



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
DE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LURÍN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

YOLANDA OLENKA VELASCO CANO
ORCID: 0000-0002-8933-2604

ASESOR

MAG. DIEGO ISMAEL VALENCIA PECHO
ORCID: 0000-0002-7614-0814

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
BIENESTAR PSICOLÓGICO

LIMA, PERÚ, DICIEMBRE DE 2022



CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales, sólo permite que otros puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente.

Referencia bibliográfica

Velasco Cano, Y. O. (2022). *Proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

| Datos del autor | |
|--------------------------------------|---|
| Nombres y apellidos | Yolanda Olenka Velasco Cano |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 30676963 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-8933-2604 |
| Datos del asesor | |
| Nombres y apellidos | Diego Ismael Valencia Pecho |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 46196305 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-7614-0814 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | Silvana Graciela Varela Guevara |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 47283514 |
| Secretario del jurado | |
| Nombres y apellidos | Max Hamilton Chauca Calvo |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 08035455 |
| Vocal del jurado | |
| Nombres y apellidos | Diego Ismael Valencia Pecho |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 46196305 |
| Datos de la investigación | |
| Título de la investigación | Proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín |
| Línea de investigación Institucional | Persona, Sociedad, Empresa y Estado |
| Línea de investigación del Programa | Bienestar psicológico |
| URL de disciplinas OCDE | https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00 |

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, el jurado de Sustentación de Tesis conformado por los psicólogos colegiados: Mag. Silvana Graciela Varela Guevara, quien lo preside, Mag. Max Hamilton Chauca Calvo y Mag. Diego Ismael Valencia Pecho, reunidos en acto público para dictaminar la tesis titulada:

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LURÍN

Presentada por la Bachiller:

YOLANDA OLENKA VELASCO CANO

Para obtener el **Título Profesional de Licenciada en Psicología**; luego de escuchar la sustentación de la misma y resueltas las preguntas del jurado, acuerdan:

APROBADA POR MAYORIA

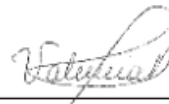
En fe de lo cual firman los miembros del jurado, a los seis días del mes de diciembre de 2022.



Mg. Silvana Graciela Varela Guevara
C. Ps. P. 24029
Presidenta



Mg. Max Hamilton Chauca Calvo
C. Ps. P. 40500
Secretario



Mg. Diego Ismael Valencia Pecho
C. Ps. P. 24039
Vocal

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo **Mag. Diego Ismael Valencia Pecho**, docente de la Facultad de Ciencias Humanas y Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesor de la tesis titulada: "PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LURÍN" de la egresada YOLANDA OLENKA VELASCO CANO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin que se adjunta.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Autónoma del Perú.

Lima, 02 de diciembre del 2022



Mag. Diego Ismael Valencia Pecho

D. N. I.: 46196305

DEDICATORIA

A mis Sagitarios; Victoria y Mariano,
mis Aries, Papá, Iván y Adalberto. Gracias
por tantas enseñanzas y por su manera de
amar. Perdón por tan poco.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por otorgarme la vida. A mi Yolita, a Percyto y a Chusi, por ser excelentes padres. Un agradecimiento especial a mis hijos, mis Honoris Causa Cubito JD y AleYe, mi motor y mi motivo, por entregarme su valioso tiempo, por ustedes todo.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| DEDICATORIA | 2 |
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| RESUMO | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Realidad problemática..... | 12 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 13 |
| 1.3. Justificación e importancia de la investigación..... | 13 |
| 1.4. Objetivos de la investigación: general y específicos | 15 |
| 1.5. Limitaciones de la investigación | 15 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes de estudios | 17 |
| 2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado | 22 |
| 2.3. Definición conceptual de la terminología empleada | 31 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación | 34 |
| 3.2. Población y muestra..... | 34 |
| 3.3. Hipótesis. | 35 |
| 3.4. Variables – Operacionalización..... | 36 |
| 3.5. Métodos y técnicas de investigación | 38 |
| 3.6. Procesamiento de los datos | 41 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS | |
| 4.1. Análisis de fiabilidad de las variables | 43 |
| 4.2. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable..... | 43 |
| 4.3. Contrastación de hipótesis | 45 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1. Discusiones..... | 50 |
| 5.2. Conclusiones..... | 51 |
| 5.3. Recomendaciones..... | 52 |
| REFERENCIAS | |
| ANEXOS | |

LISTA DE TABLAS

| | |
|----------|---|
| Tabla 1 | Población de adultos mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor |
| Tabla 2 | Operacionalización de la variable calidad de vida |
| Tabla 3 | Operacionalización de la variable proceso de envejecimiento |
| Tabla 4 | Puntos de corte para los niveles de calidad de vida y dimensiones |
| Tabla 5 | Análisis de confiabilidad de los instrumentos de investigación |
| Tabla 6 | Distribución de frecuencias por nivel de la calidad de vida del adulto mayor |
| Tabla 7 | Distribución de frecuencias por nivel de las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores |
| Tabla 8 | Distribución de frecuencias del nivel del proceso de envejecimiento en adultos mayores |
| Tabla 9 | Distribución de frecuencias por nivel de la dimensión del proceso de envejecimiento en adultos mayores |
| Tabla 10 | Grado de correlación entre calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores |
| Tabla 11 | Grado de correlación entre la dimensión física del proceso de envejecimiento y la calidad de vida del adulto mayor |
| Tabla 12 | Grado de correlación entre la dimensión psicológica del proceso de envejecimiento y la calidad de vida del adulto mayor |
| Tabla 13 | Grado de correlación entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores |

**PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE LURÍN**

YOLANDA OLENKA VELASCO CANO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un Centro de Atención del Adulto Mayor en Lurín. Fue de orientación cuantitativo, con un nivel descriptivo, correlacional y no experimental, de corte transversal. La población estuvo constituida por 150 sujetos, 79.3% mujeres y 20.7% hombres, con una media de 73 años (D.E. = 6.82). En relación a las herramientas utilizadas para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario para la variable proceso de envejecimiento y un cuestionario para la variable calidad de vida. Los resultados revelaron que existió relación inversa y de una intensidad moderada entre proceso de envejecimiento y calidad de vida ($\rho = -.445$; $p < .05$), por lo cual se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se admitió la hipótesis alterna (H_G). Se concluyó que a mayor nivel de proceso de envejecimiento menor el nivel de calidad de vida percibida por la muestra censal de estudio.

Palabras clave: Proceso de envejecimiento, calidad de vida, y adulto mayor.

AGING PROCESS AND QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS FROM A CARE CENTER OF LURÍN

YOLANDA OLENKA VELASCO CANO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between the aging process and the quality of life in older adults from a Care Center for the Elderly in Lurín. It was quantitative in orientation, with a descriptive, correlational and non-experimental level, cross-sectional. The population consisted of 150 subjects, 79.3% women and 20.7% men, with a mean age of 73 (SD = 6.82). Regarding the tools used for data collection, a questionnaire was used for the aging process variable and a questionnaire for the quality of life variable. The results revealed that there was an inverse relationship of moderate intensity between the aging process and quality of life ($\rho = -.445$; $p < .05$), for which the null hypothesis (H_0) was rejected and the alternate hypothesis was accepted (H_G). It was concluded that the higher the level of the aging process, the lower the level of quality of life perceived by the study census sample.

Keywords: Aging process, quality of life, and the elderly.

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DE UM CENTRO DE ATENDIMENTO DE LURÍN

YOLANDA OLENKA VELASCO CANO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi determinar a relação entre o processo de envelhecimento e a qualidade de vida em idosos de um Centro de Atenção à Terceira Idade de Lurín. Foi de orientação quantitativa, com nível descritivo, correlacional e não experimental, transversal. A população foi composta por 150 indivíduos, 79.3% mulheres e 20.7% homens, com idade média de 73 anos (DP = 6.82). Quanto aos instrumentos utilizados para coleta de dados, foi utilizado um questionário para a variável processo de envelhecimento e um questionário para a variável qualidade de vida. Os resultados revelaram que houve uma relação inversa de intensidade moderada entre o processo de envelhecimento e a qualidade de vida ($\rho = -.445$; $p < .05$), para a qual a hipótese nula (H_0) foi rejeitada e a hipótese alternativa foi aceita (H_G). Concluiu-se que quanto maior o nível do processo de envelhecimento, menor o nível de qualidade de vida percebido pela amostra censitária do estudo.

Palavras-chave: Processo de envelhecimento, qualidade de vida e o idoso.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial y en nuestro país, los habitantes están envejeciendo; la mayor parte de territorios del mundo vienen experimentando un incremento en la cantidad de adultos mayores y los cambios en la calidad de vida.

El envejecimiento poblacional está a punto de transformarse en una de las evoluciones sociales más significativas del siglo XXI, con secuelas para casi todos los sectores de la sociedad, así como para la composición familiar y la calidad de vida.

Una forma de medir la calidad de vida, podría ser el Índice de Desarrollo Humano (IDH), y el indicador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que mide la esperanza de vida o proceso de envejecimiento.

La calidad de vida tiene un criterio extenso que atraviesa por la salud física, estado fisiológico, el nivel de independencia, salud mental, estado cognitivo y la relación del entorno o social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) los adultos mayores son toda la gente que sobrepasa los 60 años de vida, lo cierto es que el envejecimiento corporal, mental, social y cognitivo es distinto para cada individuo y la edad no tendría que ser un problema, a medida que se goce de buena salud física y mental.

Las personas mayores experimentan cambios en todos los sentidos. Por eso es necesario que las familias se sientan solidarias, empáticas, aceptadas y comprendidas por las personas mayores. A medida que envejecemos, aumenta el potencial de pérdida funcional. Como tal, las personas mayores temen perder el control de su mente, lo que puede generar otros temores como la depresión y la pérdida del control emocional (Alvarado y Salazar, 2016).

