

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del
adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.**

Informe de tesis para obtener el título profesional de Licenciada en
enfermería

AUTORAS:

Hernández Sagástegui, Yesenia Miluska
Palacios Ramírez, Stephany Madeleyne

ASESORA:

Mg. Trujillo Roldan, Liz Margot

Chimbote- Perú

2017

Palabras clave:

Tema	Grado de dependencia, calidad de vida, adulto mayor
Especialidad	Enfermería

Keywords

Theme	Degree of dependence, quality of life, older adult
specialty	Nursing

Línea de investigación

Plan	Código	Línea
UPS	02020003	Salud Pública

DEDICATORIA

A Dios por guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y ayudarme en los momentos más difíciles de mi vida, quien desde el cielo iluminó todo el trayecto de mi carrera profesional.

A mi madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en los momentos difíciles, porque me ha dado todo lo que soy como persona; y mi padre que desde el cielo me cuida protege y guía en cada paso que doy.

A mis Abuelos que han sido mi apoyo y soporte, que sus consejos han podido ayudarme a seguir adelante y dar cada paso en mi vida y mi carrera.

Stephany

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios quién me supo guiar por un buen camino, por ayudarme a resolver dificultades que se presentaron a lo largo de mi vida, enseñándome a nunca rendirme.

A mi madre y abuelos por su apoyo, consejos, amor, por los valores que me enseñaron y ayuda en los momentos difíciles, porque me han dado todo lo que soy como persona, y aprender a perseverar y poner lo mejor de mí para conseguir mis objetivos.

Gracias a mis tías quienes han sido mi apoyo incondicional, en el transcurso de mi época universitaria y me ayudaron a seguir adelante.

Yesenia

AGRADECIMIENTO

A nuestra prestigiosa Alma Mater Universidad San Pedro, quien nos albergó durante nuestra formación académica; y en cuyas aulas quedaron grabados hermosos recuerdos de nuestra vida universitaria.

Además, a nuestros queridos y recordados docentes, por habernos brindado sus conocimientos y experiencias; durante los cinco años se esmeraron por dar lo mejor para nuestra formación profesional, por los conocimientos teóricos y las experiencias vividas.

Finalmente, agradecemos al Centro de Salud “El Progreso” y a cada uno de los Adultos Mayores del programa “TAYTAWASI” por brindarnos su apoyo, comprensión y colaboración, permitiéndonos la ejecución de las prácticas para poder elaborar la presente investigación.

A todos ellos expresamos nuestra gratitud.

Las autoras

DERECHO DE AUTORIA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes deberá ir con la autorización previa de las autoras.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro, ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Las Autoras

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los alumnos de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.**

El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el **primer capítulo** corresponde a la introducción, en donde se muestra antecedentes de investigaciones a nivel internacional, nacional y local, así como la fundamentación científica incluye la justificación, el problema, la hipótesis, los objetivos y la definición y la Conceptuación y Operacionalización de las variables, en el **segundo capítulo** se presenta la metodología desarrollada durante el estudio donde se manifiesta el tipo diseño, población y muestra, instrumentos así como el Procesamiento y análisis de la información, en el **tercer capítulo** se presentan los resultados, los cuales fueron tabulados estadísticamente y agrupados en tablas de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como presentamos su respectivas expresiones gráficas con el propósito de visualizar las tendencias obtenidas es este estudio; se presenta también la discusión de los resultados y en **cuarto capítulo** las conclusiones y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y anexos correspondientes. Esperamos que el presente trabajo de investigación aporte en la realidad la relación terapéutica que se entre los padres de niños hospitalizados y el nivel de estrés que estos presentan ante el contexto vivido así mismo que sirva de referencia para futuros estudios y líneas de investigación.

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	Pág.
Dedicatoria	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Derecho de autoría	vi
Presentación	vii
Índice de contenidos	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstrac	xi
Capítulo I: Introducción	1
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.1.1. Antecedentes	1
1.1.2. Fundamentación Científica	5
1.1.2.1. Grado de Dependencia	6
1.1.2.2. Calidad de Vida	9
1.1.2.3. Base Teórica	13
1.2. Justificación	17
1.3. Problema	18
1.4. Conceptualización y Operacionalización de Variables	20
1.4.1 Conceptualización	20
1.4.2 Operacionalización de Variables	21
1.5. Hipótesis	22
1.6. Objetivos	22
Capítulo II: Metodología	23
2.1. Tipo y Diseño de investigación	23
2.2. Población y muestra	24
2.3. Técnicas e instrumentos de Investigación	25
2.4. Procedimiento de recolección de información	27
2.5. Procesamiento y análisis de la información	27
2.6. Protección de los derechos humanos	28
Capítulo III: Resultados	29
3.1. Resultados	29
Capítulo IV: Análisis y Discusión	32
4.1. Discusión de Resultados	32
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	39
5.1. Conclusiones	39
5.2. Recomendaciones	40
Capítulo VI: Referencias Bibliográficas	41
Anexos	46

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Grado de dependencia de las actividades de la vida diaria del adulto mayor. Centro de Salud el Progreso. Chimbote, 2017.....	29
Tabla 2. Calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud el Progreso. Chimbote, 2017.....	30
Tabla 3. Relación entre el Grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.	31

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo- correlacional, corte transversal, tuvo como objetivo general determinar la relación entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud “El Progreso”, Chimbote 2017. La población estuvo constituida por 25 adultos mayores del programa “Taytawasy”; que reunieron los criterios de inclusión; para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos: El Cuestionario de calidad de vida en el adulto mayor y el índice de Barthel de las actividades básicas de la vida diaria. Se tuvo en cuenta los principios bioéticos; el procesamiento de análisis de los datos se realizó mediante la prueba estadística no paramétrica, el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (rho) Los resultados obtenidos permitieron concluir: Que el 48% de adultos mayores en estudio son independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, el 44% presenta una dependencia leve y solo el 8% presentó dependencia moderada; con respecto a la Calidad de Vida del Adulto Mayor, el 80% presentó un nivel alto y el 20% de adultos mayores restante un nivel medio de calidad d vida. Además, existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores ($p < 0,05$).

Palabras clave: Grado de Dependencia, Calidad de Vida, Adulto Mayor.

ABSTRAC

The present descriptive-correlational, cross-sectional study had the general objective of determining the relationship between the degree of dependence and the quality of life of the elderly person at the Health Center "El Progreso", Chimbote 2017. The population was constituted by 25 older adults of the "Taytawasy" program; who met the inclusion criteria; For data collection, two instruments were used: The Quality of Life questionnaire in the elderly and the Barthel index of the basic activities of daily life. Bioethical principles were taken into account; Spearman's analysis processing, ρ (rho) The results allowed us to conclude: That 48% of older adults in the study are independent in carrying out the basic activities of daily life, 44% have a slight dependence and only 8 % presents moderate dependence; with respect to the Quality of Life of the Elderly, 80% presented a high level and 20% of older adults remaining at the average level of quality of life. In addition, there is a statistically significant relationship between the degree of dependence and the quality of life of older adults ($p < 0.05$).

Keywords: Grade Unit, Quality of Life, Elderly.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1. Antecedentes

A continuación, se presentan algunos antecedentes referentes a la variable de estudio en el ámbito internacional:

Vinaccia y Quinceno (2018) en Colombia realizaron un estudio titulado “Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos” Donde tuvieron por objetivo analizar las relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en 150 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 92.7% de los participantes mostró riesgo de dependencia para la ejecución de sus funciones. Las personas que vivían solos tuvieron una calidad de vida desfavorable; quienes tenían una actividad laboral y estudiaban reportaron mayor placer y autorrealización. Las personas pertenecientes a Programas Sociales exhibieron menor resiliencia, calidad de vida, autorrealización y control, y una mayor percepción de dolor. Finalmente, hubo relaciones positivas entre calidad de vida y resiliencia. La ansiedad correlacionó negativamente con control y resiliencia, y la depresión con control, autorrealización, calidad de vida y resiliencia.

Laguado, Camargo, Campo y Martín (2017) en Colombia realizaron un estudio titulado “Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar” donde tuvieron por objetivo determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica. Los resultados obtenidos permitieron concluir que el género masculino es quien predomina un grado de dependencia leve (26,6%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un

30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística. **Conclusiones:** Se observa el predominio del género masculino en los adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres.

Loredo, Gallegos, Palome y Juárez (2016) en México realizaron un estudio denominado “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor” donde tuvieron por objetivo Establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Los resultados mostraron que el 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores 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. Referente a 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 ($p: 0,02$), así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé, & Juárez, 2016).

En el ámbito Nacional

Tasayco (2017) en Chíncha, realizó un estudio titulado “Calidad de vida y dependencia en el adulto mayor del servicio de hospitalización de medicina del Hospital San José Chíncha julio 2015” Donde tuvo por objetivo determinar la Calidad de Vida y Dependencia en el Adulto Mayor. Los resultados mostraron que el nivel de calidad de vida fue medio en las dimensiones: Dimensión física 61% (36), dimensión psicológica 66%, dimensión social 63% respectivamente, la calidad de vida global obtuvo un medio (61%). Referente al grado de dependencia fue moderado en las dimensiones: Dependencia económica 69%,

dependencia social 63%, dependencia psicológica 59%, dependencia física 51% respectivamente, sin embargo, en lo global permitió obtener un 64% y la dependencia es moderado. Concluyendo que la calidad de vida del adulto mayor es medio y su dependencia moderado (Tasayco, 2017).

