

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**CALIDAD DE VIDA Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS  
MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN,  
CHIMBOTE, 2017**

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

**TESISTAS:**

**Bach. Díaz Crespo, Esther Marisela**

**Bach. Suyón Martínez, Liz Karina**

**ASESOR:**

**Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel Ph. D.**

**NUEVO CHIMBOTE – PERÚ**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Revisado y V° B° de:**

---

**Dr. PONCE LOZA, Juan Miguel Ph. D.**

**ASESOR**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Revisado y V° B° de:**

---

**Ms. Rodríguez Barreto, Yolanda**

**PRESIDENTE**

---

**Dra. Melgarejo Valverde, Esperanza**

**SECRETARIA**

---

**Dr. Ponce Loza, Juan Miguel**

**INTEGRANTE**

# DEDICATORIA

*A DIOS.*

*Quien siempre me acompaña en los buenos y malos momentos, dándome la fortaleza para lograr mis metas y seguir adelante en lo que me proponga en la vida.*

*A MIS PADRES: GUILLERMO Y YOLANDA*

*Por sus sacrificios, su amor incondicional, su comprensión y consejos. Por ser un modelo a seguir y sobre todo por estar siempre a mi lado apoyándome. Gracias a ustedes soy la profesional de hoy.*

*A MIS HERMANAS: BRENDA, ROSARIO Y ELY*

*Por su gran apoyo, comprensión y enseñanzas que me brindan día con día “ser la alegría de nuestros padres y la fortaleza de ellos” y a mis sobrinitas: Korayma, Naruzka y Yaretzi quiénes con amor, ternura me demuestran su cariño y por darme esas palabras de aliento. A MIS ABUELITOS DOMITILA HUAMANI Y VÍCTOR CRESPO.*

**Esther Marisela Díaz Crespo**

*A DIOS.*

*A Dios por ser mi fortaleza y quien ilumina y guía mi vida para hacer frente a los obstáculos y dificultades que se me presentan a lo largo de mi vida, impulsándome a alcanzar mis metas y sueños a nivel profesional y personal.*

*A MI ADORADA MADRE, PADRE Y HERMANOS:*

*Dorina, M. Alejandro, S. y Deyvi, Minali, Juan, Natali, Jimmy, Anahí.: Como testimonio de mi eterna gratitud y afecto por todo el apoyo y comprensión que siempre me brindan en todos los momentos de mi vida y a no desfallecer ni a rendirme ante nada en esta vida y a perseverar a través de sus consejos y así poder alcanzar*

*A MI AMADO(A) ESPOSO E HIJA:*

*Paul y Valentina, como fuente de inspiración, por su apoyo incondicional y la gran fe que tienen en mí, asimismo por ser mi más grande incentivo para seguir adelante y llegar a cumplir mis más grandes anhelos.*

**Liz Karina Suyón Martínez**

# AGRADECIMIENTO

*A nuestra alma mater la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA, ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA y toda su plana docente, por acogernos y brindarnos una enseñanza de calidad*

*De manera muy especial agradecemos a nuestro asesor el Dr. PONCE LOZA, JUAN MIGUEL Ph. D., por sus orientaciones, colaboración y conocimientos compartidos durante el proceso de la presente tesis. Él ha inculcado en nosotras un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa como investigadoras.*

*A los Adultos Mayores de la COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN que colaboraron, al tiempo brindado para poder realizar la ejecución y culminación de este trabajo de investigación.*

Esther y Liz

## INDICE GENERAL

RESUMEN	pág.
ABSTRACT	
I. INTRODUCCION	12
II. MARCO TEÓRICO	25
III. MATERIAL Y MÉTODO	33
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
4.1 RESULTADOS	46
4.2 ANALISIS Y DISCUSIÓN	52
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1 CONCLUSIONES	57
5.2 RECOMENDACIONES	58
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
<b>TABLA N° 01:</b> CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.	46
<b>TABLA N°02:</b> ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.	48
<b>TABLA N° 03:</b> CALIDAD DE VIDA Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.	50



## ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
<b>FIGURA Nº 01:</b> CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.	47
<b>FIGURA Nº 02:</b> ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.	49
<b>FIGURA Nº 03:</b> CALIDAD DE VIDA Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.	51

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación será de tipo descriptivo correlacional, con el objetivo de conocer la asociación entre la Calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017. La población estará conformada por 90 adultos mayores, que cumplan los criterios de inclusión. Los instrumentos de recolección de datos son: cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida y Escala de organización familiar. El procesamiento de datos será mediante el software especializado SPSS versión 20. Obteniendo las siguientes conclusiones:

La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja (36,8%), seguido de calidad de vida media (32,6%) y calidad de vida alta (30,5%).

Existe proporción significativa de adultos mayores inadecuada organización familiar 52.6% y el 47.4% adecuada organización familiar.

Existe relación altamente significativa entre calidad de vida y organización familiar ( $p=0.0003$ ), y el tener una organización familiar inadecuado, se constituye en riesgo muy elevado para una baja calidad de vida ( $OR=4.3$ ) y, a mejor organización familiar, aumenta la calidad de vida de los adultos mayores ( $r=0.39$ ).

**Palabras Claves:** Calidad de vida; Organización familiar; Adulto mayor, Enfermería.

## ABSTRACT

The present research will be of a correlational descriptive type, with the objective of knowing the association between the quality of life and family organization of the older adults in the marginal urban community San Juan, Chimbote, 2017. The population will be formed by 90 older adults, which meet the inclusion criteria. Data collection instruments are: WHOQOL-BREF questionnaire on quality of life and family organization scale. The data processing will be through SPSS software version 20. Getting the following conclusions

The majority of older adults have low quality of life (36.8%), followed by average quality of life (32.6%) and high quality of life (30.5%).

There is a significant proportion of older adults inadequate family organization 52.6% and 47.4% adequate family organization.

There is a highly significant relationship between quality of life and family organization ( $p = 0.0003$ ), and having an inadequate family organization, constitutes a very high risk for a low quality of life ( $OR = 4.3$ ) and, to a better family organization, the quality of life of older adults increases ( $r = 0.39$ ).

**Keywords:** Quality of life; Family organization; Older adult, Nursing.

## I. INTRODUCCION

El incremento de la ancianidad constituye un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y los que van emergiendo en subdesarrollo, pues durante los últimos años todas las sociedades del mundo desarrollado han experimentado cambios demográficos (1).

En los últimos años la sociedad ha empezado a tomar conciencia del problema que representa el envejecimiento poblacional y la necesidad de dar respuesta a las consecuencias derivadas de ello; por ejemplo, en 1975, en el mundo habían 350 millones de adultos mayores o ancianos (personas con 60 años o más de edad), en el 2000 esta cifra ascendía a 600 millones, y se espera que para el 2025 ascienda a 1 100 millones, que constituirán el 15 % de la población total. Dentro de este grupo de edad, el segmento de más rápido crecimiento es el de las personas de 80 años y más, pues su número actual es de 70 millones, y se espera que en los próximos 50 años esta cifra se quintuplique (2).

Según conferencia sobre envejecimiento, en nuestra área existe una importante variación. Sobresalen Argentina, Uruguay, Puerto Rico y Cuba con un porcentaje de población mayor de 60 años superior al 13 %; le siguen, con un "envejecimiento moderado avanzado" Brasil, Chile, Jamaica, Bahamas, Surinam y Trinidad Tobago, con un porcentaje mayor al 8 %. Con un "envejecimiento moderado" se ubican Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, Venezuela y República Dominicana, con una tasa de adultos mayores de 6,9 %.

