

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL**

**ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD**

**SANTA ADRIANA-2021**

**PRESENTADO POR:**

**YOLANDA APAZA CONDORI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2022**



Repositorio Institucional ALCIRA by [Universidad Privada San Carlos](#) is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#)

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS**

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL

ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD

SANTA ADRIANA-2021

PRESENTADO POR:

YOLANDA APAZA CONDORI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

:

  
Mtra. MARITZA KARINA HERRERA PEREIRA

PRIMER MIEMBRO

:

  
Dra. NOEMI ÉLIDA MIRANDA TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

:

  
M.Sc. GIOVANA FLORES ORTEGA

ASESOR DE TESIS

:

  
Mg. LUIS ALBERTH ROSSEL BERNEDO

Área : Ciencias Médicas y de Salud

Disciplina : Salud pública

Especialidad : Promoción de la salud

Puno, 21 de Noviembre de 2022

## DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis Padres y el éxito, ya que su persistencia es la que me llevó a seguir adelante. A mis hermanos y a mi hijo Gonzalo Aldair que sin su cariño y apoyo no podría continuar en el duro trajinar de la vida.

Doy gracias a Dios por permitirme llegar a este punto especial de mi vida por los triunfos , porque gracias a esos altibajos de la vida puedo mejorar profesionalmente .

**Yolanda**

### AGRADECIMIENTO

- Le doy las gracias a Dios por permitirme llegar a este punto de mi vida , por haberme guiado a lo largo de este camino con su infinita bendición.

- A la Universidad Privada San Carlos de Puno por recibirme desde el primer momento con una calidez y amabilidad única de esta manera me brindaron los valores desde el primer momento para ser una profesional.

- A mis docentes por contar con la sabiduría y ejemplo indescriptible que siempre demostraron para poder guiarme y corregirme y llegue a este punto donde rendirse no es una opción y los llevaré en mi corazón a todos ustedes muchas gracias.

- Un agradecimiento inmenso al ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado por su asesoramiento efectivo en este trabajo de investigación, ya que es un profesional que contribuye a la sociedad,

YOLANDA .

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
ÍNDICE GENERAL	3
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE ANEXOS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>12</b>

## CAPÍTULO I

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES OBJETIVOS DE LA  
INVESTIGACIÓN**

<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>14</b>
1.1.1. Formulación de Problema	16
1.1.1.1. Problema General	16
1.1.1.2. Problemas específicos	16
<b>1.2. ANTECEDENTES</b>	<b>17</b>
1.2.1. Antecedentes Internacionales	17
1.2.2. Antecedentes Nacionales	21

1.2.3. Antecedentes locales	22
<b>1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>23</b>
1.3.1 Objetivo general	23
1.3.2. Objetivos específicos	23
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>2.1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>25</b>
2.1.1. Adulto mayor	25
2.1.2. La familia en el cuidado y protección del adulto mayor.	26
2.1.3. Cambios producidos por el envejecimiento	27
2.1.4. Directiva y programas sociales para la protección del adulto mayor.	27
2.1.5 Calidad de vida.	28
2.1.6. Dimensiones de la calidad de vida.	29
2.1.6.1. Funcionalidad física.	29
2.1.6.2. Funcionalidad social.	30
2.1.6.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos.	30
2.1.6.4. Limitaciones del rol atribuidas a problemas emocionales.	31
2.1.6.5. Estado mental.	31
2.1.6.6. Energía y fatiga.	31
2.1.6.7. Dolor físico.	33
2.1.6.8. Percepción de la salud en general.	33
<b>2.2. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>33</b>
<b>2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>35</b>
2.3.1 Hipótesis general	35
	4

2.3.2 Hipótesis específicas	35
-----------------------------	----

### CAPÍTULO III

#### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

<b>3.1. ZONA DE ESTUDIO</b>	<b>36</b>
<b>3.2. TAMAÑO DE MUESTRA</b>	<b>36</b>
3.2.1. POBLACIÓN.	36
3.2.2. MUESTRA.	36
<b>3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE</b>	<b>38</b>
<b>3.4. METODOS Y TECNICAS</b>	<b>42</b>
3.3.1. Técnica.	42
3.3.2. Instrumento.	42
<b>3.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS</b>	<b>43</b>

### CAPÍTULO IV

#### EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

<b>4.1. ASPECTOS GENERALES</b>	<b>45</b>
4.1.1. En relación al objetivo general	45
4.1.2. En relación al objetivo específico 1	48
4.1.3. En relación al objetivo específico 2	51
4.1.4. En relación al objetivo específico 3	54
4.1.5. En relación al objetivo específico 4	57
4.1.6. En relación al objetivo específico 5	60
4.1.7. En relación al objetivo específico 6	63
4.1.8. En relación al objetivo específico 7	65
4.1.9. En relación al objetivo específico 8	68

<b>4.2.PRUEBAS DE HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>71</b>
4.2.1. CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS GENERAL	71
4.2.2.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1	73
4.2.3.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2	75
4.2.4.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3	77
4.2.5.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4	79
4.2.6.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5	81
4.2.7.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 6	83
4.2.8.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 7	85
4.2.9.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 8	87
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>90</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>98</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 01:</b> Abandono familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021.	45
<b>Tabla 02:</b> Abandono familiar y la funcionalidad física del adulto mayor.	48
<b>Tabla 03:</b> Abandono familiar y la funcionalidad social del adulto mayor.	48
<b>Tabla 04:</b> Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.	54
<b>Tabla 05:</b> Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.	57
<b>Tabla 06:</b> Abandono familiar y estado mental del adulto mayor.	60
<b>Tabla 07:</b> Abandono familiar y la energía y fatiga del adulto mayor	63
<b>Tabla 08:</b> Abandono familiar y el dolor físico del adulto mayor	65
<b>Tabla 09:</b> Abandono familiar y la percepción de la salud en general del adulto mayor.	68
<b>Tabla 10:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis general	72
<b>Tabla 11:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 1	74
<b>Tabla 12:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 2	76
<b>Tabla 13:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 3	78
<b>Tabla 14:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 4	80
<b>Tabla 15:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 5	82
<b>Tabla 16:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 6	84
<b>Tabla 17:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 7	86
<b>Tabla 18:</b> Prueba estadística con respecto a la hipótesis específica 8	88

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1:</b> Abandono familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021.	101
<b>Figura 2:</b> Abandono familiar y la funcionalidad física del adulto mayor.	101
<b>Figura 3:</b> Abandono familiar y la funcionalidad social del adulto mayor.	102
<b>Figura 4:</b> Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.	102
<b>Figura 5:</b> Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.	103
<b>Figura 6:</b> Abandono familiar y estado mental del adulto mayor.	103
<b>Figura 7:</b> Abandono familiar y la energía y fatiga del adulto mayor	104
<b>Figura 8:</b> Abandono familiar y el dolor físico del adulto mayor	104
<b>Figura 9:</b> Abandono familiar y la percepción de la salud en general del adulto mayor.	105

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1:</b> Matriz de consistencia	99
<b>Anexo 2:</b> Figuras de resultados obtenidos	101
<b>Anexo 3:</b> Consentimiento informado	105
<b>Anexo 4:</b> Solicitud	107
<b>Anexo 5 :</b> Instrumentos para la investigación	108
<b>Anexo 6 :</b> Base de datos de la investigación	113
<b>Anexo 7:</b> Evidencias del trabajo de investigación	114

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación que lleva por título: “ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA-2021”, cuyo objetivo fue determinar si el abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021. La metodología aplicada al estudio fue de tipo descriptivo correlacional con enfoque cuantitativo, la muestra de estudio estuvo conformada por 28 adultos mayores. La técnica es la entrevista y como instrumento la entrevista estructurada, se utilizó el SF-36 para la calidad de vida de los autores Alonso, Prieto y Antón en el año 1995 de versión española con una confiabilidad de  $\alpha=0.80$ . Resultados: El 71.43% de adultos mayores abandonados su calidad de vida es mala, según las dimensiones de la calidad de vida: la funcionalidad física el 64.28% tiene una mala calidad de vida, funcionalidad social el 53.57% tienen una regular calidad de vida, de acuerdo a las limitaciones a problemas físicos el 82.14% tienen una mala calidad de vida, de acuerdo a las limitaciones a problemas emocionales el 85.71% tienen una mala calidad de vida, en el estado mental el 50% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, de acuerdo a la energía y fatiga el 85.71% tienen una mala calidad de vida, en el dolor físico el 75% tienen una mala calidad de vida, finalmente según la percepción de la salud el 78.57% tienen una mala calidad de vida. Se concluye que el abandono familiar si influye en la calidad de vida ( $p=0.000$ ).

Palabras clave: Abandono familiar, calidad de vida, adulto mayor.

**ABSTRACT**

The present research work entitled: "FAMILY ABANDONMENT AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE SANTA ADRIANA-2021 HEALTH CENTER", whose objective was to determine if family abandonment influences the quality of life of the elderly. older adult in the Clas Santa Adriana health center-2021. The methodology applied to the study was descriptive correlational with a quantitative approach, the study sample consisted of 108 older adults. The technique is the survey and the questionnaire as an instrument, the SF-36 was used for the quality of life of the authors Alonso, Prieto and Antón in the year 1995 of the Spanish version with a reliability of  $\alpha=0.80$ . Results: 74.07% of older adults are not abandoned, 25.93% are abandoned; Regarding quality of life, 42.59% have a poor quality of life, according to the dimensions of quality of life: physical functionality, 38.89% have a poor quality of life, social functionality, 42.59% have a good quality of life. , according to the limitations to physical problems, 56.48% have a poor quality of life, according to the limitations to emotional problems, 65.74% have a poor quality of life, in the mental state, 40.74% of older adults have a regular quality of life, according to energy and fatigue, 49.07% have a poor quality of life, in physical pain 41.67% have a poor quality of life, finally according to the perception of health, 61.11% have a poor quality of life lifetime. It is concluded that family abandonment does influence quality of life ( $p=0.000$ ).

Keywords: Family abandonment, quality of life, older adult.

## INTRODUCCIÓN

A medida que una persona envejece, es más susceptible de encontrarse con acontecimientos que deterioran su calidad de vida, que la OMS define como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en relación con la cultura y el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una noción más específica que se refiere a la impresión expresada por un individuo sobre su salud y sus múltiples aspectos, que incluyen cuatro: salud física, psicológica, social y ambiental. Como tal, es una noción multifacética que ha demostrado ser un predictor de la morbilidad y la mortalidad, así como del reingreso en centros de salud, para una variedad de condiciones, lo que hace que sea un tema de investigación intrigante en una variedad de entornos socioculturales y geográficos.(1)

Dentro de este sistema, no hace mucho tiempo, la percepción predominante de una persona de 60 años o más era la de un anciano con autonomía limitada que necesitaba cuidados especializados. Hoy en día, sin embargo, un número cada vez mayor de personas viven hasta una edad avanzada con una salud relativa. Las edades cronológica, humana, biológica, psicológica y social no son sinónimos; la calidad de vida actual indica que las personas suelen estar sanas y ser capaces de ser autosuficientes hasta los 75 años, pero a partir de esa edad, los ancianos son cada vez más dependientes de sus familias, lo que exige una necesidad creciente de cuidados y protección en un momento en que los recursos físicos y psicológicos se agotan rápidamente. (2)

La Organización Mundial de la Salud definió la calidad de vida en 1997 como la perspectiva que tiene un individuo de su posición en la existencia, en conexión con la cultura y el sistema de valores en que vive y con sus propias aspiraciones, expectativas, normas y preocupaciones. Se trata de una noción muy amplia en la que influyen de forma complicada la salud física del sujeto, su estado psicológico, su grado de independencia,

sus relaciones sociales y su interacción con las partes importantes de su entorno. (3)

La noción de calidad de vida se refiere a las circunstancias de vida que busca un individuo en relación con ocho necesidades básicas: bienestar emocional, conexiones interpersonales, bienestar material, crecimiento personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.(4)

Una variedad de elementos físicos, culturales, sociales y políticos influyen en la calidad de vida de un individuo. Debido a su complejidad y a su carácter diverso, es difícil elaborar una definición operativa de la calidad de vida. La comunidad científica se esfuerza por dilucidar los numerosos elementos individuales y ambientales que influyen en la calidad de vida. (5)

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población es a la vez un logro y una amenaza para la civilización. El envejecimiento global aumentará las tensiones económicas y sociales de todas las naciones en este siglo. Al mismo tiempo , proporciona recursos vitales y a veces descuidados con los que realiza una importante contribución a la sociedad (5).

La calidad de vida es un factor crítico a tener en cuenta a la hora de diseñar cualquier estrategia de atención sanitaria. La prevalencia de las enfermedades crónicas aumentará a medida que la población envejezca y el tratamiento se desarrolle, lo que hace necesario evaluar la atención sanitaria en el contexto de los recursos y valores personales y de la sociedad. Para los pacientes a los que se les diagnostica una enfermedad crónica para la que no hay cura y cuyo tratamiento puede prolongarse, la calidad de vida será probablemente la consecuencia más importante (6)

A medida que una persona envejece, es más susceptible de encontrarse con acontecimientos que deterioran su calidad de vida, que la OMS define como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en relación con la cultura y el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud



(CVRS) es una noción más específica que se refiere a la impresión expresada por un individuo sobre su salud y sus múltiples aspectos, que incluyen cuatro: salud física, psicológica, social y ambiental. Como tal, es una noción multifacética que ha demostrado ser un predictor de la morbilidad y la mortalidad, así como del reingreso en centros de salud, para una variedad de condiciones, lo que hace que sea un tema de investigación intrigante en una variedad de entornos socioculturales y geográficos.(7)

Ahora bien si es cierto en el presente año 2021 múltiples sucesos ocurrieron pero el más resaltante es del virus COVID19 cuyo nombre científico es el SARS-CoV-2 que afecta primordialmente a las personas de la tercera edad y a las personas con algún tipo de patología ( gastritis, diabetes, presión alta, obesidad), en la presente investigación se pretende realizar como el abandono del adulto mayor influye en la calidad de vida del adulto mayor, ya que dichas personas son más susceptibles en cuestión emocional y es por ello que de alguna manera afectará a su calidad de vida. En el centro de salud clas Santa Adriana muchos usuarios de la tercera edad acudieron para sus chequeos respectivos y a veces acompañado o no por algún familiar y esto influye directamente en su calidad de vida, por que al pensar que son vulnerables y no sienten el apoyo de sus familias esto afectará directamente a su calidad de vida.

Conocer la calidad de vida en el centro de salud Clas Santa Adriana y si está abandonado nos dará un panorama amplio de la realidad que existe en el centro de salud. Ya sabemos que el abandono degrada la calidad de vida de un adulto mayor, lo cual es de interés latente para la salud pública y es probable que aumente en este centro de salud debido a los problemas que presenta.