Velazco y Carrera (2017) en Lima realizaron un estudio denominado “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo”. Donde tuvo por objetivo determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar. Los resultados mostraron que 53% de los adultos presento dependencia leve, el 46,5% Dependencia moderada y solo el 0,5 % dependencia Grave. Así mismo encontraron que existe relación entre el género y la salud mental en los adultos mayores (p-valor de 0,038); también existe relación entre la edad y la salud mental en $p=0.000$. Sin embargo no encontraron relación entre el deterioro cognitivo y el grado de dependencia física $p=,567$ (Velazco & Carrera, 2017)

Pajuelo y Salvatierra (2015) en Chocope, La Libertad realizaron un estudio titulado “Autoestima y la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2” Donde tuvieron por objetivo determinar la relación que existe entre la Autoestima y la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. Los resultados mostraron que el 16.4% de adultos mayores tiene alto nivel de autoestima, un 50.7% tiene nivel medio, y 32.9% tiene bajo nivel. Por otro lado, en relación a calidad de vida de los participantes 20% es alta, 46.4% medio y 33.6% bajo; así mismo se identifica una asociación significativa, positiva y de intensidad media, demostrada mediante la prueba de Chi cuadrado. ($\chi^2 = 23.3$) y $R= 0,456$

En el ámbito Local

Márquez y Villanueva (2015) realizaron un estudio intitulado “Relación entre la dependencia funcional del adulto mayor y el nivel de sobrecarga del cuidador familiar en el servicio de Medicina del Hospital III. Chimbote” donde tuvieron por objetivo determinar la relación entre la dependencia funcional del adulto mayor y el nivel de sobrecarga del cuidador familiar. Los resultados mostraron que el 100,0% de adultos mayores presentó dependencia funcional, siendo la dependencia severa la de mayor predominio (84,6%), seguido de un 15,4% presento un grado moderado [\bar{X}]: 4,92 DS: 1,265]; Además existió una relación estadísticamente significativa entre el grado dependencia y el nivel de sobrecarga del cuidador [$X^2 = 8,924$; gl. 2; $p = 0,012$] $p < 0.05$ rechazando la H_0 y aceptando H_a (Márquez & Villanueva, 2015).

Gonzales y Loli (2013) quienes realizaron un estudio sobre “Relación entre calidad de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 Hospital III Essalud UBAP. Chimbote”. Donde tuvieron por objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y el autocuidado del adulto mayor donde obtuvieron por resultados que la mayoría de los adultos mayores (74,6%) presenta una calidad de vida óptima. La mayoría de los adultos mayores (89,8%) presenta un autocuidado bueno. Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 ($X^2 = 11,814$ $p: 0,001$ ($p < 0.05$), por lo tanto, de rechaza la alternativa nula y se acepta la alternativa.

1.1.2. Fundamentación Científica

La presente investigación aborda dos conceptos principales: Dependencia funcional y calidad de vida en las personas adultas mayores. La cual está respaldada en la Teoría de Autocuidado de Orem.

El proceso de envejecimiento que presenta limitaciones funcionales, pérdida de autonomía, independencia y adaptabilidad y disfuncionalidad motriz es la consecuencia de dos transiciones: una es la demográfica – tendencias de la mortalidad y la fecundidad en el transcurso del tiempo- que se vive en los países de América y del mundo, lo cual genera demandas específicas y complejas de servicios y bienes sociales y de salud; la otra es la polarización epidemiológica, entendida como el proceso de repercusiones simultáneas y sustanciales sobre el perfil de mortalidad de la población, tanto por las enfermedades transmisibles como las no transmisibles, y las causas externas, especialmente en grupos vulnerables como los pobres y los ancianos (Organización Panamericana de la Salud., 2016).

Lo que origina un incremento de la población y con ello un cambio en la estructura por edad, lo cual a su vez genera profundas variaciones en la manera de ser y de pensar de las personas y de las instituciones, puesto que deben adaptarse a nuevos ritmos de vida social, aumento de los problemas, no sólo por el número creciente de individuos que llegan a la vejez sino por las dificultades institucionales para dar respuestas satisfactorias a sus necesidades, sino por las demandas en el ámbito económico, social, cultural, político y de salud. Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

También se deben considerar las diferencias derivadas del sexo: mientras el hombre adulto mayor de hoy fue el trabajador productivo de hace 20 años, el cual muere a una edad más temprana, la mujer tradicionalmente ha participado mucho menos en la fuerza laboral, tiene un acceso limitado a la obtención de ingresos y servicios esenciales, vive más tiempo, y es quien en la

vejez, sobre todo las viudas sin apoyo familiar, corren el mayor riesgo de sufrir el deterioro de su calidad de vida (Cardona, Estrada, & Agudelo, 2006).

1.1.2.1. Grado de Dependencia:

En primera instancia, se debe hablar de funcionalidad para luego hablar de dependencia funcional.

La funcionalidad es entendida como la capacidad de ejecutar acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social. (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (2002) ha referido que el nivel funcional es un indicador de salud fundamental en la población adulta mayor. El cual puede describirse como la capacidad personal de adaptarse a los problemas y desafíos que plantean las actividades de la vida diaria e implica habilidades del individuo en interacción con su entorno.

En la actualidad, no existe una definición homogénea y operacional de dependencia funcional. De hecho, el debate sobre el qué abarca la dependencia en términos socio sanitarios se refleja en las definiciones aportadas por distintos autores y/u organismos nacionales e internacionales (Pacolet, Bouten, & Lanoye, 2000).

La definición más aceptada y citada en la bibliografía es la del Consejo de Europa que define la dependencia funcional como *“el estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante –de otra persona- para realizar las actividades de la vida diaria”* (Consejo de Europa , 2013)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que *“la dependencia es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría*

de forma acostumbrada para un adulto sano” y que “es dependiente la persona que no es completamente capaz de cuidar de sí misma, de mantener una alta calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad posible” (OMS, 2000).

Del mismo modo, existe evidencia sobre la relación del nivel funcional de adultos mayores hospitalizados con la mortalidad posterior al alta y el mayor riesgo de institucionalización, debido a que el proceso de hospitalización puede muchas veces presentar riesgos diferenciales que favorecen la discapacidad en las personas mayores, dentro de los que se encuentran: ambiente físico con mayores demandas, dependencia forzada y reposo en cama, movilidad restringida, polifarmacia, mala nutrición, retiro de elementos de apoyo cotidiano, y el bajo incentivo externo para un desempeño independiente de las actividades diarias (Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011).

De este modo, el contexto de hospitalización puede presentar barreras ambientales que limiten la posibilidad de promoción de un desempeño independiente, lo que puede traducirse en que la persona adulta mayor obtiene su alta hospitalaria con un nivel de dependencia mayor que no estaba presente antes del inicio del evento agudo que haya motivado su hospitalización (Gajardo, 2013).

La valoración de la funcionalidad geriátrica

El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente (Cruz, 2006). Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales, se realizan en todas las

latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo. (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2001)

Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Se miden mediante la observación directa siendo las escalas más utilizadas el Índice de Katz (IK), el Índice de Barthel (IB). (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2001)

Para la presente investigación se ha considerado la Escala de actividades básicas de la vida diaria de Barthel (mide la autonomía funcional para el autocuidado de las personas mayores) el cual permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para diseñar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales. Los procesos de intervención fortalecen la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades diarias de forma independiente: como vestirse, caminar, ir al baño, comer, entre otras (Laguado, Camargo, Campo, & Martín, 2017)

Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después. Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de los mismos se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2001) .

En 1979 Granger publicó una modificación del IB. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países. Actualmente en el ámbito internacional existen diferentes versiones con modificaciones en las escalas de puntuación y en el número de ítems. Existe una traducción al español publicada en el año 1993. Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente en los servicios de geriatría y de rehabilitación.

También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos (Trigás, Ferreira, & Meijide, 2001)

Descripción y normas de aplicación: Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4.

Alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

1.1.2.2. Calidad de vida

El término calidad de vida tiene una historia. En la década de los 60 del siglo pasado, pasó del ámbito de la economía al de las ciencias humanas. Su importancia fundamental dentro de la medicina radica en que surge como un intento de dotar de contenido a lo que llamamos respeto a la dignidad de los seres humanos (Lugonesl, 2002).

Haciendo una remembranza, el concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Johnson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud. Se popularizó en los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la II Guerra Mundial relacionados con el análisis sobre los consumidores. En 1977 este término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, sin

embargo, se hizo popular entre investigadores de la salud en la década de los años 80 (Botero de Mejía & Pico, 2007).

La calidad de vida (CV) de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos (Botero de Mejía & Pico, 2007).

La OMS (1994) define 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 y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que calidad de vida es la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales. Posteriormente se modificó, como salud y buena calidad de vida a la ausencia de enfermedad o defecto de la sensación de bienestar físico, mental y social, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida (Pajuelo & Salvatierra, 2015).

El concepto calidad de vida relacionada en la salud según Botero y Mejía (2007) es la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva.

La calidad de vida se relaciona con la vejez como el resultado de un proceso adaptativo multidimensional que involucra variables históricas,

socioculturales e individuales y que se manifiesta, desde el punto de vista emocional, habilidad de autorregulación para enfrentar situaciones estresantes y cognoscitivo, resolver problemas; de comportamiento, en términos de ejecuciones efectivas y competencia social (García, 2006)

Las dimensiones de la calidad de vida, están basadas Fernández (1997) citado por (Pajuelo & Salvatierra, 2015) quien integra dimensiones personales (salud, habilidades funcionales, interacción social, actividad y ocio y satisfacción vital), dimensiones socio – ambientales (factores culturales, apoyo social, condiciones económicas, servicios sociales y sanitarios y calidad ambiental) y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Dimensión Física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como la presencia o ausencia de enfermedad, los síntomas físicos producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, como, por ejemplo, dolor, náuseas e Inmovilidad; aspectos que pueden tener un mayor efecto en la calidad de vida. Se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el Reposo, morbilidad y la actividad física (Mera, 2008) (Pajuelo & Salvatierra, 2015).