Al final, con un "envejecimiento incipiente" aparecen Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, que tienen en la actualidad 5,5 % de su población en este rango de edad. Las proyecciones indican que 1 de cada 4 latinoamericanos será mayor de 60 años para el 2050 (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un adulto mayor es aquella persona que sobrepasa los 60 años. Así mismo, en su libro de Geriátrica, afirma que las edades de interés geriátrico, se dividen de la siguiente manera: de 60 a 70 años, considerada senectud gradual; de 70 a 90 años, llamada vejez declarada y más de 90 años se considera longevidad (4).

La cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, enfatiza los marcos de políticas intersectoriales y el manejo integrado de las Enfermedades no transmisibles, al igual que un abordaje desde la atención primaria de la salud. Las metas claves pasan por desarrollar mecanismos financieros para apoyar la atención preventiva en salud, facilitar el ahorro para la atención a largo plazo, y crear vínculos entre los sistemas de salud, los servicios sociales y los recursos comunitarios. También es importante involucrar a las comunidades, a los empleadores, a las familias y a los individuos, especialmente a las propias personas mayores, en los esfuerzos por promover y proteger la salud de los adultos mayores (5, 6, 7).

En Perú, el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores, 2013- 2017, elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, estima que para el

año 2025, la población adulta mayor a nivel nacional alcanzará casi 4 millones y medio de habitantes y para el 2050 serán alrededor de 9 millones (8).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas, lo cual representa aproximadamente el 9,7% de la población total. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%) (9).

Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (10)

Según el Grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (11, 12).

En la búsqueda por definir su significado la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracteriza este concepto como un constructo conceptual, definiendo dentro de él

cuatro dominios importantes de ser evaluados en su medición: dominio físico, dominio psicológico, dominio relaciones sociales y dominio medio ambiente. Donde en el Dominio Físico se evalúa; Dolor, Energía, Sueño, Movilidad, Actividad, Medicación, Trabajo, en el Dominio Psicológico los Sentimientos positivos, Pensamiento, Estima, Cuerpo, Sentimientos Negativos, Espiritualidad, en el Dominio Relaciones Sociales; Soporte Social, Sexo en el Dominio Medio Ambiente lo que es la Seguridad, Hogar, Finanzas, Servicios, Información, Ocio, Medio ambiente, Transporte (13).

El Ministerio de Salud del Perú en sus lineamientos para la Atención Integral de la Salud de las personas Adultas mayores, conceptualiza al envejecimiento del ser humano como un proceso natural, universal, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida. Los lineamientos buscan de manera prioritaria satisfacer las necesidades de salud del adulto mayor y favorecer un envejecimiento activo y saludable; de manera implícita lo que busca es mejorar la calidad de vida (14).

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida. El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia

en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas (15).

En el plano personal, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo; el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. A medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control (16).

En este sentido, el adulto mayor peruano, que influenciado por un contexto histórico - social y cultural, se percibe así mismo, como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos y americanos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de ocio que no pudo hacerlo en su etapa de juventud. Al contrario, la



mayoría de adultos mayores de nuestro país viven los últimos años de su vida “apoyando” a la vida familiar. A su vez, las familias que tienen un adulto mayor en casa, lo ocupan haciéndoles encargos “menores” sobre todo de índole “de labores domésticas”, ayudando a cuidar a nietos, barrer, hacer pequeños mandatos, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinden una sensación de sentirse útiles, y por ende, un nivel satisfactorio de vida (13).

En el Ámbito Internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionado con las variables de estudio de la presente investigación:

En México, Barreto, M; Pérez, M; Molero, M; Gómez, M; (2011). Estudiaron: “Bienestar y convivencia intergeneracional, necesidades y recursos del anciano y su familia”, con el objetivo de conocer el bienestar y convivencia intergeneracional, necesidades y recursos del anciano y su familia Desde una visión humanitaria, ética y profesional, donde presentan una reflexión sobre los resultados aparecidos en la literatura científica y los estudios existentes sobre los factores que promueven la calidad de vida en los ancianos y sus familias al final de sus vidas, es un estudio descriptivo de corte transversal ya que el estudio describe el problema tal como se presenta en un momento determinado en el tiempo, con un amuestra de 188 adultos mayores a quienes se les aplico una encuesta previamente validado por grupo de expertos en el tema de investigación (17)

En Portugal, Araujo, I; Constança, P.; Martins, M.; (2011). Investigaron “Vivir con más edad en contexto familiar influye en la dependencia en el autocuidado”. Con el objetivo de conocer Vivir con más edad en contexto familiar influye en la

dependencia en el autocuidado, es un estudio correlacional, descriptivo de corte transversal. La recolección de la muestra de la investigación fueron seleccionadas a 108 familias del norte de Portugal, con un anciano dependiente. Fue una muestra de conveniencia. Se aplicó el índice de Barthel. Los resultados mostraron que los ancianos son predominantemente mujeres, viudas, con media de edad de 81 años, con nivel grave de dependencia, la principal causa de dependencia fueron enfermedades del sistema circulatorio. Los ancianos en su mayoría viven en casa de algunos de sus hijos y las familias de estos son monoparentales, además que tienen disfunción familiar en diversos grados (18).

En Cuba, Alfonso, L; Soto, D; Santos, N; (2016). Estudiaron "Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores", con el objetivo de caracterizar la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores del círculo de abuelos del consultorio 3 perteneciente al área de salud "5 de Septiembre" en Consolación del Sur, de enero a marzo del 2014. Realizó un estudio descriptivo mediante un diseño no experimental, transversal, con una muestra no probabilística de sujetos tipos. Los instrumentos utilizados fueron la Escala M.G.H de Calidad de Vida, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet y la entrevista semi-estructurada. Teniendo como resultados, predominio del sexo femenino, edades de 60 a 69 años, estado civil casado y con culminación de los estudios universitarios. La estructura familiar se caracterizó por la presencia de núcleos de familias pequeñas y bigeneracionales. La calidad de vida que prevaleció fue alta, presentando un mayor nivel de satisfacción la dimensión salud. El apoyo social percibido que predominó fue alto, constituyendo la familia la principal fuente generadora de apoyo para este

grupo. El 75% de los adultos mayores que percibieron un apoyo social alto, solo el 40% presentaron mayores niveles de calidad de vida (19)

En el ámbito nacional se reporta las siguientes investigaciones en relación con algunas variables de la presente investigación:

En Chiclayo, Carmen, C; (2009). Investigó “Modelos familiares y calidad de vida del adulto mayor que acuden al Hospital Nacional de Chiclayo – 2009”, con el objetivo del presente estudio fue determinar Modelos familiares y calidad de vida del adulto mayor que acuden al Hospital Nacional de Chiclayo. El estudio es de tipo cuantitativo y el método fue descriptivo de corte transversal, la población estuvo constituida por 74 Adultos mayores, de los cuales se logró abordar 58 adultos mayores, la técnica fue la entrevista grupal y el instrumento fue el test de vulnerabilidad. Concluyendo que: la estructura familiar es un modelo a seguir en el adulto mayor evidenciando que en el muestra de estudio es inadecuada en un 69%, la presencia familiar influye mucho en el comportamiento e índice de depresión del adulto mayor en un 78%, la edad, el sexo y el grado de instrucción son características que influyen en los modelos familiares y la calidad de vida que ello pueden llevar 85% (20).

En Arequipa, Noriega, J; (2009). Investigó “Situación de salud integral de adultos mayores de 70 años de edad organizados en clubes del distrito de Mariano Melgar Arequipa”. En este trabajo participaron 97 adultos mayores. Los resultados muestran que las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la disminución de la agudeza visual e hipoacusia. El 80% del grupo realizan en forma independiente sus actividades básicas de la vida diaria sin necesidad de ayuda. El 36% presenta

deterioro cognitivo leve, el 12% tiene deterioro moderado. En relación a su situación afectiva, el 71% presenta algún grado de depresión no sintiéndose satisfechos con su vida y con problemas de memoria. En relación al factor sociofamiliar, el 68% se encuentran en riesgo social con soledad, sin familia y sin ingreso económico (21).