La investigación pretende ayudar a los profesionales de enfermería a dirigir sus acciones hacia la atención primaria de la salud a través del desarrollo de programas de educación para la salud en la etapa del adulto mayor mediante el uso de la promoción de la salud, que incluye ejercicios y nutrición equilibrada para los adultos mayores, así como

promover la generación de una nueva conciencia para el abandono que se produce por parte de sus familiares, lo que influirá en la mejora de la contribución.

Este estudio ayudará de manera inmediata a las personas mayores, ya que los familiares tendrán un conocimiento único sobre la calidad de vida de sus adultos mayores. También permitirá a los familiares que abandonaron a sus mayores hacer buenos ajustes. Finalmente, este estudio se justifica por los aportes realizados a las líneas de investigación: Salud Pública producida por la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad de San Carlos, así como la posibilidad de que los investigadores comunican sus hallazgos a todos los interesados en el tema investigado.

Es por esto que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cómo el abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021?

#### **1.1.1. Formulación de Problema**

##### **1.1.1.1. Problema General**

¿Cómo el abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de Salud Clas Santa Adriana-2021?

##### **1.1.1.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo el abandono familiar influye en la funcionalidad física del adulto mayor?
- ¿Cómo el abandono familiar influye en la funcionalidad social del adulto mayor?
- ¿Cómo el abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor?
- ¿Cómo el abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor?
- ¿Cómo el abandono familiar influye en el estado mental del adulto mayor?
- ¿Cómo el abandono familiar influye en energía y fatiga del adulto mayor?
- ¿Cómo el abandono familiar influye en el dolor físico del adulto mayor?

- ¿Cómo el abandono familiar influye en la percepción de la salud en general en el adulto mayor?

## 1.2. ANTECEDENTES

### 1.2.1. Antecedentes Internacionales

Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. En el año 2016 en México realizó una investigación con el propósito de establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. El tipo de investigación fue de estudio transversal, descriptivo y correlacional, la muestra estuvo conformada por 116 adultos mayores. Resultados: El 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. Conclusión: Se encontró una correlación mínima entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.(8)

Mazacón en el año 2017 en el Ecuador realizó una investigación cuyo propósito de investigación tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud. El tipo de investigación es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La Muestra fue de 297 adultos mayores. Resultados: En un nivel alto tenemos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. No

existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las 7 dimensiones restantes. Conclusiones: Se concluye que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. Esto nos evidencia que las intervenciones ejecutadas en la población objeto de investigación no han tenido un efecto significativo, por diversos factores a determinar en otro estudio a desarrollarse que será cualitativo y cuantitativo.(9)

Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez. En el año 2017 en Bogotá realizaron una investigación cuyo propósito fue evaluar la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá en el primer trimestre de 2017, mediante la utilización del instrumento denominado índice multicultural de calidad de vida, que permite evaluar 10 variables las cuales fueron evaluadas en una escala de Likert. La población objeto de esta investigación son adultos mayores de 60 años de edad y que se encuentran institucionalizados en hogares geriátricos de Tenjo y Cajicá. En la metodología se realizó un análisis de los datos donde se utilizó distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, rangos intercuartílicos, obteniendo de esta forma como resultados una calidad de vida alta para los dos municipios. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán , T. En el año 2018 en México realizaron una investigación cuyo propósito fue evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores desde su contexto familiar. El tipo de investigación fue de diseño descriptivo y transversal, en una muestra de 99 adultos mayores, en quienes se evaluó la percepción de las dimensiones de la calidad de vida con la escala WHOQOL-BREF. Resultados: la percepción de la calidad de vida fue

deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente.(11)

Alcívar, M. C.; Revelo, B. M. En el año 2020 en Ecuador realizó una investigación cuyo objetivo fue analizar los efectos del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida de las y los adultos mayores de la ciudad del Puyo durante el primer mes de confinamiento, a fin de generar insumos para la creación de programas de atención a este grupo poblacional. La investigación es de nivel descriptivo exploratorio. La muestra fue de 95 adultos mayores. Se obtuvo como resultado que, durante el primer mes de confinamiento, los adultos mayores vivieron efectos negativos en la dimensión material, presentaron un mayor nivel de estrés y ansiedad con respecto a su bienestar emocional, en su bienestar físico presentaron deterioro de enfermedades pre-existentes, y respecto a la percepción de sus decisiones fueron limitadas. Se establece que prevaleció la unión familiar y social como mediador significativo y positivo ayudando a sobrellevar el contexto situacional en el que se encontraban. (12)

García, L. E.; Quevedo M.; La rosa , Y. y Leyva A. En el año 2020 en Cuba realizaron una investigación cuyo objetivo es evaluar la calidad de vida percibida, así como la contribución de cada dimensión a la medición del concepto en la población geriátrica del Policlínico "Luis Li Trigent", de Güines. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el Policlínico Docente Dr. "Luís Li Trigent", en el año 2018. La muestra fue de 521 aplicó los siguientes instrumentos: Examen Mínimo Estado Mental, Escala de calidad de vida en la tercera edad. La calidad de vida se percibió como media en ancianos de 60 a 69 años (15.93 %), predominó el sexo masculino (21.94 %), la escolaridad secundaria (22.07 %) y las dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión:

La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación.(13)

Hernández,G. ; Salazar A.; Mollinedo, P. En el año 2020 en Cuba realizaron una investigación titulada : Cátedra universitaria: Opción para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Granma-Cuba Envejecer con dignidad es una de las prioridades de los derechos humanos universales y un deseo de toda sociedad. En ese sentido, este artículo muestra las características del Programa Cátedra Universitaria en apoyo del Adulto Mayor en la provincia de Granma Cuba y el éxito obtenido en su aplicación en la población adulta.La muestra fue de 192, de los cuales 100 participan en este programa, por lo que pudo hacerse una comparación entre los participantes y los no integrantes. Los resultados señalan que entre los no participantes, la depresión va en aumento, sintiéndose poco útiles en su familia, en tanto que los inscritos en el programa obtienen aprendizajes y disfrutan realizando actividades que aman y que por estar laborando no desarrollaban. Se concluye, que la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor contribuye en la educación continua y permanente de la sociedad longeva de Cuba, fomentando un sentido de pertenencia y estabilidad, que garantiza la convivencia agradable y mejoría de la calidad de vida en los participantes.(14)

Villarreal M.A., Moncada J., Ochoa P.Y. y Hall J.A. En el año 2021 en México una investigación cuyo objetivo fue evaluar la percepción de la calidad de vida en personas adultas mayores de 2 centros de atención a esta población. Participaron 100 adultos mayores entre 60 y 98 años. El instrumento WHOQOL-OLD para la calidad de vida. Resultados: Las capacidades sensoriales (CS) y participación social (PAIS) resultaron significativas. En conclusión, los adultos mayores del ISSSTE tuvieron una percepción más alta en el puntaje de la dimensión CS; en contraste con los AM de la Ciudad del Anciano. Al analizar la dimensión de PAÍS, sucede lo contrario, los adultos mayores de la

Ciudad del Anciano reportaron una percepción más alta que los AM del ISSSTE.(15)

### 1.2.2. Antecedentes Nacionales

Pintado en el año 2016 en Lima realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Geriátrico Esplendor del distrito de Los Olivos. Material y método: Se utilizó el enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población muestra fueron 40 adultos mayores, se aplicó la Técnica de la Encuesta y el instrumento, un cuestionario (SF-36 sobre calidad de vida) versión española, de Jordi Alonso. Resultado: El 60% (24) tiene una negativa calidad de vida y el 40% (16) una positiva calidad de vida. Conclusiones: La calidad de vida en el adulto mayor es en mayor porcentaje de tendencia negativa a positiva, por lo que se acepta la hipótesis planteada.(16)

Silva en el año 2016 en Cajamarca realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna-Cajamarca 2016. Materiales y métodos: El estudio fue descriptivo, exploratorio la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos, en los que se evaluó su calidad de vida, utilizando el instrumento WHOQOL- BREF. Los resultados revelaron 44% de adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino; 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos; 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Párraga en el año 2017 en Huancayo realizó una investigación cuyo objetivo fue analizar

la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo”, conocer el soporte social, salud y actividad física y recreativa, estado emocional, ingresos económicos, situación actual de viviendas y alimentación personal y todo lo que integra la perspectiva de calidad de vida. La investigación se realizó con los participantes adultos mayores del CIAM la población se considera un aproximado de 120 adultos mayores en la institución. El nivel de investigación es descriptiva ya que tiene como finalidad de describir, ampliar y precisar cuál es la condición de vida en los adultos mayores el método es descriptivo de análisis síntesis, porque se describe a profundidad y se dará un informe detallado de cómo es la calidad de vida de los adultos mayores que participan el CIAM de la ciudad de Huancayo.(18)

Cordova en el año 2018 en Lima realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida que tiene el adulto mayor que asiste a consultorios externos del Hospital San José, Callao 2018. Método: tiene enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal y estuvo conformada por 60 personas adultos mayores de ambos sexos que asisten a consultorios externos del Hospital San José Callao 2018. Se utilizó el instrumento WHOQOL BREF. Resultados: el 100% de la población califica su calidad de vida baja o mala, en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala.(19)

### **1.2.3. Antecedentes locales**

Quispe B. En el año 2019 en Juliaca realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de



Salud Taparachi Juliaca, el cual permitirá mejorar y actualizar conocimientos acerca de la calidad de vida de los adultos mayores. El enfoque de la investigación fue cuantitativo, el diseño no experimental transeccional, de tipo descriptivo. La población está conformada por adultos mayores y la población total es de 40 pacientes que asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud Taparachi. El instrumento utilizado fue: "Escala de calidad de vida en la tercera edad (mgh)" este cuestionario está compuesto por 34 preguntas que miden: la salud, relación interpersonal, dependencia en las actividades, satisfacción por la vida del individuo. Utilizado y validado por Miriam Álvarez Pérez con una confiabilidad de alfa de cronbach 0.91. Los resultados muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

### **1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la influencia del abandono familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Clas Santa Adriana-2021.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Analizar el abandono familiar y su influencia en la funcionalidad física del adulto mayor.
- Establecer el abandono familiar y su influencia en la funcionalidad social del adulto mayor.
- Establecer el abandono familiar y su influencia en las limitaciones del rol atribuidos problemas físicos del adulto mayor.
- Analizar el abandono familiar y su influencia en las limitaciones del rol atribuidos problemas emocionales del adulto mayor.
- Analizar el abandono familiar y su influencia en el estado mental del adulto mayor..
- Establecer el abandono familiar y su influencia en energía y fatiga del adulto mayor.

- Establecer el abandono familiar y su influencia en el dolor físico del adulto mayor.
- Analizar el abandono familiar y su influencia en la percepción de la salud en general el adulto mayor

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. Adulto mayor

Se trata de un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, que se traduce en un aumento de la esperanza de vida y en la aparición de nuevas condiciones socioeconómicas a nivel nacional y mundial, que afectan a la calidad de vida de este grupo de edad. Las limitaciones funcionales comienzan con los órganos de los sentidos, como la visión y la audición, y progresan hasta la pérdida parcial de la memoria, la reducción de la postura debido a la atrofia de los discos vertebrales y las enfermedades crónicas, especialmente las del sistema cardiovascular, renal, digestivo y respiratorio. (2)

Dentro de este sistema, no hace mucho tiempo, la percepción predominante de una persona de 60 años o más era la de un anciano con autonomía limitada que necesitaba cuidados especializados. Hoy en día, sin embargo, un número cada vez mayor de personas viven hasta una edad avanzada con una salud relativa. Las edades cronológica, humana, biológica, psicológica y social no son sinónimos; la calidad de vida actual indica que las personas suelen estar sanas y ser capaces de ser autosuficientes hasta los 75 años, pero a partir de esa edad, los ancianos son cada vez más dependientes de sus

familias, lo que exige una necesidad creciente de cuidados y protección en un momento en que los recursos físicos y psicológicos se agotan rápidamente.(2)

### **2.1.2. La familia en el cuidado y protección del adulto mayor.**

Scileppi señala que, cuando los roles y las funciones cambian y surgen nuevas obligaciones durante el ciclo vital de la familia, el trabajo de un cuidador es fundamental, pero aún lo es más que el cuidador sea un miembro del núcleo familiar. El proceso de envejecimiento crea una sucesión de demandas de cuidado y amor que necesitan compromiso y devoción y en las que la familia, especialmente los hijos, tiene la obligación moral de cuidar a un anciano.(21)

Torres afirma en 2009 que "Las necesidades psicológicas y espirituales que pueden ser satisfechas manteniendo el respeto y la influencia, permitiéndoles expresar qué tipo de asistencia requieren, demostrando lo mucho que sabemos o recordamos positivamente de ellos y sus valores, y recordando con ellos los momentos y características significativas de sus vidas". Además, se alude a que el bienestar de una persona mayor se centra en los recursos económicos, habitacionales y fundamentales de los que debe disponer la persona mayor y que vienen dados por el entorno familiar". (22)

La creación de soluciones para atender las necesidades de los ancianos y sus familias, así como para mejorar su calidad de vida, es un tema crítico para el siglo XXI. Como familia, debemos considerar cuánto podemos hacer para promover el desarrollo de los ancianos en esta etapa, cuánto podemos animar al adulto mayor a ver esta etapa de cambio de forma positiva y enriquecedora, y cuánto podemos influir en estos factores psicológicos y sociales para lograr la apariencia de un envejecimiento normal.(32)

El cuidador es un empleado, mientras que la persona que lo atiende es su hijo o un miembro de su grupo familiar. Esto también alude a las responsabilidades de la familia y de los hijos con los ancianos, y al hecho de que al no cuidar a los ancianos, se producirá

negligencia o maltrato (34)

### **2.1.3. Cambios producidos por el envejecimiento**

Las alteraciones relacionadas con el envejecimiento están representadas en lo que se conoce como síndromes geriátricos, que corresponden a los patrones de presentación más comunes de las enfermedades en los ancianos causadas por una o más fuentes. Con la frase síndromes geriátricos, que se refiere a los patrones de presentación más comunes de las enfermedades en los ancianos que son causados por uno o más factores, como la infección y la inmovilidad inducida por un accidente cerebrovascular. Estos cuadros de enfermedad son bastante comunes en los ancianos y se manifiestan con síntomas distintos a los de las enfermedades que los causan. (5)

Entre los principales síndromes geriátricos destacaremos los siguientes:

- Deterioro funcional y cognitivo
- Inmovilidad
- Incontinencia urinaria y fecal
- Caídas y alteraciones en la marcha
- Fragilidad o síndrome de la decaída
- Otros: el insomnio, la malnutrición, el estreñimiento, la deshidratación, la privación sensorial, la polifarmacología, la depresión, y el aislamiento social, etc. (5)

