

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS:

**Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del centro médico
castilla - essalud – piura 2023**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA, SALUD FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA -
ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Autora:

Lic. Enf. Maribel Mego Tarrillo.

Asesora:

Mg. Viviana Santillán Medianero

ORCID 0000-0004-5000-3144

LAMBAYEQUE - 2024

PRESENTADO POR:



Lic. Enf. Maribel Mego Tarrillo.
INVESTIGADORA



Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero
ORCID 0000-0004-5000-3144
ASESORA

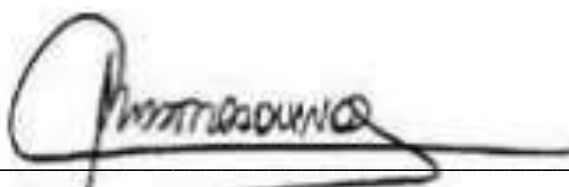
APROBADO POR:



DRA. OLVIDO IDALIA BARRUETO DE LARREA
PRESIDENTA



MG. ROSA VIOLETA CELIS ESQUECHE
SECRETARIA



MG. ROSARIO CLOTILDE CASTRO AQUINO
VOCAL



Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero
ORCID 0000-0004-5000-3144
ASESORA

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Mg. Viviana del Carmen Santillan Medianero, Docente, asesora de la tesis de Lic. Enf. Maribel Mego Tarrillo, autora de la investigación titulada “Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023”. Luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de 13% verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, Julio del 2023



Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero

DNI:17554984

ORCID 0000-0004-5000-3144



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente N° 231-2024-D FE Folio N° 080
Licenciada: Maribel Mego Tarrillo en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 11.30 a.m.
horas del día 31 Enero del 2024, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 172-2023-VI-FE
PRESIDENTE: Dra. Olvido Sotolia Barrueto de Larrea
SECRETARIO: Mg. Rosa Violera Celis Esqueche
VOCAL: Dra. Rosario Clotilde Castro Aquino

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Relación entre funcionalidad familiar y calidad de
Vida del Adulto Mayor del Centro Médico Castilla -
EsSalud - Piura 2023"

patrocinada por el profesor
(a) Mg. Viviana del Carmen Santillán Mediano

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Maribel Mego Tarrillo

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Area de Salud Pública, Salud
familiar y Salud Comunitaria - Especialista en Salud
familiar y comunitaria

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró APROBADA por, UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de: MUY BUENO
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

Barrueto
PRESIDENTE
Rosario Castro
VOCAL

Rosa Esqueche
SECRETARIO

Viviana Santillán
PATROCINADOR

INSTRUMENTO PARA VALORAR LA CALIFICACION DE LA TESIS


NOMBRE: Maribel Mego Tornillo

DE PRE GRADO / POSGRADO: Posgrado

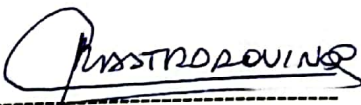
TITULO DEL INFORME DE INVESTIGACION: "Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del Adulto Mayor del Género Médico Castilla. EsSalud-Piura 2023"

FECHA: 31/ Enero/ 2024.

| Promedio de calificación de informe (2/3) | Promedio de calificación de sustentación (1/3) | Calificación final |
|---|--|--------------------|
| 17 | 18 | 17.5 |
| 11.5 | 6 | 18. |


 Presidente de Jurado


 Secretario de Jurado


 Vocal del jurado


 Patrocinador

DEDICATORIA

Quiero agradecer a Dios por darme vida, salud y paz, también dedicar este arduo trabajo a mi esposo e hijos por ser mi motivo, razón e inspiración para poder avanzar en mi profesionalismo, a mi nieto Liam por ser un motivo de alegría y entusiasmo para mí, a mis padres por la evolución de mi vida y la razón de avanzar y progresar, a ti madre que desde el cielo me impulsaste a continuar y nunca rendirme ante ningún obstáculo, me diste ánimos alegrías, tristezas, recuerdo que siempre me decías que nunca me rinda, este trabajo de tesis de investigación va dedicado a ti mi mamita amada y a todos los que me apoyaron para continuar en mi etapa profesional.

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado me brindo toda la fortaleza necesaria para poder continuar en este trabajo, a mi familia por brindarme las fuerzas y energía necesaria.

A mi asesora de tesis quien me brindo todo el impulso y motivación para la continuidad de este trabajo de investigación.

Y a todas las personas que de una y otra forma formaron parte para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

| | Pag |
|--|-----------|
| ACTA DE SUSTENTACION..... | 3 |
| DECLARACION JURADA ORIGINALIDAD..... | 4 |
| DEDICATORIA. | 5 |
| AGRADECIMIENTO..... | 6 |
| INDICE..... | 7 |
| RESUMEN..... | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO | |
| 1.1 Antecedentes | 13 |
| 1.2 Bases teóricas | 17 |
| 1.3 Bases conceptuales | 33 |
| CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO | |
| 2.1 Diseño de contrastación de hipótesis / Procedimiento | 35 |
| 2.2 Población, muestra y muestreo | 35 |
| 2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos | 36 |
| 2.4 Método de procesamiento de la información | 38 |
| 2.5 Principios éticos..... | 39 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS..... | 40 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN..... | 42 |
| CONCLUSIONES | 49 |
| RECOMENDACIONES | 50 |
| REFERENCIAS | 51 |
| ANEXO | |
| Anexo 01: Operacionalización de variable..... | |
| Anexo 02: Consentimiento informado virtual | |
| Anexo 03: Cuestionario..... | |

RESUMEN

Objetivo Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Médico Castilla, Piura, 2023. **Método** enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 200 personas y se obtuvieron mediante un muestreo probabilístico por conveniencia con los criterios de inclusión considerados. Se emplearon dos cuestionarios, el Test de APGAR familiar y el cuestionario WhoqoBref, comprobándose la relación utilizando la prueba de Chi Cuadrado de Pearson. **Resultados:** El 50.0% de los adultos mayores presentaron disfuncionalidad familiar leve, 9.5% moderada, el 5.0% severa, y el 35.5% funcionalidad familiar normal. En cuanto a calidad de vida, el 53.5% presentaron un nivel moderado, el 7.0% bajo y el 39.5% alto. Se halló una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida ($P= 0.000$). **Conclusiones:** Existe una relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida, lo que significa que un mayor funcionamiento familiar está asociado con una mejor calidad de vida en los adultos mayores, evidenciando que si el adulto mayor es acogido en una familia funcional es determinante para un envejecimiento activo y saludable.

Palabras claves: Funcionamiento familiar, calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective of establishing the relationship between family functionality and the quality of life of the elderly at the Castilla Medical Center, Piura. , 2023. Methodo quantitative approach, non-experimental, descriptive, correlational and transversal design. The sample was 200 people and was obtained through probabilistic convenience sampling with the inclusion criteria considered. Two questionnaires were used, the Family APGAR Test and the WhoqoBref questionnaire, checking the relationship using the Pearson Chi Square test. Results: 50.0% of older adults presented mild family dysfunction, 9.5% moderate, 5.0% severe, and 35.5% normal family functionality. Regarding quality of life, 53.5% presented a moderate level, 7.0% low and 39.5% high. A significant relationship was found between family functionality and quality of life ($P=0.000$). Conclusions: There is a relationship between family functionality and quality of life, which means that greater family functioning is associated with a better quality of life in older adults, showing that whether the older adult is welcomed into a functional family is decisive. for active and healthy aging.

Keywords: Family functioning, quality of life, older adults.

INTRODUCCIÓN

Durante la vida las personas atraviesan diversas etapas que contribuyen a su desarrollo desde el nacimiento hasta la vejez. Los adultos mayores enfrentan la vejez con cambios tanto biológicos como psicológicos y funcionales. La Organización Mundial de la Salud lidera investigaciones a través del Programa Especial de Investigación sobre el Envejecimiento con la finalidad de optimizar la calidad de vida de esta población global. (1)

El aumento en la esperanza de vida también plantea desafíos, ya que los adultos mayores se ven confrontados con pérdidas y amenazas para su bienestar debido a estereotipos y prejuicios en la sociedad que limitan su funcionalidad (2). Al concluir la Década del Envejecimiento Saludable (2020-2030), se predice que la población de 60 años o más aumente en un 34%, llegando a 1400 millones en comparación con los 1000 millones en 2019. Esta transición demográfica es evidente, por primera vez en 2020, los adultos de 60 años o más superaron en número a la población infantil. Para 2050, se proyecta que el número de adultos mayores supere los niños y jóvenes en todo el mundo, con un crecimiento más acentuado en los países en desarrollo, como África, América Latina y el Caribe (3).

Actualmente los adultos mayores perciben que su entorno familiar y social los ven como una carga debido al deterioro físico y cognitivo que limitan su creatividad y bienestar. Sus familias no promueven la memoria positiva ni actividades enriquecedoras, lo que resulta en desmoralización y afecta su calidad de vida. Aspecto como la salud y espiritualidad influyen su calidad de vida, mientras que la soledad y la depresión los llevan a descuidar su bienestar.

En el mundo la población de adultos mayores constituye actualmente el 12% de la población global, con una proyección del 21% para el año 2050, en comparación con la población infantil y joven de menos de 15 años. (4)

En Colombia, se espera para el año 2050, el 18.7% de los colombianos tendrá más de 60 años, lo que crea preocupación debido al impacto económico que implica satisfacer sus necesidades en comparación con los recursos disponibles para asegurar su sostenibilidad. (5)

En México, en la ciudad de San Luis de Potosí, de 130 adultos mayores el 85.4% de las personas de la tercera edad gozan de una funcionalidad familiar normal, mientras que el 8.5% y el 6.2% enfrentan funcionalidad moderada y grave, respectivamente. En cuanto a la calidad de vida, el 42.3% de los adultos mayores tienen alta calidad de vida, el 52.3% calidad aceptable y el 5.4% una calidad baja. Es relevante destacar que los factores relacionados con el funcionamiento familiar y calidad de vida pueden influir en la progresión de enfermedades, dar lugar a complicaciones y afectar la aceptación y mejora de la salud (6). Por otro lado, en Ecuador en la ciudad de Latacunga, de 146 adultos mayores el 47.9% de la población tiene entre 65 y 74 años, y la calidad de vida es baja (23% al 28%), y media (45% al 60%). El 72% de la población tiene una funcionalidad familiar normal, mientras que el 19% tiene una disfuncionalidad moderada y el 9% severa. Esta disfuncionalidad se asocia con una peor calidad de vida en términos de salud física, relaciones sociales, entorno, mayor edad, desempleo, género femenino, falta de educación, falta de pareja (7).