En Lima, Inga, J; Vara, A; (2010). Investigaron “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú”, con el objetivo de determinar los Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. Se entrevistó a 122 ancianos residentes en la ciudad de Lima para determinar los principales factores asociados a su satisfacción con la vida. Para ello se construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción de vida, maltrato al anciano, dependencia por incapacidad, apoyo social, identidad amical prosocial, identidad amical antisocial). Los resultados indican que las características sociodemográficas de la muestra de estudio son similares a las de la población nacional e internacional de adultos mayores. También se halló que los ancianos encuestados tienen una alta satisfacción vital; sin embargo, señalaron mayor nivel de insatisfacción en aspectos tales como debilidad corporal, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, así como soledad o desesperanza. Por último, se encontró que el resentimiento fue el factor que está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, seguido del nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical (22)

En el ámbito local no se reporta investigación relacionado a la investigación

Particularmente en Chimbote, en la comunidad urbano marginal de San Juan, se ha observado que algunos adultos mayores tienen dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, otros poseen habilidades para realizar solos sus actividades, se observó también que algunos viven solos, otros en compañía de hijos que ya formaron su familia, brindando apoyo a la familia, muchos de los varones son jefes aun de hogar y toman decisiones importantes, otros apoyan a su hijos, nietos, con el objeto de sentirse útiles, apoyan en las tareas del hogar. Algunos refieren sentir insatisfacción en su vida diaria, no se sienten útiles ni seguros en su entorno, lo cual altera considerablemente su capacidad de independencia.

El interés sobre este tema es profundizar acerca de esta problemática, que permita a enfermería desempeñar sus funciones de manera holística en el cuidado del adulto mayor.

Teniendo en cuenta la problemática antes mencionada y constituyendo los adultos mayores una parte importante de la población, se plantea el siguiente problema de investigación:

**¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017?**

## **1.1. OBJETIVOS**

### **1.1.1. Objetivo General**

- Conocer la asociación entre la calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017.

### **1.1.2. Objetivo Especifico**

- Identificar la calidad de vida de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017.
- Identificar el tipo de organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017.
- Determinar la asociación entre la calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017.

## **1.2. HIPOTESIS**

### **1.2.1. Hipótesis General**

La calidad de vida se asocia significativamente con la organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017

### **1.3. IMPORTANCIA**

Con la presente investigación se beneficiaran los adultos mayores, ya que mediante los resultados se podrá reforzar y/o incorporar actividades, programas, sobre modelos orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en el seno de su familia.

El estudio es importante para la profesión de enfermería, porque las enfermeras forman parte importante en el equipo multidisciplinario que brinda atención integral al adulto mayor, por ello, es importante estudiar todas aquellas situaciones, físicas, psicológicas, familiares y sociales que pueden repercutir en su calidad de vida y por ende en su estado de salud.

Asimismo, el tema a investigar permitirá a los profesionales de enfermería profundizar acerca de esta problemática, que le permita intervenir de manera más decidida y significativa en contribuir y optimizar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

## II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el modelo de enfoque de riesgo. (23)

El enfoque de Riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Se compone del agente de riesgo y la vulnerabilidad, entre si desencadenan la probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. Surge entonces el término riesgo que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas (23) (24)

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá las necesidades de atención de la población y ello favorecerá a la efectividad de las intervenciones (25).

El enfoque de riesgo tiene tres componentes, factores que pueden ser de riesgo o protectores, vulnerabilidad y probabilidad (daños o beneficios).

Factor, es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos (26).



Riesgo, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios (27).

Factor de riesgo, es una característica o circunstancia detectable en un individuo o grupo, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho. Por ejemplo un adulto mayor que tiene una inadecuada organización familiar está en riesgo de tener una mala calidad de vida (28)

Asimismo, el enfoque de riesgo conduce a la identificación de los factores protectores.

Factores protectores, son aquellas características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que eleva su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar desajustes psicosociales aun con la presencia de factores de riesgo. Los factores protectores son conocidos también como las condiciones que impiden la aparición del riesgo de las conductas conducente a él, por lo que disminuye la vulnerabilidad y favorece la resistencia al daño (29)

Los factores de protección se pueden considerar de dos tipos: internos y externos, los factores internos son los atributos de la persona como un alto

nivel de conocimiento y los factores externos son los proporcionados por el contexto. Los factores protectores son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de riesgo a través de mecanismos conscientes o inconscientes de adaptación. Para efectos de la investigación se considera como factor de riesgo la organización familiar. (29)

Organización, es un sistema conformado por un grupo de personas enfocadas en un objetivo en común a lograr. Esta organización sólo puede funcionar y ser real si, entre las personas que la componen, existe la comunicación y la intención de actuar coordinadamente hacia las metas u objetivos a cumplir. Se plantean normas, las cuales la organización adopta y ayudan a lograr la misión (30).

Familia, es la unidad social, y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un subsistema de la organización social. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc. (31)

La organización familiar, incluye, los roles y funciones que cada miembro realiza en torno del adecuado desempeño del sistema familiar, comprende, a su vez, personas de diferentes generaciones, grados de inteligencia y destreza, diferentes ingresos, edades, y sexo. El lugar que ocupen estas

personas dentro de la estructura puede intervenir para el éxito o fracaso de las funciones que debe dar respuesta la familia (32)

Minuchin, define la organización familiar como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia", estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros (31)

La organización familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación (31)

La familia como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar (31)

Por lo que concluimos que la organización familiar es un sistema que comprende roles o funciones que desempeña cada miembro de la familia y el cumplimiento de estos permitirá el éxito o fracaso de los objetivos o metas de esta misma. Para la medición de la organización familiar existen

diversos instrumentos de medida pero para efectos de la presente investigación, se considera la escala de organización familiar que explica como algunas familias pueden resolver de forma más saludable sus problemas a diferencia de otras.

La vulnerabilidad, se define como la medida de susceptibilidad o predisposición intrínseca de una persona a sufrir un daño a su salud. Es el resultado de un numero de características interactuantes las que unidas confieren un riesgo en particular ya sea de estar sano o sufrir una enfermedad en el futuro (29)

Para efectos de esta investigación el adulto mayor por sus condiciones biológicas, psicológicos y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud (30)

OMS, define adulto mayor a todo individuo mayor de 60 años y se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (33)

ONU, define anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.(34)

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando (35)

Probabilidad, es la posibilidad que existe entre varias posibilidades, que un hecho o condición se produzcan (36)

Es el componente resultado del enfoque de riesgo que se expresa en daño o beneficio (29).

Daño, es el resultado, afección o situación en función del cual mide el riesgo. En tal sentido la probabilidad de daño para efecto de esta investigación es una regular o mala calidad de vida (29).

Beneficio, es la probabilidad de éxito, para efectos de esta investigación la probabilidad de beneficio es una buena calidad de vida (29).

Por lo tanto la presente investigación está representada por la calidad de vida del adulto mayor expresado como bueno, regular o malo.