### **2.1.4. Directiva y programas sociales para la protección del adulto mayor.**

Según la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 479-2017/MINSA, que fue publicada en Lima el 23 de junio de 2017 en el diario el peruano bajo el número de expediente 17-049869-001, y que incluyó la Nota Informativa N° 758-2017-DGIESP/MINSA y el Informe N° 017-2017-DVC-DPROM-DGIESP/MINSA, ambos emitidos por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio Que, tal como lo señalan los párrafos I y II del Título Preliminar de la Ley No. 26842, Ley General de Salud, la salud es una condición necesaria para el crecimiento humano y un método

crítico para lograr el bienestar individual y social. La protección de la salud es un asunto de interés público. Como tal, es tarea del Estado controlarla, supervisar y promover la. (23)

Que el párrafo V del Título Preliminar de la citada Ley, modificado por la Quinta Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, establece que el Estado es responsable de vigilar, proteger y atender los problemas de desnutrición y salud mental de la población, así como los problemas de salud ambiental, así como los problemas de salud que afectan a las personas con discapacidad, niños, niñas, adolescentes, madres y ancianos.(23)

Existen programas sociales en el plan nacional para las personas mayores para los años 2013-2017 que abordan temas que no se tratan en nuestro entorno programas de actualización, ya sea de formación o de educación no formal, que permitan a las PAM de ambos sexos participar activamente en todos los aspectos de la responsabilidad cívica y evitar que se reduzcan sus posibilidades de desarrollo personal y se deterioran sus relaciones interpersonales e intergeneracionales.(24)

#### **2.1.5 Calidad de vida.**

La Organización Mundial de la Salud definió la calidad de vida en 1997 como la opinión de un individuo sobre su posición en la vida, en el marco de la cultura y el sistema de valores en que vive, y en relación con sus ambiciones, expectativas, normas y preocupaciones. Es una noción muy amplia en la que influyen la salud física del sujeto, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales y su interacción con las partes importantes de su entorno de forma complicada. (3)

La noción de calidad de vida se refiere a las circunstancias de vida que busca un individuo en relación con ocho necesidades básicas: bienestar emocional, conexiones interpersonales, bienestar material, crecimiento personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.(4)

Una variedad de elementos físicos, culturales, sociales y políticos influyen en la calidad de vida de un individuo. Debido a su complejidad y a su carácter diverso, es difícil elaborar una definición operativa de la calidad de vida. La comunidad científica se esfuerza por dilucidar los numerosos elementos individuales y ambientales que influyen en la calidad de vida. (5)

Existen dos grandes grupos de debate sobre la definición de calidad de vida:

-Por un lado, algunos sostienen que la calidad de vida está relacionada con las percepciones subjetivas, mientras que otros sostienen que debe incluir tanto factores subjetivos como objetivos.

-Por otro lado, existe una controversia entre quienes buscan una idea ideográfica y otros que quieren un concepto nomotético. (5)

Las definiciones globales de calidad de vida se han centrado en:

(a) El ajuste de las esperanzas y ambiciones de uno con sus experiencias (26)

(b) el bienestar como producto de la satisfacción o insatisfacción con importantes aspectos de la vida (27)

(c) evaluaciones personales basadas en juicios que sopesan los atributos positivos y negativos de la vida (28)

(d) aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, y abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona. (29)

#### **2.1.6. Dimensiones de la calidad de vida.**

##### **2.1.6.1. Funcionalidad física.**

Al igual que la idea de capacidad funcional, es la dimensión que más se asemeja a los parámetros clínicos empleados en la medicina convencional. Es un término que se refiere

a la cantidad de energía, fuerza y capacidad para realizar actividades típicas. La función física se divide en dos dominios: la capacidad para las actividades de la vida diaria, que incluye las limitaciones en el movimiento del cuerpo (caminar, agacharse y subir/bajar escaleras), las limitaciones en la movilidad (permanecer en la cama) y la interferencia con las actividades de autocuidado (bañarse, vestirse o comer); y la capacidad de esfuerzo, energía o actividad positiva, que incluye la capacidad de realizar actividades vigorosas o de esforzarse sin experimentar una fatiga excesiva.(31)

#### **2.1.6.2. Funcionalidad social.**

El funcionamiento social como la capacidad de participar en los contactos humanos que constituyen el núcleo de la vida social y que históricamente se han organizado de forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad. Se trata de un indicador muy apreciado en la evaluación de la calidad de vida, ya que proporcionan un apoyo psicológico fundamental a la persona y tienen un efecto sobre la recuperación y la supervivencia de la enfermedad. Las limitaciones en los roles típicos se evalúan en relación con la actividad principal del individuo, que puede incluir el empleo y las tareas familiares. (31)

#### **2.1.6.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos.**

Para Sánchez, et al esta dimensión del estilo de vida reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o del tratamiento. En general se consideran los síntomas o las molestias declaradas por el paciente, así como las sensaciones desagradables que pueden mermar la calidad de vida del individuo, como el dolor, las náuseas y disnea. Es el ámbito más objetivo, y estas sensaciones suelen estar en el centro de los dispositivos que miden la calidad de vida. (31)

#### **2.1.6.4. Limitaciones del rol atribuidas a problemas emocionales.**

Según Charlotte Bühler, una dificultad emocional "es una interrupción, una parada en el



crecimiento o desarrollo de una persona o de una comunidad". La Sra. Moraima Nez Lara, por su parte, define los problemas emocionales como "imágenes clínicas incrustadas en la vida emocional de un individuo que pueden interrumpir, congelar, distorsionar y/o desconectar alguna, algunas o todas, y en los casos más graves, todas, las expresiones conductuales de su desarrollo personal, familiar, laboral, social y/o vital." Examinando detenidamente esta definición, podemos ver que las manifestaciones de los problemas emocionales varían en función de las características únicas de un individuo, de su historia personal, de factores genéticos y ambientales, así como de la intensidad y magnitud de la(s) situación(es), indicadores que permiten a los especialistas (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos) definir la gravedad del problema.(31)

#### **2.1.6.5. Estado mental.**

Se relaciona con índices de funcionamiento cognitivo y emocional. Para evaluar este último se utilizan dominios de bienestar subjetivo como la felicidad, la satisfacción vital y el afecto positivo, mientras que los indicadores cognitivos evalúan aspectos del pensamiento, la atención, la confusión o el deterioro del pensamiento y la concentración. Tanto los componentes afectivos como los cognitivos intervienen en los juicios sobre la propia calidad de vida y están significativamente influidos por el proceso de la enfermedad y el tratamiento.(31)

#### **2.1.6.6. Energía y fatiga.**

El organismo humano se asemeja a una máquina perfecta en el sentido de que busca constantemente un equilibrio entre la ingesta de energía determinada por el contenido calórico de los alimentos consumidos y la suma de sus necesidades energéticas vitales (gasto energético basal), así como la cantidad de energía utilizada en la termogénesis alimentaria y la cantidad utilizada para la actividad física.(32)

Los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos son los nutrientes que el organismo utiliza para generar energía. La proporción de cada uno de ellos varía según el tipo de dieta que se necesite y las características del individuo. Si entendemos su función en nuestro sistema, podemos evaluar su valor nutricional y evitar excesos o carencias que perjudiquen el rendimiento del organismo (32):

La fatiga es un término difícil de explicar, ya que cada persona tiene su propia definición de lo que significa estar cansado. ¿Quién no ha experimentado la fatiga en algún momento de su vida? El término "fatiga" se refiere a condiciones que se consideran muy diferentes en el ámbito fisiológico. Por ejemplo, podemos hablar de agotamiento cuando un velocista es incapaz de mantener un ritmo de carrera concreto; cuando un ciclista de carretera se retira del Tour; o cuando un atleta es incapaz de mantener una intensidad de trabajo determinada tras varias sesiones de entrenamiento. Puede tratarse de un cansancio muscular particular y localizado, o de un estado de agotamiento generalizado. (32)

La fatiga es una reacción común y necesaria ante el ejercicio físico, el estrés mental, el aburrimiento o el sueño insuficiente. Sin embargo, puede ser un síntoma inespecífico de una condición psicológica o fisiológica más grave. La fatiga puede aparecer sola o junto con otros síntomas en una amplia variedad de condiciones de salud y enfermedades. La fatiga puede convertirse en un problema grave en la vida de una persona. Puede afectar a la forma en que la persona se siente a sí misma, a sus actividades cotidianas y a sus interacciones interpersonales. Las personas fatigadas pueden faltar al trabajo, alejarse de los amigos, exigir más horas de sueño y, en determinadas situaciones, ser incapaces de realizar cualquier actividad física. La fatiga puede ser de naturaleza aguda o persistente. La fatiga aguda es un estado de agotamiento normal acompañado de síntomas breves que se producen de forma inesperada y duran poco tiempo. El descanso suele aliviar el cansancio y permite a un individuo sano reanudar su actividad habitual. La fatiga crónica

es de carácter duradero. El síndrome de fatiga crónica presenta un debilitamiento prolongado que podría ser persistente o recurrente (32)

#### **2.1.6.7. Dolor físico.**

La distinción entre los seres humanos y otras especies vivas es que los humanos tienen conciencia de sí mismos, lo que explica que cada sujeto se sienta obligado a descubrir una explicación para su dolor. Así, el dolor es la sensación subjetiva de malestar y sufrimiento en muchas secciones del cuerpo, como los dolores de cabeza, de espalda, musculares y articulares. Para el hombre, el dolor es una sensación y una emoción provocada por un estímulo exagerado; el dolor crónico es el que tiene un origen orgánico, se prolonga más allá del tiempo necesario para reparar el tejido dañado, no tiene una base anatómica y sigue invadiendo e invalidando la vida de quien lo padece, de su familia, de su entorno laboral y de la sociedad; además, provoca la muerte en la mayoría de los casos.(33)

#### **2.1.6.8. Percepción de la salud en general.**

Según Sánchez et al., la percepción de la salud está determinada principalmente por las auto percepciones generales de salud de un individuo, que incluyen evaluaciones de las consecuencias de su salud en otras partes de la vida. Por otro lado, la salud percibida puede ser utilizada como un indicador para el tratamiento médico y un predictor de la muerte, en esta dimensión incluye la satisfacción con la propia salud como resultado de las actividades, relaciones y emociones en relación con los expertos, la terapia prescrita y la aceptación de su enfermedad. (31)

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

**Adulto mayor :** Se trata de un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, que se traduce en un aumento de la esperanza de vida y en la aparición de nuevas condiciones

socioeconómicas a nivel nacional y mundial, que afectan a la calidad de vida de este grupo de edad.

**Calidad de vida** : La noción de calidad de vida se refiere a las circunstancias de vida que busca un individuo en relación con ocho necesidades básicas: bienestar emocional, conexiones interpersonales, bienestar material, crecimiento personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

**Funcionalidad social** : El funcionamiento social como la capacidad de participar en los contactos humanos que constituyen el núcleo de la vida social y que históricamente se han organizado de forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad.

**Limitaciones a problemas físicos:** consideran los síntomas o las molestias declaradas por el paciente, así como las sensaciones desagradables que pueden mermar la calidad de vida del individuo, como el dolor, las náuseas y disnea.

**Limitaciones a problemas emocionales** : una dificultad emocional es una interrupción, una parada en el crecimiento o desarrollo de una persona o de una comunidad.

**Estado mental** : Se relaciona con índices de funcionamiento cognitivo y emocional. Para evaluar este último se utilizan dominios de bienestar subjetivo como la felicidad, la satisfacción vital y el afecto positivo, mientras que los indicadores cognitivos evalúan aspectos del pensamiento, la atención, la confusión o el deterioro del pensamiento

**Fatiga** : La fatiga es una reacción común y necesaria ante el ejercicio físico, el estrés mental, el aburrimiento o el sueño insuficiente. Sin embargo, puede ser un síntoma inespecífico de una condición psicológica o fisiológica más grave

**Dolor** : Así, el dolor es la sensación subjetiva de malestar y sufrimiento en muchas secciones del cuerpo, como los dolores de cabeza, de espalda, musculares y articulares.

**Percepción de la salud en general** : la percepción de la salud está determinada

principalmente por las autopercepciones generales de salud de un individuo, que incluyen evaluaciones de las consecuencias de su salud en otras partes de la vida.

## **2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.3.1 Hipótesis general**

El abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Clas Santa Adriana -2021.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

- El abandono familiar influye en la funcionalidad física del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en la funcionalidad social del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en el estado mental del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en la energía y fatiga del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en el dolor físico del adulto mayor.
- El abandono familiar influye en la percepción de la salud en general en el adulto mayor.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ZONA DE ESTUDIO

El Centro de salud Clas Santa Adriana se encuentra ubicado en la parte central occidental de la región de Puno, aproximadamente entre las coordenadas geográficas 15°29'02.5" de latitud sur y 70°09'16.4" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, comprende altitudes desde 3,842 m.s.n.m., hasta las alturas que sobrepasan los 4,390 m.s.n.m., presenta clima frío y seco.

#### 3.2. TAMAÑO DE MUESTRA

##### 3.2.1. POBLACIÓN.

La población estuvo considerada por 150 adultos mayores que acuden entre los meses de octubre a diciembre del año 2021 al Centro Salud clas Santa Adriana.

##### 3.2.2. MUESTRA.

La muestra es probabilística y se utilizó el muestreo para poblaciones finitas, la técnica de muestreo para la selección de la muestra fue el muestreo sistemático, el muestreo para poblaciones finitas tiene la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

**N:** Tamaño de población (150)

**P:** Proporción de adultos mayores que presentan la característica (0.50)

**Q:** Proporción de adultos mayores que no presentan la característica (0.50)

**Z:** nivel de confianza al 95%, valor de la distribución normal es 1.96

**E:** Error muestra (0.05)

$$n = \frac{1.96^2 \times (0.50) \times (0.50) \times 150}{(150-1)(0.05)^2 + 1.96^2(0.50) \times (0.50)}$$

$$n = 108$$

Quedando 108 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Clas Santa Adriana.

#### **Criterios de inclusión**

Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Clas Santa Adriana consideramos como abandonados.

#### **Criterios de exclusión**

Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Clas Santa Adriana consideramos como no abandonados.

## 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
<b>Variable independiente</b>		Abandono del adulto mayor	-Si -No
Abandono familiar			
	-Funcionalidad física.	- Limita para hacer esfuerzos intensos. - Limita para hacer esfuerzos moderados.	-Sí, me limita mucho (1) -Sí, me limita un poco (2)
		- Limita para coger la bolsa de la compra. - Limita para subir varios pisos por la escalera. - Limita para subir un solo piso por la escalera. - Limita para agacharse o arrodillarse.	-No, no me limita nada (3)
<b>Variable dependiente</b>		- Limita para caminar un kilómetro o más. - Limita para caminar varias manzanas. - Limita para caminar una sola manzana. - Limita para bañarse o vestirse por sí mismo.	
Calidad de vida			
		- La salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales.	- Nada (1) - Un poco (2)
		social.	- Regular (3)



---

	- Bastante (4)
	- Mucho (5)
- Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.	- Siempre (1)
	- Casi siempre (2)
	- Algunas veces (3)
	- Solo alguna vez (4)
	- Nunca (5)

---

- Redujo el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física.	- Sí (1)
- Limitaciones del rol atribuidas a problemas físicos.	- No (2)
- Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física.	
- Dejó sus actividades cotidianas, a causa de su salud física.	
- Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas a causa de su salud física.	