En Perú, la expectativa de vida se ha incrementado desde 65.5 años (1990) a 76.7 años (2019), siendo mayor en mujeres. Actualmente, 4.14 millones representan el 12.7% son adultos mayores y se espera que en 2050 sean 9 millones, dando lugar a la transición demográfica y epidemiológica (8,9).

En el Departamento de la Libertad, Trujillo, en un centro de adultos mayores, de 100 personas el 21% experimenta disfuncionalidad familiar moderada y el 11% enfrenta disfunción total. En cuanto a la calidad de vida, el 76% tiene un nivel moderado y el 24% presenta una baja calidad de vida, particularmente en lo que respecta a las relaciones sociales (41%) (10). Sin embargo, en Amazonas, el 47.5% tiene calidad promedio, mientras el 22.5% tiene calidad baja, destacando problemas físicos (10%), relaciones sociales (32.5%) y aspectos psicológico o emocional (15%). (11)

En la región de Piura, se estima que hay 141,150 adultos mayores, pero solo existen seis centros de cuidado para ellos, lo que no satisface la alta demanda de atención médica. La falta de inversión en programas por parte de las autoridades se convierte en una baja calidad de vida para esta población (9, 12). En un asentamiento humano del Distrito de Castilla, el 49% de los residentes tiene mala calidad de vida, el 36% regular y solo el 15% calidad buena, identificándose personas que presentan violencia familiar, comorbilidades crónicas, falta de

cumplimiento de controles médicos programados y problemas de salud mental conforme el autor Morales Ojeda GM. Calidad de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano “Chiclayito” Castilla - Piura 2021, lo indica en su estudio de tesis. (13). (14).

El Centro Médico Castilla, parte de la Red Asistencial de EsSalud en Piura, atiende a personas mayores de 65 años que enfrentan dificultades para asistir a consultas médicas y de control para enfermedades crónicas, lo que afecta su capacidad funcional (actividades sociales, culturales, recreativas y productivas) y calidad de vida. La discriminación social y familiar agrava su situación, con falta de comunicación, afecto, tiempo y apoyo económico. No hay instituciones estatales que proporcionen espacios y actividades recreativas para adultos mayores, especialmente para aquellos de bajos recursos, agrava aún más la situación. Por tanto, se investigó la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida de los adultos mayores del C.M Castilla - EsSalud - Piura en 2023, dada la trascendencia de este tema en el beneficio de esta población.

La presente investigación se basó en un conocimiento real y preciso sobre la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores, sirviendo de insumo para desarrollar e implementar estrategias que permita mejorar la calidad de vida de este grupo de población. También, porque ofrecerán una comprensión específica sobre la relevancia de la funcionalidad familiar, que conlleve a plantear estrategias para mejorar la calidad de vida en el futuro y prevenir disfunciones familiares en esta etapa de la vida. Además, se propondrán acciones de salud y se coordinarán servicios sociales para brindar apoyo a los adultos mayores. Asimismo, se espera que esta investigación sensibilice al personal de salud, especialmente a los enfermeros, para fomentar la salud en la tercera edad y mejorar la funcionalidad familiar en entornos de promoción de la salud.

Esta investigación considera en el Capítulo I: Antecedentes de la investigación, junto con los fundamentos teóricos y conceptuales. Respecto al Capítulo II: detalla el diseño de contrastación de hipótesis y su procedimiento, se incluyen aspectos de población, criterios de selección, muestra, muestreo, técnicas e instrumentos utilizados para recopilar datos y estrategias para aplicar los principios éticos. El Capítulo III, presenta los resultados de la investigación y finalmente en el Capítulo IV: la discusión de cada una de las variables sujetas a estudio, se proporcionan conclusiones, recomendaciones, una lista de fuentes bibliográficas consultadas y anexos adicionales relacionados con la investigación.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.

1.1 Antecedentes

Entre los antecedentes internacionales, se analizaron los estudios por Duran et al. y Martínez (México 2020), afirman la importancia de considerar que los elementos que afectan el funcionamiento familiar y la calidad de vida de los adultos mayores podrían influir en la ascenso de enfermedades, provocar complicaciones y obstaculizar una adecuada recuperación y mejora en la salud, concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida (6, 15). Según Muñoz y Vargas, (Colombia 2019), identifican que el declive funcional puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, ya que a medida que aumenta la dependencia, disminuye el nivel de calidad de vida (4).

A nivel nacional, varios estudios han investigado la relación entre la calidad de vida del adulto mayor y la funcionalidad familiar, para este estudio he considerado los siguientes: Condezo y Quispe, (Huancayo 2022), Aguilar y Cruz, (Trujillo 2022), Tenorio et al., (Chiclayo 2021), todos concluyen que existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores (16, 17, 18), destacando que estos aspectos deben abordarse tanto desde una perspectiva física como mental.

A nivel regional, se han considerado los estudios realizados por Morales (Chiclayito 2021) (13), Moran (Tumbes 2021) (19) quienes mostraron que la mayor proporción de los adultos mayores manifiestan tener una calidad de vida mala o regular. Sin embargo Montero (Piura 2018), encontró que la mayoría de adultos mayores refiere tener una calidad de vida alta, seguida de normal (30.6%), baja (19.4%) y muy alta (8.1%) (20).

Basándonos en estos antecedentes, se planteó la siguiente pregunta de investigación: "¿Cuáles la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura en 2023?", expresando como objetivo general el de establecer la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor, y como objetivos específicos fueron determinar calidad de vida de los adultos mayores y determinar el grado de funcionalidad familiar en esta población y como hipótesis alterna la siguiente "existe relación significativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023".

Antecedentes Internacionales

Duran et al., en México en el 2020, investigó la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida de adultos mayores con hipertensión arterial en un centro comunitario. Los principales resultados indican que el 85.4% mostró una funcionalidad normal, el 8.5% tuvo funcionalidad moderada y el 6.2% presentó funcionalidad grave. En lo que respecta a la calidad de vida, el 42.3% informó tener una calidad de vida alta, el 52.3% la calificó como aceptable y el 5.4% como baja. Respecto a la relación entre variables, el estudio encontró que existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida global, la calidad de vida psicológica, la calidad de vida social y la calidad de vida ambiental. Concluyendo que los factores relacionados con la dinámica familiar y la calidad de vida pueden influir en la progresión de la enfermedad, generar complicaciones y afectar la aceptación y mejora de la salud en los adultos mayores (6).

Martínez, en México en el 2020, realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría de un hospital de San Luis Potosí. Los resultados revelaron una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida, respaldada por un coeficiente de correlación de Pearson de 0.2390 con un valor p de 0.0098 y de Spearman de 0.286 con un valor p de 0.008. La edad promedio de los pacientes fue de 80.7 años. La edad media de los pacientes fue de 80.7 años, sobre la funcionalidad familiar se encontró el 89% tiene una norma funcionalidad, el 7% disfunción leve y el 4% grave. El 60% refirió una calidad buena y el 17% regular. Concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en este grupo de adultos mayores (15).

En el estudio de Muñoz y Vargas (Colombia 2019) titulado "Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado", entre sus principales resultados se identificó que los adultos mayores institucionalizados tienden a presentar una mayor dependencia funcional en comparación con aquellos que no están en instituciones. A medida que aumenta la edad, se observa un mayor grado de dependencia funcional, y esto se asocia con la pérdida progresiva de la capacidad para llevar a cabo actividades diarias de manera autónoma. Además, factores como la presencia de enfermedades crónicas, el género femenino y el estado de viudez también influyen en la dependencia funcional. Los adultos mayores son más independientes en las actividades básicas de la vida diaria en comparación con las actividades

instrumentales de la vida diaria, que resultan más desafiantes. Las características socio demográficas que afectan la calidad de vida de los adultos mayores incluyen limitaciones físicas, mayor edad, viudez y la residencia en instituciones para adultos mayores. Concluyendo que a medida que aumenta la dependencia funcional, la calidad de vida tiende a disminuir (4).

Antecedentes Nacionales

Condezo y Quispe, en Huancayo 2022, llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud de Chilca. La mayoría de los participantes eran mujeres (62.5%), casadas (43.8%), con una edad promedio de 68.08 años. En cuanto a la funcionalidad familiar, se encontró que el 31.3% experimentaba una severa disfuncionalidad, un 28.1% tenía una disfuncionalidad leve y un 14.1% presentaba una disfuncionalidad moderada. En lo que respecta a la calidad de vida, la mayoría de los adultos mayores (45.3%) disfrutaba de una calidad alta, mientras que un porcentaje menor (10.9%) tenía una calidad baja. El análisis de correlación demostró una relación significativa, con un valor de 0.721, lo que sugiere que, a mayor funcionalidad familiar, mayor calidad de vida. El estudio concluyó que existe una relación significativa entre estas dos variables sujeto a estudio (16).

