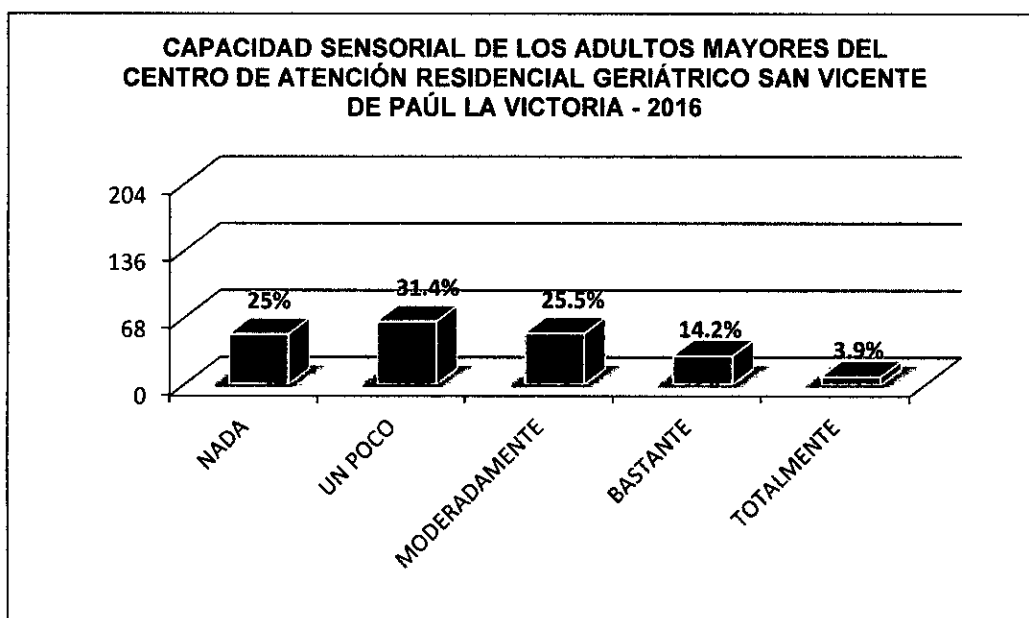
## DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

**TABLA 8.11**  
**CAPACIDAD SENSORIAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

CAPACIDAD SENSORIAL	N°	%
Nada	51	25%
Un poco	64	31.4%
Moderadamente	52	25.5%
Bastante	29	14.2%
Totalmente	8	3.9%
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.11**



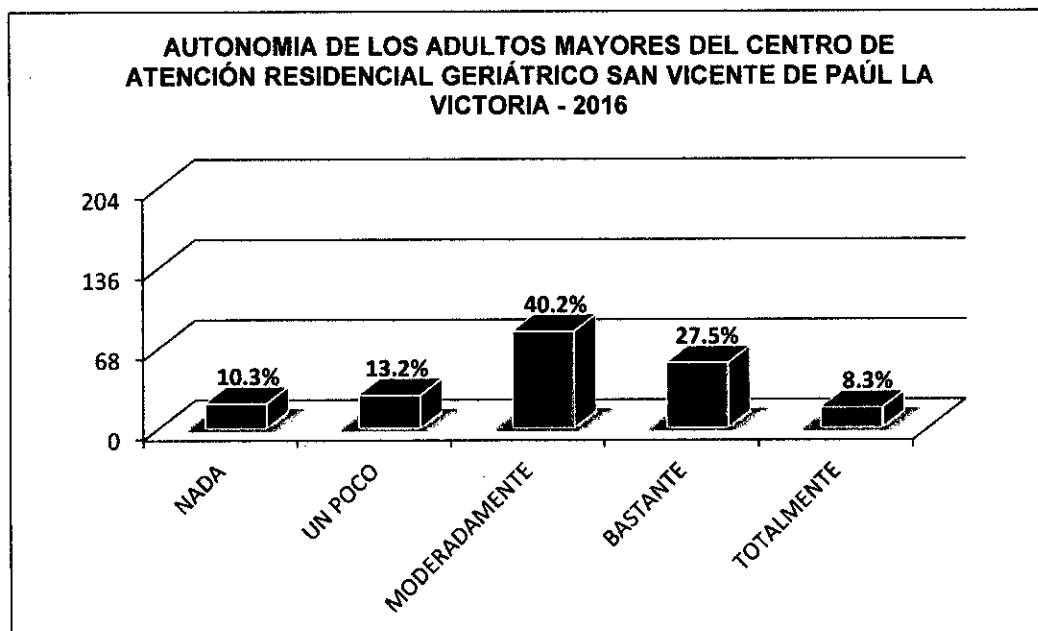
En el gráfico (8.11) de 100%(204) respuestas se observa que 31.4%(64) respuestas tienen una percepción de calidad de vida “un poco” y solo 3.9%(8) tiene como respuesta una percepción de calidad de vida totalmente que se evalúa como baja.