---

- El tiempo que estuve muy nervioso.	- Siempre (1)
- Estado mental	- Casi siempre (2)
- Tiempo que se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle.	- Muchas veces (3)
- El tiempo se sintió calmado y tranquilo.	- Algunas veces (4)

---

---

- Tiempo que se sintió desanimado y triste. - Sólo alguna vez (5)

- Tiempo se sintió feliz.

---

- Energía y fatiga. - El tiempo se sintió lleno de vitalidad. - Siempre (1)

- El tiempo tuvo mucha energía. - Casi siempre (2)

- El tiempo se sintió agotado. - Muchas veces (3)

- Tiempo se sintió cansado. - Algunas veces (4)

- Sólo alguna vez (5)

---

-Dolor - Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas. - No, Ninguno (1)

- Sí, muy poco (2)

- Sí, un poco (3)

- Sí, moderado (4)

- Sí, mucho (5)

- Sí, muchísimo (6)

- Nada (1)

- El dolor hasta qué punto le ha dificultado su trabajo habitual.

- Un Poco (2)

- Regular (3)

- Bastante (4)

---

---

	- Mucho (5)
--	-------------

---

- Percepción de la salud en general.	- Me enfermo más fácilmente que otras personas.	- Totalmente cierta (1)
	- Estoy tan sano como cualquiera.	- Bastante cierta (2)
		- No lo sé (3)
		- Bastante falsa (4)
		- Totalmente falsa (5)

	- Excelente (1)
--	-----------------

- Creo que mi salud va a empeorar.	- Excelente (1)
- Mi salud es excelente.	- Muy buena (2)
- En general, usted diría que su salud.	- Buena (3)
	- Regular (4)
	- Mala (5)

---

### 3.4. METODOS Y TECNICAS

#### 3.3.1. Técnica.

Se usó la técnica de la entrevista La entrevista es el medio, forma o método de cómo se recoge los datos de las variables en estudio (34).

#### 3.3.2. Instrumento.

El instrumento que se aplicó en la presente investigación es la entrevista estructurada. Dicho instrumento se caracteriza por que es un soporte físico para recolectar y registrar los datos de un estudio de investigación (34).

Con respecto a la validación de la calidad de vida dicho instrumento denominado Cuestionario de Salud SF- 36, dicho cuestionario cuyo nombre original fue The Short Form- 36 Health Survey, realizándose por primera vez en 1992 (E.E.U.U).

Alonso, Prieto y Antó (1995) adoptaron el instrumento de calidad de vida a la versión española, utilizaron el tipo de instrumento que es el cuestionario, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por distintos tratamientos médicos y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Con un total de 36 ítems, formando 8 dimensiones.

Los 36 ítems exploran 8 dimensiones del estado de salud que detallaremos a continuación : la funcionalidad física tiene 10 ítems( 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12), la funcionalidad social tiene 2 ítems (20,32), de acuerdo a las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF) tiene 4 ítems ( 13,14,15,16), las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE) tiene 3 ítems (17,18,19), Estado mental (EM) tiene 5 ítems ( 24,25,26,28,30), de acuerdo a Energía y Fatiga (EF) tiene 4 ítems ( 23,27,29,31), En el dolor tiene 2 ítems ( 21,22), finalmente Percepción de la salud en general tiene 5 ítems ( 33,34,35,36,1).

Las opciones de respuesta se presentan en escalas de tipo Likert, que evaluaron la intensidad o frecuencia.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la “función social” que es de 0.76).

Existen dos formas de puntuación. La primera (Rand Group) y The Health Institute; nosotros utilizaremos la primera puntuación ya que es la más adecuada y mejor precisión tiene la cual es una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud).

### 3.5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez obtenido los datos de las encuestas se folio del 1 al 108, luego de eso se tabulo en el programa estadístico SPSS V.24 para luego presentarlo en tablas y figuras estadísticas según nuestros objetivos planteados, luego de ello se realizó el contraste de hipótesis para la cual se utilizó la siguiente fórmula.

Según Ibáñez<sup>(46)</sup> para investigaciones con variables de tipo cualitativas se usó la prueba estadística de chi cuadrada cuya fórmula es la siguiente:

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

$O_{ij}$  : Son los objetos observados.

$E_{ij}$  : Son los objetos esperados.

Grados de libertad = ( N° Filas -1 ) x ( N° columnas -1)

Nivel de significancia = 0.05

Una vez hallado la chi cuadrada se compara con la chi tabular, que se halló en la tabla estadística, según sus grados de libertad y su nivel de significancia, cuando el

valor obtenido de la chi cuadrada calculada es mayor a la chi cuadrada tabulada

$\chi_c^2 > \chi_t^2$ , se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis ( $H_a$ ), y cuando

la chi cuadrada es menor a la chi cuadrada tabulada  $\chi_c^2 < \chi_t^2$  Se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ), y se rechaza la hipótesis alterna ( $H_a$ ).

## CAPÍTULO IV

## EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

## 4.1. ASPECTOS GENERALES

## 4.1.1. En relación al objetivo general

**Tabla 01:** Abandono familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021.

Adulto mayor	CALIDAD DE VIDA						total	total %
	Mala		Regular		Buena			
	fi	%	fi	%	fi	%		
<b>Abandonado</b>	20	71.43%	8	28.57%	0	0.00%	28	100.00%
<b>No Abandonado</b>	26	32.5%	33	41.25%	21	26.25%	80	100.00%

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 2 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores abandonados que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, de los cuales el 71.43% presenta una mala calidad de vida, el 28.57% presenta una regular calidad de vida; de igual manera el 41.25% de adultos mayores no abandonado tienen una regular calidad de vida, de igual manera el 32.50% de adultos mayores no abandonados tienen una mala calidad de vida, el 26.25% de adultos mayores no abandonados tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. (8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el Ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el



año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que la dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida.(16)

También es corroborado por el investigador Silva, que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

#### 4.1.2. En relación al objetivo específico 1

**Tabla 02:** Abandono familiar y la funcionalidad física del adulto mayor.

CALIDAD DE VIDA - Funcionalidad física del adulto mayor								
Adulto mayor	Mala		Regular		Buena		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Abandonado	18	64.28%	5	17.86%	5	17.86%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>64.28%</b>	<b>5</b>	<b>17.86%</b>	<b>5</b>	<b>17.86%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 2 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y la funcionalidad física del adulto mayor del adulto mayor tenemos que el 64.28% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 17.89% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida, finalmente el 17.89% de adultos mayores tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión

física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. (8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que la dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida.(16)

También es corroborado por el investigador Silva en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

4.1.3. En relación al objetivo específico 2

Tabla 03: Abandono familiar y la funcionalidad social del adulto mayor.

CALIDAD DE VIDA - funcionalidad social del adulto mayor								
Adulto mayor	Mala		Regular		Buena		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Abandonado	11	39.29%	15	53.57%	2	7.14%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>39.29%</b>	<b>15</b>	<b>53.57%</b>	<b>2</b>	<b>7.14%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 4 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y la funcionalidad social del adulto mayor, tenemos que el 39.29% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 53.57% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida, finalmente el 7.14% de adultos mayores tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular.

(8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el Ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos

están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que la dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida. (16)

También es corroborado por el investigador Silva que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad

de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%. (17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

#### 4.1.4. En relación al objetivo específico 3

**Tabla 04:** Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.

<b>CALIDAD DE VIDA - imitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.</b>								
<b>Adulto mayor</b>	<b>Mala</b>		<b>Regular</b>		<b>Buena</b>		<b>total</b>	<b>total %</b>
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>		
Abandonado	23	82.14%	0	0.00%	5	17.86%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>82.14%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>5</b>	<b>17.86%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 5 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor tenemos que el 82.14% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 17.86% de adultos mayores tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular.

(8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional,



desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que las dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida. (16)

También es corroborado por el investigador Silva que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

4.1.5. En relación al objetivo específico 4

**Tabla 05:** Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.

<b>CALIDAD DE VIDA - imitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.</b>								
<b>Adulto mayor</b>	<b>Mala</b>		<b>Regular</b>		<b>Buena</b>		<b>total</b>	<b>total %</b>
	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>		
Abandonado	24	85.71%	3	10.71%	1	3.58%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>85.71%</b>	<b>3</b>	<b>10.71%</b>	<b>1</b>	<b>3.58%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 6 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales tenemos que el 85.71% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 10.71% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida, finalmente el 3.58% de adultos mayores tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredó, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G. Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular.

(8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el Ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional,

desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que las dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida. (16)

También es corroborado por el investigador Silva en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%. (17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

4.1.6. En relación al objetivo específico 5

Tabla 06: Abandono familiar y estado mental del adulto mayor.

CALIDAD DE VIDA - Estado mental del adulto mayor								
Adulto mayor	Mala		Regular		Buena		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Abandonado	14	50.00%	12	42.86%	2	7.14%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>50.00%</b>	<b>12</b>	<b>42.86%</b>	<b>2</b>	<b>7.14%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 7 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y estado mental del adulto mayor tenemos que el 50.00% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 42.86% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida, finalmente el 7.14% de adultos mayores tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredó, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular.

(8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el Ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos

están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que la dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida. (16)

También es corroborado por el investigador Silva que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad

de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%. (17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)



#### 4.1.7. En relación al objetivo específico 6

**Tabla 07:** Abandono familiar y la energía y fatiga del adulto mayor.

CALIDAD DE VIDA - La energía y fatiga del adulto mayor								
Adulto mayor	Mala		Regular		Buena		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Abandonado	24	85.71%	4	14.29%	0	0.00%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>85.71%</b>	<b>4</b>	<b>14.29%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 7 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y la energía y fatiga adulto mayor tenemos que el 85.71% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 14.29% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular.

(8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%,

vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa, Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que las dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida. (16)

También es corroborado por el investigador Silva que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la

dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

**4.1.8. En relación al objetivo específico 7**

**Tabla 08:** Abandono familiar y el dolor físico del adulto mayor

CALIDAD DE VIDA - El dolor físico del adulto mayor								
Adulto mayor	Mala		Regular		Buena		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Abandonado	21	75.00%	5	17.86%	2	7.14%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>75.00%</b>	<b>5</b>	<b>17.86%</b>	<b>2</b>	<b>7.14%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 7 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y el dolor físico del adulto mayor tenemos que el 75.00% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el 17.86% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida, finalmente el 7.14% de adultos mayores tienen una buena calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. (8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el Ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán , T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa , Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que la dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida.(16)

También es corroborado por el investigador Silva que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)

De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja. (20)

#### 4.1.9. En relación al objetivo específico 8

**Tabla 09** : Abandono familiar y la percepción de la salud en general del adulto mayor.

CALIDAD DE VIDA - La percepción de la salud en general del adulto								
Adulto mayor	Mala		Regular		Buena		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Abandonado	22	78.57%	6	21.43%	0	0.00%	28	100.00%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>78.57%</b>	<b>6</b>	<b>21.43%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>28</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Cuestionario realizado a los adultos mayores del centro de salud Clas Santa Adriana.

De acuerdo a nuestra tabla 7 tenemos lo siguiente: 28 adultos mayores que representan el 100.00% del total de encuestados que están abandonados, la variable calidad de vida en la dimensión Abandono familiar y la percepción de la salud en general del adulto mayor tenemos que el 78.57% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, el

21.42% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida.

Esto es corroborado por los investigadores Loredo, M. T.; Gallegos, R. M.; Xequé, A. S.; Palomé, G.; Juárez, A. La investigación se realizó en la ciudad de México en el año 2016 que el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. (8)

De igual manera el investigador Mazacón en el año 2017 realizó una investigación en el Ecuador y encontró resultados parecidos que el 76% de desempeño emocional, desempeño físico 64,3% y salud general 58,5%; mientras que, los puntajes más bajos están las dimensiones salud mental 38,8%, función social 46,5%, función física 48,5%, vitalidad 49,0% y dolor físico 49,6%. (9)

Asimismo los investigadores Gutiérrez, Orozco, Rozo y Martínez en el año 2017 realizaron una investigación en Bogotá. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. (10)

Del mismo modo el investigador Flores, B. I.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Guadalupe, E.; Durán, T. En el año 2018 en México encontraron resultados parecidos y que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40. Conclusiones: casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. (11)

Por otra parte los investigadores García, L. E.; Quevedo M.; La rosa , Y. y Leyva A. En el año 2020 realizaron una investigación en Cuba cuyos resultados fueron parecidos que la dimensiones la salud (39.73 %) y la satisfacción por la vida (42.99 %) fueron las que más contribuyeron a esta clasificación. Conclusión: La calidad de vida que con mayor frecuencia perciben los pacientes geriátricos fue la correspondiente a la categoría media y las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las que más contribuyen a esta clasificación. (13)

De acuerdo al investigador Pintado en el año 2016 se realizó una investigación en Lima y encontró resultados diferentes que el 60% tiene una negativa calidad de vida y el 40% una positiva calidad de vida.(16)

También es corroborado por el investigador Silva que en el año 2016 realizó una investigación en Cajamarca. Encontró resultados muy diferentes que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.(17)

Asimismo el investigador Cordova en el año 2018 realizó una investigación en Lima encontrando resultados muy diferentes en la salud física el 87% presenta calidad de vida media, seguida de un 13% que presentan calidad de vida baja, en la salud psicológica el 58% de los adultos mayores tienen calidad de vida media, y un 42% calidad de vida baja. En relaciones sociales 73% demuestra calidad de vida baja y el 27% muestra calidad de vida media. Y en ambiente el 68% presenta calidad de vida baja mientras que el 32% calidad de vida media, ninguno tiene alta calidad de vida. Conclusiones: La mayoría de los adultos mayores presentan calidad de vida baja o mala. (19)



De igual manera el investigador Quispe B. En el año 2019 realizó una investigación en Juliaca encontró resultados parecidos que muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja donde se puede decir que uno de los factores influyentes es el estado civil. Se concluye que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja.  
(20)

## 4.2.PRUEBAS DE HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.2.1. CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS GENERAL