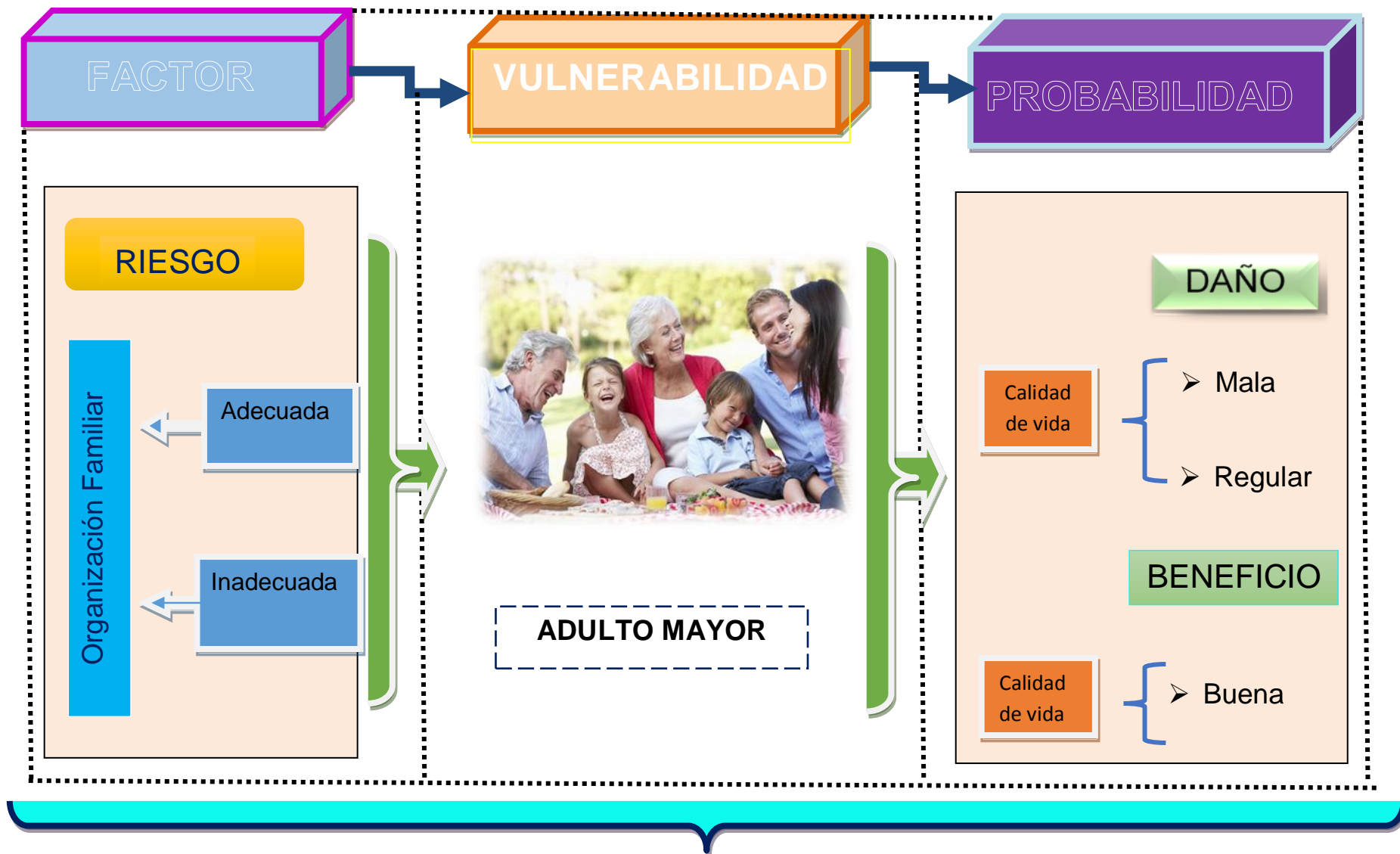
La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (37).

OMS, define calidad de vida como la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. (38).

Para la medición de la calidad de vida existen diversos instrumentos de medida pero para efectos de la presente investigación consideramos el cuestionario WHOQOL-BREF, el cual evalúa el perfil de calidad de vida del

adulto mayor en el cual califica la percepción de calidad de vida y 4 dominios, físico, psicológico, social y entorno.

La teoría de enfoque de riesgo nos permite medir la probabilidad de una buena, regular o mala calidad de vida del adulto mayor asimismo implica analizar la presencia de un factor de riesgo o varios para actuar sobre ellos con anticipación y evitarlos. Así el presente estudio pretende determinar el grado de asociación que existe entre la calidad de vida y organización familiar y de acuerdo a ello actuar preventiva y promocionalmente desarrollando estrategias e intervenciones en beneficio del adulto mayor. A continuación se presenta la propuesta de esquema adaptada a la presente investigación, con el objeto de contribuir en el conocimiento científico de enfermería.



**ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD SAN JUAN**

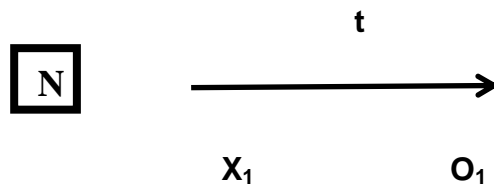
**ESQUEMA ENFOQUE DE RIESGO ADAPTADO A LA INVESTIGACION**

### III. MATERIAL Y METODO

#### 3.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Descriptivo correlacional, porque pretende establecer si están o no asociado la calidad de vida con la organización familiar de los adultos mayores.

Es descriptivo no experimental, con una sola población, cuyo esquema es el siguiente:



Donde:

**N** : Adultos mayores en la comunidad urbano marginal San

Juan **X<sub>1</sub>** : Calidad de vida de los adultos mayores

**O<sub>1</sub>** : Organización familiar de los adultos mayores

**T** : Año 2017

#### 3.2. METODO DE ESTUDIO

El presente método de investigación es cuantitativo, porque hará uso de métodos estadísticos para poder analizar las variables de estudio.

- **Descriptivo:** Porque permitió conocer el nivel de calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017.



- **Correlacional:** Porque se asocian las variables, calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017.
- **Transversal:** Porque las variables fueron medidas una sola vez en un periodo determinado.

### 3.3. POBLACION MUESTRAL

Estará conformada por 95 adultos mayores de la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote 2017.

- a) **Unidad de análisis:** Adulto mayor de la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote 2017.
- b) **Marco muestral:** Estará constituido por el registro de adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote 2017.
- c) **Criterio de inclusión:**
  - Adultos mayores de ambos sexos
  - Adultos mayores de 60 a 75 años de edad
  - Capacidad mental adecuada, orientados en tiempo y espacio
  - Participar voluntariamente en la investigación.

### 3.4. ASPECTOS ETICOS

Se dio cumplimiento a los principios éticos, normados por la Comisión de Ética de la Universidad del Santa.

- **PRINCIPIO DE AUTONOMÍA:** Definido como la capacidad que tienen las personas de tomar decisiones, en la investigación, se respetará la decisión voluntaria. (Anexo 2).

Implica la “Capacidad de elección y libertad”. En el presente estudio de investigación se respetará la decisión de los adultos mayores, de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento antecedido de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.

- **PRINCIPIO DE ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD:** Privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso.

Se obtendrá el permiso de los adultos mayores, para aplicación de la entrevista, con previa información del objetivo de dicha entrevista. La información brindada será respetada y salvaguardada preservando la privacidad de los adultos mayores y manteniendo el secreto profesional.

- **PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA Y NO MALEFICENCIA:** Este principio se refiere a la búsqueda del bien o beneficencia como

investigadoras de no hacer daño ni discriminar a ninguna estudiante de dicha institución. En el presente estudio de investigación se tendrá en cuenta la discreción en los datos personales y la privacidad de los adultos mayores.

- **PRINCIPIO DE RESPETO DE LA DIGNIDAD HUMANA:** comprende el derecho del sujeto a la autodeterminación, lo cual significa que respetará la decisión de las madres de los niños que serán objetos en la investigación.
- **PRINCIPIO DE JUSTICIA:** Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde. Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcta y apropiado desde el punto de vista moral. Incluye a que los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación en el estudio.
- **PRINCIPIO DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a la investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.