**TABLA 8.12**  
**AUTONOMIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN**  
**RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

<b>AUTONOMIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Nada</b>	21	10.3%
<b>Un poco</b>	28	13.7%
<b>Moderadamente</b>	82	40.2%
<b>Bastante</b>	56	27.5%
<b>Totalmente</b>	17	8.3%
<b>Total</b>	204	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.12**



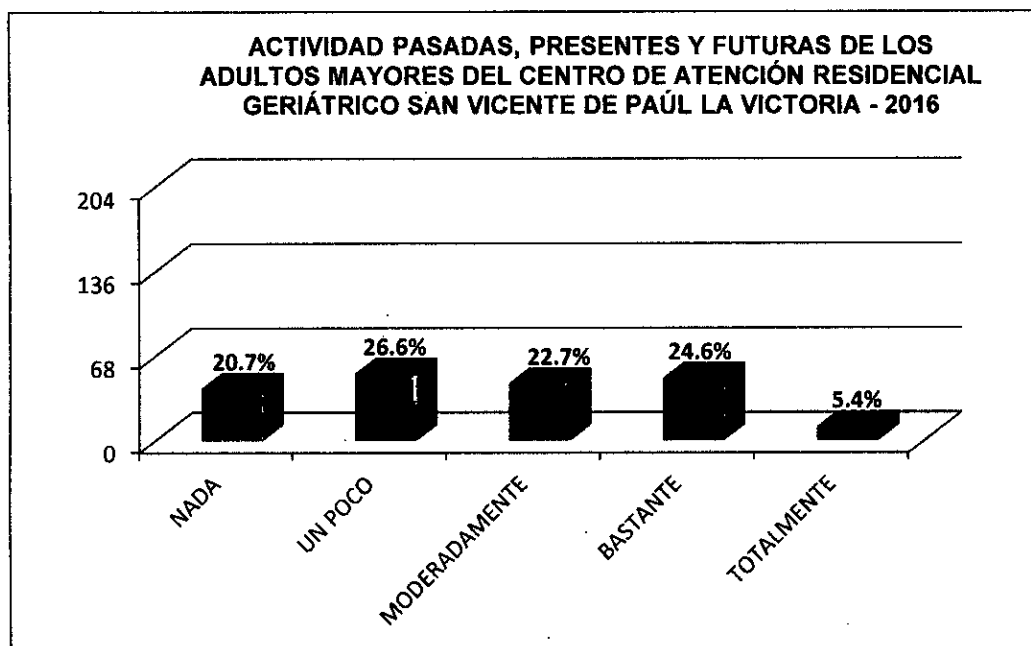
En el gráfico (8.12) de 100%(204) respuestas se observa que 40.2%(82) respuestas tienen una percepción de calidad de vida moderadamente y solo 8.3%(17) tiene como respuesta una percepción de calidad de vida totalmente que se evalúa como baja.

**TABLA 8.13**  
**ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

ACTIVIDADES PASADAS, PRESENTES Y FUTURAS	N°	%
Nada	42	20.6%
Un poco	54	26.5%
Moderadamente	47	23%
Bastante	50	24.5%
Totalmente	11	5.4%
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.13**