Es así que se efectuó este estudio para comprobar el grado de relación entre

el proceso de envejecimiento y la calidad de vida que perciben un grupo de adultos mayores de la localidad de Lurín. Para tal fin, este informe se dividió en los siguientes acápite: En el capítulo uno, se mostró la realidad problemática, igualmente, los objetivos generales y específicos, justificación del tema y limitaciones. En el capítulo dos, se mostraron los antecedentes internacionales y nacionales, como también se encontraron los fundamentos teóricos y definiciones conceptuales.

En el capítulo tres, se encontró el marco metodológico donde se narró el tipo y diseño de indagación, la población, muestra y la hipótesis. También, se presentaron los métodos y técnicas para la recolección de datos. En el capítulo cuatro, se mostraron los resultados descriptivos e inferenciales de investigación acorde con los objetivos. En el capítulo cinco, se colocaron la discusión, las conclusiones y recomendaciones para el centro de atención del adulto mayor e investigadores.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

En los últimos años, a nivel mundial, la figura del envejecimiento de la comunidad poblacional del adulto mayor ha proyectado ciertos cambios en los distintos ámbitos humanitarios, políticos, socioeconómicos y psíquicos. En efecto, este proceso de envejecimiento plantearía inconvenientes emocionales y mentales que alcanzarían más protagonismo en la vejez, incrementando la demanda de los servicios de salud mental y la sociedad ha empezado a tomar conciencia de lo que representa la senectud de los adultos mayores.

Las Organización de Naciones Unidas (ONU) han calculado que la población de 60 años o más aumentará entre un 11 % y un 25 % en 35 años y, para 2030, se prevé que la tasa de envejecimiento humano sea más rápida de lo previsto. El fenómeno del envejecimiento refleja uno de los cambios sociales más importantes de este siglo. Se estima que una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte tendrá más de 60 años en 2050. Un conjunto de condiciones que afectan a su comodidad. Un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles exacerba la calidad de vida que desarrollan. Este también es el caso de Perú, donde se estima que esta población represente el 12% del total para 2025. A medida que se envejece, las personas mayores experimentan muchos cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que afectan su papel en la sociedad (Hechavarría et al., 2018).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida en relación con las propias metas y expectativas y la propia presencia dentro del contexto cultural y los sistemas de valores en los que se vive y se relaciona., normas y preocupaciones (Cardona y Agudelo, 2005).

La calidad de vida de las personas mayores está relacionada con la seguridad económica y la inclusión social que brindan las infraestructuras de apoyo y las redes sociales. Todos estos promueven la participación de las personas mayores como miembros activos de la comunidad. Una de las funciones de las personas mayores es transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes y, al mismo tiempo, comprender sus estilos de vida y sus desafíos únicos. Todo esto tiene lugar en una sociedad imbuida de procesos que nos hacen aprender a envejecer. En 2014, la tasa de crecimiento anual de la población del grupo de edad de más de 60 años se duplicó, superando a la población menor de 5 años. La OMS, predice que la población adulta se duplicará del 12% al 22% entre 2015 y 2050. En términos absolutos, se espera que la población de 60 años o más crezca de 900 millones a 2 mil millones (Rubio et al., 2015).

El envejecimiento es un cambio natural, dinámico y gradual asociado a efectos físicos, fisiológicos y cambios psíquicos que pueden generar modificaciones en la actividad o dificultades o limitaciones en el adulto mayor a corto o largo plazo. Por su parte, la calidad de vida se define como la valoración de la vida que tiene una persona frente al entorno social y cultural relacionada con aspectos personales, expectativas y limitaciones de la propia vida. Del mismo modo, la calidad de vida está relacionada con la salud de una persona. Esto influye mucho en la percepción de la realidad desde una perspectiva personal experimentada.

1.2. Formulación del problema

Ante lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre proceso de envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor en un centro de atención de Lurín?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

La sociedad está experimentando cambios demográficos sin precedentes que contribuyen al envejecimiento de la población y a una grave redistribución de la población debido a la mejora de la salud y la disminución de las tasas de natalidad. El envejecimiento es un proceso de múltiples causas que se puede definir como una pérdida continua de función. Sin embargo, el envejecimiento suele observarse en base a criterios clínicos como un conjunto de patologías.

La incertidumbre sobre la naturaleza exacta de la interacción entre la patología y el envejecimiento es un problema de larga data que dificulta la comprensión de la progresión inevitable del proceso de envejecimiento. El análisis del envejecimiento debe ser introspectivo y basarse en una comprensión clara de los recursos que crean una vulnerabilidad previa al desarrollo de trastornos relacionados con la edad.

Del mismo modo, con respecto a la calidad de vida de las personas mayores, la investigación requiere una evaluación multidimensional de medidas que utilicen criterios normativos tanto interpersonales como sociales y que tengan en cuenta a los individuos en el tiempo (pasado, presente y futuro).

Para llevar a cabo este estudio, se recopiló información de antecedentes internacionales y nacionales; asimismo se utilizaron técnicas y métodos específicos, como encuestas, formularios, tablas estadísticas, pruebas de comportamiento de datos y precedentes. Por lo tanto, el análisis se basó en el aporte y enriquecimiento del campo teórico, en un esfuerzo por encontrar una mayor comprensión y conocimiento sobre el proceso de envejecimiento, y como se vincula con la calidad de vida. De igual forma, el análisis servirá como base para futuras investigaciones sobre la comunidad de adultos institucionalizados y no institucionalizados más amplios, al tiempo que proporciona la verdad y el sentido común a la comunidad en general: padres, niños, estudiantes, etc.

1.4. Objetivos de investigación: general y específicos

1.4.1. General

- Determinar la interacción entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

1.4.2. Específicos

1. Determinar la relación entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.
2. Determinar la relación entre la dimensión física del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.
3. Determinar la relación entre la dimensión psicológica del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.
4. Identificar el nivel de proceso de envejecimiento en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.
5. Detallar el nivel de calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

1.5. Limitaciones de la investigación

No se dispuso de herramientas tecnológicas como la Internet para la aplicación de las encuestas, ya que en los adultos mayores esto generó dificultad con el tiempo estimado para la administración. Por otro lado, los participantes de la muestra tenían poca disponibilidad de tiempo debido a su estado de salud.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios

2.1.1 Antecedentes internacionales

Hernández y Ariza (2021) determinaron la calidad de vida de los adultos mayores que asisten a los centros de salud públicos de IPS en el contexto de la pandemia del COVID 19. La muestra estuvo conformada por adultos mayores que pertenecían al Club de Salud E.S.E Vida Sinú y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se empleó encuesta telefónica y la herramienta utilizada fue la escala WHOQOL-BREF. Los resultados obtenidos mostraron que, en general, las percepciones de calidad de vida de las personas mayores que participan en los clubes de salud fueron consistentes con la esperanza de vida cuando se evalúan todas las dimensiones que aumentan. La pandemia de COVID-19 ha afectado la mayoría de los aspectos sociales, económicos y psicológicos de la comunidad.

Neira (2021) analizó la relación entre el sentido de vida y la calidad de vida según las características ambientales y sociológicas de las personas mayores que viven en Gran Concepción. Se realizó un estudio cuantitativo y transversal que incluyó rangos descriptivos y correlativos. Se utilizaron escalas específicas para la medición de cada variable. El sujeto encuestado por muestreo fue intencional y no probabilístico y estuvo conformado por 179 adultos mayores residentes en el municipio del Gran Concepción. Como resultado, la mayoría (79.3%) del grupo objetivo de la encuesta reconoció el “sentido de la vida” y obtuvo una puntuación alta. Además de encontrar relaciones directas y significativas entre dos variables, en la percepción de la calidad de vida. Aunque no se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida global por variables sociodemográficas, los hombres y las personas de 60 a 75 años tenían una calidad de vida promedio más alta en comparación con la talla. Finalmente, se concluyó que la calidad de vida en este grupo estuvo fuertemente influenciada no

solo por el sentido de la vida, sino también por otras variables psicosociales como el apoyo social y familiar y la autoestima.

Celeiro y Galizzi, (2019) exploraron, describieron y compararon la calidad de vida de los adultos mayores de 70 a 85 años, empoderados y no institucionalizados en la ciudad de Nogoya. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, comparativo y transversal, la muestra estuvo compuesta por 40 ancianos, de los cuales 20 recibieron atención domiciliaria y 20 no recibieron atención. Como resultado, las personas mayores son conscientes de su calidad de vida. En cuanto a las limitaciones, cabe señalar que están relacionadas con el tamaño de la muestra, aunque se pretende dar una descripción y comparación, pero un número mayor será más efectivo para un análisis más completo de las diferencias entre instituciones y adultos mayores no institucionalizados. De igual forma, se encontró como otra limitación, que fue transversal, no permitió verificar si hubo cambios en la percepción de la calidad de vida a lo largo del tiempo o solo si fueron causados por circunstancias específicas en ese momento. Finalmente, en cuanto al instrumento utilizado, la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) se encontró que el punto de corte no proporcionaba una adecuada valoración y descripción de las dimensiones.

Gutiérrez et al. (2017) evaluaron la calidad de vida en los adultos mayores mediante el uso de una herramienta denominada Índice de Calidad Multicultural; la investigación fue multicéntrica, descriptiva y transversal, permitiendo evaluar 10 variables, las cuales luego son evaluadas en una escala tipo Likert. La población incluyó adultos mayores de 60 años, que se encuentran hospitalizados en los asilos de ancianos de Tenjo y Cajicá. Se realizó un análisis de los datos utilizando distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y extensión interregional, logrando así una alta calidad de vida para las dos ciudades. Los adultos mayores

acreditados institucionalmente puntúan bajo en aspectos de desempeño laboral y salud física, y, por el contrario, aspectos que puntúan más alto en satisfacción mental y servicios y apoyo comunitario.