Dimensión Psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo concierne a la habilidad individual de enfrentar problemas físicos y psicológicos y de manejar o controlar los momentos de ansiedad, miedo, incomunicación, pérdida de la autoestima, depresión, la cognición, la angustia, la incertidumbre del futuro; que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida, la esperanza, la trascendencia, la fortaleza interior y la actitud ante el sufrimiento (Pajuelo & Salvatierra, 2015)

Es la capacidad de controlar el estrés y expresar las emociones apropiadamente. Este bienestar emocional implica la capacidad de reconocer,

aceptar y expresar los sentimientos, y de aceptar las propias limitaciones.(Kosier, 2002).

Dimensión Social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, la situación económica, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Esta dimensión comprende todos elementos que conforman lo que llamamos sociedad, el ser humano no puede ser reducido a su estructura biológica porque su naturaleza está ligada a un ambiente físico, cultural, social, familiar y psicosocial indisoluble asociado e integrado como una unidad lo que implica estructuras, funciones, actividades, grupos, clases sociales, relaciones interpersonales familia y vida económica (Pajuelo & Salvatierra, 2015).

Dentro de la jurisdicción del Centro de Salud El Progreso existe una población de 1306 adultos mayores de los cuales 25 pertenecen al programa Taytawasy, dicho programa significa “Casa del abuelo”, brinda servicios de atención geriátrica, gerontológica, ginecología, oftalmología, medicina general, odontología, psicología, nutrición, medicina física y rehabilitación, farmacia, laboratorio, SIS y su Club del Adulto Mayor que realiza actividades de preventivo promocionales y educación para la salud a sus integrantes. Se inició en el año 2014, ya que MINSA asigna al Centro de Salud el Progreso como programa piloto para la aplicación de un programa diferenciado al adulto mayor el Vacam (Valoración Clínica del Adulto Mayor) “

Dicho programa pretende mejorar la calidad de vida de las personas, promoviendo el envejecimiento activo, fomentando la participación de los adultos mayores en distintas actividades de la mano de sus familiares o cuidadores. Tiene como objetivo del programa es de promover la salud del adulto mayor y su familia, a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Las actividades que los Adultos mayores de dicho programa desarrollan son: actividades de carácter social, cultural, educativo, recreativo y productivo, terapias físicas y de rehabilitación.

Base teórica

La presente investigación se sustenta en El Modelo de Autocuidado de Orem

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado (describe y explica el cuidado), la teoría del déficit de autocuidado (describe y explica las razones por la que la enfermería puede ayudar a las personas) y, la teoría de los sistemas de enfermería (describe y explica las relaciones que es necesaria establecer y mantener para que se dé la enfermería) (Ostiguin, 2001).

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe a la *persona* como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los *cuidados de enfermería* como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

El *entorno* es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Marriner & Raile, 2011).

De la misma manera en la teoría del autocuidado, Orem, abarca los siguientes conceptos: Autocuidado, Agente de autocuidado y los requisitos del autocuidado.

El autocuidado o cuidado propio según Orem, ha sido definido como *“Una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar”* (Cutcliffe, Mckenna, & Hyrkas, 2010).

Orem, contempla el concepto “auto” como totalidad de un individuo, incluye no sólo sus necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales; y el concepto “Cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia por mantener la vida y desarrollarse de una forma que ser normal para él (Marriner, 2011).

El autocuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por el individuo, es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la forma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 2005).

En este sentido, el autocuidado es la capacidad de las personas para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, es la totalidad de actividades que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Long, Phipps, & Cassmeyer, 2000).

Orem, define la palabra “Agente” a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se consideran “Agentes de Autocuidado”, y al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado se les denomina “Agente de Autocuidado dependiente”, para efectos del presente

estudio el agente son los profesionales de salud y en especial el profesional de enfermería quien brindan un cuidado holístico al adulto mayor y así como a sus acompañantes.

Orem, considera en su Teoría Tres requisitos: Universales, los relativos al desarrollo y, el de las alteraciones de la salud. Estos requisitos son esenciales para el autocuidado pues son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener, son los medios para llevar a cabo las acciones que constituye el autocuidado.

Los Requisitos Universales del Autocuidado, son comunes a todo ser humano, se dan durante las etapas del ciclo vital, abarcando requisitos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales para la vida; siendo muy importantes para el funcionamiento humano (Marriner T. , 2010).

Estos requisitos son: la conservación del aire, del agua, de alimentos y eliminación; equilibrio entre actividad y descanso, entre la soledad y la interacción social, y promoción de la actividad humana (Du Gas, 2000).

El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes y, la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales; los problemas que ocurren en esta área podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida (Long, Phipps, & Cassmeyer, 2000).

En los adultos mayores con enfermedades crónicas se hace necesario reforzar los buenos hábitos alimentarios para conservar la salud y evitar complicaciones en el futuro. El equilibrio entre la actividad física y el descanso o reposo, es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos.

Los cambios en el régimen de vida del adulto mayor con diabetes mellitus pueden conllevar a una falta de ejercicio y sueño inadecuado. Muchas personas adultas mayores no incluyen el ejercicio en su estilo de vida, por falta de tiempo y diversos motivos circunstanciales, sin embargo, es fundamental tener en cuenta

la importancia de equilibrar el descanso y la actividad física para mantener el funcionamiento óptimo del cuerpo (Urbina, 2006) (Marriner & Raile, 2011).

La interacción social, es importante para la socialización de las personas en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones, proporcionando el calor y la proximidad, esenciales para el desarrollo humano, situación relevante para un adulto mayor con padecimiento de enfermedades crónicas, en donde surgen en ocasiones diversos sentimientos y cierto grado de estrés, por ende es necesario una interacción social con más personas (López & Zelada, 2011). (Cutcliffe, Mckenna, & Hyrkas, 2010).

1.2. JUSTIFICACIÓN

La vejez es una etapa por la que todo ser humano pasa y por ende se van perdiendo muchas funciones; donde el adulto mayor va volviéndose susceptible a múltiples limitaciones ya sea de su capacidad física o mental para efectuar las tareas que le permiten mantener una vida independiente; la calidad de vida es un punto importante en el adulto mayor porque está enfocado en el bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo y bienestar emocional.

La dependencia y calidad de vida en el adulto mayor son dos puntos muy importantes que deben ser tomados en cuenta, ya que el adulto mayor puede estar viéndose afectado y ello puede conllevar a que este no disfrute de su etapa con plenitud. Debido a que los adultos mayores del pueblo joven “El Progreso” no cuentan con una calidad de vida adecuada, muchos de ellos se quedan solos en sus hogares debido a que sus familiares trabajan; tanto el adulto mayor como la familia no cuentan con el conocimiento necesario para su cuidado, presentan distintas enfermedades, o no tienen una solvencia económica adecuada y eso los hace más susceptibles a múltiples factores que puedan estar comprometiendo aún más la salud del adulto mayor y por ende requieren de mayor atención por parte de los profesionales de enfermería ya que estamos capacitados con los conocimientos necesarios para intervenir contra estos problemas.

El motivo de esta investigación fue para conocer el grado de dependencia y calidad de vida en el adulto mayor porque con ello vamos a obtener mayor conocimiento científico de dicho tema y en primera instancia se espera beneficiar al equipo de enfermería ya que nos permitirá identificar problemas y poder realizar programas de intervención e implementar estrategias que van a estar dirigidas para el adulto mayor por ende también a la familia.

Además para la Universidad San Pedro, específicamente en la escuela de enfermería los resultados obtenidos, se podrán fortalecer en conocimientos sobre los cuidados que hoy en día requiere el adulto mayor y así podérselos brindar

adecuadamente y puedan mejorar la calidad de vida en ellos y emplear nuevas estrategias para que el adulto mayor pueda realizar ciertas actividades que favorezcan su independencia con la única finalidad de poder minimizar dicho problema y tengan una manera más beneficiosa de vivir, ya que ellos por ser personas adultas con diferentes discapacidades son más vulnerables a muchos factores que puedan dañar su salud.

De la misma manera se espera el beneficio de los adultos mayores y con ello también a la familia; ya que son los seres con los cuales convive día a día, se verán beneficiados por que conocerán que cuidados necesitan y como emplearlos a través de la enseñanza que el equipo de enfermería les pueda brindar con la única finalidad que los adultos mayores puedan disfrutar de su vejez con plenitud y brindarles una vida saludable.

1.3. PROBLEMA

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 2016 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 (Varela, 2016) (Cerquera, Matajira, & Correa, 2017).

En tal sentido, una mayor longevidad de la población implica una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que pueden llevar a diferentes grados de limitación funcional con la consiguiente necesidad de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria (Duarte & Pedro, 2010).

En la medida que la población va envejeciendo, la presencia de enfermedades crónicas, dolores y discapacidades va aumentando; estas afecciones cuentan con un bajo pronóstico de cura, lo cual lleva a complicaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, dificultando la independencia y la autonomía de quien las padece. Estas proyecciones supone nuevos retos sociales y una respuesta del sistema de salud, que permita favorecer entre los envejecidos, procesos de adaptabilidad y crecimiento psicosocial (Cerquera, Matajira, & Correa, 2017).

En el 2012 se realizó una Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad donde los principales resultados revelaron que el 34,5% de la población peruana adulta mayor presentó algún tipo de discapacidad, siendo los tipos más frecuentes la motora (22,4%) y visual (21,2%) y los adultos mayores con discapacidad el 38,7% presentaron algún grado de dependencia (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2013).