Aguilar y Cruz, en Trujillo en el 2022 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamachuco. Los resultados determinaron una relación directa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida, respaldada por un coeficiente de Spearman de 0.28. En cuanto a la funcionalidad familiar, la mayoría de los adultos mayores presentaron una funcionalidad moderada (52%), siendo las dimensiones con la misma proporción cohesión (51%), armonía (53%), comunicación (46%), permeabilidad (51%), afectividad (47%), roles (57%) y adaptabilidad (51%), además con menor porcentaje los adultos mayores tienen disfuncionalidad familiar con un 11%. En lo que respecta a la calidad de vida, la mayoría tenía una calidad moderada (76%), con proporciones similares en las dimensiones física (71%), psicológica (93%), relaciones sociales (59%) y de ambiente (74%), y un 24% tenía una calidad baja. Concluyendo que existe una relación directa, aunque de magnitud pequeña, entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida del adulto mayor (17).

Tenorio et al. llevaron a cabo un estudio en Chiclayo en 2021 con el propósito de evaluar el impacto del estado nacional de emergencia debido al COVID-19 en la calidad de vida de adultos mayores pertenecientes al Centro de Atención al Adulto Mayor (CAM) de la Seguridad Social. El estudio reveló que la mayoría de los adultos mayores eran mujeres (84.9%) con educación superior (83.3%), vivían acompañados (86.7%) y tenían un promedio de edad de 73.1 años. En cuanto a la calidad de vida se obtuvo un puntaje <78.9 mediante los criterios establecidos, viéndose afectados por la presencia de patologías crónicas en los adultos mayores como, obesidad y afectaciones en el pulmón, así como también la imposibilidad de manejar sus recursos económicos, y por la presencia de signo o síntomas como, fatiga e hipoacusia. En particular, las afecciones osteoarticulares y la fatiga limitan la movilidad, la realización de actividades cotidianas y causan dolor. El estudio concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores se ve influenciada por una variedad de factores físicos y mentales (18).

Antecedentes Locales

Morales, en Piura en el 2021, llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida de adultos mayores en el Asentamiento Humano "Chiclayito" de Castilla, Piura. Los resultados del estudio muestran que, en términos de la dimensión física, el 49% de los adultos mayores experimentaron una mala calidad de vida, mientras que el 15% la consideró buena. En cuanto a la dimensión psicológica, el 40% reportó una mala calidad de vida, mientras que el 24% la percibió como buena. En lo que respecta a la calidad de apoyo social, el 56% la calificó como buena y el 13% como regular. En la dimensión de apoyo comunitario y servicios, el 54% la evaluó como mala, y el 13% como buena. En conclusión, la mayoría de los adultos mayores en el asentamiento humano "Chiclayito" manifestaron tener una mala calidad de vida (44%), seguida por una calidad regular (31%) y en menor proporción una calidad buena (25%) (13).

Morán, en Tumbes en el 2021, realizó una investigación con el objetivo de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Centro Poblado de Cañaverall. Los resultados del estudio indicaron que la mayoría de los adultos mayores en este grupo tenían una calidad de vida baja (63.3%), mientras que un 36.7% tenía un nivel de calidad de vida medio. Al considerar las dimensiones específicas de la calidad de vida, se encontró que, en términos de salud física, un 33.3% tenía una calidad de vida alta, media y baja. En la dimensión psicológica, el 60% tenía una calidad de vida alta, seguida por un 23.3% con calidad baja. En cuanto a las relaciones sociales, la calidad de vida era en su mayoría media (56.7%), con un 30% en el nivel alto. Finalmente, en la dimensión del medio ambiente, predominaba la calidad de vida media (40%),

seguida de la calidad baja (33.3%) y alta (26.7%). En conclusión, la mayoría de los adultos mayores en el Centro Poblado de Cañaveral tenían una calidad de vida mala, seguida de una calidad regular (19).

Montero, en Piura en el 2018, llevó a cabo una investigación titulada "Calidad de Vida en Residentes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud - Piura". El objetivo fue determinar la calidad de vida de los integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud en Piura. Según los hallazgos, se determinó que la edad promedio de los adultos mayores incluidos en el estudio era de aproximadamente 67.29 años, el grupo estaba compuesto en su mayoría por hombres (51.6%), provenientes de áreas urbanas (74.2%), estaban casados (62.9%), y tenían un nivel educativo de secundaria (37.1%). En lo que respecta a la calidad de vida, se encontró que la mayoría de los adultos mayores informó tener una calidad de vida alta (41.9%), seguida de una calidad de vida normal (30.6%), mientras que el 19.4% indicó tener una calidad de vida baja, y solo el 8.1% expresó tener una calidad de vida muy alta (8.1%). En conclusión, los resultados del estudio sugieren que, en la mayoría de los casos, la calidad de vida de los adultos mayores es percibida como alta (20).

1.2 Base teórica

Calidad de vida.

El concepto de Calidad de Vida (CDV) surgió en las ciencias médicas en la década de 1970. Antes de ese período, se habían identificado dimensiones relacionadas con la CDV, pero no se habían vinculado directamente a la calidad de vida. Estas dimensiones se incorporaron en la definición de OMS año 1949, que consideraba la salud como un estado de completo bienestar tanto psicológico como social. Posteriormente, se definió la Calidad de Vida como la experiencia individual de la vida en relación con la cultura, los valores, las metas y las expectativas.

Los autores de esta definición destacaron que la Calidad de Vida es un concepto amplio influenciado por factores como la salud física, el estado psicológico, la independencia, las relaciones sociales, creencias personales y la interacción con el entorno. (22).

Los intentos de definir la Calidad de Vida (CDV) de manera más precisa llevaron al desarrollo de una nueva concepción aplicable en las ciencias médicas, conocido como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Schipper y Col. lo definieron como "el impacto funcional de

la enfermedad y su tratamiento tal como es experimentado por el paciente". Definieron cuatro aspectos: estado físico, que abarca las sensaciones físicas y la capacidad motora; estado psicológico; situación social; y condiciones económicas (23). Estas cuatro dimensiones esenciales se Capítulo I: consideran suficientes para evaluar los componentes fundamentales de la CVRS. En un sentido más amplio, se refiere a la valoración subjetiva de la propia felicidad y satisfacción con la vida.

Aunque la calidad de vida es difícil de definir, suele tener un significado inherente para la mayoría de las personas, como la salud, vivienda adecuada, empleo, seguridad personal y familiar, relaciones interpersonales, educación y actividades de entretenimiento. En el ámbito del cuidado de la salud, se aplica a las áreas de la vida que están más afectadas por la salud o la enfermedad, lo que lleva al concepto de "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) (24).

La CVRS se define como "la medida en que una afección médica o su tratamiento afecta el bienestar físico, emocional y social habitual o esperado de una persona" (25). Esta definición incorpora dos aspectos clave de la calidad de vida: subjetividad y multidimensionalidad (26).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) refleja la valoración subjetiva del impacto de una enfermedad o su tratamiento. Debido a diferencias únicas en las expectativas y la capacidad para enfrentar la enfermedad, individuos con idéntico estado de salud objetivo pueden reportar una CVRS distinta (27).

La multidimensionalidad es otro aspecto, que se ilustra en el Sistema de Información de Medición de Resultados Informados por el Paciente, que se desarrolló con la colaboración de miles de pacientes, proveedores de atención médica, miembros de la población y revisión de la literatura. El marco se divide en tres componentes principales: salud física, mental y social, y cada uno de ellos engloba múltiples subcomponentes.

Calidad de vida

El término "Calidad de vida" (CDV) surgió en los Estados Unidos, originalmente relacionado con la posesión de bienes de consumo. En sus inicios, una buena calidad de vida se asociaba con la riqueza y la posesión de comodidades, era un concepto centrado en el "tener". A lo largo del

tiempo, su significado se desarrolló para incluir la complacencia con la vida, como la necesidades y aspiraciones personales, y adaptación del entorno. En resumen, la CDV evolucionó de un enfoque en el "tener" a un enfoque en el "ser", alta calidad de vida estaba mirada para los sanos.

En este proceso, se prestó atención a la evaluación de la calidad de vida, se definió como la valoración que un individuo hace de su propia situación de vida en un período de tiempo específico (21). En otras palabras, es la apreciación personal de un individuo sobre su vida en relación con factores externos e internos (su propio cuerpo).

La Calidad de Vida, entendida de manera integral, abarca elementos objetivos y subjetivos, tanto a nivel macro como micro, considerando la percepción de individuos y comunidades. Desde el enfoque ecológico, se define como multidimensional. La gerontología ambiental destaca la fuerte relación entre la calidad de vida de personas mayores y su entorno, haciendo hincapié en la importancia de prácticas espaciales. La relación entre recursos ambientales y bienestar apunta a la complementariedad de aspectos objetivos y subjetivos. Lawton identifica competencias conductuales, medio ambiente, bienestar psicológico y calidad de vida percibida como componentes clave en el estudio de las condiciones de vida de personas mayores, subrayando la importancia de la negociación continua en la construcción de identidad y bienestar (28).

Evaluación de la calidad de vida

Para evaluar CDV se basa en la clinimetría, que utiliza escalas de evaluación para medir síntomas y fenómenos clínicos (28). Esto se logra mediante cuestionarios de autoinforme del paciente, que se dividen en dos tipos: genéricos y específicos. Los cuestionarios genéricos son versátiles y ampliamente aplicables. Inicialmente diseñados para rastrear cambios en la enfermedad, evolucionaron para evaluar la experiencia subjetiva de la enfermedad y su impacto en aspectos psicológicos, sociales y físicos de la vida del paciente.

Se dispone de numerosos cuestionarios validados y confiables para evaluar la CVRS (29), que incluyen instrumentos genéricos de salud, enfermedad y aquellos específicos para ciertas condiciones. Estos cuestionarios comprenden la mayoría de las mediciones basadas en los reportes de los pacientes sobre los resultados de su salud.