Becerril (2017) determinó la calidad de vida de los adultos mayores a través de un estudio descriptivo, donde no hubo manipulación de variables, solo se realizaron observaciones y descripciones tal como se presentaron en el medio natural del adulto mayor. Se usó una muestra de 277 sujetos. Como herramienta de medida se usó el WHOQOL-OLD y podía diagnosticar condiciones de salud en la comunidad, y a través de estos resultados permitieron diseñar estrategias de intervención desde una perspectiva de trabajo social y la propuesta de alta calidad. El programa de vida para adultos mayores incluye interdisciplinario trabajo en equipo que promueva y contribuya al bienestar equilibrado en los diversos ámbitos en que se desenvuelven los participantes.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Angulo y Rivera (2021) evaluaron la relación entre la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Arequipa. Se seleccionaron 132 adultos mayores, los participantes fueron del sexo femenino, estado civil casado, escolaridad superior, rango de edad 60-75 años. Como instrumentos de medida se utilizaron el Índice de Calidad de Vida y el Cuestionario de Apoyo Social. Se encontraron correlaciones significativas positivas y débiles entre las dos principales variables investigadas, es decir, mayor calidad de vida se asoció con mayores percepciones de apoyo social y viceversa. También se encontraron relaciones significativas entre las variables mencionadas y las variables sociodemográficas de logro educativo. Concluyeron que la calidad de vida y el apoyo social se reconocen como variables que se influyen mutuamente, por lo que es deseable fortalecer las

redes sociales de las personas mayores para brindarles una mejor calidad de vida.

Huamán y Spinoza (2021) determinaron la calidad de vida de los adultos mayores que visitan un policlínico de Lince. El estudio fue cuantitativo con diseño de descripción cruzada. La población censal estuvo conformada por 124 adultos mayores y se utilizó como herramientas los métodos de encuesta y campo, junto al WHOQOL-OLD, presentando 24 ítems y 6 factores o dimensiones. Los resultados indicaron que el 69.4% (n=86) mostro una calidad de vida moderada, un 19.4% (n=24) una calidad de vida alta y finalmente un 11.3% (n= 14) una mala calidad de vida. En cuanto al tamaño, la percepción sensorial fue muy dominante con un nivel promedio de 67.7% (n=84). En el nivel de autogestión, el nivel medio representó el 62.9% (n=78). Para la actividad pasada, presente y futura predominó el nivel bueno en el 60.5% (n=75). La buena participación social representó el 70.2% (n=87). Para mortalidad/nivel de dolor, predominó moderado en 66.9% (n=83) y finalmente en proximidad, predominó regular en un 58.1% (n=72).

Vargas et al. (2020), analizaron la calidad de vida de las personas mayores en Centros de Atención Integral al Adulto Mayor del Municipio de San Juan de Miraflores, Fue basado en un enfoque transversal, descriptivo y cuantitativo utilizando una muestra de 30 adultos mayores. Se utilizó el cuestionario WHOQOL-100 como herramienta de recolección de datos. Concluyeron que los datos obtenidos muestran que la calidad de vida de los ancianos se mantuvo estable en un 60.0%. Además, las áreas de salud física, mental y social contribuyen positivamente a las percepciones de calidad de vida de los adultos mayores.

Pasache (2018) determinó la autopercepción de calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos "Madre Josefina Vannini" en Surco. Se realizó un estudio de tipo básico de abordaje cuantitativo, con métodos no empíricos y diseño

descriptivo transversal. Se seleccionó convenientemente mediante muestreo no probabilístico una población y muestra conformada por adultos mayores. La escala FUMAT fue utilizada para la recolección de datos, que consta de 57 ítems distribuidos en 8 dimensiones. Se encontró que el 100% (31) de las personas mayores entrevistadas calificaron su calidad de vida en promedio 52% (16), baja 29% (9) y alta 19% (6). Se concluyó que la mayoría de los ancianos del hogar "Madre Josephina Vannini" auto perciben una calidad de vida media.

Durand (2018) determinó la relación entre calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón en Nuevo Chimbote; los métodos de investigación fueron cuantitativos, aplicables, con correlaciones descriptivas y diseños no transversales. Se contó con una muestra de 70 personas en total, 30 personas mayores, y la herramienta utilizada fue un cuestionario que media ambas variables. Se concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores se mantuvo estable en 60.0%, con capacidad intrínseca en 56.7% y capacidad funcional en 60%. Conjuntamente, las áreas de salud física, mental y social contribuyeron positivamente a la percepción de la calidad de vida de las personas mayores en los centros de atención geriátrica integrada.

Durán (2017) determinó la calidad de vida de las personas adultas mayores de un Centro de Adultos Mayores de Lima Metropolitana. Fue un estudio con enfoque cuantitativo aplicado de manera nivelada, descriptiva y transversal. La población estuvo conformada por 251 adultos mayores atendidos, y se utilizó una fórmula de población finita para obtener una muestra de 93 adultos mayores. Se utilizaron entrevistas para la recolección de datos y se utilizó como herramienta el formulario de consulta WHOQOL - BREF. El 100% (93), el 70% (65) indican calidad de vida normal, el 17% (16) indican mala calidad de vida y el 13% (12) indican buena calidad de vida.

En cuanto a la salud física, el 70% (65) tenía calidad de vida normal, el 15% mala calidad de vida y el 15% buena calidad de vida. Psicológicamente el 71% (66) tenían calidad de vida normal, el 18% (17) buena calidad de vida y el 11% (10) mala calidad de vida. En la dimensión social, la calidad de vida normal fue del 68% (63), la calidad de vida buena fue del 19% (18) y la calidad de vida mala fue del 13% (12). Se concluyó que la mayoría de los ancianos tenían una calidad de vida normal, ya que sufrían trastornos del sueño, deficiencia auditiva, llanto ocasional, tristeza y contacto frecuente con familiares. Después de eso, una alta proporción de personas tuvo una baja calidad de vida y solo una pequeña proporción tuvo una alta calidad de vida.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

2.2.1 Calidad de vida

El término calidad de vida (QOL) se deriva del razonamiento griego tradicional y las enseñanzas religiosas, que justifican la preocupación de un individuo por la satisfacción con la vida. Aristóteles originalmente pensó en la calidad de vida como resultado de la felicidad, una buena vida o una vida virtuosa.

Díez (1993) definió el concepto de calidad de vida como "una norma o ideal que una persona busca alcanzar, y por lo tanto puede oponerse claramente a estándares de vida más objetivos o realistas" (p. 193). Además, han evolucionado niveles significativos de factores de calidad de vida, junto con limitaciones individuales como la edad y el género. O la sociedad, como las condiciones socioeconómicas o educativas (Fernández y Ballesteros, 1998). Estos pueden ser considerados en varios niveles, tanto a nivel general, a nivel colectivo o nacional, como a nivel individual o individual.

Floril (2011), en una encuesta a 70 pacientes de la ciudad de Machala, planteó que la calidad de vida de los pacientes de hemodiálisis es mala y que se deben

planificar otras medidas. Tiene un rango social limitado. También puede indicar la presencia de trastornos emocionales, problemas, y su rango físico es muy limitado.

Dimensiones de la calidad de vida.

a. Componente de salud física.

Para Hays et al. (1993) este factor se relaciona con el cuerpo, como los movimientos corporales realizados por los músculos esqueléticos que pueden interferir con el funcionamiento diario.

El componente de salud física incluye las siguientes métricas:

- ***Función física:*** Grado en que se restringe la actividad física regular y de intensidad moderada por motivos de salud.
- ***Rol físico:*** Grado en que se limita la salud física en el trabajo o en otras actividades diarias.
- ***Dolor corporal:*** Intensidad del dolor y su impacto en las actividades normales tanto al aire libre como en el hogar.
- ***Salud general:*** Una evaluación de la salud de una persona, incluida la salud actual, las perspectivas de salud futura y la resistencia a las enfermedades.

b. Componente de salud mental

Hays et al. (1993) refieren que “el elemento de salud psicológica está compuesta por una secuencia de actividades directa o de forma indirecta en relación con el elemento de confort de la mente, las cuales estarían formado por los siguientes indicadores” (p. 225):

- ***Vitalidad:*** Es dinamismo o energía humana que se ocupa de la fatiga y el agotamiento.
- ***Función social:*** Grado en que vida social se pueda ver influenciada por problemas de salud física o emocional.

2.2.2. Proceso de envejecimiento

Desde que la ciencia comenzó a arrojar luz sobre el proceso de envejecimiento en los organismos vivos, han surgido diversas teorías que ofrecen una explicación de la causa, pero ninguna solución a su código de caducidad.

Según Hidalgo (1989) como se citó en Tejeda (2007), refiere que, el envejecimiento es una parte normal de todo este proceso. Es difícil determinar cuándo comienza el envejecimiento. Esto se debe principalmente a que existen muchas diferencias individuales en el proceso de envejecimiento, considerados procesos asimétricos de envejecimiento entre especies individuales.

Aspectos básicos del proceso de envejecimiento.

Todos estos factores siguen entrelazados en la vida de las personas mayores. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento está predicho por la relación entre factores genéticos, biológicos y ambientales. Estos recursos hacen que el proceso sea único y diverso, dando como resultado una experiencia personalizada y exclusiva.