#### a. Hipótesis estadística

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

#### b. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

#### c. Prueba estadística

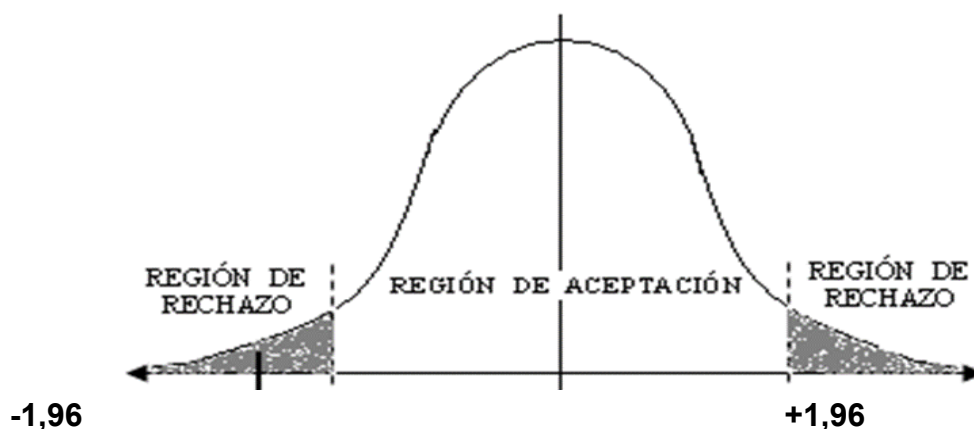
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos se presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 15.608$$

**Tabla 10:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis general utilizando el software SPSS V.24

Correlaciones		Abandono	Calidad
		Familiar	Vida
Rho de Spearman	Abandono	Coeficiente de correlación	1,000
	Familia	Sig. (bilateral)	,687**
		N	,000
			28
Calidad	Vida	Coeficiente de Correlación	,687**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,000
			28

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)



Aceptar  $H_0$  si  $-1,96 < t_c < 1,96$

Rechazar  $H_0$  si  $-1,96 \geq t_c \geq 1,96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_i$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**4.2.2.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 1****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

**c. Prueba estadística**

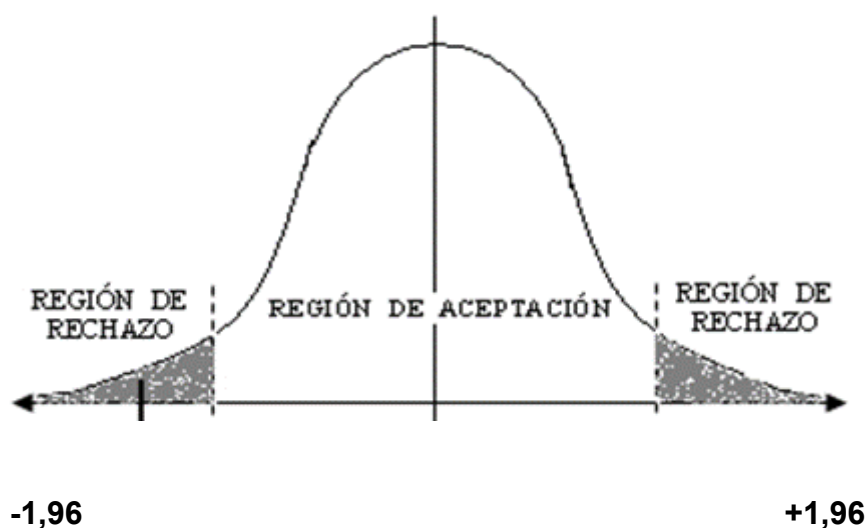
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos se presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 10.377$$

**Tabla 11:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 1 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandono Familiar	Funcionalidad Física
Rho de Spearman	Abandono Familia	1,000	,124
	Coefficiente de correlación		,531
	Sig. (bilateral)		
	N	28	28
Funcionalidad Física	Abandono Física	,124	1,000
	Coefficiente de Correlación	,531	
	Sig. (bilateral)		
	N	28	28

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)



Aceptar  $H_0$  si  $-1.96 < t_c < 1,96$

Rechazar  $H_0$  si  $-1.96 \geq t_c \geq 1,96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida

**4.2.3.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión funcionalidad social del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión funcionalidad social del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

**c. Prueba estadística**

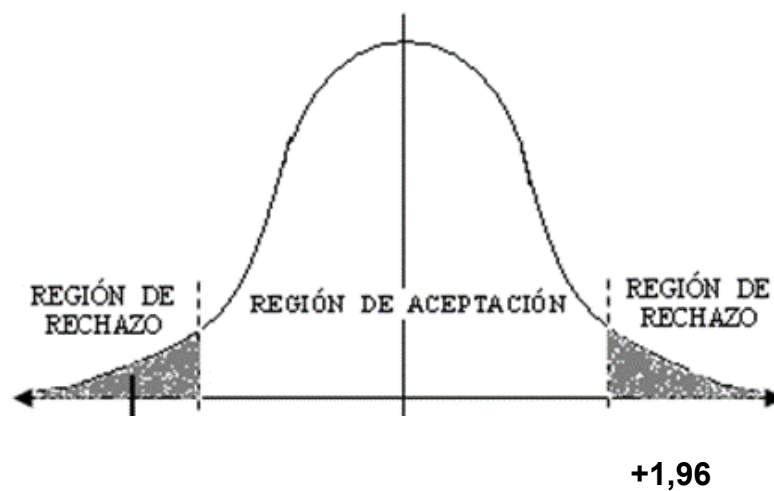
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos se presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 23.061$$

**Tabla 12:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 2 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandono	Funcionalidad
		Familiar	Social
Rho de Spearman	Abandono Familia	1,000	,452*
	Sig. (bilateral)	.	,0018
	N	28	28
Funcionalidad Social	Coeficiente de Correlación	,452*	1,000
	Sig. (bilateral)	,0018	.
	N	28	28

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)



Aceptar  $H_0$  si  $-1.96 < t_c < 1,96$

Rechazar  $H_0$  si  $-1.96 \geq t_c \geq 1,96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_i$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión funcionalidad social del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**4.2.4.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión limitaciones a problemas físicos del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión limitaciones a problemas físicos del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

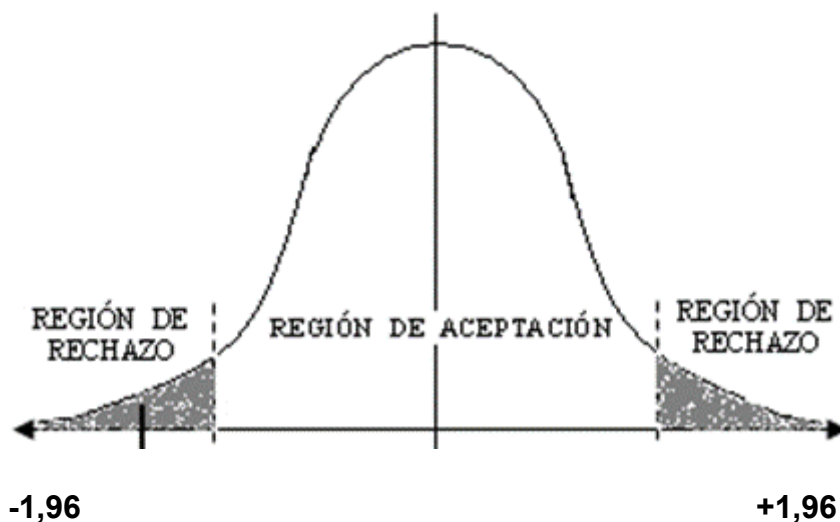
**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos se presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 10.384$$

**Tabla 13:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 3 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandon o Familiar	Funcionalidad Social	
Rho de Spearman	Abandono	Coeficiente de correlación	1,000	,262
	Familia	Sig. (bilateral)	.	,186
		N	28	27
Limitacione s problema fisico	Coeficiente de Correlación	,262	1,000	
	Sig. (bilateral)	,186	.	
	N	28	28	



Aceptar Ho si  $-1.96 < t_c < 1,96$

Rechazar Ho si  $-1.96 \geq t_c \geq 1,96$



**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_i$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión limitaciones de problema físico del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**4.2.5.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión limitaciones a problemas emocionales del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión limitaciones a problemas emocionales del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

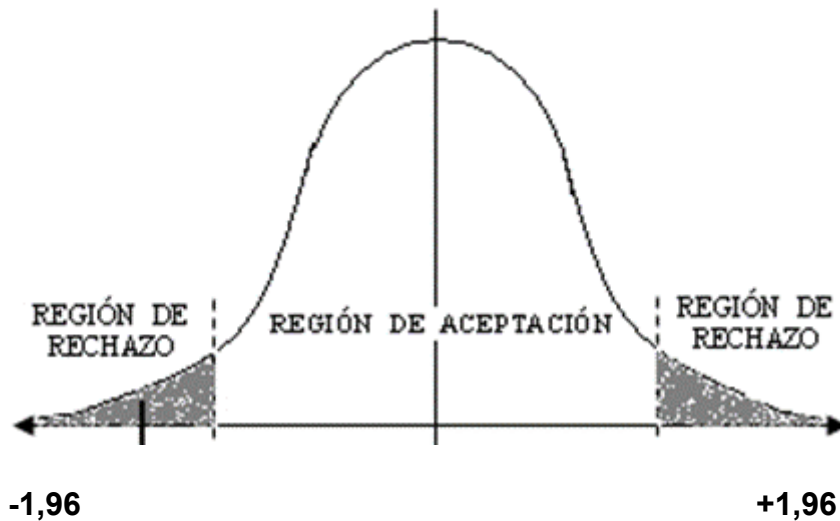
**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos se presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 7.621$$

**Tabla 14:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 4 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandon o Familiar	Funcionalidad Social
Rho de Spearman	Abandono Familia	1,000	,059
	Coeficiente de correlación	.	,766
	Sig. (bilateral)		
	N	28	28
Limitaciones problema emocionales	Coeficiente de Correlación	-,059	1,000
	Sig. (bilateral)	,766	.
	N	28	28



Aceptar Ho si  $-1.96 < t_c < 1,96$

Rechazar Ho si  $-1.96 \geq t_c \geq 1,96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_i$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión limitaciones problemas emocionales del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**4.2.6.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión estado mental del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión estado mental del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

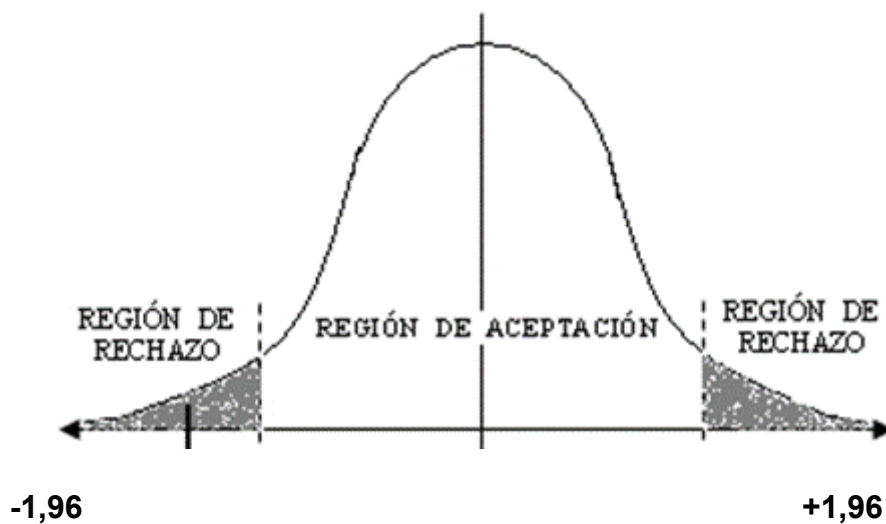
**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 17.604$$

**Tabla 15:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 5 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandon o Familiar	Funcionalidad Social
Rho de Spearman	Abandono Familia	1,000	,059
	Coeficiente de correlación	.	,766
	Sig. (bilateral)		
	N	28	28
Limitaciones problema emocionales	Coeficiente de Correlación	-,355	1,000
	Sig. (bilateral)	,064	.
	N	28	28



Aceptar  $H_0$  si  $-1,96 < t_c < 1,96$

Rechazar  $H_0$  si  $-1,96 \geq t_c \geq 1,96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_i$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión estado mental del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana

**4.2.7.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 6****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión energía y fatiga del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión energía y fatiga del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

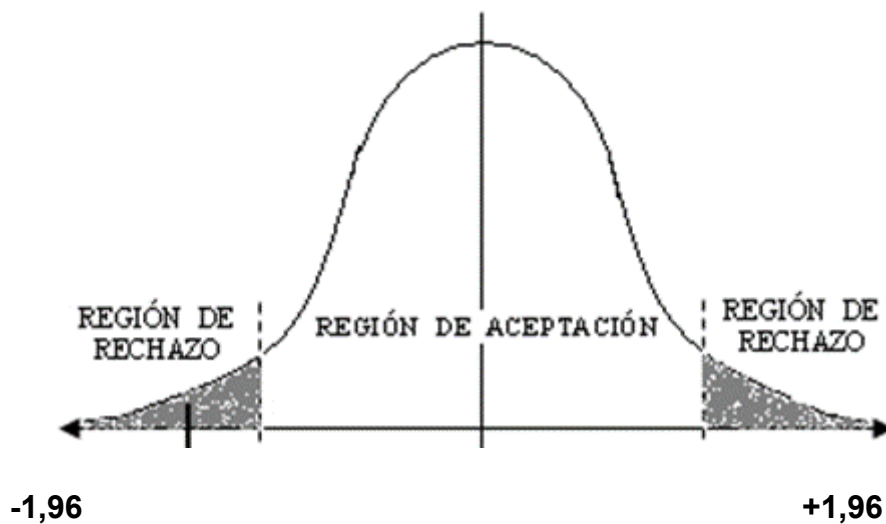
**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 20.684$$

**Tabla 16:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 6 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandon o Familiar	Funcionalidad Social
Rho de Spearman	Abandono	1,000	,059
	Familia	.	,653
	Sig. (bilateral)	28	28
	N		
Limitaciones problema emocionales	Coeficiente de	,089	1,000
	Correlación	,653	.
	Sig. (bilateral)	28	28
	N		



Aceptar  $H_0$  si  $-1,96 < t_c < 1,96$

Rechazar  $H_0$  si  $-1,96 \geq t_c \geq 1,96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión energía y fatiga del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana

**4.2.8.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 7****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión dolor físico del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión dolor físico del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

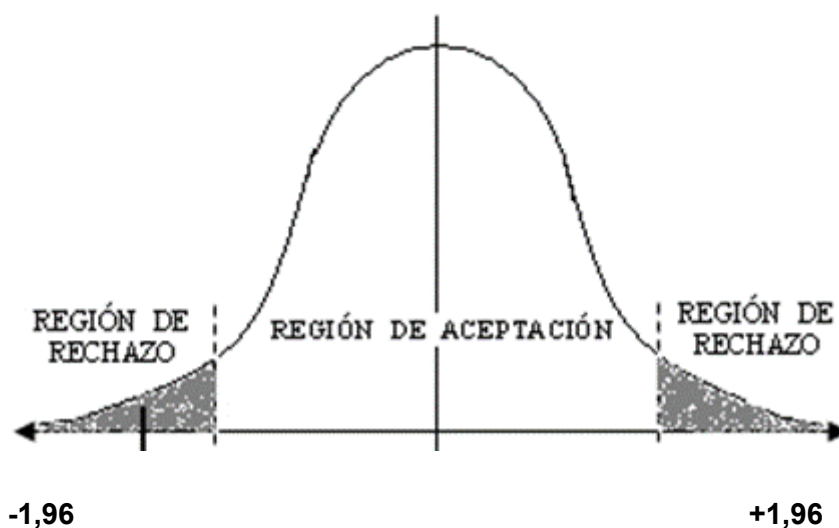
**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 17.352$$