A menudo, se emplean instrumentos que combinan ítems relacionados tanto con la salud general como con los síntomas específicos de enfermedades y tratamientos. Se centran principalmente en cuatro dimensiones de la calidad de vida: estado físico, bienestar psicológico, relaciones sociales y aptitud física, consideradas generalmente suficientes para describirla (31).

Sin embargo, algunos investigadores argumentan que los puntajes de estos cuestionarios no reflejan con precisión el nivel real de calidad de vida (22), debido a la falta de una definición precisa y aceptada universalmente en torno al concepto de calidad de vida. Argumentan que la calidad de vida está fuertemente influenciada por factores socioeconómicos, la esfera privada, la cultura y otros aspectos externos a la parte médica, pero reconocen que el concepto puede ser útil y que la investigación basada en él tiene ventajas.

La escala WHOQOL-BREF es una herramienta que ofrece un perfil de calidad de vida tal como es percibida por la persona. Es aplicable tanto a la población general como a pacientes. Si bien permite una puntuación rápida de las áreas exploradas, no permite la evaluación de aspectos específicos dentro de estas áreas.

Cuando los profesionales dialogan sobre la calidad de vida con los pacientes, cuidadores, personal de atención médica y responsables de políticas, es fundamental que eviten deliberadamente introducir prejuicios relacionados con la edad que puedan influir de manera negativa en la percepción del paciente acerca de lo que podría o debería ser la calidad de vida.

Por último, la evaluación de la calidad de vida en los pacientes puede resultar en una mejora en los resultados generales del tratamiento. Asimismo, puede llevar a una disminución de los costos sociales relacionados con el tratamiento, tanto a nivel individual como a nivel global, abarcando aspectos sociales y físicos de la vida de los pacientes.

Calidad de vida como indicador importante de la salud

En el ámbito de las ciencias médicas, la calidad de vida se utiliza para investigar las consecuencias de las enfermedades, relacionadas o no con la salud, y para evaluar los resultados médicos y no médicos de las intervenciones y de asistencia sanitaria. Forma parte del enfoque más amplio de la atención integral del individuo, que se centra en promover tanto la prolongación de la vida como la optimización del bienestar físico, psicológico y social. Esto es crucial debido a que, según la definición de la OMS, la salud no se limita sólo a la ausencia de

enfermedad o discapacidad, sino que incluye el bienestar general y la capacidad de actuar en diferentes roles sociales, adecuar a cambios del entorno y enfrentar desafíos.

La calidad de vida se relaciona con el agrado subjetivo que siente una persona en todos los aspectos de su vida, ya sea física, psicológica, social o espiritual. Cuando la salud se deteriora de manera irreversible y la movilidad se ve limitada, puede dar lugar a discapacidades en las actividades diarias, lo que impacta negativamente en la calidad de vida.

Evaluamos la calidad de vida relacionada con la salud para comprender el bienestar de pacientes individuales o grupos específicos y para valorar las ventajas y desventajas de procedimientos médicos concretos, proporcionando información valiosa sobre la salud de las personas, los aspectos psicosociales, permitiendo evaluar la efectividad de nuestras intervenciones terapéuticas (31).

Las autoevaluaciones de calidad de vida permite estimar el impacto de enfermedades crónicas en los costos de tratamiento, lo que racionaliza la gestión del sistema de salud y ahorra dinero al presupuesto estatal (32). El cuestionario WHOQoL-OLD se centra en cuatro dimensiones principales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y relaciones ambientales.

Calidad de vida y salud física

La calidad de vida en la dimensión de salud física se evalúa considerando actividades diarias, movilidad, dolor y trabajo. El dolor, en particular, afecta negativamente la eficacia de procesos cognitivos como la atención, memoria, percepción, lenguaje, procesamiento de información y praxis, además de dificultar la concentración. Esto se debe a que el dolor entra en conflicto con los procesos cognitivos, priorizando la atención hacia el dolor.

López S., señala que las personas que buscan tratamiento por problemas de dolor experimentan una disminución más pronunciada en su calidad de vida en relación con quienes buscan tratamiento por otros motivos, factores como la intensidad del dolor, no poder realizar actividades diarias, variaciones emocionales y pensamientos negativos influyen en la vida personal, familiar, laboral y social de las personas (33).

Suzanne, predijo que aquellos que no experimentaban dolor tenían una calidad de vida notablemente superior en comparación con aquellos que sí lo padecían. También observó que a medida que la duración del dolor aumentaba, la calidad de vida disminuía gradualmente. Además, destacó que el dolor afectivo penetrante tenía un impacto negativo en la calidad de vida. Se llevaron a cabo evaluaciones de las características psicométricas de la dimensión de dolor y malestar en las escalas WHOQOL y WHOQOL-100 (34).

Prevenir o tratar efectivamente el dolor tiene un gran impacto en la sociedad debido a que estos pacientes son los que más frecuentan el sistema de salud, lo que genera un alto costo económicos y sociales.

La identificación de la enfermedad subyacente que causa el dolor y su manejo adecuado son básicos para un tratamiento ideal del dolor. Reconocer cómo el dolor afecta la calidad de vida y la funcionalidad de la población adulta mayor es esencial para implementar medidas que mejoren su bienestar. Este estudio utilizó el cuestionario de calidad de vida para adultos mayores (WHOQoL-OLD) y el instrumento de autoeficacia para actividades cotidianas (AeRAC-Breve) y encontró una correlación positiva de magnitud pequeña entre ambos ($r = .363$, $p < .000$) (35).

La independencia, relacionada con la movilidad y las acciones cotidianas (AVD), es una dimensión crucial de la calidad de vida. La capacidad funcional permite a una persona realizar sus actividades de manera autónoma. Esto incluye factores intrínsecos y extrínsecos como el entorno y las interacciones sociales. Sin embargo, la capacidad funcional se evalúa cuantitativamente, es decir, lo que una persona puede o no puede hacer por sí misma (36).

La autoeficacia de una persona en su capacidad para llevar a cabo una tarea con éxito, desempeña un papel fundamental en la capacidad funcional. Aunque existe poca evidencia en la literatura sobre la relación entre capacidad funcional, autoeficacia en la realización de actividades diarias y calidad de vida en adultos mayores. (36). Es importante tener en cuenta que la percepción de la autoeficacia, la funcionalidad y la calidad de vida se ve influenciada por otros factores del entorno sociocultural, que podrían estar relacionados con la calidad de vida.

Calidad de vida y Salud psicológica

La salud psicológica y calidad de vida se evalúa considerando sentimientos positivos, memoria, autopercepción y aprendizaje. Las dificultades de salud mental pueden afectar negativamente en

la calidad de vida en general. Estas afectaciones varían entre los individuos y pueden cambiar a lo largo de la vida, ya que cada individuo percibe su entorno y experiencias de manera única. La relación entre salud mental y calidad de vida está influenciada por factores socioeconómicos, culturales, geográficos e históricos, como la economía, el empleo, la equidad, la cohesión social, la urbanización, las normas y los valores (38).

En el ámbito de la salud, se relaciona la calidad de vida con la salud (CVRS), que se enfoca en la salud individual considerando cuatro dimensiones: funcionamiento físico, sensación somática, funcionamiento social y funcionamiento psicológico (39). Este enfoque permite vislumbrar el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y evaluar la efectividad de los tratamientos desde la perspectiva del paciente.

Se reconoce que la CV influye en la salud mental y viceversa, y la presencia de trastornos mentales afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes y entorno, a menudo agravado por el estigma social y el autoestigma (40).

En la tercera edad, que comienza a los 65 años, el declive de las personas que conlleva adoptar cambios en el estilo de vida y la salud, lo que puede dar lugar a un mayor deterioro funcional. Sin embargo, una vida activa física, mental y socialmente puede retrasar este deterioro. Por lo tanto, el sistema de salud su objetivo no es solo prolongar la vida, sino dar mejor calidad de vida posible en los años restantes (41).

Calidad de vida y Relaciones sociales

En la dimensión de relaciones sociales, la calidad de vida se evalúa mediante: *vida sexual, relaciones interpersonales y apoyo social*.

Se ha observado que las relaciones sociales es muy significativo en la calidad de vida, y esta influencia varía en función del estado civil, la situación de vida, la frecuencia de contacto y el apoyo social como la familia, trabajadores sociales, vecinos y amigos, estudios revelan que las relaciones sociales afectan la calidad de vida, destacando como las relaciones familiares influyen positivamente cuando hay apoyo material y espiritual, participación en organizaciones para personas mayores enriquece la vida espiritual, aunque surgen preocupaciones de salud y

relaciones armoniosas con vecinos y amigos mejoran la calidad de vida mediante un mayor contacto social y el intercambio de conocimientos (42).

Las relaciones sociales y el apoyo social son fundamentales para el bienestar de las personas mayores, contribuyendo al empoderamiento y la percepción de calidad de vida, factores esenciales para un envejecimiento positivo (43). Desde un enfoque cuantitativo estructural, el apoyo social se mide por la cantidad y frecuencia de las relaciones en la red social del adulto mayor.

A medida que envejecen, las personas enfrentan desafíos de salud, y una red social adecuada que fomente la comunicación y las relaciones puede equilibrar la salud y la enfermedad (44).

Las relaciones sociales son importantes para un soporte social seguro y una percepción positiva de la calidad de vida en las personas mayores. Estas interacciones con sus grupos sociales permiten compartir experiencias y empatizar con otros en situaciones similares.

Según Luong et al., “Los adultos mayores suelen informar niveles más altos de satisfacción y emociones positivas en sus relaciones sociales en comparación con los adultos más jóvenes” (45). A pesar de las pérdidas en su red, muchos adultos mayores mantienen un número constante de confidentes cercanos y apoyo social a lo largo de su vida adulta. Con la edad, buscan relaciones más gratificantes y disuelven aquellas que no lo son, ya que tienen más libertad después de finalizar sus compromisos laborales y familiares.