La última encuesta realizada en el 2016 denominada "Perú: Caracterización de las Condiciones de Vida de la Población con Discapacidad 2016", manifestó que el 46,6% de las personas con discapacidad son adultos mayores. Siendo la edad avanzada la principal razón de la limitación para moverse o caminar, alcanzando en el 32,5% de las personas con discapacidad; le siguen la enfermedad crónica con 24,4% y mal congénito o de nacimiento con 10,0%, entre otras (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2017).

En tal sentido, el envejecimiento es una etapa inevitable del ciclo vital, donde las funciones del organismo disminuyen variablemente. Hablar del adulto mayor es hacer referencia a la suma de cambios biológicos y sociales, que suceden al individuo con el paso del tiempo. Dicho proceso no puede detenerse ni prevenirse, pero si pueden adoptarse medidas para disminuir en lo posible la dependencia funcional, que es considerada uno de los problemas más temidos de la vejez.

Por todo lo dicho anteriormente, y relacionado a nuestro estudio nuestra realidad encontrada en el Puesto de Salud El Progreso; podemos describir que, los adultos mayores se encontraban acompañados solo de las enfermeras encargadas del programa, mas no de algún cuidador y/o familia, estos mismos presentaban un

mal estado de higiene, a la entrevista; se les encontró con un estado anímico bajo, y presentaban ciertas limitancias físicas propias de la edad. Ante lo descrito en líneas anteriores se ha planteado la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso? Chimbote, 2017?

1.4. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente

Grado de dependencia

Definición Conceptual:

Es el grado de incapacidad funcional o no, que precisa el adulto mayor en el desenvolvimiento corriente en las diversas actividades de la vida diaria. (Barthel & Mahoney, 1965) Citado por Gonzales y Rojas (2014)

Variable dependiente

Calidad de Vida

Definición Conceptual:

Es la valoración subjetiva que hace el adulto sobre su vida, para realizar aquellas actividades importantes relativas sobre aspectos físicos y psicosociales relacionados con la salud (Molina, 2008), los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva (Botero de Mejía & Pico, 2007).

1.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente

Grado de dependencia

Definición Operacional:

La dependencia funcional se midió según escala ordinal, a través de la aplicación del instrumento índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria (Anexo N° 01), el cual consta de 10 ítems, y se clasifica de la siguiente manera:

- ❖ **Dependencia Total: 0-19 puntos:** Cuando la persona es totalmente incapaz de realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Dependencia grave (de 20 a 35 puntos):** Requiere la intervención continua y permanente de un cuidador para ayudarlo a realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Dependencia Moderada: (de 40 a 55 puntos):** Requiere la intervención no permanente de un cuidador para ayudarlo a realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Dependencia leve (de 60 a 90 puntos):** Requiere la mínima intervención de un cuidador para realizar las actividades de la vida diaria.
- ❖ **Independencia: (de 95-100 puntos):** Cuando es totalmente capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria, sin necesidad de la ayuda de un cuidador.

Variable dependiente

Calidad de Vida

Definición Operacional:

Se midió según escala ordinal, a través de la aplicación del instrumento de Calidad de vida (Anexo N° 02), el cual consta de 23 ítems, y se clasificó de la siguiente manera:

Calidad de Vida Alta: 46 a 69 pts.

Calidad de Vida Media: 23 a 45 pts.

Calidad de Vida Baja: 0 a 22 pts.

1.5. HIPÓTESIS

El grado de dependencia se relaciona significativamente con la calidad de vida del adulto mayor Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general:

- Determinar la relación entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.

1.6.2. Objetivos específicos:

- Identificar el grado de dependencia del adulto mayor Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.
- Identificar la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017.
- Establecer la relación que existe entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El progreso. Chimbote, 2017.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

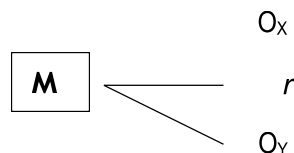
2.1.1. Tipo de investigación

Según su *enfoque* es cuantitativo debido a que es secuencial y probatorio se utiliza la recolección y el análisis de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica, y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento de una población y probar teorías. (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2010). Por tanto, es cuantitativo porque va a cuantificar el grado de dependencia funcional del adulto mayor y nivel de calidad de vida.

Según Pineda y Alvarado (2002) es tipo descriptivo, busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En un estudio descriptivo pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre la variable en estudio. (Pineda & Canales, 2002)

2.1.2. Diseño de investigación

El diseño de estudio de esta investigación es de tipo descriptivo-correlacional; se orienta a la determinación la relación que existe entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados (Martinez & Céspedes, 2008), que corresponde al siguiente esquema:



M: Grupo de estudio (Adulto mayor)

Ox: Observación del grado de dependencia funcional

Oy: Observación del nivel de calidad de vida

r: Correlacional

2.2. POBLACION Y MUESTRA:

2.2.1. Población

La población estuvo constituida por 25 adultos mayores del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”. Así mismo la muestra estuvo conformada por el total de la población por ser viable para la investigación $n=25$ ($N=n$) los cuales serán seleccionados según criterios de inclusión.

2.2.2. La muestra

La muestra estuvo constituida por la población total, 25 adultos mayores que pertenecen al programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”.

Unidad de análisis: Adulto mayor del Centro de salud “El Progreso”.
Chimbote. 2017.

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico intencional.

Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años.
- Adultos mayores que pertenezcan al programa “TAYTAWASI”
- Adulto mayor lucido, orientado en tiempo espacio y persona.
- Que acepten participar en la aplicación del instrumento.

b. Criterios de exclusión

- Paciente ambulatorio adulto mayor
- Paciente adulto mayor con discapacidad mental
- Paciente adulto mayor que no acepte participar en la investigación

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Para el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la entrevista, se recolectó los datos empleando el siguiente instrumento

❖ **Índice De Barthel de actividades básicas de la vida diaria (Anexo N° 01)**

Instrumento diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, y publicado diez años después (1965).

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Sus resultados clasifican al cuidador en:

Dependencia Total	0-19 puntos
Dependencia grave	20-35 puntos
Dependencia Moderada:	40-55 puntos
Dependencia leve	60 a 90 puntos
Independiente	95 a100 puntos

El índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria es altamente valido y confiable como a continuación se presenta. (Pérez, 2007)

VALIDEZ			
Validez de constructo	Correlación de Pearson	0,77. p<0,05	Valores en Pearson mayores a 0,5 con p <0,05 traducen una correlación fuerte entre ambas variables.
CONFIABILIDAD			
Consistencia interna	Alfa de Cronbach	0,91 (Anexo 4)	Valores en Alpha de Cronbach mayores a 0,75 son considerados como alta consistencia interna.

❖ **Cuestionario Breve sobre Calidad de Vida (CUBRECAVI) (Anexo N° 02)**

Diseñado por Fernández-Ballesteros, R y Zamarrón, M es un instrumento modificado por Palacios y Hernández (2017) basado en el concepto multidimensional de calidad de vida y salud propuesto por la OMS, el cuestionario permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas mayores.

El CUBRECAVI es un cuestionario que el propio sujeto puede contestar en aplicaciones individuales o grupales, aunque en los casos que sea necesario también puede aplicarse mediante una entrevista individual realizada por un profesional. Consta de 23 ítems de escala Likert agrupadas en tres dimensiones dividiéndose en tres dimensiones: Física, Psicológica y Social.

Para la validación del instrumento de Cuestionario de Calidad de Vida en el Adulto Mayor se realizó mediante el juicio de expertos, quienes fueron:

Dr. Hurtado Vega Henry Williams cuyo cargo es Jefe del Servicio de Emergencia; Hospital III EsSalud.

Lic. José Luis Mendoza Chinchayán cuyo cargo es Enfermero asistencial del Área de Medicina. Hospital III EsSalud.

Lic. Julia León Quilcat cuyo cargo es Enfermera Especializada en el Área del Adulto Mayor; Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

Quienes concluyeron aprobar el instrumento.

Para la confiabilidad se utilizó una prueba piloto donde se determinó el alfa de Cronbach, teniendo como resultado 0,86 (Anexo 4)

2.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Petición de permiso: Se gestionó una solicitud al director del Puesto de salud El Progreso para acceder al permiso correspondiente y así se logró obtener los datos necesarios para la investigación, cerciorándose que la investigación no afecte al usuario colaborador, ya que además se informó y se solicitó una participación voluntaria de cada uno de los sujetos de estudio.

Firma del consentimiento informado: Previa a la recolección de datos, se solicitó la firma del consentimiento informado ya que es fundamental para la protección de las personas que participaron como voluntarios en las investigaciones, luego se realizó la recolección de datos mediante los instrumentos de investigación.

Recolección de datos: El instrumento fue aplicado por la investigadora, para lo que se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión considerando los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad.

Cuyas Limitaciones fueron:

Falta de apoyo por parte de la licenciada encargada del programa TAYTAWASY del adulto mayor del Centro de Salud el Progreso.

2.5. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la clasificación, ordenamiento y codificación de datos se utilizará el programa Excel 2016 de Windows y para el procesamiento y análisis estadístico el paquete estadístico SPSS/info/software versión 23.0.

- **A nivel descriptivo:** Los resultados estarán representados en tablas simples y de doble entrada, gráficos, cifras absolutas y relativas.
- **A nivel inferencial,** se aplicó la prueba estadística no paramétrica, el coeficiente de correlación de Spearman, ρ (rho) para evaluar la asociación entre dos variables que tienen categorías ordinales, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

2.6. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

En el presente estudio de investigación se considerará los siguientes principios bioéticos de Beauchamp y Childress (Gómez, 2009).