- **PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD:** Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de su investigación implican para los participantes y para la sociedad en general. Esta tarea no puede ser delegada a otras personas. Ni el acto de delegar, ni el acto de recibir instrucciones liberan de responsabilidad.

### 3.5. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

#### A. VARIABLE 1:

##### **CALIDAD DE VIDA:**

**Definición conceptual:** Es el grado de afectación de la calidad de vida que presentan los adultos mayores en la dimensión física, psicológica, social y medio ambiente (8).

**Definición Operacional:** Se medirá en escala ordinal:

Evaluación Global de la Calidad de Vida del Adulto Mayor:

- BUENA O ALTA : 100 a 130 puntos.
- REGULAR O MEDIA : 70 a 99 puntos.
- MALA O BAJA : < de 69 puntos.

## **B. VARIABLE 2:**

### **ORGANIZACIÓN FAMILIAR:**

**Definición Conceptual:** Conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior (16).

**Definición Operacional:** Se medirá en escala nominal:

- Adecuada : 0 - 34
- Inadecuada : 35 – 70

## **3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de datos se tomó la técnica de encuesta y como instrumento:

### **A. Cuestionario Whoqol-Bref de calidad de vida (ANEXO N° 3),**

Se utilizó el Whoqol-Bref de la Salud Calidad de Vida, validado en el año 2000 en la población española fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas en más de 40 países. Compuesto por 26 preguntas, cada una con 5 opciones de respuestas tipo Likert, puntuándose de 1 a 5; las primeras dos interrogantes se refieren a la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida y su salud, y los 24 ítems restantes evalúan cuatro dimensiones que abarcan:

- a) Salud física, que le corresponden los ítems 3, 4, 10,15, 16, 17, evalúa: dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso actividad cotidiana, capacidad de trabajo. Con indicadores 6 - 14 puntos calidad de vida mala, 15 – 25 regular, 26 – 35 buena.
- b) Psicológico, conformada por los ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26: sentimiento positivo espiritualidad / religión / creencias / personales pensamiento / aprendizaje /memoria / concentración / imagen corporal y apariencia / autoestima / pensamientos negativos. Con indicadores 6 – 14 puntos CV mala, 15- 23 regular, 24 – 30 buena.
- c) Relaciones sociales, encontradas en los ítems 20, 21, 22: relaciones personales, actividad sexual, soporte social. Con indicadores 3 – 6 CV mala, 7 – 10 regular, 11 – 15 buena.
- d) Medio ambiente integrada por los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25: seguridad física y protección, entorno físico, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información, hogar, cuidados de salud y sociales, transporte. Con indicadores 8 -18 CV mala, 19 -28 regular, 29 – 40 buena (23).

Evaluación Global de la Calidad de Vida del Adulto Mayor:

- Buena 100 a 130 puntos
- Media 70 a 99 puntos
- Mala o Baja < de 69 puntos

Validación y confiabilidad de instrumento:

Validez :  $r = 0,28$

Confiabilidad :  $\alpha = 0,78$

Considerándose valido y confiable

#### **B. Escala de organización familiar (Anexo Nº 4):**

La escala aborda la organización para explicar el por qué algunas familias pueden resolver de forma más saludable sus problemas que otras, alertando que hay ciertas disposiciones en la relaciones familiares que provocan un afrontamiento diferente de los problemas. Es una escala tipo Likert, que comprende un total de 14 ítems, incluyendo las dimensiones de Tipo de relaciones y Afrontamiento de problemas (24).

### **3.7. VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS**

#### ➤ **Validez:**

Los instrumentos Cuestionario sobre calidad de vida y organización familiar se aplicó a 10 adultos mayores. Se validó la consistencia interna de los instrumentos, mediante correlación de Pearson ítem-inter-item, obteniendo un valor de  $r = 0.28$  y  $r =$

0.39 respectivamente para cada instrumento, considerándose como válidos los ítems de los instrumentos.

➤ **Confiabilidad:**

Para medir la confiabilidad de los instrumentos en mención, se utilizó el método de coeficiente de alfa de Crombach teniendo como resultado: 0. para el Cuestionario sobre calidad de vida y de 0. Para la Escala de organización familiar, considerándose confiables los instrumentos.

### **3.8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

- Para la **ejecución** de la presente investigación se solicitó la autorización y permiso a cada adulto mayor de la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, presentándome adecuadamente, y dando a conocer el motivo de la visita; asimismo brindar para conocimiento el objetivo de la investigación, y lograr su aceptación demostrada con la firma en la hoja del consentimiento informado, para la aceptación en la participación del Proyecto de Investigación.

### **3.9. TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

El procesamiento y análisis estadístico se realizará mediante la clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el uso del programa estadístico: SPSS/info/software versión 22.0.



**a. Nivel Estadística Descriptivo:**

Los resultados estarán representados en tablas simples y gráficos, cifras absolutas y relativas, media aritmética y moda.

**b. Nivel Diferencial no Paramétrico o Analítica:** Se aplicó la prueba Estadística no paramétrica Chi cuadrado, la prueba paramétrica de correlación de Pearson (r) y la prueba de Riesgo ODD RATTION (OR), para determinar la asociación de las variables de estudio, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

## IV. RESULTADOS Y DISCUSION

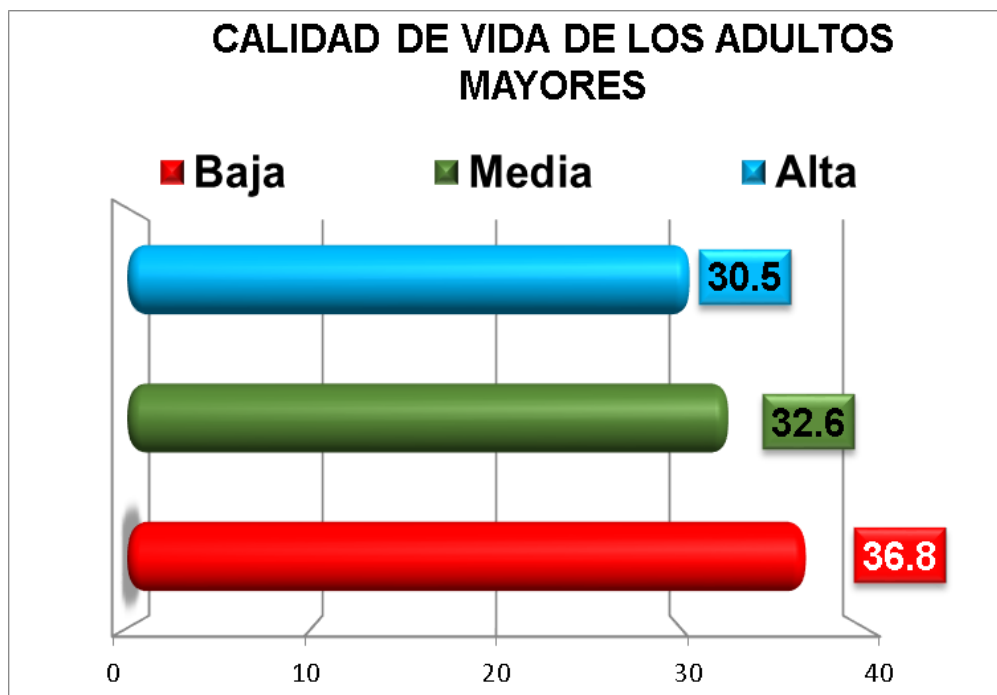
### 4.1. RESULTADOS:

**TABLA N° 01: CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES  
EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL  
SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.**

<b>CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
Baja	35	36.8
Media	31	32.6
Alta	29	30.5
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

### Estadísticos descriptivos

Puntajes	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cuestionario Whoqol-Bref de calidad de vida	95	49	116	82,43	9,304
N válido (según lista)	95				