En la actualidad los adultos mayores viven más tiempo, lo que impacta en sus relaciones sociales. Aunque sus redes sociales suelen disminuir con la edad, existe un potencial para ampliarlas en la vejez, por ello resulta necesario que las políticas de salud reconozcan el papel crucial de las redes sociales como apoyo en el cuidado y la salud de los adultos mayores (46).

Un adecuado apoyo social, familiar en adultos mayores significa mayor apoyo emocional y ayuda siendo necesaria para el manejo de enfermedades en esta etapa, como seguimiento de tratamientos y visitas al establecimiento de salud. El apoyo social se encuentra en tres áreas: la comunidad, las redes sociales y las relaciones personales, cada una desempeñando diversas funciones afectivas.

Calidad de vida y Relaciones ambientales

En la dimensión de relaciones ambientales, se evalúa la calidad de vida a través de actividades recreativas, libertad y seguridad, bienestar económico y atención médica. Las actividades recreativas en el adulto mayor se consideran una forma de mejorar su calidad de vida al promover el bienestar, la satisfacción y el entretenimiento. Ofrecer diversas y organizadas opciones de actividades sociales y recreativas puede ayudar a aprovechar el tiempo libre, especialmente en áreas geográficamente aisladas, donde las oportunidades de recreación pueden ser limitadas.

Funcionalidad familiar

El proceso de envejecimiento relaciona diversos aspectos, como la autonomía, la salud física, mental y psicosocial, la independencia económica y el apoyo familiar, entre otros. A medida que los miembros de la familia envejecen, experimentan cambios en su estructura, lo que puede afectar la funcionalidad familiar y tener repercusiones en las relaciones entre ellos (47).

Una familia puede ser clasificada como funcional o disfuncional, una familia funcional, se caracteriza por la presencia de aspectos emocionales y afectivos positivos. Los miembros de la familia abordan los conflictos y desafíos de manera conjunta, buscando la resolución y estabilidad emocional. Utilizan sus recursos de manera eficiente para lograr un entorno armonioso. En este sistema, se observa una distribución equitativa de roles y apoyo entre los miembros, así como el mantenimiento de relaciones tanto dentro como fuera de la familia. (48, 49).

El aumento de la esperanza de vida ha cambiado la estructura de las familias multigeneracionales; la supervivencia conjunta dentro y entre generaciones ha resultado en períodos prolongados de intercambios de apoyo (incluido el cuidado) y conexiones afectivas a lo largo de la vida. Al mismo tiempo, las relaciones en las familias que envejecen se han vuelto más fluidas y menos predecibles, ya que la reducción de la fertilidad y el aumento de las tasas de divorcio, nuevo matrimonio y formación de familias reconstituidas han alterado el micro contexto en el que funcionan las relaciones intergeneracionales, conyugales y entre hermanos lo que ha traído como consecuencia disminución del compromiso filial.

Complejidad emocional de las relaciones en familias que envejecen

En los últimos años, ha habido un mayor interés en comprender la complejidad de las relaciones familiares en el contexto del envejecimiento. Esto se ha centrado en las emociones conflictivas presentes en las relaciones intergeneracionales, los informes divergentes basados en las diferencias generacionales y los cambios en la calidad percibida de las relaciones matrimoniales.

Existe un aumento en la prestación de cuidados a los adultos mayores, ya que la esperanza de vida es mayor. El cuidado a personas mayores discapacitadas abarca una amplia variedad de tareas, como asistencia personal, actividades domésticas, preparación de comidas, gestión financiera, acompañamiento, organización y supervisión de actividades, así como coordinación de la atención médica (50).

Los cuidadores enfrentan cada vez más el dilema de equilibrar su participación en la fuerza laboral con sus deberes de cuidado, un factor estresante que tiende a afectar más a las mujeres que a los hombres. No es de extrañar que los cuidadores que trabajaban a tiempo completo proporcionaran menos cuidados y que los beneficiarios de los cuidados tuvieran un mayor riesgo de tener necesidades insatisfechas que otros cuidadores y beneficiarios. (51)

La prestación de cuidados se considera cada vez más como un esfuerzo de equipo, con múltiples familiares (y miembros ajenos a la familia) intercambiando y coordinando sus esfuerzos de atención. Aunque la estructura del cuidado es típicamente jerárquica, con un proveedor de atención principal que coordina los esfuerzos de los cuidadores subordinados, más de la mitad del personal de las redes de atención, incluido los cuidadores principales, cambió en la composición en un intervalo de 2 años, esta rotación aparentemente ayudó a evitar el agotamiento de los cuidadores. (52, 53)

Un sistema familiar disfuncional se distingue por su tendencia a ser excesivamente protector o controlador (54), lo que a menudo se traduce en una falta de respeto por la independencia de sus miembros. Esta dinámica dificulta la satisfacción de las necesidades de los miembros y afecta negativamente su capacidad para afrontar los desafíos y cumplir eficazmente sus roles en la familia. Esto incluye el compañerismo, la capacidad para mantener relaciones afectivas, adaptarse a situaciones cambiantes, resolver problemas y fomentar el desarrollo personal (48).

Por otro lado, se observa que prevalece la priorización de los intereses individuales en lugar de los intereses del grupo familiar en su conjunto. Esta inclinación hacia el individualismo crea un desequilibrio en el sistema familiar, lo que a su vez conduce a la desarmonía y contribuye al surgimiento de problemas patológicos y sentimientos de malestar entre los miembros de la familia. Además, esta dinámica perjudica la autonomía y la calidad de vida de las personas adultas mayores (55).

La prestación de cuidados al adulto mayor debe involucrar los aspectos individuales, familiares y comunitarios que forman parte de su rutina, ya que no tiene sentido considerar el envejecimiento de forma vertical, en la figura del individuo, sin concebir los cambios ocurridos durante el transcurso del mismo. todo el proceso de envejecimiento. (47) Surgen así nuevas necesidades de cuidados longitudinales para asegurar la CV de una población que envejece. (56)

Por lo tanto, encontrar estrategias que mejoren la calidad de vida en el proceso de envejecimiento se convierte en un desafío para la investigación en este campo. Se plantea la hipótesis de que la funcionalidad familiar está directamente vinculada a la calidad de vida de las personas mayores, lo que significa que aquellos que pertenecen a familias funcionales experimentan una mejor calidad de vida.

Evaluación de funcionalidad familiar

Los instrumentos de atención familiar integral nos dan una representación visual y esquemática de la familia y sus relaciones, lo que facilita una comprensión completa de las dinámicas familiares, incluyendo sus fortalezas, debilidades y evolución a lo largo del tiempo. Estos instrumentos son de gran utilidad en el diagnóstico médico familiar, ya que fomentan la comunicación y expresión de emociones entre el paciente y el profesional de la salud. Esto ayuda a comprender el contexto familiar y encontrar la mejor manera de brindar apoyo integral al paciente.

Además, estos instrumentos ayudan a evaluar el acatamiento de las funciones fundamentales de la familia y a comprender cómo la funcionalidad familiar puede influir en la salud y la enfermedad. En síntesis, desempeñan un papel esencial en la atención primaria y ambulatoria, contribuyendo al bienestar general de la salud y al enfoque integral en la atención primaria. Entre las herramientas más comunes se encuentran el APGAR familiar, el genograma, el ecomapa y el archivo familiar. En esta ocasión, nos centraremos en el APGAR familiar.

El APGAR familiar se encarga de evaluar cinco funciones fundamentales de la familia, consideradas las más cruciales por el autor. Estas funciones son las siguientes:

- Adaptación
- Participación
- Gradiente de recursos personales
- Afecto
- Recursos.

Las siglas del APGAR se relaciona con la inicial de la función familiar que se está evaluando. Cabe destacar que la validación inicial del APGAR familiar arrojó un índice de correlación de 0.80 en comparación con un instrumento previamente utilizado, el Índice de Función Familiar Pless-Satterwhite. Este instrumento consta de cinco elementos que se utilizan para evaluar la funcionalidad de la familia, abordando los siguientes aspectos:

Adaptación: En el contexto familiar se describe a la capacidad de una familia para utilizar recursos internos y externos con el fin de resolver problemas en situaciones de estrés o crisis. Según el modelo circunplejo, el tipo de sistema familiar resulta de la combinación de dos dimensiones: la adaptabilidad y la cohesión. Las familias equilibradas o adaptadas se considera que funcionan mejor que las familias que muestran extremos en estas dimensiones. En otras palabras, se cree que las familias que son muy rígidas o muy laxas en su adaptabilidad y cohesión pueden tener dificultades para enfrentar situaciones de estrés o cambios en el desarrollo familiar (57).

Es importante destacar que, aunque se sostiene que las familias balanceadas tienden a funcionar mejor, los sistemas familiares no balanceados no siempre son disfuncionales (58). En algunos casos, los sistemas no balanceados pueden funcionar adecuadamente, y los sistemas balanceados también pueden mostrar desequilibrios en situaciones de estrés. En resumen, la adaptación familiar es una habilidad fundamental para enfrentar las tensiones y cambios en el entorno familiar.

Participación: Se refiere a la cooperación y la implicancia de los miembros de la familia en la toma de decisiones y las responsabilidades relacionadas con el funcionamiento de la familia. Implica la satisfacción de los miembros con la participación que se les brinda y que les permite contribuir a la vida familiar. La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo de

habilidades sociales, valores, derechos, deberes y roles, que no son innatos ni genéticamente predeterminados (59). En una familia funcional, se fomenta el crecimiento y desarrollo de cada miembro con respeto por su autonomía y espacio individual. En contraste, en una familia disfuncional, pueden surgir problemas de comunicación, autoestima y toma de decisiones.

Gradiente de Recursos: Se refiere al desarrollo de la madurez física, emocional y autorrealización de los miembros de una familia, impulsado por el apoyo y asesoramiento mutuo. En el cuestionario APGAR, se evalúa cómo cada miembro de la familia se siente con respecto a su propio crecimiento personal y autorrealización, especialmente en términos de cómo la familia apoya sus deseos de emprender nuevas actividades (60).