Altariba (1992) afirmó que la importancia psicosocial del anciano lo llevó a proponer que los cambios propios del envejecimiento se dan desde tres perspectivas:

- **Aspecto físico:** Describe los cambios físicos visibles e invisibles. Junto con los cambios en la apariencia, hay una disminución gradual de la vitalidad, una disminución de la velocidad física y motora, una disminución del rol emocional, una disminución del tiempo dedicado y la productividad en el trabajo y las tareas diarias, y un aumento del malestar emocional. experiencia.
- **Aspecto psicológico:** Describe los cambios en la cognición, la inteligencia, las habilidades para resolver problemas, el conocimiento, los procesos de aprendizaje, los impulsos y las emociones, y el bienestar psicológico:

depresión, ansiedad, control conductual y emocional, y un impacto global positivo incluido

- **Aspecto sociológico:** Relacionados con la sociedad en la que se lleva a cabo este proceso, el dominio que tiene sobre el individuo a medida que envejece y las influencias similares que las personas tienen en la sociedad, representan todos los cambios y rupturas en la cooperación de las personas. y la sociedad.

Dimensiones del proceso de envejecimiento.

Dichos procesos de envejecimiento se pueden dividir en tres aspectos:

Dimensión física.

Craig (2001) considera la vejez como un período esencial, comenzando alrededor de los 60 años. A nivel biológico, el envejecimiento global se debe a que todos los seres humanos envejecemos indiscriminadamente, incluso en las condiciones imperantes para el organismo y el propio medio ambiente, pero no al mismo ritmo. Muchos de estos efectos se ven más adelante en la edad adulta, a medida que el envejecimiento avanza gradualmente y los sistemas del cuerpo tienen una enorme capacidad de respuesta. vista. Las personas mayores comienzan a perder la vista y la presbicia y tienen dificultad para caminar y moverse, por lo que necesitan cuidados de enfermería.

Las personas mayores experimentan pérdida auditiva por una variedad de causas, que incluyen presbicia (pérdida auditiva progresiva), crecimiento de vello en el oído externo, aumento de la producción de cerumen y disminución de la elasticidad del tímpano. El envejecimiento óseo con pérdida ósea por desmineralización ósea conduce a fracturas por pérdida de masa muscular, debilidad muscular y pérdida de actividad.

Dimensión psicológica.

Uno de los mayores temores de la vejez es la pérdida de fuerza, independencia motriz y capacidad de toma de decisiones. En las personas mayores existe un grado de negación de la dependencia, que se produce porque las progresivas limitaciones físicas conducen a la dependencia de los demás, por lo que es importante mantener en la medida de lo posible un sentido de independencia en las personas mayores.

Erik Erikson, en su teoría del desarrollo psicosocial, fue el primero en demostrar que el desarrollo abarca desde el nacimiento hasta la muerte, la vejez y el envejecimiento, dividiendo las etapas de la vida en ocho ciclos clave, en los que el individuo se identifica con la realidad social. Su capacidad para pasar a la siguiente etapa depende de sus habilidades únicas para resolver problemas. Muchas teorías relacionadas con el envejecimiento intentan explicar los aspectos psicológicos del envejecimiento. Hay dos tendencias claras, el primero admite un modelo de envejecimiento deficitario y el segundo sugiere más capacidad humana. El modelo deficitario propone un declive forzado basado en la ignorancia, los mitos, los prejuicios, los estereotipos y los valores.

Los cambios psicológicos se caracterizan por:

Memoria: La memoria inmediata tiende a disminuir más en las personas mayores, mientras que la memoria a largo plazo tiende a persistir. Esto se debe a que las personas mayores tienden a recordar con mayor facilidad hechos de la infancia o la adolescencia cuando hablan con personas de su entorno en un entorno social o familiar.

Creatividad: La madurez puede ser un terreno fértil para la creatividad, siempre que se adopte y se fomente la creatividad. Las personas mayores tienen la capacidad de utilizar sus experiencias de vida, conocimientos y habilidades adquiridos, lo que

les otorga un mayor control sobre su comportamiento y los entornos en los que evolucionaron.

Personalidad: Que se ve influenciada por diversos factores ambientales y biológicos experimentados durante el desarrollo, especialmente durante el duelo. También según la experiencia vivida a lo largo de su vida. Estos comienzan a formarse junto con el temperamento, el carácter, la forma de vida, el comportamiento, las expresiones y las emociones.

Dimensión social.

La pérdida del propio rol social como ser humano se incluye en las pérdidas que percibe el adulto mayor. Dado que la edad adulta se caracteriza por dos actividades principales; la actividad relacionada con el trabajo y el compromiso cívico en organizaciones como asociaciones, sindicatos y grupos políticos. El júbilo sigue a la transición, a las últimas etapas de la edad adulta porque la vida de la persona había sido muy adecuada para el trabajo y actividad. Al mismo tiempo las conexiones sociales y los recursos financieros disminuyen cuando la persona abandona su lugar de trabajo. Sin embargo, la persona debe ajustarse teniendo en cuenta que su papel como individuo aún no ha terminado.

Teorías sobre el proceso de envejecimiento.

A. Teoría del desarrollo psicosocial.

Según Erikson (1998, citado por Bordignon, 2005), la existencia del ser humano depende de tres procesos organizativos complementarios en todo momento:

- a) El proceso biológico:** Está conectado al soma, que cierra la estructura de los sistemas de desarrollo biológico, orgánico y físico.
- b) El proceso psicológico:** Se refiere a la psique que cierra las experiencias individuales en el sentido del "yo", procesos psicológicos y experiencia

personal e interpersonal.

- c) El proceso ético- social:** Se refiere al ethos, incluida la organización cultural, moral y espiritual de las personas y las sociedades, encarnado en los principios y valores del orden social.

Estos procesos se integran entre sí en cualquier enfoque clínico, educativo o de capacitación, lo que facilita el aprendizaje de las personas.

El principio epigenético.

Todos los organismos tienen un plan básico de desarrollo, del cual se suma cada parte, cada una con su propio tiempo de madurez y comportamiento, todo desembocando en una actividad compuesta:

- a)** En los procesos biológicos, los sistemas de órganos que componen el organismo (células somáticas).
- b)** En el proceso mental de organizar experiencias personales a través de la integración del ego (mente).
- c)** En los procesos sociales de organización cultural e interdependencia humana (ethos).

Esta etapa dura desde los 60 años hasta la muerte y es de mayor implicación con las personas. Ahí es cuando una persona se vuelve improductiva, o al menos tan improductiva como lo era entonces. Cuando la vida y el estilo de vida cambian radicalmente, cuando muere un amigo o un ser querido, y tienes que enfrentarte a duelos inducidos por la vejez tanto por tu propio cuerpo como por el de los demás, pero cuando la muerte es la única preocupación, la emoción más destacada es la desesperación.

B. Teoría de la actividad.

Blau (1973) manifiesta que cuanto más roles o carreras opcionales emprendan un individuo en la vejez, más resistente es a la frustración por no poder desempeñar los roles que está acostumbrado a desempeñar, y esto a menudo se convierte en una prioridad a medida que envejece.

Asimismo, Havighurst (1969) considera que las personas que están haciendo más actividades sociales son más familiares, y entre los ancianos, sienten la misma demanda física, psicológica y social que la edad adulta. Para que los hombres resuelvan pérdidas similares en la vejez, un aumento en la autoestima debería recuperar artículos y ocupaciones perdidos. La teoría establece que la clave para la satisfacción y la autorrealización es la actividad. De lo contrario, los trabajos limitados y el aislamiento social afectarán negativamente a las personas mayores.

Paralelamente resalta lo siguiente:

- La actividad social es necesaria para el manejo del individuo de edad avanzada.
- La continuidad de las funcionalidades sociales es imprescindible para mantener el autoconcepto positivo.
- Esto implica una interacción directa entre la satisfacción con la vida, aceptando diversas funcionalidades y las ocupaciones sociales.

C. Teoría de la continuidad.

Atchley (1999) en un modelo que diseñó en 1975, describe la jubilación como un proceso de varias etapas secuenciales. Sin embargo, estamos hablando de iniciativas aproximadas, ya que el planeta entero no pasa por ciclos ni procede en el mismo orden.

- **Prejubilación o pre-retiro:** Durante los últimos meses o años antes de la jubilación, las personas se preparan psicológica y prácticamente para el

evento. Por ejemplo, la organización económica para los próximos años funcionará con éxito. En este punto, se establecen las expectativas para la experiencia posterior a la jubilación. La fase de prejubilación consta de dos sub fases. Es la preparación activa de las actividades sindicales y las expectativas creadas después de que se completan los preparativos.

- **Jubilación:** Achley define tres reacciones diferentes o patrones de comportamiento ante la jubilación: "Luna de Miel", "Actividades Continuas" y "Jubilación". Obviamente, es posible combinar múltiples de estas posiciones dentro de la misma persona. Si la jubilación se considera un permiso indefinido, entonces estamos hablando de una luna de miel. La llamada correspondencia "en curso" se basa en reemplazar la rutina de unión por otra rutina. Esto incluye principalmente el trabajo restante y otras tareas diarias.
- **Desencanto y depresión:** Los sentimientos de tristeza, ansiedad y desilusión son comunes después de las etapas iniciales de la jubilación, especialmente si las expectativas de jubilación son muy brillantes (de hecho, la depresión ocurre con más frecuencia que otros períodos significativos anteriores).
- **Reorientación:** La etapa de reorientación puede conceptualizarse como un progreso desde la etapa del despertar. Una vez que desaparecen las expectativas de jubilación idealizadas, las personas vuelven a evaluar su situación de manera más realista. A partir de ahí, se empezarán a descubrir nuevos puestos de trabajo productivos o de ocio, o tomarán el relevo otros abandonados. Además, comienzan a formarse hábitos más satisfactorios.
- **Estabilidad o rutina:** En esta etapa, las personas se están adaptando a la jubilación asegurándose de adoptar un estilo de vida regular. Las personas que han llegado a la etapa segura reconocen los patrones de comportamiento que

más les satisfacen y les permiten hacer frente a los cambios y problemas que se presentan.

- **Finalización:** Atchrie llama a la etapa final del retiro "Finalización". Cuando un individuo llega a esta etapa, los roles esenciales que ha desarrollado se vuelven inválidos debido a su incapacidad para usarlos y se vuelve dependiente de los demás. Algunos simplemente vuelven al trabajo. Da la casualidad que Atchley también habló de poner fin a su retiro.