**Tabla 17:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 7 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandon o Familiar	Funcionalidad Social
Rho de Spearman	Abandono Familia	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,0102
	N		,604
		28	28
Limitaciones problema emocionales	Limitaciones problema emocionales	Coeficiente de Correlación	,102
		Sig. (bilateral)	1,000
	N		,604
		28	28



Aceptar  $H_0$  si  $-1,96 < t_c < 1,96$

Rechazar  $H_0$  si  $-1,96 \geq t_c \geq 1,96$



**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión dolor físico del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana

**4.2.9.CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 8****a. Hipótesis estadística**

$H_0$ : El abandono familiar no influye en la calidad de vida en la dimensión percepción de la salud del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

$H_a$ : El abandono familiar si influye en la calidad de vida en la dimensión percepción de la salud del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

$$\alpha = 0.05$$

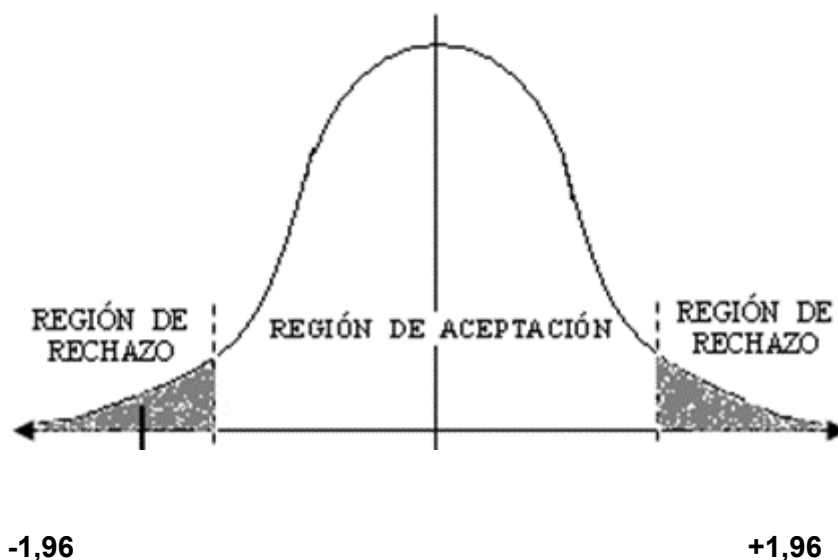
**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 7.884$$

**Tabla 18:** Prueba de chi cuadrado con respecto a la hipótesis específica 8 utilizando el software SPSS V.24.

Correlaciones		Abandon o Familiar	Funcionalidad Social	
Rho de Spearman	Abandono Familia	Coeficiente de correlación	1,000	,257
		Sig. (bilateral)	.	,187
		N	28	28
Limitaciones problema emocionales	Limitaciones problema emocionales	Coeficiente de Correlación	-,257	1,000
		Sig. (bilateral)	,187	.
		N	28	28



Aceptar Ho si  $-1.96 < t_c < 1.96$

Rechazar Ho si  $-1.96 \geq t_c \geq 1.96$

**Decisión estadística**

Se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alterna ( $H_1$ ).

**Conclusión estadística:**

Se concluye que existe una correlación directa y significativa entre el abandono familiar y la calidad de vida en la dimensión percepción de la salud del adulto mayor del centro de salud Clas Santa Adriana

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La calidad de vida de manera general es mala en un 71.43% de los adultos mayores abandonados por parte de sus familiares. Por lo tanto también podemos afirmar que el abandono si influye en la calidad de vida ( $p= 0.000$ ).

**SEGUNDA:** De acuerdo a la calidad de vida en la dimensión funcionalidad física el 64.28% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida, también podemos concluir que el abandono familiar si influye en la funcionalidad física del adulto mayor ( $p=0.006$ ).

**TERCERA:** La calidad de vida en la dimensión social podemos afirmar que el 53.57% tienen una regular calidad de vida, podemos mencionar también que el abandono familiar si influye en la funcionalidad social del adulto mayor. ( $p= 0.000$ ).

**CUARTA:** El 82.14% de adultos mayores tienen mala calidad de vida en las limitaciones del problema físicos, por lo tanto podemos afirmar que abandono familiar si influye en las limitaciones de problemas físicos del adulto mayor. ( $p= 0.006$ ).

**QUINTA:** De acuerdo a la calidad de vida en la dimensión limitaciones a problemas emocionales el 85.71% tienen una mala calidad de vida, también podemos afirmar que el abandono familiar si influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor ( $p= 0.022$ ).

**SEXTA** : El 50% de adultos mayores tienen una regular la calidad de vida en la dimensión estado mental, también podemos afirmar que el abandono familiar si influye en el estado mental del adulto mayor. ( $p= 0.000$ ).

**SEPTIMA:** De acuerdo a la calidad de vida el 85.71% de adulto mayores tienen una mala calidad con respecto a la energía y fatiga, por lo tanto también podemos decir que el abandono familiar si influye en la energía y fatiga del adulto mayor. ( $p= 0.000$ ).

**OCTAVA:** El 75% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida en dolor físico, también aseguramos con una prueba estadística que el abandono familiar si influye en el dolor físico del adulto mayor ( $p= 0.000$ ).

**NOVENA** : De acuerdo a la calidad de vida el 78.57% de adultos mayores tienen una mala percepción de la salud en general, por lo tanto podemos afirmar que el abandono familiar si influye en la percepción de la salud en general en el adulto mayor ( $p= 0.019$ ).

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Se recomienda al centro de salud Santa Adriana que realice sesiones ( terapias psicológicas), capacitaciones ( el cuidado de su calidad de vida), juego de roles para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que fueron abandonados por su familiares, ya que ellos se sienten más vulnerables de los que no fueron abandonados.

**SEGUNDA:** Se recomienda al centro de salud Santa Adriana que realice campañas de salud para ver la funcionalidad física del adulto mayor que fueron abandonados por su familiares, para que así mejoren su calidad de vida.

**TERCERA:** Se recomienda al centro de salud realizar reuniones sociales para que los adultos mayores interactúen entre ellos y así mejoren su calidad de vida en este aspecto ya que el abandono familiar es un factor que sí influye en en la funcionalidad social del adulto mayor.

**CUARTA:** Se recomienda al centro de salud que aconseje al adulto mayor que si tiene limitaciones por problemas físicos acuda al centro de salud para su tratamiento correspondiente y que se le dé una solución a sus dolencias físicas para que esto no afecte su calidad de vida.

**QUINTA:** Se recomienda al Centro de Salud en especialidad al servicio de psicología entablar una conversación amena con el adulto mayor para que le cuente sus problemas emocionales que tiene en su entorno y así brindar una terapia

personalizada para que mejore su estado emocional.

**SEXTA:** Se recomienda al Centro de Salud en especialidad al servicio de psicología poner más énfasis a los adultos mayores abandonados, ya que ellos tienen mayor disminución de su estado mental y esto afectará directamente a su calidad de vida.

**SÉPTIMA :** Se recomienda al Centro de Salud incentivar actividades sociales como reuniones, caminatas, paseos con grupos sociales para que así mejoren su energía y disminuya su fatiga.

**OCTAVA:** Se recomienda al Centro de salud recomendar al adulto mayor si tiene dolor físico muy fuerte debe acudir inmediatamente al centro de salud para poder ser atendido y que esto no cause una mala calidad de vida.

**NOVENA:** Se recomienda al adulto mayor tener presente que debe tener una buena percepción de la salud en general ya que esto influye en su calidad de vida, y que el abandono no le causa una disminución de su calidad de vida.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Mejía C, Quispe A, Rodríguez F, Ccasa L, Ponce V, Varela E, et al. Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo de 2020. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2020;; p. 1-13.
2. Delgado I. *El adulto mayor*; 2012.
3. OMS. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Revista internacional desarrollo sanitario*. 1997; 17(4).
4. Verdugo MA, Schalock R. *Calidad de vida. Manual para profesionales de educación, salud y servicios sociales* Madrid: Alianza Editorial ; 2003.
5. Pérez , De-Juanas. *Calidad de vida en personas adultas y mayores* Madrid: Uned publicaciones ; 2013.
6. Padilla V. *Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas*. *Revista colombiana de Psicología*. 2005; 13: p. 80-88.
7. Rojo , Fernández G. *Calidad de vida y envejecimiento La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. 1st ed.: Bilbao; 2011.
8. Loredó MT, Gallegos RM, Xequé AS, Palomé G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*. 2016; 13(3): p. 159-165.
9. Mazacón BN. *Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2017.
10. Gutiérrez AV, Orozco JL, Rozo WA, Martínez YM. *Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de tenjo y cajicá primer trimestre 2017*. [Tesis de grado]. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A. ; 2017.
11. Flores I, Castillo Y, Ponce D, Miranda C, Guadalupe , Durán. *Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto*



- familiar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018; 26(2): p. 83-88.
12. Alcívar C, Revelo. Efectos de la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de Puyo. [Tesis de grado]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ; 2020.
  13. García E, Quevedo , La rosa , Leyva A. Calidad de vida percibida por adultos mayores. Revista Electrónica Medimay. 2020; 27(1).
  14. Hernández , Salazar A, Mollinedo P. Cátedra universitaria: Opción para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Granma-Cuba. Revista de Ciencias Sociales (RCS). FCES - LUZ. 2020; 26(2).
  15. Villarreal MA, Moncada J, Ochoa PY, Hall JA. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México. Retos. 2021;; p. 480-484.
  16. Pintado M. Calidad de vida del adulto mayor en el centro geriátrico esplendor los olivos junio 2015. [Tesis de grado]. Universidad privada San Juan Bautista ; 2016.
  17. Silva N. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna Cajamarca 2016. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2016.
  18. Parraga YT. Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del centro integral del adulto mayor de Huancayo. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2017.
  19. Cordova B. Calidad de vida que tiene el adulto mayor que asiste a consultorios externos del hospital San Jose Callao 2018. ( Tesis de grado ). Universidad César Vallejo; 2018.
  20. Quispe. Nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Taparachi, Juliaca 2019. [Tesis de grado,Universidad Peruana Unión ].Repositorio Institucional UPEU.[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3422/Breyid\\_Trabajo\\_Bachille\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3422/Breyid_Trabajo_Bachille_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y) ; 2019.

21. Scileppi K. cuidado del adulto mayor; 2010.
22. Torres M. los cuidados de las familias y especial entre ellos los más cercanos; 2010.
23. El peruano. El peruano. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 12. Disponible en : <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-el-documento-tecnico-lineamientos-para-la-desparas-resolucion-ministerial-no-479-2017mins-1536982-2/>.
24. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables ( MIMP). Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017; 2013.
25. Rojo F, Fernández G. Calidad de vida y envejecimiento:la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida Madrid: fundación BBVA; 2011.
26. Calman KC. Quality of life in cancer patients:An hypothesis. Journal of Medical Ethics. 1984; 10: p. 124-128.
27. Ferrans C, Powers M. Quality of life index:Development and psychometric properties. Advances in Nursing Science. 1985; 8: p. 15-24.
28. Grant MM, Padilla GV, Ferrell BR, Rhiner M. Assessment of quality of life with a single instrument. Seminars in Nursing Oncology. 1990; 6: p. 260-270.
29. OMS. WHOQOL Study Protocol: The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument. 1993.
30. Schalock RI, Verdugo Má. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos de personas con discapacidad intelectual. Revista española sobre discapacidad intelectual. 2007;; p. 21-36.
31. Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT, et al. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina Física Buenos aires: Médica panamericana; 2008.
32. Rodriguez M, Nuñez A. Aproximación teórica sobre la fatiga y el sobreentrenamiento Buenos aires; 2010.
33. Hernandez R, Fernández C, Baptista Mdp. Metodología de la investigación México:

- Publicaciones McGraw-Hill Interamericana; 2014.
34. Córdova I. Estadística aplicada a la investigación Lima: San Marcos EIRL; 2018.
  35. Rojas ÁS. Prácticas de autocuidado que realizan las mujeres premenopáusicas del asentamiento humano cerro El Sauce Alto del distrito de San Juan de Lurigancho 2001. Lima.; 2003.
  36. Moisés , Valenzuela , Pariona , Bendezú. Ejecución del proyecto de investigación científica: Editorial San Marcos ; 2018.
  37. Córdova I. Estadística aplicada a la investigación Lima: San Marcos EIRL; 2009.
  38. Ibañez V. Estadística aplicada a la educación PUno: Edición Universitaria; 2007.
  39. Gamarra G, Rivera TA, Wong FJ, Pujay OE. Estadística e investigación con aplicaciones de SPSS. Primera edición ed. Lima: San Marcos ; 2016.
  40. Quezada N. Metodología de la investigación Lima: Empresa editora Macro EIRL; 2019.