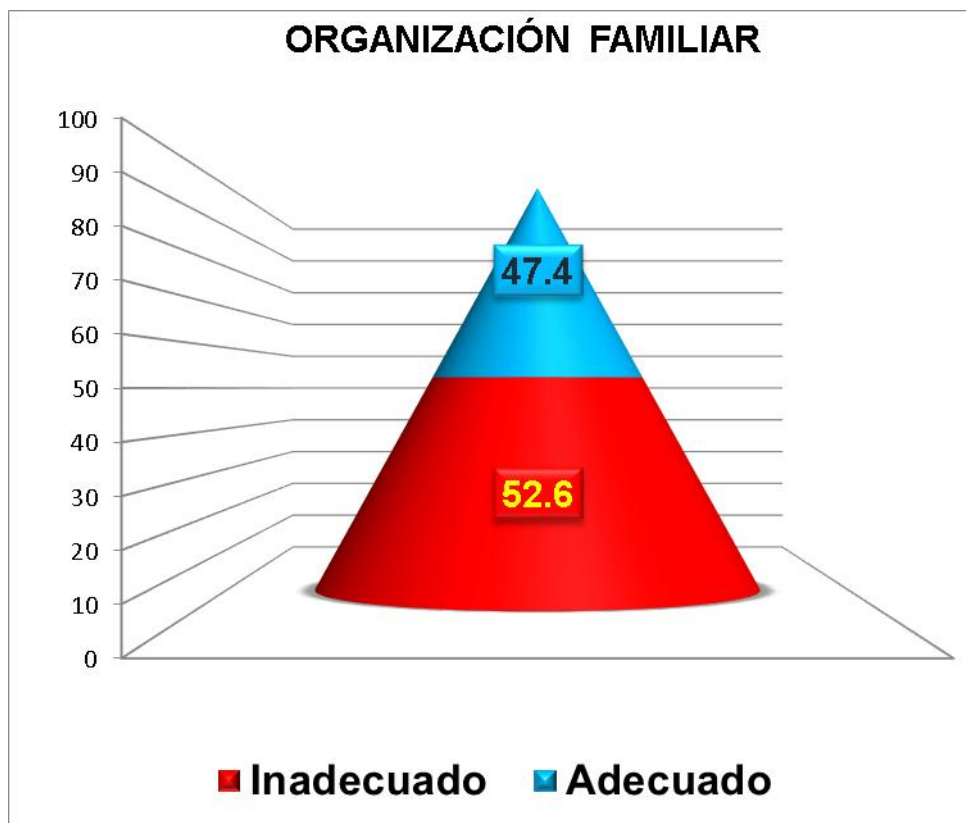
**FIGURA Nº 01:** CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES  
EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN  
JUAN, CHIMBOTE, 2017.

**TABLA Nº 02: ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.**

<b>ORGANIZACIÓN FAMILIAR</b>	<b>fi</b>	<b>Hi</b>
Inadecuado	50	52.6
Adecuado	45	47.4
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

**Estadísticos descriptivos**

Puntajes	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Escala de organización familiar	95	21	64	42,28	8,128
N válido (según lista)	95				

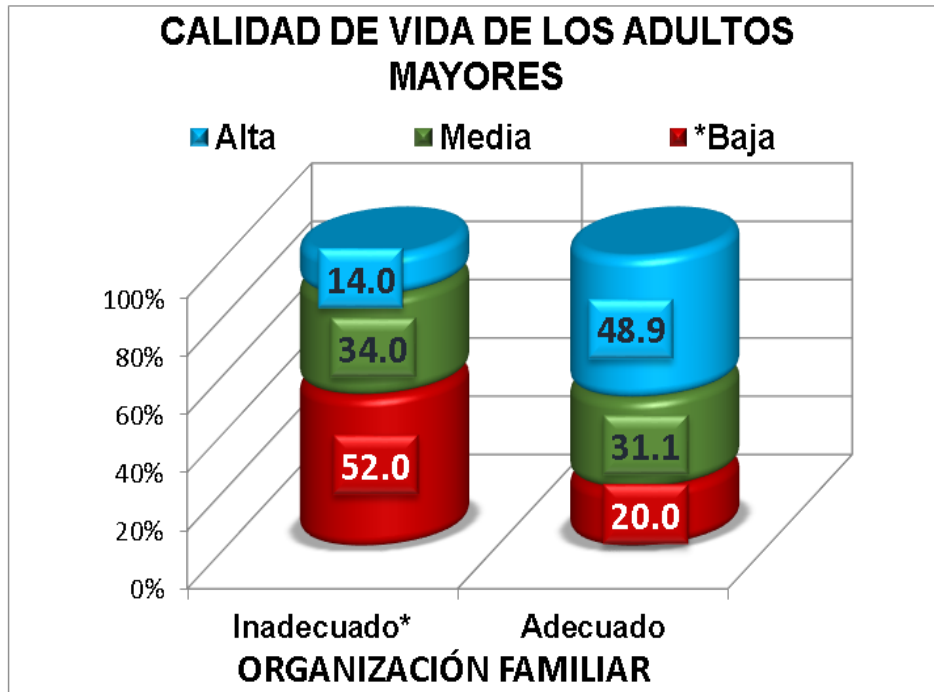


**FIGURA Nº 02:** ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017

**TABLA Nº 03: CALIDAD DE VIDA Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.**

ORGANIZACIÓN FAMILIAR	CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES						Total	
	*Baja		Media		Alta		fi	hi
	fi	hi	fi	hi	fi	hi		
<b>Inadecuado*</b>	26	52.0	17	34.0	7	14.0	50	52.6
<b>Adecuado</b>	9	20.0	14	31.1	22	48.9	45	47.4
<b>TOTAL</b>	35	36.8	31	32.6	29	30.5	95	100,0

**$X^2 = 15.9181$  gl = 2 p = 0,0003 Altamente Significativo**  
**\*OR= 4.3 Riesgo elevado**  
**r = 0.39 correlación leve**



$\chi^2 = 15.9181$  gl = 2 p = 0,0003 Altamente Significativo

$\hat{OR} = 4.3$  Riesgo elevado

r = 0.39 correlación leve

**FIGURA Nº 3:** CALIDAD DE VIDA Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA COMUNIDAD URBANO MARGINAL SAN JUAN, CHIMBOTE, 2017.

#### 4.1. ANALISIS Y DISCUSIÓN:

En la **Tabla Nº 01**, sobre la calidad de vida de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017, se observa mayor proporción de adultos mayores con baja calidad de vida (36.8%), seguido de media y alta calidad de vida (32.6% y 30.5% respectivamente. El promedio de puntaje obtenido en el Cuestionario Whoqol-Bref de calidad de vida de los adultos mayores, fue de  $82.4 \pm 9.3$  ptos. de un total de 130 puntos, el puntaje mínimo obtenido fue 49 y el máximo puntaje fue de 116.

Los resultados son similares con lo reportado por Noriega, J; (21), quien encontró que la mayoría de adultos mayores presentan algún grado de depresión no sintiéndose satisfechos con su vida y con problemas de memoria. Y difieren con lo reportado por Alfonso, L; Soto, D; Santos, N; (19), Inga, J; Vara, A; (22), quienes encontraron una calidad de vida alta, presentando un mayor nivel de satisfacción la dimensión salud y, alta satisfacción vital.

Según la OMS y el Grupo WHOQOL la calidad de vida es el producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas áreas de su vida y de qué manera percibe el bienestar o malestar referente a ellas. Por tanto, la calidad de vida es definida como un estado de bienestar general que comprende la salud física, psicológica o emocional, social y del entorno (11, 12).



La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo; el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. A medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control. En consecuencia las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida (16).