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

2.3.1. Autonomía

Estará definida como capacidad funcional y se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas e instrumentales el soporte social que se refiere a las estrategias.

2.3.2. Salud mental

Involucra el grado de armonía psicoemocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del abuelo para la realización de dichas actividades.

2.3.3. Calidad de vida

Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.

2.3.4. Vejez

Es el ciclo vital de la persona con ciertas características propias que se produce por el paso del tiempo en el individuo.

2.3.5. Adulto mayor

Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

2.3.6. Envejecimiento

Es un conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos.

2.3.7. Calidad de vida del adulto mayor

Es resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

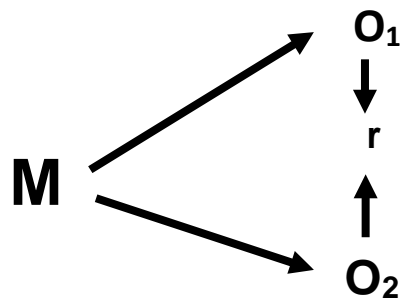
3.1.1. Tipo

Su enfoque es cuantitativo porque “la recopilación de datos sirve para probar hipótesis a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos” (Hernández et al., 2014, p. 4). Tuvo un alcance descriptivo y correlacional, ya que busca medir la relación entre la calidad de vida y el proceso de envejecimiento en adultos mayores.

3.1.2. Diseño

El diseño del estudio es no experimental ya que no se prueba ni implementa nada nuevo. En otras palabras, no hay manipulación de variables y solo se observa en situaciones naturales. Es de corte transversal porque la información se toma en un momento determinado.

Esquema:



Donde:

M = Adultos mayores

O₁ = Calidad de vida

O₂ = Proceso de envejecimiento

r = Relación de las variables de estudio.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Según Tamayo (2012) la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe

cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica. La población fue censal y estuvo compuesta por 150 adultos mayores, 79.3% mujeres y 20.7% hombres, con edades comprendidas entre 63 y 93 años con una edad promedio de 73 (DE = 6.82), pertenecientes a un Centro de Atención del Adulto Mayor en el distrito de Lurín.

Tabla 1

Población de adultos mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor

| | f | % |
|---------|-----|------|
| Hombres | 70 | 47% |
| Mujeres | 80 | 53% |
| Total | 150 | 100% |

Nota: f = frecuencia; % = porcentajes.

3.2.2. Muestra

Fue una muestra censal, que de acuerdo con López (1999) como se citó en Parada (2013), es “aquella porción que representa a toda la población” (p.83). Es así que el tamaño de la muestra equivale a todos los adultos mayores. Asimismo, el muestreo que se realizó fue de forma intencional no probabilística, por ser una cantidad de sujetos adecuada para la investigación en su totalidad.

Al respecto Hernández et al. (2006) señaló que, en la muestra no probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quién hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o de un grupo de personas y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

Hg: Existe relación significativa entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

H0: No existe relación significativa entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

3.3.2 Hipótesis específicas

He₁: Existe relación significativa entre la dimensión física del proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

He₂: Existe relación significativa entre la dimensión psicológico del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

He₃: Existe relación significativa entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

3.4. Variables – Operacionalización

3.4.1. Calidad de vida

Definición conceptual.

Reconocer que cada individuo tiene su propio lugar dentro del contexto de los sistemas culturales y de valores en los que vive en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto que incluye factores como la salud física, el estado psicológico, el grado de autocontrol, las relaciones sociales de una persona y las relaciones con los demás (OMS, 1996).

Definición operacional.

Esta variable se ha cuantificado en base al Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 que contiene dos componentes: un componente de salud física y un

componente de salud mental.

Tabla 2

Operacionalización de la variable calidad de vida

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medida |
|--------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Salud física | Función física | 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | Ordinal |
| | Rol físico | 13, 14, 15, 16 | |
| | Dolor corporal | 21, 22 | |
| | Salud general | 1, 2, 33, 34, 35, 36 | |
| Salud mental | Vitalidad | 23, 27, 29, 31 | Ordinal |
| | Función social | 20, 32 | |
| | Rol emocional | 17, 18, 19 | |
| | Salud mental | 24, 25, 26, 28, 30 | |

3.4.2. Proceso de envejecimiento

Definición conceptual.

González (2010) menciona que, el proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del mismo individuo y la sociedad que le rodea de los cambios físicos que tienen lugar en él y la reacción subsiguiente a ésta tales como los cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, creencias, valores y comportamiento, que a su vez determinan el desenvolvimiento de las personas en nuestra sociedad y las relaciones con otros individuos de distintos grupos etarios.

Definición operacional.

Esta variable se ha cuantificado en base al Cuestionario sobre el Proceso de Envejecimiento que contiene tres componentes: física, psicológica y social.

Tabla 3*Operacionalización de la variable proceso de envejecimiento*

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de medida |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Física | Agudeza visual | 1, 2, 3, 4 | Ordinal |
| | Agudeza auditiva | | |
| | Capacidad sexual | | |
| | Capacidad para caminar | | |
| Psicológica | Memoria | 5, 6, 7, 8, 9, 10 | |
| | Aprendizaje | | |
| | Seguridad | | |
| | Aislamiento afectivo | | |
| | Independencia | | |
| | Sentimiento de inutilidad y de carga | | |
| Social | Integración familiar | 11, 12, 13, 14, 15, 16 | |
| | Capacidad Gregaria | | |
| | Interacción social (pares y amigos) | | |
| | Calidad de relaciones sociales | | |
| | Añoranza del pasado | | |
| | Capacidad de desempeño laboral | | |

3.5. Métodos y técnicas de investigación

En el proceso de desarrollo de la investigación se utilizan métodos de deducción de hipótesis. Esto comienza con la construcción de reglas universales hasta llegar a una regla específica o específica. Una característica distintiva del método deductivo es el razonamiento deductivo a partir del cual se extraen conclusiones de verdades generales a verdades concretas.

Como lo expresa Bernal (2006), "los métodos de razonamiento hipotético parten de aseveraciones particulares en forma de hipótesis y refutan o refutan esas hipótesis sacando conclusiones que deben ser confrontadas con la realidad. Consiste en procesos que intentan" (p. 14).

Asimismo, se utilizaron dos instrumentos para medir ambas variables de estudio. Según Arias (1999) “los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información” (p.53).

3.5.1. Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

El instrumento fue elaborado por Ware y Shebourne (1992) y adaptado por Alonso et al. (1995). Tiene por objetivo determinar la calidad de vida en el adulto mayor. El instrumento mide dos dimensiones: D1: Salud física (21 ítems) que contienen 4 indicadores que son función física, rol físico, dolor corporal y salud general; D2: Salud mental (14 ítems) que contiene 4 indicadores que son vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, la administración es individual y/o colectiva y el tiempo de aplicación es de 20 minutos.

Validez.

Rodríguez y Barriga (2022) determinaron la validez de contenido por medio del criterio de jueces, que mostraron un 100% de aceptación por los 36 ítems al hallar un valor 1 en la formulación de V de Aiken, revelando que los ítems son pertinentes, relevantes y claros. La validez de constructo quedó establecida por medio del análisis factorial confirmatorio, mostrando un buen ajuste del modelo, donde las cargas factoriales fueron mayores a .30. Asimismo, calcularon el coeficiente de correlación ítem - test corregido, encontrándose valores aceptables para todos los reactivos.

Confiabilidad.

Se procedió al cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach para establecer la consistencia interna del instrumento. El valor obtenido fue .786 categorizado como aceptable. Por su parte, se calculó los coeficientes de omega de Mac Donald para las dimensiones del instrumento, obteniendo puntajes mayores a .90, catalogados como aceptables (Rodríguez y Barriga, 2022). Los puntos de corte para cada nivel se

presentan a continuación:

Tabla 4

Puntos de corte para los niveles de calidad de vida y dimensiones

| | Salud física | Salud mental | Calidad de vida |
|------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Calidad de vida muy baja | 21 - 33 | 14 – 25 | 35 – 89 |
| Calidad de vida relativamente baja | 34 – 46 | 26 – 36 | 60 – 83 |
| Calidad de vida promedio | 47 – 59 | 37 – 47 | 84 – 107 |
| Calidad de vida relativamente alta | 60 – 72 | 48 – 58 | 108 – 131 |
| Calidad de vida muy alta | 73 – 86 | 59 – 70 | 132 – 156 |

3.5.2. Cuestionario sobre el Proceso de Envejecimiento

Este instrumento fue elaborado por Olivia Janhayde Tejada Puerta en el 2007, cuyo objetivo fue determinar el proceso de envejecimiento en el adulto mayor. Además, el instrumento mide tres dimensiones: D1: Dimensión física (6 ítems); D2: Dimensión psicológica (6 ítems); D3: Dimensión social (6 ítems). Por otro lado, la administración puede ser individual y/o colectiva, durante 10 minutos. Las alternativas de respuesta son de tipo Likert: De acuerdo, indeciso y en desacuerdo. Finalmente, en cuanto a los baremos: Favorable: 43-54; medianamente favorable: 32-42 y desfavorable: 18-30.

Validez.

La validez del instrumento quedo establecida por medio del criterio de jueces expertos, aprobando 18 ítems representativos del dominio conceptual de la variable. En seguida, se calcularon los coeficientes de correlación ítem - test de Pearson, obteniéndose valores por encima de .20 en solo 16 ítems (Tejada, 2007).

Confiabilidad.

Esta propiedad se obtuvo mediante el método alfa de Cronbach para la escala

global, obteniéndose un coeficiente de .58, considerando un valor aceptable al ser mayor a .50 (Tejada, 2007).