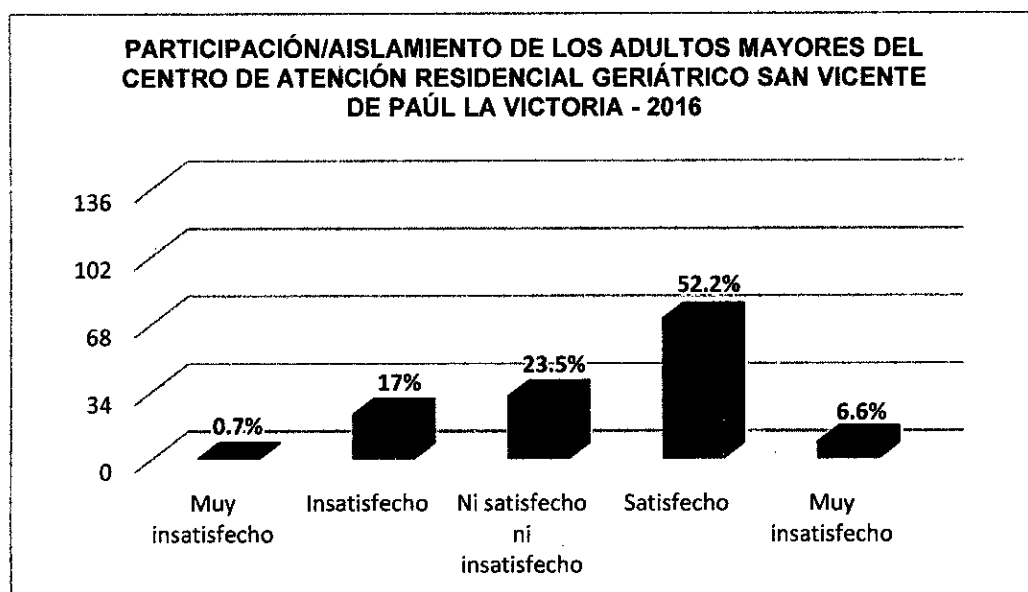
En el gráfico (8.13) de 100%(204) respuestas se observa que 26.5%(54) respuestas tienen una percepción de calidad de vida un poco y solo 5.4%(11) tiene como respuesta una percepción de calidad de vida totalmente que se evalúa como baja.

**TABLA 8.14**  
**PARTICIPACIÓN/AISLAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

<b>PARTICIPACIÓN/AISLAMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Muy insatisfecho</b>	1	0.7%
<b>Insatisfecho</b>	23	17%
<b>Ni satisfecho ni insatisfecho</b>	32	23.5%
<b>Satisfecho</b>	71	52.2%
<b>Muy satisfecho</b>	9	6.6%
<b>Total</b>	136	100%

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.14**



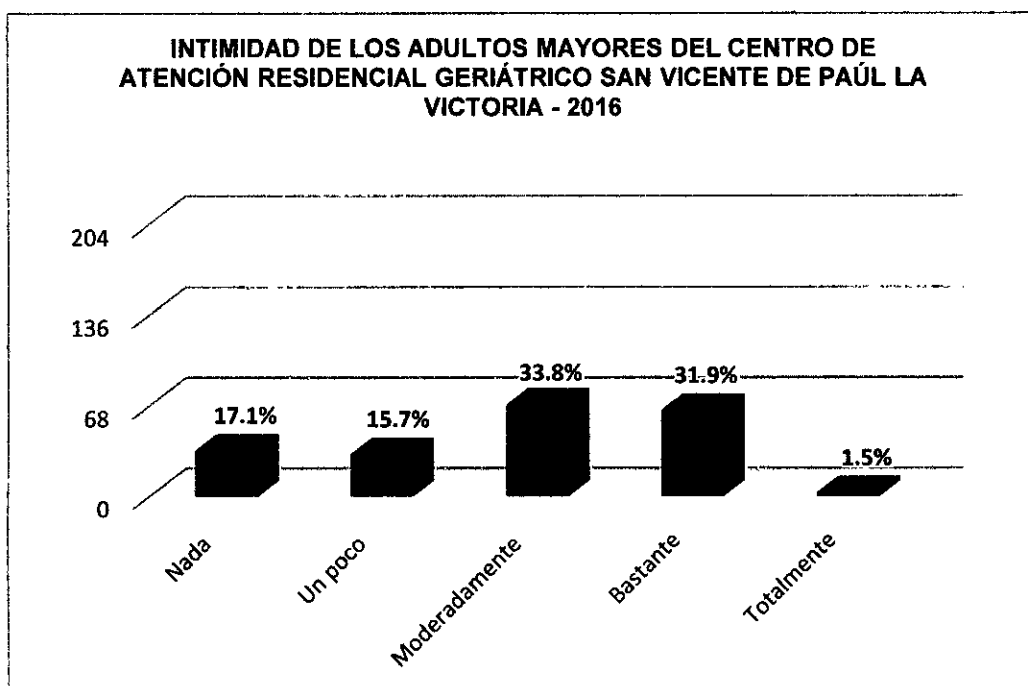
En el gráfico (8.14) se observa que del 100%(136) de respuestas obtenidas el 52.2%(71) se encuentran satisfechos con su participación en las actividades de su vida diaria y solo un 0.7%(1) se encuentra muy insatisfecho con su nivel de actividad y la forma en que usa su tiempo en su vida diaria.