Asimismo, se puede afirmar que de acuerdo con la forma en que las personas mayores satisfagan sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y de su medio ambiente, más agradable les resultará el vivir diariamente, obteniendo una mejor calidad de vida.

En la **Tabla Nº 02**, sobre la organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017, se observa, que la mayoría de los adultos mayores presentan inadecuada organización familiar (52.6%) y el 47.4% adecuada organización familiar. El promedio de puntaje

obtenido en la escala de organización familiar fue de  $42.3 \pm 8.1$  ptos. de un total de 70 puntos, el puntaje mínimo obtenido fue 21 y el máximo puntaje fue de 64.

Los resultados son similares a lo reportado por Carmen, C; (20), Noriega, J; (21), quienes encontraron que la mayoría de adulto mayor presenta una estructura familiar inadecuada, y se encuentran en riesgo social con soledad, sin familia y sin ingreso económico.

La organización familiar es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. El mismo ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta (16).

En este sentido, el adulto mayor peruano, que influenciado por un contexto histórico - social y cultural, se percibe así mismo, como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos y americanos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de ocio que no pudo hacerlo en su etapa de juventud. Al contrario, la mayoría de adultos mayores de nuestro país viven los últimos años de su vida “apoyando” a la vida familiar. A su vez, las familias que tienen un adulto mayor en casa, lo ocupan haciéndoles encargos “menores” sobre todo de índole “de labores domésticas”, ayudando a cuidar a nietos, barrer, hacer

pequeños mandatos, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinden una sensación de sentirse útiles, y por ende, un nivel satisfactorio de vida (13).

Esto es corroborado por Araujo, I; Constança, P.; Martins, M.; (18), quienes refieren que los adultos mayores en su mayoría viven en casa de algunos de sus hijos y las familias de estos son monoparentales, además que tienen disfunción familiar en diversos grados (18).

La organización familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación (31)

En la **Tabla N° 03**, sobre la calidad de vida y organización familiar de los adultos mayores en la comunidad urbano marginal San Juan, Chimbote, 2017, se observa, que entre los adultos mayores con inadecuada organización familiar prevalece una baja y media calidad de vida (52.0% y 34.0% respectivamente), a diferencia de los adultos mayores con adecuada organización familiar, en quienes prevalece una alta y media calidad de vida (48.9% y 31.1 respectivamente).

Ante la prueba de independencia de criterios ( $\chi^2$  cuadrado), existe una relación altamente significativa entre calidad de vida y organización familiar ( $p=0.0003$ ).

Ante la prueba de riesgo, el tener una organización familiar inadecuado, se

constituye en riesgo muy elevado para una baja calidad de vida (OR=4.3), es decir, existe 4.3 veces más riesgo que los adultos mayores presenten baja calidad de vida si tienen una inadecuada organización familiar. Asimismo, según la correlación de Pearson, la calidad de vida se correlaciona positivamente con la organización familiar ( $r=0.39$ ), es decir a mejor organización familiar, aumenta la calidad de vida de los adultos mayores.

Los resultados son similares a lo reportado por Carmen, C; (20), quien refiere la influencia de los modelos familiares en la calidad de vida de los adultos.

Los resultados reflejan que una organización familiar inadecuado es un factor de riesgo para una baja calidad de vida de los adultos mayores, incrementando la probabilidad de experimentar un daño a la salud (28).

Estos resultados son preocupantes para la población de adultos mayores de la comunidad urbano marginal San Juan, lo que lleva a afirmar que la calidad de vida se vincula a la organización familiar, a través de los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, que están asociados a la salud, al estigma social, porque representan una carga para la sociedad y familia, ya que no cuentan con una base material-económica que los sostenga; el cual adjudica el rechazo de la sociedad y familia por dejar de ser productivo, conllevándolos a que se encuentren en un estado de desadaptación social y sean considerados como elementos desintegrados de la dinámica familiar, que afecta a la percepción de sí mismo como algo negativo; asimismo, la actitud que los adultos mayores tienen

respecto a su propio envejecimiento es resultado de su estilo de vida y su historia personal.

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que cobra importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas (15).

En esa línea, el Ministerio de Salud del Perú en sus lineamientos para la Atención Integral de la Salud de las personas Adultas mayores, buscan de manera prioritaria satisfacer las necesidades de salud del adulto mayor y favorecer un envejecimiento activo y saludable; de manera implícita lo que busca es mejorar la calidad de vida (14).

Esto evidencia el mayor interés en el cuidado del adulto mayor, demandando un compromiso moral de una salud integral de parte de los profesionales de la salud y en particular de la enfermera, quienes deben enfocar de forma más decidida y profunda su cuidado buscando mejorar la calidad de vida, para lograr un bienestar humano y social sostenible. En este contexto, es necesario que la enfermera desvíe su mirada prioritaria del cuidado asistencial y procure comprender la problemática del adulto mayor en su real magnitud, como una posibilidad de un gerenciamiento privado de instituciones de cuidado al adulto mayor, desarrollando de esta forma, otros escenarios de práctica en enfermería que le permitan un trabajo preventivo - promocional independiente, de mayor status social y trascendente para la profesión y sobretodo el desarrollo de la persona adulta mayor.

En síntesis, se requiere de una integración de los recursos científicos, realizar modificaciones en los sistemas de salud, así como propiciar un cambio cultural, que valore esta etapa de vida y en consecuencia se proporcione un trato digno y especializado al adulto mayor, con lo que se podría lograr el disfrutar de esta última etapa de vida, considerándola no como el declive de la existencia, sino como una fase de plenitud, con todas las características que ello conlleva.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja (36,8%), seguido de calidad de vida media (32,6%) y calidad de vida alta (30,5%).
2. Existe proporción significativa de adultos mayores con inadecuada organización familiar 52.6% y el 47.4% con adecuada organización familiar.
3. Existe relación altamente significativa entre calidad de vida y organización familiar ( $p=0.0003$ ), el tener una organización familiar inadecuado, se constituye en riesgo muy elevado para una baja calidad de vida ( $OR=4.3$ ) y, a mejor organización familiar, aumenta la calidad de vida de los adultos mayores ( $r=0.39$ ).

## 5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ A los profesionales de salud particularmente a los profesionales de enfermería que se encuentran en contacto directo con los adultos mayores deben elaborar, diseñar, implementar y/o establecer estrategias de promoción de calidad de vida del adulto mayor y enfatizar en el rol que cumple la familia y su organización para brindar una vejez saludable .
- ✓ Ejecutar programas que fomenten en la familia la autonomía e independencia y prevenir la heteronomía y la dependencia en el adulto mayor reforzando su capacidad de autogobierno y el derecho para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida. un envejecimiento activo; este último insta a promocionar la actividad física, social e intelectual a lo largo de la vida con el propósito de tener una buena calidad de vida en la vejez.
- ✓ A la familia respecto a su adulto mayor, es importante la necesidad de respetar e intentar que ésta mantenga su autonomía e independencia el mayor tiempo posible.
- ✓ Fomentar en las comunidades y familias los valores de respeto a las personas adultas mayores, el intercambio de saberes entre generaciones y potenciar la participación de las personas adultas mayores en el desarrollo de procesos locales recuperando sus experiencias de vida con el objetivo de mantenerlo vigente e integrado al mundo social.
- ✓ Que las universidades formadores de profesionales de enfermería del Perú, fomenten la investigación de ámbito internacional, nacional, regional y local sobre la problemática del adulto mayor en el ámbito biopsicosocial.