3.6. Procesamiento de los datos

Los datos de las variables se procesaron con el software estadístico IBM SPSS versión 25, respectivamente. Las estadísticas descriptivas usan distribuciones de frecuencias absolutas y porcentajes para caracterizar los datos de la muestra. De igual forma, se necesitó una prueba no paramétrica de correlación de Spearman (Restrepo y González, 2007).

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis de fiabilidad de las variables

Tabla 5

Análisis de confiabilidad de los instrumentos de investigación

| Instrumentos | Nº de elementos | Alfa de Cronbach |
|---|-----------------|------------------|
| Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 | 36 | .894 |
| Cuestionario sobre el Proceso de Envejecimiento | 15 | .863 |

Los resultados que se presentan en la tabla 5 se basan en los coeficientes de confiabilidad de los instrumentos, al respecto el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 de 36 ítems representó una confiabilidad de .894 y el Cuestionario sobre el Proceso de Envejecimiento representó una confiabilidad de .863, siendo ambos resultados altamente aceptables.

4.2. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

Tabla 6

Distribución de frecuencias por nivel de la calidad de vida del adulto mayor

| | <i>f</i> | % |
|--------------------|----------|-------|
| Muy bajo | 55 | 36.7 |
| relativamente bajo | 17 | 11.3 |
| Promedio | 14 | 9.3 |
| Relativamente alto | 36 | 24.0 |
| Muy alto | 28 | 18.7 |
| Total | 150 | 100.0 |

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje.

Los resultados presentados en la tabla 6 determinan la calidad de vida de los adultos mayores en el centro de atención. Se puede ver que el 36.67% de ellos tienen una calidad de vida muy baja, el 9.33% siente que la calidad de su vida es regular y el 18.67% siente que la calidad de vida en el centro de atención es muy buena.

Tabla 7

Distribución de frecuencias por nivel de las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores

| Niveles | Salud física | | Salud mental | |
|--------------------|--------------|-------|--------------|-------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Muy bajo | 42 | 28.0 | 38 | 25.3 |
| relativamente bajo | 13 | 8.7 | 8 | 5.3 |
| Promedio | 29 | 19.3 | 28 | 18.7 |
| Relativamente alto | 25 | 16.7 | 20 | 13.3 |
| Muy alto | 41 | 27.3 | 56 | 37.3 |
| Total | 150 | 100.0 | 150 | 100.0 |

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje.

Los resultados presentados en la tabla 7, en cuanto al nivel de las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores, el 28% dijo que era muy mala en cuanto a la salud física y el 19.3% dijo que era de un nivel regular y el 27.3% opinan que el nivel es muy bueno. De igual forma, también está el aspecto de la salud mental, con un 25.3% de los encuestados afirmando que está en un nivel muy bajo, mientras que un 18.7% lo considera moderado y un 38.3% siente que estas personas están viviendo en un nivel bajo que se supone que es de muy alto nivel.

Tabla 8

Distribución de frecuencias del nivel del proceso de envejecimiento en adultos mayores

| | <i>f</i> | % |
|------------------------|----------|-------|
| Desfavorable | 67 | 44.7 |
| Medianamente favorable | 74 | 49.3 |
| Favorable | 9 | 6.0 |
| Total | 150 | 100.0 |

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje.

En referencia al nivel del proceso de envejecimiento, el 44,67% lo ve desfavorable y el 49.33% lo ve medianamente desfavorable; por último, el 6.0% de los adultos mayores consideran que es favorable (Ver tabla 8).

Tabla 9

Distribución de frecuencias por nivel de la dimensión del proceso de envejecimiento en adultos mayores

| Niveles | Dimensión física | | Dimensión psicológica | | Dimensión social | |
|------------------------|------------------|-------|-----------------------|-------|------------------|-------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Desfavorable | 38 | 25.3 | 22 | 14.7 | 42 | 28.0 |
| Medianamente favorable | 59 | 39.3 | 71 | 47.3 | 72 | 48.0 |
| Favorable | 53 | 35.3 | 57 | 38.0 | 36 | 24.0 |
| Total | 150 | 100.0 | 150 | 100.0 | 150 | 100.0 |

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje.

En cuanto al grado de las dimensiones del proceso de envejecimiento en los adultos mayores, el 25.3% de los encuestados lo consideró desfavorable y el 39.3% lo consideró medianamente desfavorable en cuanto a la dimensión física, más solo un 35.3% indica favorable. El 14.7% considero desfavorable y el 47.3% estipula un nivel medianamente favorable y solo el 38.0% mostro un nivel favorable para la dimensión psicológico. Finalmente, en lo que se refiere al aspecto social, el 28% lo considera desfavorable, el 48% lo considera moderadamente favorable y solo el 24% lo considera favorable respecto al proceso de envejecimiento humano (Ver tabla 9).

4.3. Contrastación de hipótesis

Tabla 10

Grado de correlación entre calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores

| | | Proceso de | |
|----------------|----------------------------|-----------------|----------------|
| | | Calidad de vida | envejecimiento |
| Calidad de | Coeficiente de correlación | 1,000 | -.445 |
| vida | Sig. (bilateral) | . | .009 |
| Rho de | N | 150 | 150 |
| Spearman | Coeficiente de correlación | -.445 | 1,000 |
| Proceso de | Sig. (bilateral) | ,009 | . |
| envejecimiento | N | 150 | 150 |

Se presentan estadísticos para el grado de correlación entre las variables de estudio determinado por el coeficiente rho de Spearman, el cual obtuvo un valor de -.445, representando una relación moderadamente negativa, al comparar el valor de significancia con el valor de contraste .05 (Ver tabla 10). De esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que afirma la existencia de una relación inversa entre el proceso de envejecimiento y la calidad de vida en los adultos mayores.

Tabla 11

Grado de correlación entre la dimensión física del proceso de envejecimiento y la calidad de vida del adulto mayor

| | | Calidad de | | |
|----------|------------------|----------------------------|-------|------------------|
| | | | vida | Dimensión física |
| | Calidad de vida | Coeficiente de correlación | 1,000 | -.515 |
| | | Sig. (bilateral) | | .006 |
| Rho de | | N | 150 | 150 |
| Spearman | Dimensión física | Coeficiente de correlación | -.515 | 1.000 |
| | | Sig. (bilateral) | .006 | |
| | | N | 150 | 150 |

Para los resultados específicos que se muestran en la tabla 11, la correlación entre la dimensión física y la calidad de vida por el coeficiente rho de Spearman, el cual obtuvo un valor de -.515, lo que indica una relación moderada y negativa, al comparar el valor de significancia con el valor de contraste .05. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, afirmando que existe una relación inversa entre la dimensión física y calidad de vida en adultos mayores.

Tabla 12

Grado de correlación entre la dimensión psicológica del proceso de envejecimiento y la calidad de vida del adulto mayor

| | | | Calidad de vida | Dimensión psicológica |
|-----------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| Rho de Spearman | Calidad de vida | Coeficiente de correlación | 1.000 | .411 |
| | | Sig. (bilateral) | . | .002 |
| | | N | 150 | 150 |
| | Dimensión psicológica | Coeficiente de correlación | -.411 | 1.000 |
| | | Sig. (bilateral) | .002 | . |
| | | N | 150 | 150 |

De igual forma, existe un resultado específico en la tabla 12 que indica que el estadístico de correlación para la dimensión psicológica del procesamiento del envejecimiento determinado por coeficiente de rho de Spearman, el cual consiguió un valor de .411, lo que indica una relación moderada y positiva, al comparar el valor de significancia con el valor de contraste .05. De esta manera se rechaza la hipótesis nula y se mantiene la hipótesis alternativa, la cual afirman que existe relación entre la dimensión psicológica y la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 13

Grado de correlación entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores

| | | | Calidad de vida | Dimensión social |
|-----------------|------------------|----------------------------|-----------------|------------------|
| Rho de Spearman | Calidad de vida | Coeficiente de correlación | 1.000 | -.671 |
| | | Sig. (bilateral) | . | .000 |
| | | N | 150 | 150 |
| | Dimensión social | Coeficiente de correlación | -.671 | 1.000 |
| | | Sig. (bilateral) | .000 | . |
| | | N | 150 | 150 |

De manera similar, los resultados de la tabla 13 muestran un coeficiente rho

de Spearman de -0.671 , indicando una relación inversa y moderada, al comparar el valor de significancia con el valor de contraste $.05$. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa la cual afirma que existe una correlación inversa entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones

Los resultados encontrados para este estudio pueden establecer las siguientes discusiones y explicaciones:

Se encontró que existe una relación opuesta entre la calidad de vida y el proceso de envejecimiento, al rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa porque están determinados por el coeficiente de Spearman de $-.445$ en comparación con el valor de contraste de $.05$. La dimensión física guardo una correlación inversa y moderada con la calidad de vida al obtener un coeficiente de $-.515$, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Vecerril (2017) investigo la calidad de la vida de los ancianos bajo un estudio de descripción, y la muestra estuvo compuesta por 277 personas mayores. El dispositivo usado fue WHOQOL-OLD, que puede diagnosticar la calidad de vida de la comunidad, y a través de estos resultados, han llevado a un punto de vista estratégico de la intervención en el trabajo social. Se espera que la calidad de la calidad de los ancianos ayude al privilegio interdisciplinario del grupo a trabajar y bien equilibrada en varios campos en los que se desarrollan los ancianos.

En cuanto al grado del proceso de envejecimiento de los adultos mayores, en cuanto al aspecto físico, el 25.3% de los encuestados consideró el grado desfavorable, el 39.3% lo consideró moderadamente favorable y solo el 35.3% lo considera favorable; en comparación con el aspecto psicológico, el nivel desfavorable es 14.7%, y el nivel favorable es 38%. Finalmente, en lo que se refiere al aspecto social, el 28% lo considera desfavorable, el 48% lo considera moderadamente favorable y solo el 24% lo considera favorable respecto al proceso de envejecimiento humano.