- a. **Respeto a la Autonomía:** afirman estos autores, todas las teorías de la autonomía están de acuerdo en dos condiciones esenciales: a) La libertad, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) La agencia, es decir, la capacidad para la acción intencional. Para la aplicación de los instrumentos de la investigación, se explicará a cada adulto mayor acerca de los objetivos de la investigación, así mismo se aplicará el consentimiento informado, el mismo que autorizaba formalmente su participación.
- b. **No maleficencia:** El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Para el presente estudio, durante todo el proceso, y como efectos de la misma investigación, no se cometerán daños.
- c. **Beneficencia:** La beneficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Para el presente estudio, se considerará como objeto de estudio al adulto mayor. Los resultados obtenidos son relevantes para establecer estrategias en beneficio del adulto mayor e importarlo en el programa PAM.
- d. **Principio de Justicia:** Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia, con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral. Todas las participantes del estudio de investigación tendrán derecho de conocer los resultados del presente estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Resultados

Tabla 1.

**Grado de dependencia de las actividades de la vida diaria del adulto mayor
Centro de Salud Progreso. Chimbote, 2017**

GRADO DE DEPENDENCIA	N°	%
INDEPENDIENTE	12	48
DEP. LEVE	11	44
DEP. MODERADO	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Base de datos del Índice de Barthel aplicado a los adultos mayores del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”. 2017

Interpretación. En la presente tabla se observa que, de una distribución de 25 adultos mayores en estudio, el 48 % presenta independiente, mientras que el 44% presenta un grado de dependencia leve y el 8% de adultos mayores dependencia moderada; no encontrándose adulto mayor con dependencia grave y total.

Tabla2.

**Calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso.
Chimbote, 2017**

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA	N°	%
ALTA	20	80
MEDIA	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: Base de datos del Cuestionario de calidad de vida aplicado a los adultos mayores del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”. 2017

Interpretación. En la presente tabla se observa que, de una distribución de 25 adultos mayores en estudio, el 80% de los adultos mayores presenta un nivel alto de calidad de vida y el 20% restante un nivel medio, no encontrándose adultos mayores con calidad de vida baja.

Tabla3.

Relación entre el Grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017

Nivel de calidad de vida	Grado de Dependencia						TOTAL	
	Independiente		Leve		Moderado		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Alta	12	100	8	72.7	0	0	20	80
Media	0	0	3	27.3	2	100	5	20
TOTAL	12	100	11	100	2	100	25	100

Rho de Spearman: 0,655 p: 0,000 (p: < 0,05) Significativo

Fuente: Análisis inferencial de los instrumentos aplicado a los adultos mayores del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”. 2017

Interpretación. En la presente tabla se observa que, de una distribución de 25 adultos mayores en estudio, el 100% de adultos mayores con independencia en las actividades de la vida diaria presenta un nivel alto de calidad de vida; de igual manera, el 72.7% de adultos mayores con grado de dependencia leve presentan un nivel alto de calidad vida. Mientras que el 100% de adultos mayores con dependencia moderada en las actividades de la vida diaria presenta un nivel medio de calidad de vida.

El coeficiente de correlación Rho de Spearman obtuvo un valor de 0,65 indicando un nivel moderado fuerte, infiriendo que existe una correlación entre las variables de estudio. Por tanto, el grado de dependencia se relaciona estadísticamente con el nivel de calidad de vida rechazando la H_0 y aceptando H_a

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Discusión de resultados

En la *tabla 1*, se presenta el grado de dependencia de las actividades de la vida diaria del adulto mayor del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso” donde de una distribución de 25 adultos mayores en estudio, el 48 % presentó independiente en la realización de las actividades de la vida diaria. El 44% un grado de dependencia leve y el 8% de adultos mayores restante dependencia moderada; no encontrándose adulto mayor con dependencia grave y total.

Los resultados obtenidos guardan relación con Hidalgo y Loyo (2012), en su investigación titulada: “Dependencia en el Adulto Mayor para realizar sus actividades de la vida diaria”, quienes encontraron que el 45.9% presentó grado de dependencia leve.

De igual manera, con los hallazgos de Gómez e Ysla (2012) en su investigación titulada “Nivel de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y la calidad de la vida del adulto mayor Pacasmayo 2012”, donde encontraron que el 46.9% de adultos mayores posee dependencia leve.

Sin embargo, difieren con Velazco y Carrera (2017) quien en su estudio denominado “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo”. Obtuvieron que 53% de los adultos presento dependencia leve, el 46,5% Dependencia moderada y 0,5 % dependencia Grave.

Los resultados obtenidos muestran que casi el 50% de los adultos mayores presenta independencia en la realización de sus actividades diarias no requiriendo de ningún tipo de apoyo pudiendo de esta manera participar de las actividades preventivo promocionales que brinda el profesional de enfermería en el Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un adulto mayor posee un alto nivel de

funcionalidad cuando es capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal.

Sin embargo, cabe manifestar que el 52% de los adultos mayores presentaron un nivel de dependencia funcional siendo predominante la dependencia leve (44%) seguido de la dependencia moderada (8%). Lo que indica que requieren algún tipo de apoyo de su entorno (familiar, institucional, entre otros), para realizar ciertas actividades de su vida cotidiana. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud hace referencia que; la capacidad funcional declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. La presencia del compromiso funcional en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más, ello depende del estado de salud en que se encuentre el adulto mayor y del impacto de las enfermedades que pudiera tener, sean o no invalidantes y que puedan causarles una limitación funcional en las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria (Chumpitaz & Moreno, 2016).

Lo que coincide con lo informado por Sanhueza Parra y col., quienes afirman que los cambios naturales y problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales, las que alcanzan su mayor expresión en el adulto joven y en la etapa de envejecimiento disminuyen notoriamente (Sanhueza, Castro, & Escobar, 2005) .

A través del análisis descriptivo (Anexo N°5) se pudo evidenciar que, de las 10 actividades básicas de la vida diaria, el usuario adulto mayor tiene dificultades en lavarse, arreglarse, subir escalones, y usar el servicio higiénico, sin embargo, la actividad básica menos afectada fue la alimentación, la deambulaci3n, trasladarse.

La literatura sostiene que las funciones o actividades más esenciales para la supervivencia - por ejemplo comer- que son las menos complejas, son las que primero se adquieren en la niñez y las últimas que se pierden en el proceso de envejecimiento, mientras que las funciones más complejas y menos básicas para la supervivencia -por ejemplo bañarse- se adquieren más tarde y se pierden más tempranamente (MINSAL, 2008). Este supuesto, se afirma en la presente donde las actividades más complejas se encuentran menos funcionales.

En la tabla N° 2 se presenta el nivel de calidad de vida del Adulto Mayor del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”, donde se observa que, de una distribución de 25 adultos mayores en estudio, el 80% de los adultos mayores presenta un nivel alto de calidad de vida y el 20% restante un nivel medio, no encontrándose adultos mayores con calidad de vida baja.

Los resultados obtenidos guardan relación Gonzales y Loli (2013) quienes realizaron un estudio sobre “Relación entre calidad de vida y el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 Hospital III Essalud UBAP. Chimbote”. donde obtuvieron que la mayoría de los adultos mayores (74,6%) presenta una calidad de vida óptima y el 25,4% restante una calidad de vida media.

Sin embargo, difiere con Pajuelo y Salvatierra (2015) quien en su estudio “Autoestima y la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2” obtuvieron que en relación a calidad de vida de los participantes el 20% presento un nivel alto, 46.4% un nivel medio y el 33.6% de adultos mayores un nivel bajo.

Cabe señalar, que los adultos mayores en estudio independientemente de los problemas de salud, son personas que participan activamente en el Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”, según Vinaccia y Quinceno, (2018) los adultos mayores que realizar alguna actividad laboral o académica, además de contar con una afiliación a un sistema de salud y vivir en compañía presentan mejor calidad de vida.

A través del análisis descriptivo (Anexo N°6) se pudo evidenciar que los adultos mayores consideran que todavía puedo ser una persona útil, que mantiene buenas relaciones con sus amigos y vecinos, que son capaces de atenderse ellos mismos, cuidar de su persona, que son importantes para su familia, además consideran que sus familias los quieren y respetan. También que se sienten cómodos cuando asisten a reuniones de amigos y familia, que se pueden desplazar sin ayuda.

Los resultados obtenidos nos permiten discernir que el grupo de estudio presenta una la valoración subjetiva positiva sobre su vida en relación con su estado de salud, el cual está compuesta por el bienestar físico, psicológico y social, resultado

de una armonía entre lo individual y socio-familiar; el programa “TAYTAWASY” cumple un rol muy importante y en especial el profesional de enfermería quien brinda un cuidado holístico promocionando el autocuidado y la independencia personal del adulto mayor de acuerdo a sus posibilidades, con el apoyo de los familiares involucrados

Según Mera (2008) a pesar que el envejecimiento no se puede evitar, la calidad de vida si se puede mejorar; una buena calidad de vida proporciona al adulto mayor mejor posibilidad de vivir una vida más sana y saludable a través de actividades sociales, recreacionales y físicas que proporcionan innumerables cambios físicos, psicológicos y emocionales. De igual manera, Para Romero (2012) señala que la práctica sistemática de ejercicios físicos repercute de forma positiva en el mejoramiento de la calidad de vida, pero no solo la actividad física mejora la calidad de vida; también están otras actividades como las labores sociales recreativas que vinculan al adulto mayor a ser más activo dentro del seno familiar, en la comunidad.