## VI. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Silva, E, Rodríguez, J; Zas, V. Promoción de salud y envejecimiento activo. GERINFO [Internet]. 2013 [citado 2017 En 19]; 8(1): 1-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2013/ger131b.pdf>.
2. García, R; Hernández, M; Varona, V; Chang de la Rosa, P; Bonet, M; Salvador, S. Calidad de vida relacionada con la salud da los adultos mayores en el país. Rev. Cubana Hig Epidemiol [Revista on-line]. 2010 [citado 20 Sept. 2013]; 48(1): [aprox. 15p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006)
3. Martínez, A; Fernández, I. Ancianos y salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [Revista on-line]. 2008 [citado 11 Sept. 2013]; v.24 (4) [aprox. 8p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400010&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400010&script=sci_arttext&lng=pt)
4. Barroso, Z; Torres, J. Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet]. 2001. Ene - Jun. [citado 20 Enero 2014]; 27(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662001000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002)

5. Organización Panamericana de la salud. Enseñanza de la Enfermería en Salud del adulto mayor. Washington. OPS. Abril 2012. p. 3. OPS: Envejecimiento Saludable y Enfermedades no Transmisibles, 2012 Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=17755&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17755&Itemid=)
6. Organización Panamericana de la salud. Sistemas de Salud 2012 Disponible en: [http://www.rpp.com.pe/2012-04-07-ops-sistemas-desalud-no-estan-disenados-para-atender-al-adulto-mayornoticia\\_469352.html](http://www.rpp.com.pe/2012-04-07-ops-sistemas-desalud-no-estan-disenados-para-atender-al-adulto-mayornoticia_469352.html)
7. Organización Panamericana de la salud. Enseñanza de la Enfermería en Salud del adulto mayor. Washington. OPS. Abril 2012. p. 3.
8. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 enero 2014; citado 5 enero 2014]. Disponible en: [http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan\\_nac\\_pam\\_2013-2017.pdf](http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf)
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Noviembre 2015 población del Adulto Mayor Disponible en: [http://geografia2015fatima.blogspot.pe/2015\\_11\\_01\\_archive.html](http://geografia2015fatima.blogspot.pe/2015_11_01_archive.html)
10. Gonzales - Celis, A; Sánchez-Sosa, J. Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. Revista Mexicana de Psicología, 20(1), 43-58, México; 2003.
11. Valencia, M. Concepto de calidad de vida OMS; (2013). Disponible en: <https://prezi.com/xitl86owlv57/conceptode-calidad-de-vida-oms/>

12. Navarro, M; Leiton, Z; Ojeda, M; Villanueva, M; (2011). Diversidad, cultura y Salud, Calidad de vida de la persona adulto mayor en el área urbana. Disponible en: [http://www.eumed.net/librosgratis/2011f/1142/calidad\\_de\\_vida\\_de\\_la\\_persona\\_adulta\\_mayor\\_en\\_el\\_area\\_urbana.html](http://www.eumed.net/librosgratis/2011f/1142/calidad_de_vida_de_la_persona_adulta_mayor_en_el_area_urbana.html)
13. Ordoñez, C; Chile. 2008. Percepción De Calidad De Vida Y Promoción De La Salud En Adultos Mayores Pertenecientes A Centros De Atención Primaria De Valdivia Durante El Año 2008. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmr789p/doc/fmr789p.pdf>
14. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Perú. [Internet]. 2005. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf)
15. Espinoza, I; Osorio, P; Torrejón, M; Lucas, R; Bunout, D. Rev Med Chile 2011; 139: 579-586 Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123529/Espinoza2011b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Gonzales -Celis, A. Calidad de Vida del Adulto Mayor. México; 2006. Disponible en: [http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD\\_DE\\_VIDA\\_EN\\_EL\\_ADULTO\\_MAYOR](http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR)

17. Barreto, M; Pérez, M; Molero, M. Gómez, M. (2011). Bienestar y convivencia intergeneracional, necesidades y recursos del anciano y su familia. México.
18. Araujo, I; Constanca, P; Martins, M. Vivir con más edad en contexto familiar influye en la dependencia en el autocuidado. Portugal; 2011
19. Alfonso, L; Soto, D; Santos N. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Feb [citado 2017 Feb 14]; 20(1). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012&lng=es).
20. Carmen, C. Modelos familiares y calidad de vida del adulto mayor que acuden al Hospital Nacional de Chiclayo, Perú; 2009.
21. Noriega, J. Situación de salud integral de adultos mayores de 70 años de edad organizados en clubes del distrito de Mariano Melgar Arequipa, Perú; 2009.
22. Inga, J; Vara, A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima, Perú; 2010.
23. Organización panamericana de la salud. (1999). Manual Sobre el enfoque de Riesgo. Serie de Paltex para ejecutores de la salud. 2da Ed. Washington.DC. Disponible en: [file:///C:/Users/LADPC/Downloads/Manual%20sobre%20el%20enfoque%20de%20riesgo%20en%20la%20atencion%20maternoinfantil%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/LADPC/Downloads/Manual%20sobre%20el%20enfoque%20de%20riesgo%20en%20la%20atencion%20maternoinfantil%20(2).pdf)
24. Barillas Araúz J. Enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud. Material didáctico, área Conducta Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Fase I. 2004.
25. <https://www.definicionabc.com/general/factor.php>

26. file:///C:/Users/LADPC/Downloads/Manual%20sobre%20el%20enfoque%20de%20riesgo%20en%20la%20atencion%20maternoinfantil%20(2).pdf
27. <http://www.cunoc.edu.gt/medicina/semana21salud1ro17.pdf>
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Edit. Serie Paltex. Washington Dc.  
<http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2101/27187.pdf?sequence=1>
29. <http://concepto.de/organizacion/>
30. Carmen G. Hidalgo C., Eduardo Carrasco B.; Salud Familiar: un Modelo Integral en la Atención Primaria; Textos Universitarios Facultad de Cs. Sociales; Ediciones Universidad Católica de Chile; Santiago Chile; 1999.  
<http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>
31. Abril, V., Ruíz, Y., Prats, J., Arolas, G. (2005). Factores promotores de la conducta violenta en la adolescencia, en J. Sobral, G. Serrano, J. Regueiro (comps.). Psicología Jurídica de la Violencia y de Género. Madrid: Biblioteca Nueva.  
<http://gip.uniovi.es/docume/TClaudia.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Especial. Geriátrica de Gerontología; 37 (supl.2): 74-105  
[https://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)

33. Inegi. (2000). Censo Nacional de Población y Vivienda. México  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf)
34. <https://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
35. <https://www.definicionabc.com/general/probabilidad.php>
36. Maldonado Islas, G. et al. Calidad en la atención del adulto mayor en Medicina familiar. Rev. Med. del Instituto Mex. del seguro social. 2000; 38 (2):125 – 129.  
<http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud [documento en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html> Recuperado. 9 de ene 2005.

# **ANEXOS**

## ANEXO N°01

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente proyecto investigación está siendo conducida por Suyón Martínez, Liz Karina y Díaz Crespo, Esther Marisela, con la asesoría del profesor Dr. Juan Miguel Ponce Loza de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, (encuesta o lo que fuera pertinente), la que tomará 20 minutos de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

**Nombre del investigador:**

**Nombre**

**Nombre**

**Nombre del asesor:**

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....  

Firma del participante y fecha
--------------------------------

.....  

Firma del investigador
------------------------



## **ANEXO N° 02**

### **Cuestionario WHOQOL-BREF**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

#### **1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?**

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

#### **2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?**

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

#### **3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

**4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

**5. ¿Cuánto disfruta de la vida?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

**9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

**10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?**

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

**16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

**26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?**

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
5	4	3	2	1

GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN

### ANEXO N°03

#### Escala de organización familiar

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

	<b>SITUACIÓN</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

<b>ESCALA CUALITATIVA</b>	<b>ESCALA CUANTITATIVA</b>
Casi nunca	1 pto
Pocas veces	2 ptos.
A veces	3 ptos.
Muchas veces	4 ptos.
Casi siempre	5 ptos.