En referencia al nivel de calidad de vida, el 36.67% de encuestado tienen una

calidad de vida muy baja, el 9.33% siente que la calidad de su vida es regular y el 18.67% siente que la calidad de vida es muy buena. Respecto al nivel de las dimensiones de la calidad de vida, el 28% dijo que era muy mala en cuanto a la salud física y el 19.3% dijo que era de un nivel regular y el 27.3% opinan que el nivel es muy bueno. De igual forma, también está el aspecto de la salud mental, con un 25.3% de los encuestados afirmando que está en un nivel muy bajo, mientras que un 18.7% lo considera moderado y un 38.3% siente que estas personas están viviendo en un nivel bajo que se supone que es de muy alto nivel.

Estos resultados discrepan con lo encontrado por Vargas et al. (2020) al concluir que la calidad de vida de los ancianos se mantuvo estable en un 60.0%. Además, las áreas de salud física, mental y social contribuyen positivamente a las percepciones de calidad de vida. Del mismo modo, Pasache (2018) halló que del 100% (31) de las personas mayores entrevistadas el 52% calificaron su calidad de vida en un nivel promedio, baja en un 29% (9) y alta en un 19% (6), concluyendo que la mayoría de los ancianos del hogar "Madre Josephina Vannini" auto perciben una calidad de vida media.

5.2. Conclusiones

1. El proceso de envejecimiento se relación de forma inversa con la calidad de vida en los adultos mayores que acuden a un centro de atención de Lurín. Al aumentar el proceso de envejecimiento, disminuye proporcionalmente la calidad de vida.
2. La dimensión física del proceso de envejecimiento se relaciona de forma inversa con la calidad de vida en los adultos mayores que acuden a un centro de atención de Lurín. Al aumentar el aspecto físico del proceso de envejecimiento, disminuye proporcionalmente la calidad de vida.

3. La dimensión psicológica del proceso de envejecimiento se relaciona de forma directa con la calidad de vida en los adultos mayores que acuden a un centro de atención de Lurín. Al aumentar el aspecto psicológico del proceso de envejecimiento, aumentar proporcionalmente la calidad de vida.
4. La dimensión social del proceso de envejecimiento se relaciona de forma inversa con la calidad de vida en los adultos mayores que acuden a un centro de atención de Lurín. Al aumentar el aspecto social del proceso de envejecimiento, disminuye proporcionalmente la calidad de vida.
5. El nivel de calidad de vida predominante fue muy baja representada por el 36.67% de los participantes.
6. El nivel de proceso de envejecimiento predominante fue medianamente desfavorable representado por el 49.33% de los participantes.

5.3. Recomendaciones

1. En base a los resultados obtenidos, el personal del centro de atención a la tercera edad debe desarrollar programas de prevención y bienestar para promover la salud física, mental y social con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
2. Deben tener una comprensión clara de que la calidad de vida es un indicador importante del envejecimiento adecuado y, en este sentido, este trabajo de investigación debe verse como una referencia para futuras investigaciones, y qué otros factores se pueden tener en cuenta al ser multifactorial la calidad de vida.
3. Se deben implementar protocolos de apoyo social y los psicólogos y trabajadores de la salud responsables deben implementar un control de calidad y monitorear la atención. Su objetivo es lograr mejorar la atención a las

personas mayores y mejorar su calidad de vida.

4. Facilitar programas de educación y capacitación para todas las partes interesadas en los centros de envejecimiento para recibir información sobre temas relacionados con la edad y calidad de vida, al mismo tiempo promover una atención adecuada a las necesidades de las personas mayores.

REFERENCIAS

- Altarriba, F. (1992). *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Marcombo.
- Albretch, R. y Morales, J. J. (1999). *¿Por qué envejecemos de manera diversa?* Geriatría. Mc Graw Hill.
- Arias, F. (1999). *El Proyecto de Investigación* (3ª ed). Editorial Exíste.me.
- Angulo, C.C. y Rivera, M. (2021). *Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de San Pablo]. Repositorio de la Universidad Católica de San Pablo. https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/16877/1/ANGULO_CALLE_CLA_ADU.pdf
- Asto, M. y Huamán, D. (2014). *Percepción del proceso de envejecimiento del adulto mayor en la asociación virgen de la puerta – distrito Huancavelica 2013* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio de la Universidad Nacional de Huancavelica. <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle>
- Bernice, L. (1996). *Los significados de la edad*. Barcelona. (p.32)
- Becerril, C. (2017). *Calidad De Vida Del Adulto Mayor En La Delegación De San Antonio Acahualco, Zinacantepec* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma Del Estado De México]. Repositorio de la Universidad Autónoma Del Estado De México <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67659/TESIS%20CAROLINA%20BECERRIL%20CARBAJAL%20160317.pdf?sequence=1>
- Blanco, N. (2000). *Instrumentos de Recolección de Datos Primarios*. Universidad del Zulia.
- Casas, M. (1999). *Cambio de Actitudes en Contextos Interculturales*. Modificación de

Prejuicios. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, (44), 120-135.

Blau, Z. (1973). *Old and age in a changing society*. New Viewpoints

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50–63.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>

Botero, B y Pico, M (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la Salud*, 12(1), 11–24. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
88

Cabezas, J. (2015). *Autopercepción y actitud hacia el envejecimiento y su influencia en el estado de salud en adultos mayores que acuden al subcentro de salud de la parroquia Cunchibamba de la ciudad de Ambato* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato. Ecuador).
<http://repo.uta.edu.ec/browse?type=author&value=Cabezas+Gavil%C3%A1n+es%2C+Jairo+Patricio>

Can, A., Sarabia, B. y Guerrero J. (2015). Autocuidado en las Personas Mayores de la ciudad de San Francisco de Campeche. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación Y El Desarrollo Educativo*, 6(11), 721-739.
<https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/203>

Candiotti, C. (2013). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria*. HNERM [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3471>

Cardona, D. y Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida.

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 23(1), 79-90.

Celeiro, T. M. y Galizzi, M. P. (2019). *Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá*

[Trabajo de investigación, Universidad Católica Argentina]. Repositorio de la

Universidad Católica Argentina.

<https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>

Cerón, M., Sánchez, A. Riego, N., Enríquez, C. y Fernández, B. (2013). Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la clínica universitaria reforma. *Revista De Enfermería Neurológica*, 16(3), 167–175.

<https://doi.org/10.37976/enfermeria.v16i3.245>

Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Prentice Hall.

De la Serna, L. (2003). *La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura*. Ediciones Díaz de Santos.

Díez, J. (1993). *Concepto de calidad de vida urbana*. FUNDES.

Durand, M. A. (2018) *Calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote – 2018* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/22590/Durand_MM..pdf?sequence=1

Erickson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Editorial Paidós.

El Comercio. (2014, 06 de junio). *Adulto mayor: el valor y las ventajas del autocuidado*.

<https://elcomercio.pe/lima/adulto-mayor-ventajas-autocuidado-327152>

Fernández, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.

Fernández, R y Macía, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Social*, 2(5),

Fierro, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. Siglo XXI.

García, M. (2003). Aspectos Psicosociales del envejecimiento. *Diagnóstico*, 42(2), 1-5.

García, M., Torres, M. y Ballesteros, E. (2004). *Enfermería geriátrica*. Elsevier España.

George, L y Bearon, L (1980). *Quality of life in older persons. Meaning and measurement*. Human Sciences Press.

Goldfarb, A. (1965). *Psychodynamics and the three generation family*. Englewood Cliffs.

González, J. (2010). *Teorías de Envejecimiento*. *Tribuna del investigador*, 11(1-2).
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ti/article/view/3192

Gutiérrez, A. V, Orozco, J. L, Rozo, W. A. y Martínez, Y. (2017). *La calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá en el primer trimestre de 2017* [Tesis de pregrado, Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales]. Repositorio de la Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/774>

Gonzalo, L. M. (2002). *Manual de gerontología*. Ariel.

Hays, R., Brorsson, B. y Ifver, J. (1993). The Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWED-QUAL). *Quality of Life Research* 2, 33–45.
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00642887>

- Havighurst, R. J., Bernice L. N., y Sheldon S. T. (1968). Disengagement and Patterns of Aging. Bernice L. Neugarten.
- Hechevarría, M., Ramírez, M., García, H. y García, A. (2018). El envejecimiento. Repercusión social e individual. *Revista Información Científica*, 97(6), 1173 - 1188.
- Huamán, M. C. y Espinoza, E. L. (2021) *Calidad de vida del adulto mayor que acude al Policlínico Rizzo de Lince, Lima- 2021* [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencia y Humanidades]. Repositorio de la Universidad de Ciencia y Humanidades.
https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/632/Huaman_M_C_Espinoza_EL_tesis_enfermeria_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Langarica, R. (1985). *Gerontología y Geriátrica*. Interamericana.
- López, J. y Noriega, C. (2007). *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*. Fundación Universidad San Pablo.
- Malhotra, N. (2004). *Investigación de Mercados: Un Enfoque Aplicado* (4ª ed.). Pearson Educación de México.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud*, 3(1), 28-33
- Martínez, J. (1998). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina clínica*, 117(4), 129-134.
- Mazacón, B. (2017). *Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561>

- Montaner, A., Bravo, C. y Hernández, E. (2009). La calidad de vida en los adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001
- Neira, N. B. (2021). *Sentido de vida y calidad de vida en personas mayores residentes en el Gran Concepción* [Tesis de pregrado, Universidad de Concepción - Chile]. Repositorio de la Universidad de Concepción-Chile.
<http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/6710/1/TESIS%20SENTIDO%20DE%20VIDA%20Y%20CALIDAD%20DE%20VIDA.Image.Marked.pdf>
- Olivi, A., Fadda, G. y Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de Población*, 21 (84), 227-249.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Foro Mundial de la Salud*. Ginebra
- Organización Mundial de Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014, febrero). *Autocuidado: clave para una buena calidad de vida en los adultos mayores*.http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1289:autocuidado-clave-buena-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=290
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf. 91
- Ortiz, J. (1991). *Envejecimiento: ¿programa genético o desgaste?* [Tesis de pregrado,

Escuela Nacional de Antropología e Historia]. Repositorio de la Escuela Nacional de Antropología e Historia.
<https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/tesis%3A1433>

Patrick, D. y Erickson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 4(3), 103-126.