Este concepto destaca el crecimiento y desarrollo individual, influenciado por el apoyo y la orientación proporcionados por la familia. La familia desempeña un papel crucial en el desarrollo cognitivo, conductual y emocional de sus miembros, lo que les permite enfrentar eficazmente situaciones estresantes o crisis (61). La importancia del "Gradiente de Recursos" radica en su contribución al equilibrio emocional y la consolidación de la autoconfianza. Este progreso se logra gracias al apoyo y respaldo de la familia en momentos desafiantes, lo que es esencial para un desarrollo óptimo, tanto a nivel emocional como físico.

Afectividad: Se refiere a la relación de cariño y amor presente entre los miembros de una familia. En la escala de evaluación, se plantea la satisfacción con la forma en que la familia expresa afectos y responde a las emociones, como la rabia, la tristeza y el amor.

Este concepto se define como el vínculo de amor y afecto existente entre los individuos que componen una familia. En este entorno, los miembros desarrollan relaciones afectivas y lazos de afecto, lo que fomenta la intimidad y el compromiso dentro del sistema familiar. (61).

La dimensión de la afectividad abarca aspectos como la cohesión, la expresividad, el apoyo y la profundidad de las relaciones familiares. La cohesión se relaciona con el grado en que los miembros de la familia establecen lazos cercanos y comparten apoyo mutuo. La expresividad se refiere a la capacidad de los miembros para expresar emociones de manera abierta y libre. El apoyo se centra en la percepción de cómo se ayuda mutuamente en la familia, y la profundidad se relaciona con la intensidad de las relaciones familiares en situaciones de conflicto. La adecuada expresión de afecto en el funcionamiento familiar permite a sus miembros desarrollar

sus capacidades de manera óptima y proporciona recursos para afrontar diversas situaciones en la vida diaria (62).

Recursos o capacidad resolutive: Se refieren a la responsabilidad de atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, lo que generalmente implica compartir ingresos y espacios. En el instrumento de evaluación, se plantea la satisfacción con aspectos como compartir tiempo juntos, espacios en la casa y dinero en la familia.

Esta capacidad resolutive es el compromiso de asignar tiempo para atender las necesidades emocionales y físicas de los miembros de la familia, incluyendo la colaboración en el uso de espacios y recursos económicos. Esta dimensión actúa como un mediador en el entorno familiar, permitiendo una adaptación adecuada y brindando a los miembros de la familia la capacidad de manejar situaciones conflictivas o de crisis. Como resultado, fomenta la formación de habilidades de resolución y toma de decisiones en un contexto de ajuste y cambio, proporcionando herramientas de adaptación a diferentes transiciones a lo largo del ciclo de vida familiar (61).

Estos cinco elementos revisten gran importancia, ya que se aplican a través de la amplia gama de tipologías familiares, que pueden variar en función de su estructura, desarrollo, integración o características demográficas.

Adulto mayor

Según la OMS, los adultos mayores son aquellos que tienen 60 años o más y están en la etapa de la vejez, la cual se define como el resultado de factores sociales y biográficos en la última etapa de la vida, incluyendo los últimos años. Durante este período, los adultos mayores experimentan cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, a menudo con la pérdida de capacidades y funciones. Estos cambios están relacionados en gran medida con las decisiones y acciones que tomaron a lo largo de su vida (63)

Según el Ministerio de Salud, el concepto de adulto mayor hace referencia a todo peruano con 60 años a más. Esto es respaldado por la Ley N°30490 Ley de la persona adulta mayor , establecida el 27 de julio del 2021 y promulgada por el Ministerio de la mujer y Poblaciones Vulnerables, dicha ley cuenta con 6 títulos, 25 capítulos, 8 subcapítulos, 159 artículos y con un anexo, siendo realizada con la finalidad de generar una normativa que respalde los derechos de

este grupo etario y mejorar su calidad y su integración en el desarrollo de las actividades económicas, sociales, políticas y culturales de la nación. (64)

A su vez, la persona adulta mayor, es definido según la categoría a la que se clasifica, con la finalidad de brindarle los cuidados oportunos e individualizados y reforzar la calidad de vida en ellos. Estas categorías son establecidas por el personal de salud durante la primera cita y es considerado como un pilar importante para el Plan de Atención Integral de Salud. Las categorías están divididas en cuatro, las cuales son: persona adulta mayor activa saludable, persona adulta mayor enferma, persona adulta mayor frágil y paciente geriátrico complejo. (65)

- Persona adulta mayor activa saludable: es definida como la persona sin antecedentes de riesgo, sin presencia de signos o síntomas asociadas a enfermedades agudas, subagudas o crónicas y que dentro de su examen físico no se encontraron ningunas alteraciones. El objetivo principal de esta categoría es brindar cuidado de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (65)
- Persona adulta mayor enferma: Es aquella que padece una afección de salud, ya sea aguda, subaguda o crónica, pero que aún puede llevar a cabo sus actividades diarias sin estar incapacitada. No se clasifica como una persona adulta frágil ni como un paciente geriátrico complejo. El objetivo principal para esta categoría es proporcionar atención médica para tratar la afección, realizar rehabilitación cuando sea necesaria y llevar a cabo actividades preventivas y promocionales de salud. Según la gravedad de la afección, el adulto mayor puede recibir atención en un centro de salud o ser derivado a un establecimiento de salud de mayor complejidad (65).
- Persona adulta mayor frágil: Es aquella que cumple con dos o más de los siguientes criterios:
 - Tiene 80 años o más.
 - Experimenta cierto grado de dependencia en sus actividades diarias.
 - Muestra signos de deterioro cognitivo, que pueden ser leves o moderados.
 - Presenta manifestaciones de depresión.
 - Se encuentra en situación de riesgo social.
 - Experimenta caídas, ya sea una al mes o varias durante un año.
 - Padece pluripatología, es decir, tiene tres o más enfermedades crónicas.

- Sigue un régimen de polifarmacia, utilizando tres o más medicamentos para tratar enfermedades crónicas durante más de 6 semanas.
 - Ha sido hospitalizado en el último año.
 - Su índice de masa corporal (IMC) es inferior a 23 o superior a 28.
- Paciente geriátrico complejo: es aquel que cumple con tres o más de los siguientes criterios:
- Tiene 80 años o más.
 - Padece pluripatología, lo que significa que tiene tres o más enfermedades crónicas.
 - Las enfermedades que enfrenta le generan una dependencia total, es decir, lo incapacitan en gran medida.
 - Sufre de deterioro cognitivo severo.
 - Enfrenta problemas sociales significativos.
 - Se encuentra en una fase avanzada de su enfermedad o condición (65).

Teorías de enfermería en que se fundamenta la investigación.

Este trabajo de investigación se basa en las teorías de Nola Pender y Madeleine Leininger y se centra en la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores. Se considera que la calidad de vida está influenciada por factores intrínsecos y extrínsecos, así como por la atención de enfermería adaptada a las características de esta población.

La Promoción de la Salud se define como el empoderamiento de individuos y comunidades en la formulación de políticas públicas que mejoren la calidad de vida. Este enfoque abarca la creación de entornos saludables en varios aspectos, como la familia, el trabajo y el ocio, además de fortalecer las redes sociales que brindan apoyo. La Promoción de la Salud está intrínsecamente relacionada con la calidad de vida, que incluye aspectos como las relaciones interpersonales y la armonía con el entorno. En este contexto, las enfermeras desempeñan un papel esencial al brindar cuidados tanto en situaciones de salud como de enfermedad. En el sistema de salud, la enfermería se convierte en un actor estratégico, liderando equipos que facilitan la interacción con los pacientes y mejoran su calidad de vida. Este enfoque destaca el papel de la enfermería en la Promoción de la Salud y su impacto en la calidad de vida de las personas (66).

Madeleine Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, que se basa en la idea de que las personas de culturas diferentes pueden guiar a los profesionales de la salud para recibir los cuidados más adecuados. La cultura influye en las decisiones de las personas, y esta teoría ayuda a las enfermeras a comprender el mundo del paciente desde su perspectiva émic (perspectiva del paciente) y adoptar acciones coherentes con sus modos culturales, combinando esta comprensión con un conocimiento profesional. Esta teoría es integral, considerando la totalidad de la vida humana y factores culturales sociales, la historia, los valores, el entorno y el lenguaje. Puede ser inductiva o deductiva, derivándose de conocimientos émic y étic y aplicarse en contextos holísticos o en dominios específicos.

En el modelo de enfermería transcultural de Leininger, el respeto a los valores y la cultura de cada individuo es fundamental. La relación enfermera-paciente se vuelve más efectiva cuando se basa en el respeto mutuo. Estas ideas son especialmente importantes en entornos multiculturales, donde los pacientes tienen diferentes percepciones del mundo y comportamientos. La elección de un modelo de cuidados se basa en estos principios, y se combina con los postulados de Leininger para desarrollar un modelo de cuidados personalizado (67).

Ante lo mencionado, el cuidado integral del adulto mayor se enfoca en mejorar su bienestar y calidad de vida a través de una atención preventiva en tres niveles. Las teorías como el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que considera factores biológicos, individuales y sociales que influyen en el comportamiento humano, y la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, que se centra en la enfermería cultural holística, respaldan la atención de enfermería. Estos enfoques permiten brindar una atención empática y culturalmente adecuada para personas de diversas culturas, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores.

1.3 Bases conceptuales.

Funcionalidad familiar: Conglomerado de acciones, hechos, vivencias que forman un vínculo familiar y relacionan a cada miembro de dicha familia.

- Adaptación: Apoyo que brinda la familia hacia un miembro, para poder sobrellevar los obstáculos que se presentan a lo largo de la vida, utilizando medios intra y extra familiares.