Contexto muy diferente al que viven un grupo minoritario pero significativo de adultos mayores que presenta una regular calidad de vida, probablemente debido a que los padecimientos crónicos más graves, en algunos casos, pueden darse con una crisis en la vida del individuo que suele exceder la adaptación a la enfermedad: se pueden presentar dificultades económicas que comprometan el costo del tratamiento o bien los sujetos pueden cambiar la visión de ellos mismos y también afectar sus relaciones intrafamiliares o con personas de su entorno lo cual influye notablemente en la calidad de vida.

Así mismo no se debe de olvidar que las enfermedades crónicas son causas principales de mortalidad en el mundo, caracterizándose por perdurar largo tiempo y, sí son mortales, causan el deceso sólo tras un prolongado espacio temporal. Durante este período los síntomas no son necesariamente constantes, es decir, los sujetos pueden sentirse bien en ocasiones o muy mal en otras, pero nunca se encuentran totalmente sanos. Además, cuando las personas enferman, su comportamiento suele cambiar y las relaciones y expectativas de sus amigos y

familiares varían de manera significativa aun cuando el apoyo social sea un factor muy importante en el mantenimiento de la salud (Leiva, 2010).

En los casos en que los acontecimientos se dan de manera extrema o que resultan significativamente importantes para el paciente, se puede presentar una crisis, manifestándose en sentimientos de ansiedad, temor, agotamiento, entre otras cosas. (Brannon, 2001) Señala que las personas que no pueden tolerar un estado de crisis durante mucho tiempo, adoptan nuevos modos de actuar. Algunas de estas nuevas formas de respuesta pueden producir una adaptación sana, pero otras provocan ajustes insanos y un deterioro psicológico. La crisis en sí misma no es sana ni patológica. Por el contrario, se trata de un momento de inflexión en la vida de una persona.

Es así como (Brannon, 2001) explica que no existe un patrón de respuesta universal ante el impacto de la noticia de que se padece de una enfermedad crónica, sino como se ha comentado con anterioridad, todos los sujetos merecen, por parte de los profesionales de la salud, un tratamiento individual debido a que cada uno activa o no diversos recursos para adaptarse a las circunstancias que los padecimientos crónicos. Además, hay que tener en cuenta que el efecto que éste causará dependiendo de su gravedad y de la medida en que interfiere en la vida cotidiana del sujeto.

En la **tabla N° 3** se presenta la relación entre el grado de dependencia y la calidad de vida del Adulto Mayor del Programa “TAYTAWASY” del Centro de Salud “El Progreso”. Donde se observa que, de una distribución de 25 adultos mayores en estudio, el 100% de adultos mayores con independencia en las actividades de la vida diaria presenta un nivel alto de calidad de vida; de igual manera el 72.7% de adultos mayores con grado de dependencia leve presenta un nivel alto de calidad vida. Mientras que el 100% de adultos mayores con dependencia moderada en las actividades de la vida diaria presenta un nivel medio de calidad de vida.

Ante la aplicación de la prueba estadística no paramétrica del coeficiente de correlación Rho de Spearman se obtuvo un valor de 0,65 indicando un nivel moderado fuerte, infiriendo que existe una correlación entre las variables de estudio. Por tanto, el grado de dependencia se relaciona estadísticamente con el nivel de calidad de vida rechazando la H_0 y aceptando H_a .

Los resultados obtenidos guardan relación con los hallazgos de Loredó, Gallegos, Palome y Juárez (2016) quienes en su estudio “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor” concluyeron que existe una relación estadística entre el nivel de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor $P < 0,005$.

De igual manera, coincide con Gómez e Ysla (2012), en su estudio titulado “Nivel de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y la calidad de la vida del adulto mayor Pacasmayo” Los resultados evidenciaron que la relación entre dependencia de las actividades diarias y la calidad de vida de los adultos mayores, es muy significativa ($p < 0,05$)

Así mismo los resultados de la presente investigación respalda la afirmación teórica que realizaron Álvarez y Núñez (2012), “Conocer la discapacidad y la dependencia física es esencial en el desarrollo e implementación de estrategias preventivas, terapéutica y de rehabilitación que son necesarias para mejorar la calidad de vida de los individuos” demostrando que mediante el alza de

indicadores de baja dependencia; los de una buena calidad de vida aumentan y viceversa.

Los resultados obtenidos ponen en manifiesto que el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria tiene un impacto sustancial en el nivel de calidad de vida pudiendo ser este positivo o negativo, postura que coincide con lo manifestado por Chumpitaz y et al (2016) quien señala que la disminución de la funcionalidad puede llevar hasta el grado de la discapacidad, la cual trae consigo dependencia en familiares o cuidadores, lo que genera un impacto, social y económico, importante en la calidad de vida de la persona. De igual modo Sanhueza y et al (2005). afirman que los cambios naturales problemas de salud que experimenta el adulto mayor se traducen en la declinación de sus capacidades funcionales.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

5.1. Conclusiones

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación, se detallan las siguientes conclusiones que:

- 1.** La mayoría de adultos mayores presentan independencia en sus actividades de la vida diaria y existe una minoría de adultos mayores que presentan un grado de dependencia moderado.
- 2.** La mayoría de adultos mayores presentan una calidad de vida alta y una minoría de adultos mayores presentan una calidad de vida media.
- 3.** Existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia y la calidad de vida de los adultos mayores ($p < 0,05$).

5.2. Recomendaciones

Luego del proceso para la realización de la Tesis y en base a las diferentes situaciones acontecidas; nos vemos con la responsabilidad de realizar las siguientes recomendaciones:

1. Los puestos de salud a nivel nacional deben mejorar el aspecto preventivo promocional, y desarrollar sus programas destinados específicamente para el adulto mayor (los centros del adulto mayor, Programa nacional de vida digna, programa pensión 65) basándose en la ley N°28803 donde el objeto de la ley es mejorar su calidad de vida, que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad, logrando así un beneficio tanto biológico, psicológico y social trabajando de la mano con su familia.
2. Buscar y mantener el bienestar y un estilo de vida saludable en pro del mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, así como en el programa Taytawasy.
3. Realizar un trabajo de sensibilización con la familia aclarando la importancia de mantener el contacto familiar entre el adulto mayor y su familia, esto gracias a las expresiones de afecto, buen trato; así mismo trabajar en la autoestima del adulto mayor, fortalecer su amor propio por medio de talleres de reflexión, terapia ocupacional creándoles una función a cumplir y resaltando su utilidad e importancia.
4. Continuar con las investigaciones en este grupo de pacientes; con el fin de ampliar bases conceptuales para la aplicación de modelos de autocuidado que permitan una atención de calidad y calidez.
5. Se sugiere que los alumnos de pregrado se involucren con el profesional de enfermería en el campo de la prevención y promoción de la salud participando como elemento activo en las campañas de salud y programas o talleres establecidos.

CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, J., & Macías, J. F. (2009). *Dependencia en Geriatria*. Salamanca, España: Aquilafuente.
- Barthel, D., & Mahoney, F. (1965). Evaluación Funcional: el índice de Barthel. *Md Estado Med. J.*, 61-65.
- Botero de Mejía, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (Cvrs) en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. [en línea] 2007, 12 (Enero-Diciembre): [Fecha de. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Brannon, L. (2001). *Psicología de la Salud*. Thompson Editores .
- Cardona, D., Estrada, A., & Agudelo, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26, 206-215 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v26n2/v26n2a04.pdf>.
- Cerquera, A. U., Matajira, Y., & Correa, H. (Julio-Diciembre de 2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Universidad Pontificia Bolivariana*, 20(38).
- Chumpitaz, Y., & Moreno, C. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Rev enferm Herediana.*, 9(1), 30-36.
- Consejo de Europa . (2013). *Recomendación n° 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998.* . Obtenido de <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Covinsky, K., Pierluissi, E., & Johnston, C. (2011). Hospitalization-Associated Disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 306(16), 1782-1793.
- Cruz, A. (2006). *Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica*. Prous Science SA.
- Cutcliffe, J., Mckenna, H., & Hyrkas, K. (2010). *Modelos y teorías de enfermería aplicacion a al práctica*. Mexico: Manual Moderno.

- Du Gas, B. W. (2000). *Tratado de enfermería práctica*. Mexico, Mexico: Mc Graw Hill.
- Duarte, P., & Pedro, P. (2010). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Fenco, M. (2013). *Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Daniel Alcides Carrión 2013*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Gajardo, J. (2013). Dependencia asociada a la hospitalización en adultos mayores: implicancias para la Terapia Ocupacional . *I Congreso Chileno de Terapia Ocupacional*. Chile.
- García, H. (2006). *Enfermería Geriátrica* (2da Ed ed., Vol. 18). España: Elsevier Masson.
- Gómez, A., & Ysla, Y. (2012). *Nivel de Dependencia para Realizar las Actividades de la Vida Diaria y la Calidad de la Vida del Adulto Mayor Pacasmayo- 2012*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Gómez, P. (2009). Principios básicos de bioética . *Rev Per Ginecol Obstet*, 55(1), 230-233.
- Gonzales, A., & Loli, M. (2013). *Relación entre calidad de vida y el autocuidado del adulto Mayor con diabetes Mellitus tipo 2 Hospital III Essalud UBAP. Chimbote*. Chimbote : Universidad San Pedro.
- Gonzales, D., & Rojas, K. (2015). *Nivel de sobrecarga del cuidador familiar y su relación con el grado de dependencia funcional del usuario adulto mayor del programa de atención domiciliaria del hospital I essalud, nuevo chimbote, 2014*. Chimbote: Universidad Nacional del Santa.
- Guillén, D., & Herrera, G. (2012). *Nivel de dependencia del adulto mayor en una comunidad rural del sur de Veracruz*. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hidalgo, A., & Loyo, T. (2012). *Dependencia en el adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria*. Arequipa: UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA.
- Hurtado, J. (2007). *El Proyecto de Investigación*. (5 ed.). Caracas: Editores Quirón y Sypal.
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2013). *Primera Encuesta Nacional Especializada Sobre Discapacidad 2012*. Lima: INEI. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf

- Internacional Journal of Clinical and Health Psychology. (2005). “Efectos de una Intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, Ansiedad, Depresión, y Condición médica de Pacientes Diabéticos e Hipertensos Esenciales”. España.
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2017). *Perú: Caracterización de las Condiciones de Vida de la Población con Discapacidad 2016*. Lima: INEI. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1456/libro.pdf
- Kosier, B. (2002). *Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica de enfermería*. Madrid, España. : Ed. Interamericana.
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., & Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141 <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-001>.
- Leiva, M. (2010). Diabetes mellitus tipo II Autocuidado y calidad de vida. 115.
- Long, B., Phipps, W., & Cassmeyer, V. (2000). *Enfermería médico Quirúrgico* (Vol. Vol VIII). España: Ed. Harcourt-Brace.
- López, R., & Zelada, A. (2011). Autocuidado relacionado con el nivel de información y tiempo de conocimiento de su enfermedad en pacientes hipertensos del consultorio externo de cardiología del hospital E.G.B. *Tesis para optar en título de licenciada de enfermería*.
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu>.
- Lugonesl, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 287-289 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200200040.
- Márquez, N., & Villanueva, L. (2015). *Relación entre la dependencia funcional del adulto mayor y el nivel de sobrecarga del cuidador familiar en el servicio de Medicina del Hospital III. Chimbote*. Chimbote: Universidad Privada San Pedro.
- Marriner. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Edit. Elsevier.
- Marriner, A., & Raile, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España : Elsevier
- Marriner, T. (2010). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Ed. Mosby.
- Martinez, B., & Céspedes, N. (2008). *Metodología de la investigación-Estrategias para investigar*. Lima: Libro amigo.

Martínéz, F., & Astorga, G. (2009). *Dependencia en Geriatria: Definición, Epidemiología, Diagnóstico*. Salamanca: Aquilafuente.

- Mera, M. (2008). *Calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. Centro Médico Dial-Sur. Osorno* . Escuela de Enfermería. Valdivia: Universidad Austral.
- MINSAL. (2008). *Dependencia de los adultos mayores en Chile Documento de Trabajo* . Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, Departamento de Economía de la Salud MINSAL.
- Molina, G. Y. (2008). Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo" . Lima, Perú.
- OMS. (2000). *Hacia un consenso internacional sobre política de atención a largo plazo el Envejecimiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Evaluación Funcional del Adulto Mayor*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Tendencias demográficas y de mortalidad en la Región de las Américas*. Boletín Epidemiológico, Ginebra .
- Ostiguin, R. (2001). *“Teoría General de Déficit de Autocuidado”*. México: Ed. Manual Moderno.
- Pacolet, J. ..., Bouten, R. ..., & Lanoye, H. y. (2000). *Protección Social para La dependencia en la vejez: Un estudio de los quince Estados miembros de la UE y Noruega* . Inglaterra: Ashgat.
- Pajuelo, L., & Salvatierra, G. (2015). *Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Hospital II Chocope*. Trujillo: UNiversidad Privada Antenor Orrego.
- Pérez, A. (2007). *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental* . Salamanca : Universidad de Salamanca.
- Pineda, E. A., & Canales, F. (2002). *Metodología de investigación Manual para el desarrollo de personal de salud* . Lima : Serie Paltex.
- Reyes, M., & Rodríguez, H. (2012). *Apoyo Familiar y Calidad de Vida Percibida en Usuarios del Programa del Adulto Mayor. Trujillo – 2012*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Rodríguez, E., & Rondo, A. (2012). *Grado de participación en actividades sociales y el apoyo familiar en el adulto mayor. consultorios externos, hospital eleazar guzmán barrón. nuevo chimbote, 2012*. Chimbote: Universiad Nacional del Santa.
- Sanhueza, M., Castro, M., & Escobar, M. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Cienc Enferm.*, 11(2), 17–21.

- Siguenza, M., Siguenza, C., & Sinche, N. (2014). *Calidad de vida en el Adulto Mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca*. Tesis para optar el grado de Médico, Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Tasayco, P. (2017). *Calidad de vida y dependencia en el adulto mayor del servicio de hospitalización de medicina del Hospital San José*. Chincha: Universidad Privada San Juan Bautista.
- Trigás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2001). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicla Clin*, 72(1), 11-16.
- Urbina, M. (2006). Efectividad de un programa educativo en el nivel de autocuidado en salud del adulto mayor. *Tesis para optar el grado de maestría en enfermería*.
- Varela, L. (abr. de 2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev. Perú. Med. Exp. salud pública [online]*, 33(2), 199-201. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es&nrm=iso>. ISSN
- Velazco, L., & Carrera, T. (2017). *Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "misioneros de amor", Chaclacayo*. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Vinaccia, S., & Quinceno, J. (enero-junio de 2018). Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicología y Salud*, 28(1), 73-83.



Anexo 1



ÍNDICE DE BARTHEL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD)

INSTRUCCIONES: a continuación, se le presenta una lista de actividades básicas de la vida diaria (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular, escalones), cada una de ella con 3 o 2 alternativas posibles con un puntaje asignado, para lo cual Ud. Deberá encerrar en un círculo, como la alternativa que considere correcta. Por tanto, se solicita las instrucciones y responda con sinceridad.

Edad: _____

Sexo: (M) o (F)

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTOS
1. COMER	❖ Totalmente independiente	10
	❖ Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	❖ Dependiente	0
2. LAVARSE	❖ Independiente; entra y sale solo del baño para asearse.	5
	❖ Dependiente	0
3. VESTIRSE	❖ Independiente; capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	❖ Necesita ayuda	5
	❖ Dependiente	0
4. ARREGLARSE	❖ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillaje, etc.	5
	❖ Dependiente	0
5. DEPOCISIONES	❖ Continencia normal	10
	❖ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios.	5
	❖ Incontinencia	0
6. MICCION	❖ Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la si tiene una puesta.	10
	❖ Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	❖ Incontinencia	0
7. USAR RETRETE	❖ Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	❖ Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	❖ Dependiente	0
8. TRASLADARSE	❖ Independiente para ir del sillón a la cama.	15

	❖ Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	❖ Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	❖ Dependiente	0
9. DEAMBULAR	❖ Independiente, camina solo 50 metros	15
	❖ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	❖ Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	❖ dependiente	0
10. ESCALONES	❖ independiente para bajar y subir escaleras	10
	❖ necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	❖ dependiente	0

GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN PUNTUACION DE LA ESCALA	
Dependencia Total	0-19 puntos
Dependencia Grave	20-35 puntos
Dependencia Moderada	40-55 puntos
Dependencia Leve	60 a 90 puntos
Independiente	95 a 100 puntos



Anexo 2

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Autora: Hernández (1997) modificado por Hernández y Palacios (2017)

INSTRUCCIONES

N°.....

A continuación, se preguntarán los siguientes ítems, marque con una (x) las respuestas que mejor describa la situación. Recuerde que toda respuesta es válida.

Sexo: (M) o (F)

Edad: _____

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Realizo las actividades físicas como ejercicios físicos, subir y bajar las escaleras.			
Mi familia me quiere y me respeta.			
Realizo por mí mismo las actividades como: bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etc.			
Puedo leer libros, revistas o periódicos.			
Puedo desplazarme sin ayuda.			
Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.			
Soy importante para mi familia.			
Tengo momentos de distracción y recreación			
Pocas veces me siento desanimado, triste, nervioso e inquieto			
Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso			
Soy feliz con la vida que llevo.			
Me siento cómodo cuando asisto a reuniones de amigos y familia.			
Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.			
Mantengo buenas relaciones con mis amigos y vecinos.			
Salgo a distraerme solo, con mi familia o con mis amigos.			
Mi familia me tiene en cuenta para toma decisiones relacionadas con los problemas del hogar.			
Me siento satisfecho con la vida que llevo.			
Puedo usar transporte público.			
El ingreso económico que Usted percibe mensualmente satisface sus necesidades básicas.			
Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar.			
Comparte usted tiempo libre con sus nietos y disfruta con ellos.			
Considero que todavía puedo ser una persona útil.			
Mi vivienda me resulta cómoda para mis necesidades.			

PUNTAJE:

Calidad de vida Baja: 01- 22 puntos

Calidad de vida Media: 23- 45 puntos

Calidad de vida Alta: 46- 69 puntos



Anexo 3



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento acepto participar voluntariamente en esta investigación, por las autoras: Hernández Sagástegui Yesenia y Palacios Ramírez Stephany.

He sido informado que el objetivo es determinar la relación entre el grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso.

Así mismo he sido informado (a) que tendré que responder la totalidad del cuestionario, en un tiempo máximo de 20 minutos.

Reconozco que la información que yo prevea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada con ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi autorización.

Su Firma indica que usted ha comprendido la importancia y decide voluntariamente participar en el estudio, lo cual será de gran relevancia en el avance y el progreso de nuestra profesión.