Pasache, Z. Y. (2018). *La autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor de la Casa de Reposo Madre Josefina Vannini, Surco – 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1947/T030_73150006_T%20%20ZARELLA%20PASACHE%20VASQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A. y Chapal, L. (2008). Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 529–536.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210403>

Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. Prentice-Hall.

Rodríguez, A. y Barriga, R. (2022). *Cualidades psicométricas del Cuestionario de salud SF – 36 en pacientes con enfermedades crónicas de la ciudad de Trujillo 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego.
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/9118>

Rodríguez, R. y Morales, J. (1999). *Geriatría*. Mac Graw Hill Interamericana

Rubio, D., Rivera, L., Borges, L.C. y González, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona*, 61, 1 – 7. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>

Saldise, A. (2015). *Calidad de vida y envejecimiento activo: una meta para la*

- intervención con personas mayores* [Tesis de doctorado, Universidad Pablo de Olavide]. Repositorio de la Universidad Pablo de Olavide <http://hdl.handle.net/10433/6966>
- Sausa, M. (2017, agosto). *Población adulta mayor crece en el Perú, pero no se respetan sus derechos*. *Perú 21*. <https://peru21.pe/lima/poblacion-adulta-mayor-crece-peru-respetan-derechos-373235>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.
- Shumaker, S. y Naughton, M. (1995). *The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective*. Rapid Communication of Oxford.
- Soria, Z. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Sousa, K. (1999). Description of a health – related quality of life conceptual model. Outcomes management for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 3(2), 78 -82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10427243/>
- Tejada, O. (2007). *Percepción que tiene el adulto mayor respecto a su proceso de envejecimiento en el albergue central Ignacia Rodulfo Vda de Canevaro 2006* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/543>
- Urzúa, A. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales*. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Valerazo, C. (2017). *Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida*

- del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional de Mayor de San Marcos). <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6114?mode=full>
- Vallejo, N. (2005). *Guía práctica de Psicología*. <http://www.edufam.com/doc5.asp?Id=2284&N2=La%20Familia&Pg=Los%20abuelos%20y%20ancianos>>
- Vargas, K. S. y Lázaro, K. P. (2020). *Calidad de vida en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor de la municipalidad de San Juan De Miraflores, Lima – 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8204/Calidad_VargasMaucaylle_Kayli.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Veenhoven, R. (1998). *Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo*. www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad10.htm
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284 – 290.
- Villaverde, L., Fernández, L., Gracia, R, Morera, A. y Cejas, R. (2000). Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Revista Especializada Geriatria Gerontología*, 35(5), 277-282.
- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53(10), 2316-2323.
- Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Zambrano, M. (1998). *Semiología Psiquiátrica* (2ª ed.). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Metodología |
|--|---|--|---|--|
| ¿Cuál es la relación entre proceso de envejecimiento y calidad de vida del adulto mayor en un centro de atención de Lurín? | <p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la interacción entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.</p> | <p>Hipótesis general:</p> <p>HG: Existe relación significativa entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.</p> | <p>Variable 1:</p> <p>Calidad de vida: compuesta por las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud física. • Salud mental. | <p>Tipo de investigación: Cuantitativa, de alcance correlacional</p> |
| | <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Determinar la relación entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín. 2) Determinar la relación entre la dimensión física del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín. 3) Determinar la relación entre la dimensión psicológica del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín. 4) Identificar el nivel de proceso de envejecimiento en adultos mayores de un | <p>H0: No existe relación significativa entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>He1: Existe relación significativa entre la dimensión física del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.</p> <p>He2: Existe relación significativa entre la dimensión psicológico del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.</p> <p>He3: Existe relación significativa entre la dimensión social del proceso de envejecimiento y la calidad de vida en adultos mayores de un centro de atención de Lurín.</p> | <p>Variable 2:</p> <p>Proceso de envejecimiento: compuesta por las siguientes dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Física. • Psicológica • Social | <p>Diseño de investigación: No experimental y transversal</p> <p>Población y muestra: 150 adultos mayores de un Centro de Atención del Adulto Mayor en el distrito de Lurín.</p> <p>La muestra fue censal.</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos de medición: Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 de la OMS. Cuestionario sobre el Proceso de Envejecimiento de Tejada (2007)</p> |

centro de atención de
Lurín.

- 5)** Detallar el nivel de calidad
de vida en adultos
mayores de un centro de
atención de Lurín.
-

Anexo 2. Instrumentos

CUESTIONARIO SF- 36 V.2 SOBRE CALIDAD DE VIDA

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

| | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--|
| Mucho mejor ahora que hace un año | Algo mejor ahora que hace un año | Más o menos igual que hace un año | Algo peor ahora que hace un año | Mucho peor ahora que hace un año |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

| | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Esfuerzo moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Coger o llevar la bolsa de compra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Subir varios pisos por la escalera. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Subir un solo piso por la escalera. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Agacharse o arrodillarse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Caminar un kilómetro o más. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Caminar varios centenares de metros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

i. Caminar unos 100 metros.

j. Bañarse o vestirse por sí mismo.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Durante las últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No, ninguno | Sí, muy poco | Sí, un poco | Sí, moderado | Sí, mucho | Sí, muchísimo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más o cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Se sintió lleno de vitalidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Estuvo muy nervioso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Se sintió desanimado y deprimido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Se sintió agotado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

h. ¿Se sintió feliz?

i. ¿Se sintió cansado?

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (¿cómo visitar a los amigos o familiares)?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo algunas veces | Nunca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

| | Totalmente cierta | Bastante cierta | No lo sé | Bastante falsa | Totalmente falsa |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Estoy tan sano como cualquiera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Creo que mi salud va a empeorar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mi salud es excelente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CUESTIONARIO SOBRE PROCESO DE ENVEJECIMIENTO
Tejada (2007)**

Instrucciones:

Esta encuesta contiene una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta. Por lo cual le recomendamos que escuche atentamente cada enunciado y luego manifieste la alternativa que Ud. crea conveniente.

Datos Generales:

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Estado Civil: _____
- Grado de Instrucción: _____

| ENUNCIADO | De Acuerdo | Indeciso | En Desacuerdo |
|--|-------------------|-----------------|----------------------|
| 1. Le afecta no poder ver como antes. | | | |
| 2. Considera que escucha bien para la edad que tiene | | | |
| 3. A su edad es normal que se tenga menos relaciones sexuales con la pareja | | | |
| 4. Se siente fastidiado por no poder caminar rápido | | | |
| 5. Considera que tiene buena memoria para su edad | | | |
| 6. Considera que a su edad aún puede aprender | | | |
| 7. Siente que puede pasear sólo sin que lo ayuden | | | |
| 8. Considera que el envejecimiento es una etapa en la cual se recibe mucho afecto | | | |
| 9. Aún puede valerse por sí mismo | | | |
| 10. Piensa que los adultos mayores son una carga para la familia y sociedad | | | |
| 11. Cree que el envejecer le aleja de su familia | | | |
| 12. Le gusta participar en eventos sociales que organiza la institución u otras instituciones. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 13. Considera que la amistad es sólo para la juventud. | | | |
| 14. Considera que ahora tiene amigos más significativos que en su juventud. | | | |
| 15. Suele experimentar que las etapas anteriores fueron mejores que la etapa que actualmente está viviendo. | | | |
| 16. Considera que su edad es impedimento para trabajar. | | | |

Anexo 3. Tabla de codificación

| N° Ítem | Dimensión | Indicador | Valor | DA | I | ED |
|---------|-------------|--------------------------------------|-------|----|---|----|
| 1 | Física | Cambios en la apariencia | (-) | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Física | Agudeza visual | (-) | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Física | Agudeza auditiva | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Física | Capacidad sexual | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 5 | Psicológica | Memoria | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 6 | Psicológica | Aprendizaje | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 7 | Psicológica | Seguridad | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 8 | Psicológica | Aislamiento afectivo | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 9 | Psicológica | Independencia | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 10 | Psicológica | Sentimiento de inutilidad y de carga | (-) | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Social | Integración familiar | (-) | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Social | Capacidad Gregaria | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 13 | Social | Interacción social | (-) | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Social | Calidad de relaciones sociales | (+) | 3 | 2 | 1 |
| 15 | Social | Añoranza del pasado | (-) | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Social | Capacidad de desempeño laboral | (-) | 1 | 2 | 3 |

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **YOLANDA OLENKA VELASCO CANO**, de la Universidad Autónoma del Perú. La meta de este estudio es determinar la interacción entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en una muestra de adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por YOLANDA OLENKA VELASCO CANO. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la interacción entre proceso de envejecimiento y calidad de vida en una muestra de adultos mayores de un centro de atención de Lurín.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Anexo 5. Reporte de programa anti plagio

YOLANDA OLENKA VELASCO CANO 3

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 17 % | 17 % | 9 % | % |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|--|----------------|
| 1 | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet | 2 % |
| 2 | repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet | 2 % |
| 3 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 1 % |
| 4 | repositorio.udec.cl Fuente de Internet | 1 % |
| 5 | repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 6 | repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 7 | repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet | 1 % |
| 8 | repositorio.ucsp.edu.pe Fuente de Internet | <1 % |
| 9 | ri.uaemex.mx Fuente de Internet | <1 % |