- Participación: Capacidad de la persona para poder involucrarse en la toma de decisiones y responsabilidades de la familia, manifestando su opinión de manera, comodidad, libre y sintiéndose escuchado al compartir una experiencia agradable o desagradable.
 - Crecimiento: Capacidad que llegan a alcanzar un miembro de la familia al sentir unión, apoyo y asesoramiento por cada uno de ellos, frente a un deseo o meta que desea alcanzar.
 - Afectividad: Sentimientos positivos y negativos expresados por parte de la familia, como, por ejemplo: alegría, tristeza, miedo, enojo, etc., y que son aceptados como identidad de cada persona.
- Capacidad resolutive: Conjunto de acciones que acuerda la familia para poder permanecer unidos, que involucra tiempo y espacios para realizar actividades juntos, así como también aspectos económicos para poder solventar los gastos que se presente.

Calidad de vida: Percepción del individuo respecto a sus logros establecidos, así como también al grado de satisfacción de sí mismo.

- Salud física: Aspectos referidos al estado de salud desde un punto biológico, abarcando la realización de las actividades de la vida diaria del adulto mayor.
- Salud psicológica: Estado de salud referido al bienestar mental de la persona, y que incluye la satisfacción de la apariencia e imagen corporal, sentimientos, pensamientos, memoria y el grado de concentración que presenta.
- Relaciones sociales: Interacción que tiene el individuo con la sociedad, el apoyo social, que permite afrontar problemas y establecer el rol con la sociedad.
- Relaciones ambientales: Aspecto específicos de parte del individuo y su entorno, que comprende factores físicos como el ambiente y oportunidades de recreación, así como calidad al sistema sanitario y ambiente del propio hogar.

Adulto mayor: Individuo de 60 años a más, que está atravesando la última etapa de vida conocida como la vejez, en donde experimenta la pérdida progresiva de sus capacidades y funciones tanto físicas, mentales y sociales, resultado de sus hábitos y estilos saludables a lo largo de su vida.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.

2.1 Diseño de contrastación de hipótesis / Procedimiento.

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, porque a través de los resultados estadísticos se comprueba una hipótesis y analiza los datos con la finalidad de probar el comportamiento de dichas variables.

Diseño no experimental pues no hubo manipulación de las variables, descriptivo transversal por que se midió las variables en un solo momento y de tipo correlacional por que se buscó determinar la relación entre las variables sujeto a estudio (68).

2.2 Población y muestra y muestreo

Población conformada por 4471 adultos mayores pertenecientes al Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura.

Muestra

$$n: 200$$
$$N * Z$$
$$n = \frac{\frac{\alpha^2 * S^2}{1 - \frac{\alpha^2}{2}}}{d^2 * (N - 1) + Z \frac{\alpha^2 * S^2}{1 - \frac{\alpha^2}{2}}} \quad n = \frac{4471 * 1.812^2 * 1.100^2}{0.110^2 * (4471 - 1) + 1.812^2 * 1.100^2}$$

Muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia a partir del cual se seleccionaron a los 200 adultos mayores que acuden al Centro Médico Castilla - EsSalud, y que cumplan con los criterios de inclusión.

Unidad de análisis

Adultos mayores que acuden al Centro Médico Castilla - EsSalud - 2023.

Criterio de inclusión:

- Paciente adulto mayor adscrito al Centro Médico Castilla – EsSALUD, Piura.

- Paciente adulto mayor cuya edad sea de 60 a más años de edad
- Paciente que se encuentren en espera de atención en el Programa del Adulto Mayor ó en consulta externa
- Pacientes que desean participar voluntariamente de la investigación y firmen el consentimiento informado.

Criterio de exclusión:

- Pacientes adulto mayor con dificultades para escuchar y comunicarse.
- Adulto mayor con problemas mentales o no sea consciente de sus actos y palabras
- Adultos mayores que no completaron en su totalidad los cuestionarios.

2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica

En la presente investigación se utilizó como técnica la encuesta con preguntas específicas sobre la funcionalidad familiar y calidad de vida en los adultos mayores del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023.

Instrumento

El instrumento que se usó fue el cuestionario, siendo el Test del Apgar familiar y el Cuestionario WHOQOL-BRE.

1.- Test del Apgar familiar

El primer cuestionario Test del Apgar familiar midió la funcionalidad familiar, este test fue elaborado por el Dr. Gabriel Smilksein, en la Universidad de Washington en EE. UU, en el año 1978. Así mismo, la confiabilidad se estableció usando el Alfa de Cronbach dando como resultado 0.953 siendo catalogado como un instrumento fiable y satisfactorio (16). Para la validación del instrumento se consideró lo mencionado por Suárez y Alcalá (2014) en su investigación, estableciendo una validez de 0.71 y 0.83, pudiendo ser un cuestionario aplicado en diferentes contextos y realidades. (60)

Este instrumento es de tipo escalar, el cual presenta en su primera parte datos generales, seguido de 5 preguntas que contemplan 5 dimensiones, las cuales son: adaptación pregunta 1, participación pregunta 2, gradiente de recurso pregunta 3, afectividad pregunta 4 y capacidad resolutive pregunta 5 que consta de 3 preguntas estas se suman y se calcula el promedio, para ser sumando con las 4 preguntas anteriores.

Cada ítem tiene una puntuación, siendo:

Nunca: 0; Casi nunca: 1; Algunas veces: 2; Casi siempre: 3; Siempre: 4

Para la interpretación de los resultados acerca de la funcionalidad familiar se sumarán los puntajes del ítem 1 al 4, y en el ítem 5 se sumará y sacará el promedio, para posteriormente ser sumando. Los resultados se clasificarán en:

| Funcionalidad familiar | Valoración |
|------------------------|-------------------|
| Normal | 17 a 20 |
| Disfunción leve | 13 a 16 |
| Disfunción moderada | 10 a 12 |
| Disfunción severa | Menor o igual a 9 |

Este instrumento fue utilizado en las investigaciones de: Aguilar y Cruz (17), Martínez (15), Condezo y Quispe (16).

2.- Cuestionario WHOQOL-BREF

El segundo instrumento será el Cuestionario WHOQOL-BREF que medirá la calidad de vida del adulto mayor, este cuestionario fue creado por la Organización Mundial de la Salud, entre los años 90 y 99 y utilizado en diversos estudios. Dicho instrumento presentó una confiabilidad aceptable evaluada mediante el alfa de Cronbach siendo el resultado 0.971 en su totalidad, por lo que se concluye que es un instrumento válido y fiable. (16) Además, es validado por la investigadora Chutipa y Zamora (2020), quien obtuvo un resultado de 0.81 en el Alfa de Cronbach. (69)

Este cuestionario está conformado por 26 preguntas, dividido en 5 dimensiones las cuales son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y relaciones ambientales. Cada pregunta tiene una puntuación del 1 al 5 dependiendo la alternativa establecida para cada dimensión.

- Dimensión Salud Física Pregunta...3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
- Dimensión Salud Psicológica Pregunta ...5, 6, 7, 11, 19, 26
- Dimensión Relaciones Sociales Pregunta ...20, 21, 22
- Dimensión Relaciones Ambientales Pregunta.....8, 9, 12,13, 14, 23, 24, 25

Para la interpretación de los resultados acerca de la calidad de vida, se clasificará en:

| Calidad de vida | Valoración |
|-----------------|--------------------|
| Baja | Igual o menor a 47 |
| Moderada | 48 a 73 |
| Alta | Mayor a 74 |

Este instrumento fue utilizado en las siguientes investigaciones: Segarra (7), Aguilar y Cruz (17), Condezo y Quispe (16).

Previo a la aplicación de los instrumentos para llevar a cabo este trabajo de investigación en el Centro de Salud de Castilla, se siguieron los procedimientos administrativos con la aprobación del Director.

La recopilación de datos se realizó durante los meses de junio y julio de 2023, donde se administraron dos instrumentos: el Test del Apgar familiar y el Cuestionario WHOQOLBREF. Estos instrumentos presentan una alta y muy alta confiabilidad. Se recopilieron respuestas de 200 adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión.

Una vez obtenido el permiso se identificaron a los adultos mayores para explicar el propósito del estudio y obtener el consentimiento informado para luego proceder a recopilar las respuestas a las preguntas de los instrumentos

2.4 Método de procesamiento de la información

Los resultados obtenidos se digitalizaron a través del programa SPSS versión 22. El análisis estadístico específico la descripción de las variables categóricas, sus frecuencias y porcentajes, así mismo se presenta a través de cuadros y gráficos. Para conocer si existe correlación entre la

funcionalidad familiar y la calidad de vida se usó la prueba de Pearson. Además, también se utilizará la prueba de chi cuadrado de Pearson

2.5 Principios éticos

Durante el presente trabajo fue asumido el compromiso de respetar, cumplir y aplicar los principios éticos que son parte fundamental de la profesión de Enfermería y que están inmersos en el presente estudio, las investigadoras garantizaron los derechos a los adultos mayores de estudio a través de los principios emitidos por el DS N°011-2011.

- Principio de respeto a la dignidad humana donde los sujetos de estudio es decir los adultos mayores fueron respetados por la dignidad que poseen y no tratados como objetos, valorados como seres únicos individual y social, la investigadora informo que se mantendrá el anonimato y no se divulgará la información proporcionada
- Principio de autonomía y responsabilidad personal: respetando la participación de los adultos mayores en el estudio de investigación mediante el consentimiento informado e informándoles el objetivo de la investigación. (71)
- Principio igualdad, justicia y equidad considerando a los adultos mayores a todos por igual respetando sus limitaciones y con trato justo,
- Confidencialidad: aspecto ético que impide divulgar alguna información que intercamia la persona con el profesional de salud en el momento de consulta, además es derecho reconocido por la ley que respalda al paciente. (72)

En este estudio se aplicó este principio pues los datos recolectados fueron anónimos velando por la protección de la identidad del adulto mayor, además se tuvo una buena relación en todo momento.