**ANEXOS**

Anexo 1 : Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Como el abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo abandono familiar influye en la funcionalidad física del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en la funcionalidad social del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en el estado mental del adulto mayor?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar si el abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021.</p> <p><b>Objetivos específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo abandono familiar influye en la funcionalidad física del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en la funcionalidad social del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en el estado mental del adulto mayor?</li> <li>¿Cómo abandono familiar influye en el estado mental del adulto mayor?</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> Existe influencia del abandono familiar en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El abandono familiar influye en la funcionalidad física del adulto mayor.</li> <li>El abandono familiar influye en la funcionalidad social del adulto mayor.</li> <li>El abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.</li> <li>El abandono familiar influye en las limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.</li> <li>El abandono familiar influye en el estado mental del adulto mayor.</li> </ul>	<p><b>Variable independiente</b> Abandono Familiar</p> <p><b>Variable dependiente</b> Calidad de vida</p>	<p>Abandono del adulto mayor: - Limita para hacer esfuerzos intensos. - Limita para hacer esfuerzos moderados. - Limita para coger la bolsa de la compra. - Limita para subir varios pisos por la escalera. - Limita para subir un solo piso por la escalera. - Limita para agacharse o arrodillarse. - Limita para caminar un kilómetro o más. - Limita para caminar varias manzanas. - Limita para caminar una sola manzana. - Limita para bañarse o vestirse por sí mismo. - Salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales. - Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales. - Redujo el tiempo dedicado a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física. - Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física. - Dejó sus actividades cotidianas, a causa de su salud física. - Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades</p>	<p>Encuesta</p> <p>Questionario</p>	<p>Para la variable de calidad de vida, los datos se procesarán según la escala SF 36 desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud) según las alternativas, además de ello se categoriza en 3 categorías. Luego de ello para el abandono familiar solo se categorizó en dos indicadores sí y no.</p>



<p>• ¿Cómo abandono familiar influye en energía y fatiga del adulto mayor?</p> <p>• ¿Cómo abandono familiar influye en el dolor físico del adulto mayor?</p> <p>• ¿Cómo abandono familiar influye en la percepción de la salud en general en el adulto mayor?</p>	<p>abandono familiar influye en energía y fatiga del adulto mayor?</p> <p>• ¿Cómo abandono familiar influye en el dolor físico del adulto mayor?</p>	<p>el estado mental del adulto mayor.</p> <p>• El abandono familiar influye en la energía y fatiga del adulto mayor.</p> <p>• El abandono familiar influye en el dolor del adulto mayor.</p> <p>• El abandono familiar influye en la percepción de la salud en general en el adulto mayor.</p>		<p>cotidianas a causa de su salud física.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduce sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional.</li> <li>- Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional.</li> <li>- No hizo sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional.</li> <li>- Tiempo que estuvo muy nervioso.</li> <li>- Tiempo que se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle.</li> <li>- Tiempo se sintió calmado y tranquilo.</li> <li>- Tiempo que se sintió desanimado y triste.</li> <li>- Tiempo se sintió feliz.</li> <li>- Tiempo se sintió lleno de vitalidad.</li> <li>- Tiempo que tuvo mucha energía.</li> <li>- Tiempo se sintió agotado.</li> <li>- Tiempo se sintió cansado.</li> <li>- Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas.</li> <li>- El dolor hasta que punto le ha dificultado su trabajo habitual.</li> <li>- Me enfermo más fácilmente que otras personas.</li> <li>- Estoy tan sano como cualquiera.</li> <li>- Creo que mi salud va a empeorar.</li> <li>- Mi salud es excelente.</li> <li>- En general, usted diría que su salud.</li> </ul>		
---	--	--	--	---	--	--



Anexo 2: Figuras de resultados obtenidos

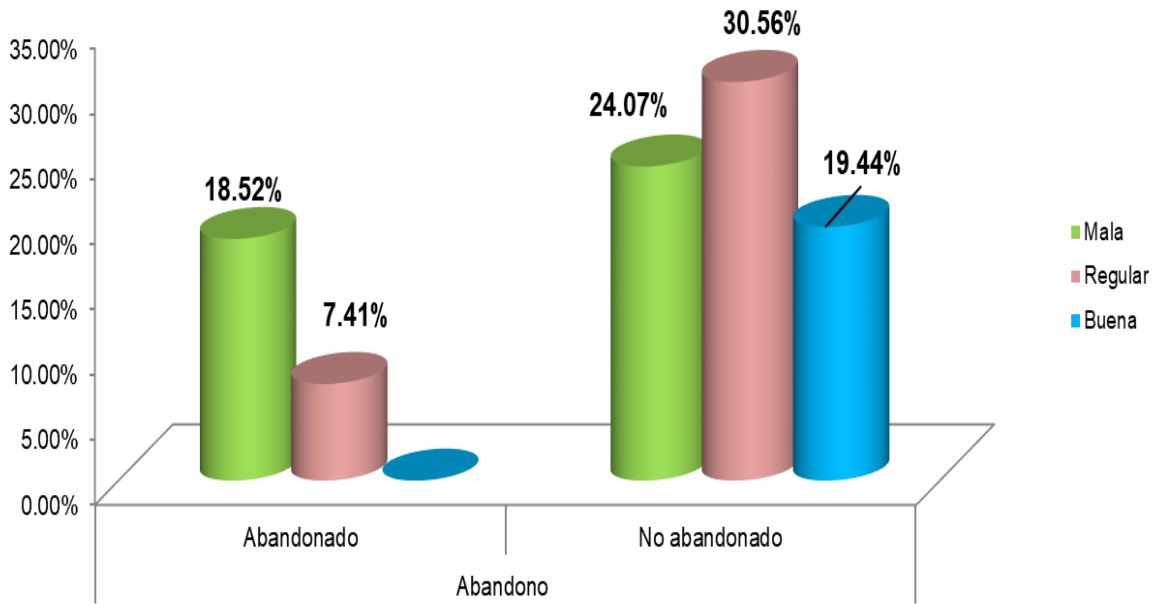


Figura 1: Abandono familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021.

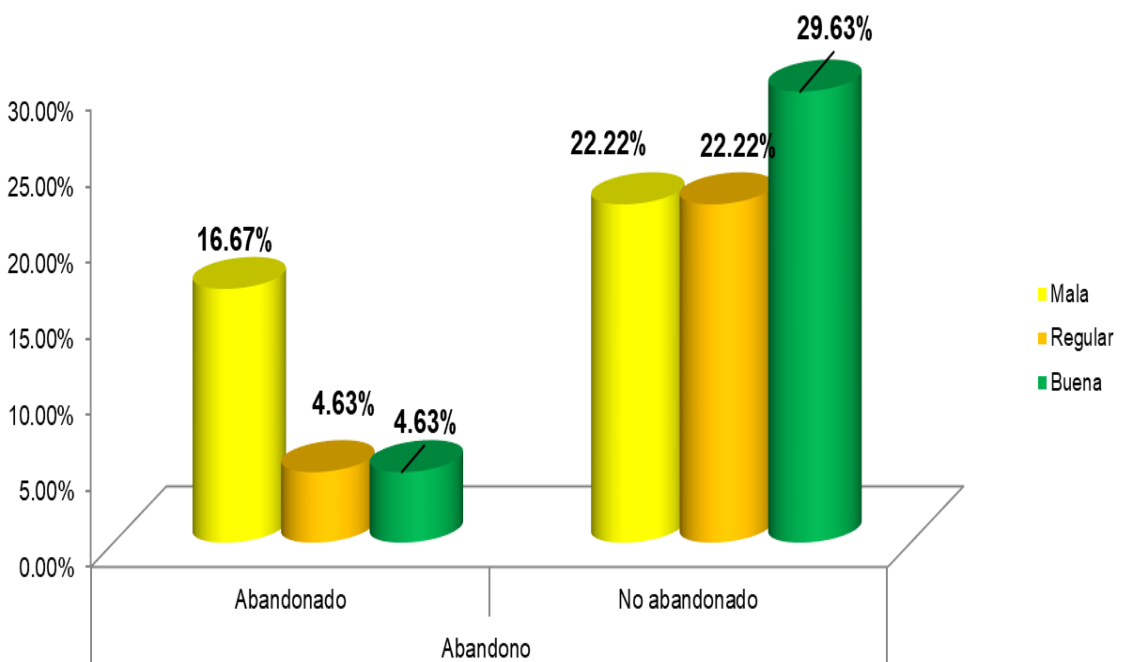
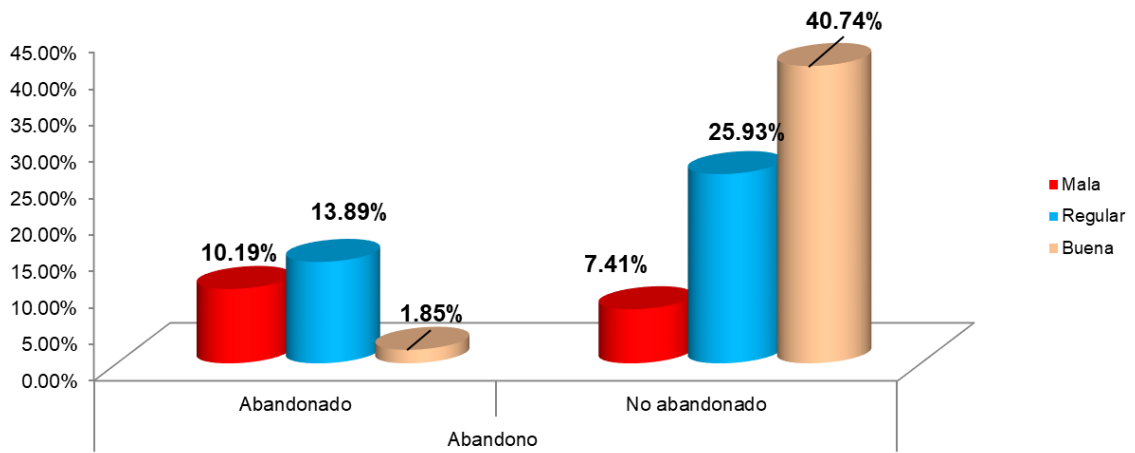
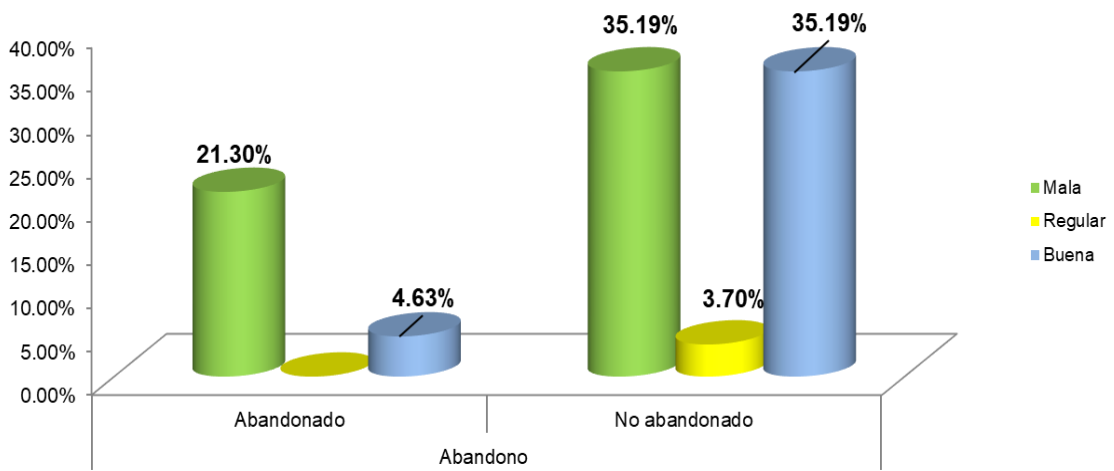


Figura 2: Abandono familiar y la funcionalidad física del adulto mayor.