Palacios Ramírez Stephany
Firma del Autor

Hernández Sagástegui Yesenia
Firma del Autor

Firma del Paciente

ANEXO 4

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS EN INVESTIGACIÓN

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

❖ ÍNDICE DE BARTHEL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,910	10

Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido

g1	0,907
g2	0,914
g3	0,888
g4	0,918
g5	0,899
g6	0,896
g7	0,895
g8	0,898
g9	0,892
g10	0,900

❖ CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,867	23

Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido

p1	0,864
p2	0,853
p3	0,858
p4	0,862
p5	0,863
p6	0,856
p7	0,852
p8	0,863
p9	0,873
p10	0,861
p11	0,858
p12	0,862
p13	0,862
p14	0,866
p15	0,859
p16	0,863
p17	0,859
p18	0,873
p19	0,869
p20	0,858
p21	0,870
p22	0,857
p23	0,861

ANEXO 5

❖ ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS ITEMS DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Trasladarse	25	5	15	12,60	2,930
Deambular	25	10	15	12,40	2,550
Comer	25	5	10	8,80	2,179
Deposiciones	25	5	10	8,80	2,179
Micción	25	5	10	8,60	2,291
Vestirse	25	5	10	8,40	2,380
Usar el retrete	25	5	10	7,80	2,533
Escalones	25	5	10	7,20	2,533
Arreglarse	25	0	5	4,80	1,000
Lavarse	25	0	5	4,40	1,658
N válido (por lista)	25				

ANEXO 6

❖ ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS ITEMS CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Considero que todavía puedo ser una persona útil.	25	2	3	2,64	,490
Mantengo buenas relaciones con mis amigos y vecinos.	25	2	3	2,64	,490
Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.	25	2	3	2,56	,507
Soy importante para mi familia.	25	1	3	2,56	,651
Mi familia me quiere y me respeta.	25	1	3	2,56	,583
Realizo por mí mismo las actividades como: bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etc.	25	2	3	2,52	,510
Me siento cómodo cuando asisto a reuniones de amigos y familia.	25	1	3	2,40	,707
Soy feliz con la vida que llevo.	24	2	3	2,38	,495
Puedo usar transporte público.	25	1	3	2,36	,569
Mi vivienda me resulta cómoda para mis necesidades.	25	1	3	2,32	,557
Puedo desplazarme sin ayuda.	25	1	3	2,32	,690
Comparte usted tiempo libre con sus nietos y disfruta con ellos.	25	1	3	2,28	,614
Me siento satisfecho con la vida que llevo.	25	1	3	2,28	,542
Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso	25	1	3	2,28	,542
Salgo a distraerme solo, con mi familia o con mis amigos.	25	1	3	2,24	,597
Tengo momentos de distracción y recreación	25	1	3	2,24	,597
Mi familia me tiene en cuenta para toma decisiones relacionadas con los problemas del hogar.	25	1	3	2,20	,764
Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.	25	1	3	2,16	,624
Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar.	25	1	3	2,12	,726
Pocas veces me siento desanimado, triste, nervioso e inquieto	25	1	3	2,04	,351
Realizo las actividades físicas como ejercicios físicos, subir y bajar las escaleras.	25	1	3	2,04	,539
El ingreso económico que Usted percibe mensualmente satisface sus necesidades básicas.	25	1	3	1,92	,572
Puedo leer libros, revistas o periódicos.	25	1	3	1,64	,757
N válido (por lista)	24				

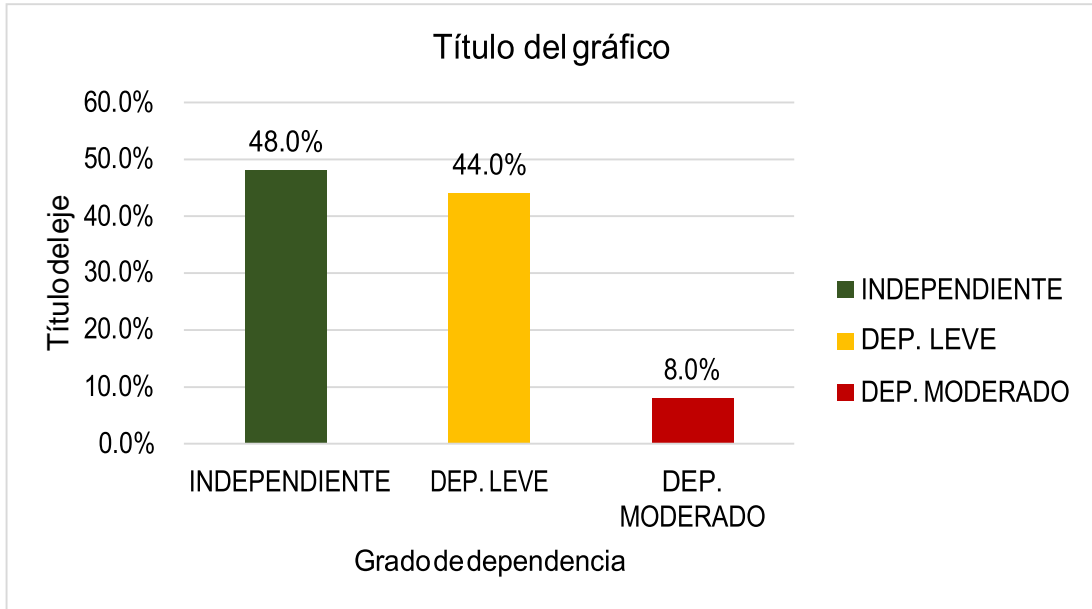
ANEXO 7

Matriz de consistencia:

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable(s)	Metodología
<p>¿Cuál es la relación entre el grado de dependencia funcional y la calidad de vida del usuario del programa del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso? Chimbote,2017.</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el grado de dependencia funcional y la calidad de vida del usuario del programa del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso.Chimbote,2017.</p> <p>Objetivos específicos: Identificar el grado de dependencia funcional del usuario del programa del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso.Chimbote,2017.</p> <p>Determinar el nivel de calidad de vida del usuario del programa del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso.Chimbote,2017.</p> <p>Establecer la relación entre el grado de dependencia funcional y la calidad de vida del usuario del programa del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso.Chimbote,2017.</p>	<p>El grado de dependencia funcional se relaciona significativamente con la calidad de vida del usuario del programa del adulto mayor del Hospital Centro de Salud El Progreso.Chimbote,2017</p>	<p>Variable independiente Grado de dependencia funcional Definición Operacional: La dependencia funcional se midió según escala ordinal, a través de la aplicación del instrumento índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria (Anexo N° 01), el cual consta de 10 ítems, y se clasifica de la siguiente manera: ❖ Dependencia Total: 0-19 pts. ❖ Dependencia grave de 20 a 35 pts. ❖ Dependencia Moderada: de 40 a 55 pts. ❖ Dependencia leve de 60 a 90 pts. ❖ Independencia: de 95-100 pts.</p> <p>Variable dependiente Calidad de Vida Definición conceptual. - Se midió según escala ordinal, a través de la aplicación del instrumento de Calidad de vida (Anexo N° 01), el cual consta de 23 ítems, y se clasifica de la siguiente manera: Calidad de Vida Bueno: 46 a 69 pts. Calidad de Vida Regular: 23 a 45 pts.) Calidad de Vida deficiente: 0 a 22 pts.)</p>	<p>Tipo investigación: Descriptivo</p> <p>Diseño investigación Descriptivo correlacional</p> <p>Población y muestra: Población: de 25 adultos mayores del Programa del adulto mayor del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón</p> <p>Técnicas / Instrumento: La entrevista/ Test de Barthel Cuestionario CUBRECAVI</p> <p>Estadística aplicar Estadística inferencial</p>

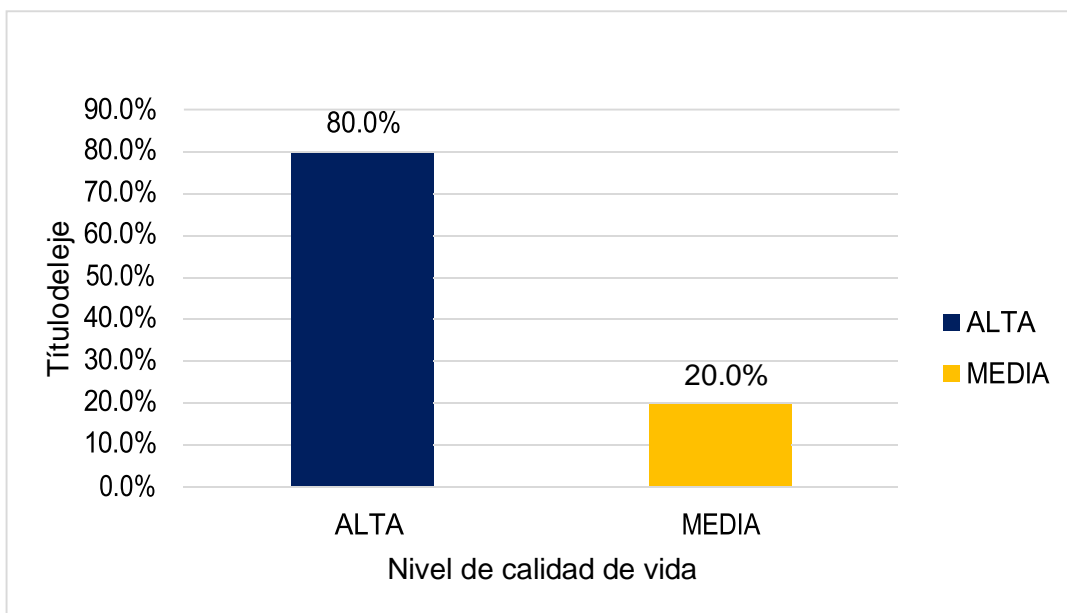
Gráfica 1.

Grado de dependencia de las actividades de la vida diaria del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017



Gráfica 2.

Calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017



Gráfica 3.

Relación entre el Grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso. Chimbote, 2017