**TABLA 8.15**  
**INTIMIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN**  
**RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

INTIMIDAD	Nº	%
Nada	35	17.1%
Un poco	32	15.7%
Moderadamente	69	33.8%
Bastante	65	31.9%
Totalmente	3	1.5%
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICO 8.15**



En el gráfico (8.15) se observa que del 100%(204) de respuestas obtenidas el 33.8%(69) fue moderadamente (al sentimiento de compañerismo y experimentación del amor), y el 1.5%(3) fue la respuesta de totalmente (al sentimiento de compañerismo y experimentación del amor).



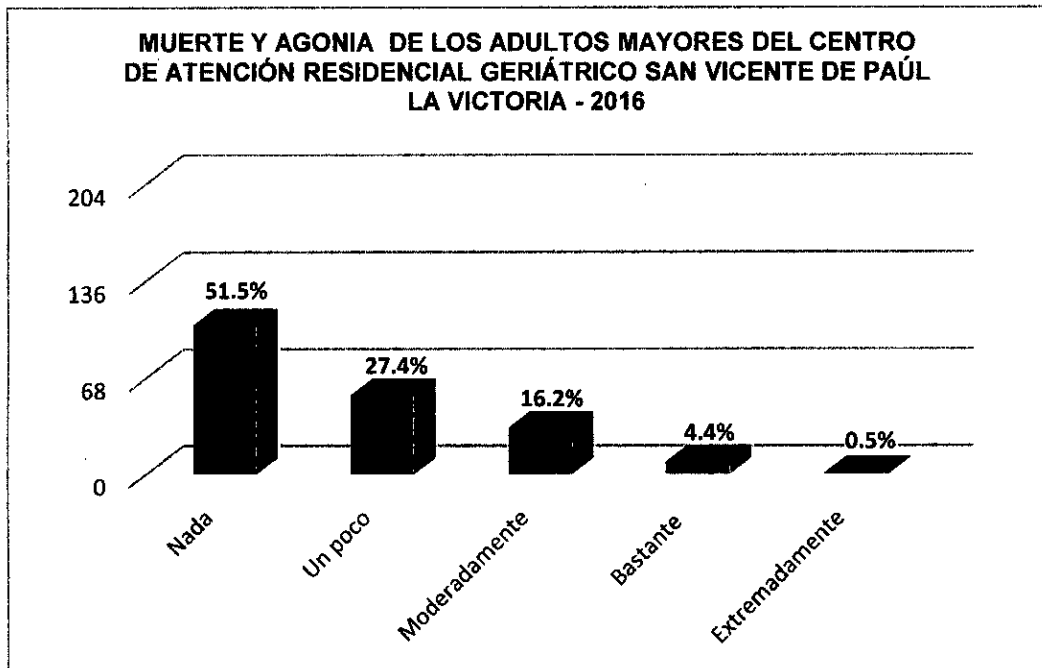
**TABLA 8.16**

**MUERTE Y AGONIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAÚL LA VICTORIA - 2016**

Muerte y agonía	N°	%
Nada	105	51.5%
Un poco	56	27.4%
Moderadamente	33	16.2%
Bastante	9	4.4%
Extremadamente	1	0.5%
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Nivel de dependencia y la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl La Victoria 2016.

**GRAFICÓ 8.16**



En el gráfico (8.16) se observa que del 100%(204) de respuestas obtenidas el 51.5%(105) fue nada(a la sensación de miedo o preocupación a la muerte) y un el 0.5%(1) fue extremadamente (a la sensación de miedo o preocupación a la muerte).

## ANEXO 9

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### INTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

Para la validez del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la escala del instrumento de calidad de vida.

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Dónde:

- $S_i^2$ : es la varianza del ítem  $i$
- $S_t^2$ : es la varianza de los valores totales observados.
- $k$ : es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 17 ítems, siendo el tamaño de muestra 10 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%.

Para determinar el nivel de confiabilidad con el Alpha de Cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.