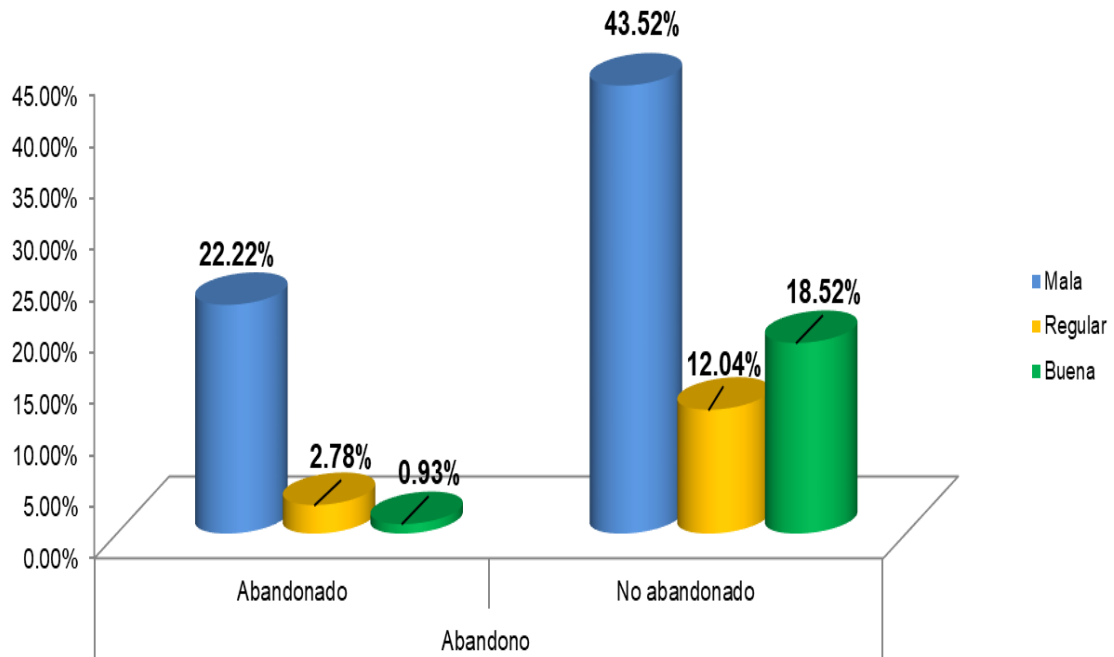


**Figura 3:** Abandono familiar y la funcionalidad social del adulto mayor.

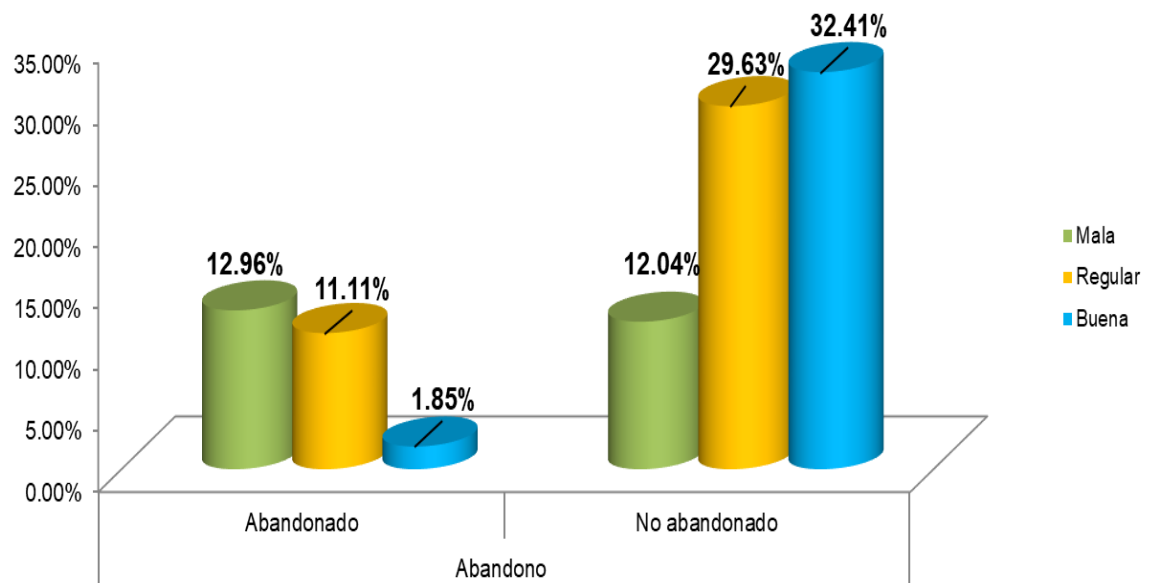


**Figura 4:** Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos del adulto mayor.

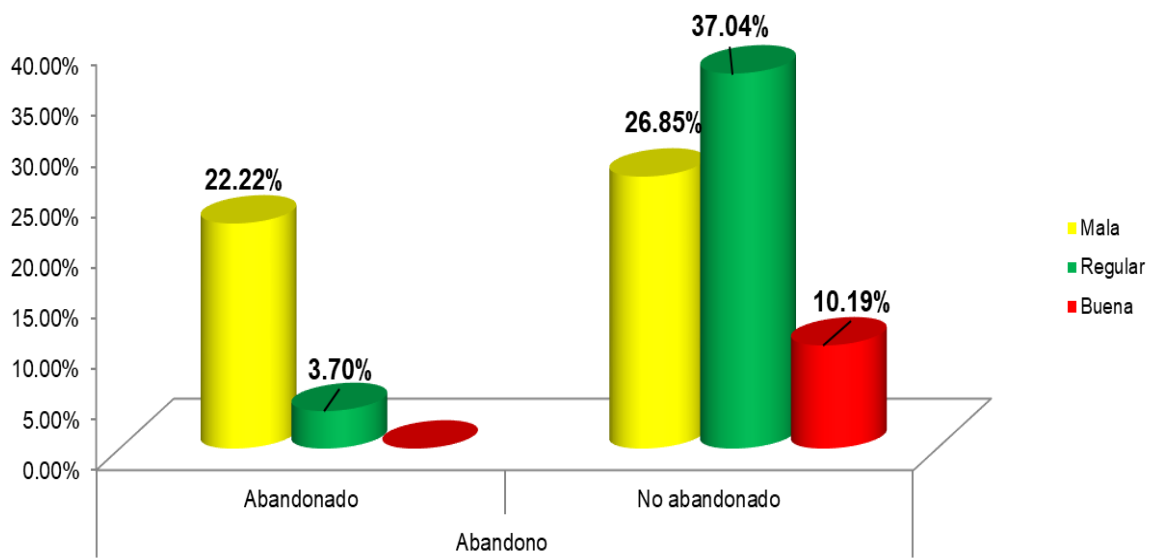




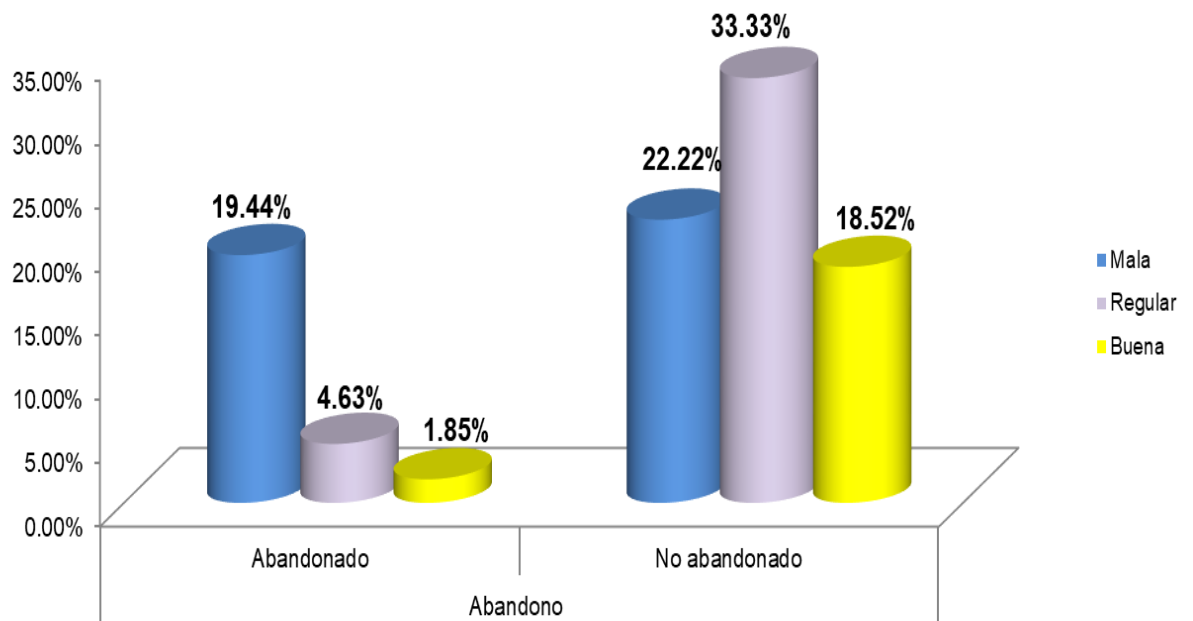
**Figura 5:** Abandono familiar y limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales del adulto mayor.



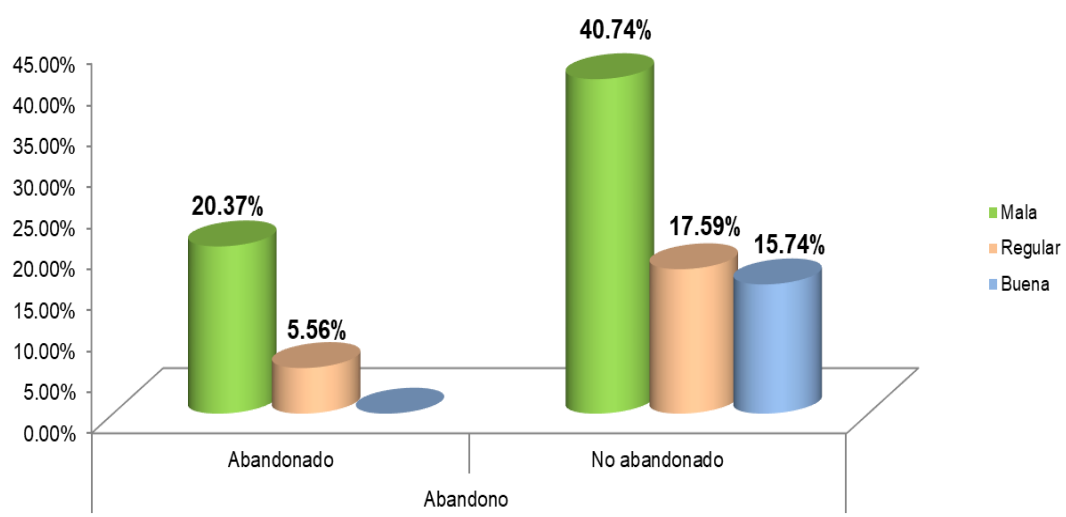
**Figura 6:** Abandono familiar y estado mental del adulto mayor.



**Figura 7:** Abandono familiar y la energía y fatiga del adulto mayor



**Figura 8:** Abandono familiar y el dolor físico del adulto mayor



**Figura 9:** Abandono familiar y la percepción de la salud en general del adulto mayor.

**Anexo 3: Consentimiento Informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Esta investigación titula ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA-2021 y es dirigido por la bachiller Yolanda Apaza Condori, investigador de la Universidad San Carlos. La finalidad de esta investigación es: Determinar si el abandono familiar influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro de salud Clas Santa Adriana-2021. Para ello, se le informa y que deje participar en una encuesta el cual le tomará 25 minutos de su tiempo. Esta participación en esta investigación es completamente voluntaria y anónima. Usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento si ve que su integridad se encuentra vulnerada, sin que ello le genere ningún perjuicio. Si tuviera alguna inquietud y/o duda sobre la investigación, puede formularla cuando crea conveniente. Al concluir la investigación, usted será informado de los resultados a través del repositorio de la universidad San Carlos.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre :

Sexo :

DNI :

Fecha :

---

FIRMA

## Anexo 4: Solicitud

" AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA "

SOLICITO: Permiso para recopilación de datos

SEÑOR GERENTE DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA

Dr. BENJAMÍN ROLANDO MAMANI MAMANI

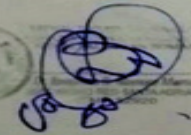

Yo, YOLANDA APAZA CONDORI,  
Identificada con DNI N°02438663 con domicilio  
en el Pasaje Melón S/N Urbanización  
prolongación de los incas de la ciudad de  
Juliaca. Ante Ud. respetuosamente me presento  
y digo:

Siendo bachiller de la escuela profesional de enfermería de la Universidad  
San Carlos, solicito a su distinguida persona permiso para ejecutar el trabajo  
de investigación que consistirá en la recopilación de datos sobre la calidad  
de vida y el abandono familiar del adulto mayor, cuya investigación lleva por  
título: **ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE  
VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD SANTA  
ADRIANA-2021.** Cabe mencionar que el recojo de información de la presente  
investigación no causara inconvenientes al personal de salud ni a los  
pacientes, ya que la recopilación será después de que el adulto mayor sea  
atendido por parte del personal de salud.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a su jefatura acceder a mi solicitud por ser justo y legal.

Juliaca, 31 de diciembre del 2021.

  
  
YOLANDA APAZA CONDORI  
DNI N° 02438663

M.R. SANTA ADRIANA  
DE PARTES  
Fecha: 31/12/21  
Folio: 01

**Anexo 5 : Instrumentos para la investigación****CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36**

Marque con una sola respuesta:

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

(1) Excelente (2) Muy buena (3) Buena (4) Regular (5) Mala

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

(1) Mucho mejor ahora que hace un año

(2) Algo mejor ahora que hace un año

(3) Más o menos igual que hace un año

(4) Algo peor ahora que hace un año

(5) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

**3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?**

(1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

**4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?**

(1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

**5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?**

(1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

**6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?**

(1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

**7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?**

(1) Sí, me limita mucho (2) Sí, me limita un poco (3) No, no me limita nada

**8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?**

(1) Sí, me limita mucho      (2) Sí, me limita un poco      (3) No, no me limita nada

**9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?**

(1) Sí, me limita mucho      (2) Sí, me limita un poco      (3) No, no me limita nada

**10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?**

(1) Sí, me limita mucho      (2) Sí, me limita un poco      (3) No, no me limita nada

**11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?**

(1) Sí, me limita mucho      (2) Sí, me limita un poco      (3) No, no me limita nada

**12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?**

(1) Sí, me limita mucho      (2) Sí, me limita un poco      (3) No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas

**13. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?**

(1) Sí      (2) No

**14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?**

(1) Sí      (2) No

**15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**

(1) Sí      (2) No

**16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?**

(1) Sí      (2) No

**17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

(1) Sí (2) No

**18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

(1) Sí (2) No

**19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?**

(1) Sí (2) No

**20. 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?**

(1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

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

(1) No, ninguno (2) Sí, muy poco (3) Sí, un poco  
(4) Sí, moderado (5) Sí, mucho (6) Sí, muchísimo

**22. 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)?**

(1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

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 a cómo se ha sentido usted.

**23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?**

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) Muchas veces



(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Muchas veces

(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Muchas veces

(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Muchas veces

(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Muchas veces

(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Muchas veces

(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Muchas veces

(4) Algunas veces      (5) Sólo alguna vez      (6) Nunca

**30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Algunas veces

(4) Sólo alguna vez      (5) Nunca

**31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?**

(1) Siempre      (2) Casi siempre      (3) Algunas veces

(4) Sólo alguna vez      (5) nunca

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

- (1) Siempre      (2) Casi siempre(3) Algunas veces  
(4) Sólo alguna vez (5) Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

**33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.**

- (1) Totalmente cierta      (2) Bastante cierta      (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera.**

- (1) Totalmente cierta      (2) Bastante cierta      (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar.**

- (1) Totalmente cierta      (2) Bastante cierta      (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente.**

- (1) Totalmente cierta      (2) Bastante cierta      (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**37. Ud. Siente que es abandonado por su familiar**

- ( ) Sí      ( ) No

Anexo 6 : Base de datos de la investigación

BASE DE DATOS VOLANDA 1-05-2022.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 55 de 55 variables

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	CVTOTAL	D1CUAL	D2CUAL	D3CUAL	D4CUAL	D5CUAL	D6CUAL	D7CUAL	D8CUAL	CVCUAL
88	250,00	125,00	,00	,00	165,00	105,00	25,00	350,00	1020,00	Mala	Regular	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Buena	Mala
89	500,00	150,00	400,00	300,00	355,00	250,00	110,00	400,00	2465,00	Regular	Buena	Buena	Buena	Buena	Regular	Regular	Buena	Buena
90	800,00	100,00	400,00	300,00	375,00	255,00	110,00	400,00	2740,00	Buena	Regular	Buena	Buena	Buena	Regular	Regular	Buena	Buena
91	400,00	150,00	400,00	300,00	460,00	165,00	135,00	400,00	2410,00	Regular	Buena	Buena	Buena	Buena	Regular	Buena	Buena	Buena
92	850,00	125,00	400,00	,00	185,00	145,00	45,00	400,00	2150,00	Buena	Regular	Buena	Mala	Regular	Regular	Mala	Buena	Regular
93	950,00	200,00	,00	,00	225,00	165,00	130,00	400,00	2070,00	Buena	Buena	Mala	Mala	Regular	Regular	Regular	Buena	Regular
94	650,00	175,00	100,00	100,00	245,00	165,00	70,00	350,00	1855,00	Regular	Buena	Mala	Regular	Regular	Regular	Regular	Buena	Regular
95	700,00	175,00	300,00	200,00	500,00	270,00	155,00	350,00	2650,00	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena
96	,00	,00	,00	,00	40,00	,00	,00	100,00	140,00	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala
97	1000,00	150,00	400,00	300,00	435,00	230,00	90,00	350,00	2955,00	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Regular	Regular	Buena	Buena
98	800,00	150,00	100,00	,00	320,00	245,00	115,00	350,00	2080,00	Buena	Buena	Mala	Mala	Regular	Regular	Regular	Buena	Regular
99	250,00	100,00	,00	,00	165,00	85,00	45,00	125,00	770,00	Mala	Regular	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala
100	150,00	100,00	,00	,00	210,00	80,00	45,00	100,00	685,00	Mala	Regular	Mala	Mala	Regular	Mala	Mala	Mala	Mala
101	,00	100,00	,00	,00	140,00	65,00	,00	25,00	330,00	Mala	Regular	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala
102	200,00	200,00	,00	,00	140,00	25,00	135,00	125,00	825,00	Mala	Buena	Mala	Mala	Mala	Mala	Buena	Mala	Mala
103	350,00	100,00	,00	,00	205,00	80,00	45,00	100,00	880,00	Regular	Regular	Mala	Mala	Regular	Mala	Mala	Mala	Mala
104	150,00	25,00	,00	,00	140,00	40,00	,00	25,00	380,00	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala
105	800,00	150,00	,00	,00	335,00	170,00	110,00	150,00	1715,00	Buena	Buena	Mala	Mala	Buena	Regular	Regular	Mala	Regular
106	650,00	175,00	300,00	100,00	435,00	215,00	45,00	125,00	2045,00	Regular	Buena	Buena	Regular	Buena	Regular	Mala	Mala	Regular
107	150,00	50,00	,00	,00	160,00	,00	25,00	25,00	410,00	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala	Mala
108	950,00	150,00	400,00	,00	415,00	230,00	90,00	375,00	2610,00	Buena	Buena	Buena	Mala	Buena	Regular	Regular	Buena	Buena
109																		
110																		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Casos: 100 Unicode:ON

Anexo 7: Evidencias del trabajo de investigación