CAPITULO III: RESULTADOS

Tabla 01. Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023

| Funcionalidad Familiar | Calidad de vida | | | | | | Total | |
|------------------------|-----------------|------|----------|------|------|-----|-------|-------|
| | Alta | | Moderada | | Baja | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Disfunción severa | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 10 | 5.0 | 10 | 5.0 |
| Disfunción moderada | 0 | 0.0 | 19 | 9.5 | 0 | 0.0 | 19 | 9.5 |
| Disfunción leve | 36 | 18.0 | 62 | 31.0 | 2 | 1.0 | 100 | 50.0 |
| Normal | 43 | 21.5 | 26 | 13.0 | 2 | 1.0 | 71 | 35.5 |
| Total | 79 | 39.5 | 107 | 53.5 | 14 | 7.0 | 200 | 100.0 |

Fuente: Test de Apgar familiar - Funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores del Centro Médico Castilla – EsSalud – Piura 2023.

Al analizar la relación entre la variable funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores, se evidencia que entre aquellos que presentan funcionalidad familiar normal (35.5%), la mayoría presentan calidad de vida alta (21.5%), seguido de una calidad moderada (13.0%), sin embargo del grupo que presentan disfunción leve (50.0%), el 31.0% presentan calidad moderada, seguido del 18.0% que presentan calidad de vida alta, de los que presentan disfunción moderada todos (9.5%) presentan calidad de vida moderada y entre los que refieren tener disfunción severa, también todos (5.0%) tienen una calidad de vida baja.

Tabla 02. Grado de funcionalidad familiar del adulto mayor del Centro Médico Castilla

- EsSalud - Piura 2023

| Funcionalidad familiar | N° | % |
|------------------------|-----|-------|
| Normal | 71 | 35.5 |
| Disfunción leve | 100 | 50.0 |
| Disfunción moderada | 19 | 9.5 |
| Disfunción severa | 10 | 5.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

Fuente: Test de Apgar familiar - Funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores del Centro Médico Castilla – EsSalud – Piura 2023.

En cuanto a la funcionalidad familiar de los adultos mayores que se atienden en el Centro Médico Castilla, el 50.0% de los mismos presentan disfunción leve, seguido de un 9.5% de ellos que muestran disfunción moderada y un 5.0% disfunción severa. Así mismo el 35.5% de los mismos presentan funcionalidad familiar normal.

Tabla 03. Calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023

| Calidad de vida. | N° | % |
|------------------|-----|-------|
| Calidad Alta | 79 | 39.5 |
| Calidad Moderada | 107 | 53.5 |
| Calidad Baja | 14 | 7.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

Fuente: Test de Apgar familiar - Funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores del Centro Médico Castilla – EsSalud – Piura 2023.

En lo que concierne a la medición de la calidad, un 53.5% de los adultos mayores manifestaron que tienen un nivel de calidad moderada, mientras que un 39.5% indicaron un nivel de calidad alta, y solamente un 7.0% presentan un nivel de calidad baja.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN.

El objetivo principal fue establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro Médico Castilla - EsSalud – Piura.

Este informe, se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de los datos, resaltando los valores más significativos. Se comparan estos resultados con investigaciones previas, identificando similitudes y diferencias, y se fundamentan los hallazgos según los conceptos pertinentes.

En cuanto al objetivo general fue establecer **la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023**, podemos mencionar que la calidad de vida de las personas mayores está influenciada por factores como la salud física, el estado psicológico; es decir que el adulto mayor tenga bienestar cognitivo y bienestar afectivo, cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto. Esto implica ayudarles a alcanzar sus metas y permitirles expresarse libremente y tomar decisiones en todos los aspectos que les conciernen. Por otro lado, para la familia, implica proporcionarles, en la medida de lo posible, comida, ropa, vivienda e higiene (73).

La sensación de bienestar y autonomía en las personas mayores no se limita a aspectos físicos, sino que también está profundamente ligada a la estabilidad y comunicación en la familia, transmitida entre generaciones. Este apoyo familiar se considera crucial para preservar la salud mental y física de los mayores ya que la falta de apoyo social, especialmente de la familia directa, puede tener un impacto negativo en la disposición de las personas mayores hacia la vida. Actualmente, existen herramientas como el Apgar Familiar, la escala de Whoqol-Bref, que evalúan el funcionamiento familiar, la calidad de vida y la capacidad para llevar a cabo actividades diarias (74).

En el presente estudio del 50.0% de adultos mayores que presentan disfunción leve, la mayor proporción (31.0%) tiene un nivel de calidad de vida moderada, seguida del nivel de calidad alta y baja. Así mismo del 9.5% de adultos que presentan disfunción familiar moderada la totalidad de los mismos (9.5%) presentan calidad de vida moderada. Y del 5% que presentan disfunción familiar severa, la totalidad de los mismos (5%) presentan un nivel de calidad de vida baja. (Tabla ° 01).

Para determinar la relación entre las variables sujeto a estudio se utilizó prueba de Chi Cuadrado, obteniéndose un valor p es 0,000 menos que 0,05, lo que indica una correlación positiva significativa. Por lo tanto, se puede concluir que la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Médico de Castilla guardan relación, por lo se puede afirmar que el deterioro funcional afecta la calidad de vida, puesto que, a mayor dependencia, menor será el nivel de calidad de vida.

Estos resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos de todos los antecedentes considerados para el presente estudio, como es el estudio de Condezo y Quispe (16), se encontró que, entre aquellos adultos mayores con una disfuncionalidad familiar severa, el 31.3% presentaba una calidad de vida moderada, el 18.8% tenía una calidad de vida baja y solo el 1.6% de una calidad de vida alta. Dentro del grupo con disfuncionalidad familiar leve(28.1%), el 15.6% tenía una calidad de vida moderada y el 12.5% una calidad de vida alta. Mientras que en el grupo con disfuncionalidad familiar moderada (14.1%), el 9.4% tenía una calidad de vida moderada y el 4.7% una calidad de vida alta. Para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores, se aplicó la prueba de correlación de Pearson, que arrojó un coeficiente de 0.721, lo cual indica una correlación significativa entre ambas variables, concluyendo que ha mayor funcionalidad familiar, mayor calidad de vida.

Así mismo en su investigación, Aguilar K., y Cruz A. (17) identificaron en su estudio que, si existe una relación directa de magnitud pequeña entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en Huamachuco, esta relación se manifestó con un coeficiente de correlación (r_s) de 0.28, su estudio concluyó que la funcionalidad familiar está estrechamente relacionada con la calidad de vida de los adultos mayores. Esto se debe a que cuando un adulto mayor cuenta con una familia funcional, se siente apoyado, querido y le dan el un buen trato. Esto, a su vez, contribuye a una mejor calidad de vida para ellos, permitiéndoles sentirse valiosos tanto en su hogar como en la sociedad.

En su investigación, Castillo C. (75), encontró que, del grupo de adultos mayores con disfunción familiar moderada, el 80.8% tenía un nivel de calidad de vida medio, mientras que el 19.2% tenía una calidad de vida baja. Sin embargo, en aquellos con disfunción familiar leve (10), el 80.0% presentaba una calidad de vida medio, y el 20.0% tenía un nivel de calidad de vida bajo. En cuanto a los adultos mayores con disfunción familiar severa (8), el 62.5% tenía una calidad de vida medio,

y el 37.5% una calidad de vida baja. En contraste, dentro del grupo que tenía una buena funcionalidad familiar (46), el 52.2% tenía una calidad de vida baja, mientras que el 47.8% tenía una calidad de vida medio. Al analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida, se calculó un valor de X^2 igual a 9.205, con un valor P de 0.027. En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula, lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en adultos mayores.

Altamirano V. (76), respecto a la funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores, menciona que la funcionalidad del adulto mayor si estrechamente relacionada con su funcionalidad, ya que sostiene que cuando un anciano forma parte de una familia funcional, experimenta sentimientos de amor y apoyo (es escuchado), lo que puede influir positivamente en su entorno. En su mayoría, los adultos mayores buscan mantener su independencia y participan en actividades que les ayudan a preservar sus capacidades cognitivas y una de las principales razones de la disfuncionalidad familiar en este grupo de edad es la falta de comunicación y la sensación de no sentirse útil en su hogar, lo que puede llevar al aislamiento social, un deterioro en su bienestar emocional y la pérdida de su capacidad de tomar decisiones por sí mismos.

Por lo mencionado, se puede concluir que en el Centro médico de Castilla – EsSALUD – Piura, a mayor grado de funcionalidad familiar mayor calidad de vida existiendo una relación directa entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida, aunque esta última se ve influenciada por la presencia de enfermedades crónica degenerativas, especialmente en los adultos mayores del estudio presentaron problemas osteomusculares, articulares lo que significa mayor dependencia, afectando la dinámica familiar. En este contexto, la familia y entorno social tienen un papel protector en la calidad de vida del adulto mayor. Observando en el estudio que la dependencia funcional predomina en los adultos mayores, evidenciándose que a mayor edad, mayor grado de dependencia funcional, esto debido a que van perdiendo sus capacidades para lograr efectuar sus actividades de la vida diaria de manera autónoma, de igual manera, ésta se ve afectada ante la presencia de enfermedades crónicas y las actividades en las que los adultos mayores presentan mayor independencia son las actividades básicas de la vida diaria en comparación con las actividades instrumentales de la vida diaria, las cuales representan mayor dificultad para este grupo poblacional.

Teniendo en cuenta el primer objetivo específico que fue el de **determinar el grado de funcionalidad familiar del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023**, se menciona lo siguiente:

Respecto a la funcionalidad familiar de los Adultos Mayores, el 50.0% tiene una disfuncionalidad leve, seguido del 9.5% con disfuncionalidad moderada y solo el 5.0% disfuncionalidad severa. Así mismo el 35.5% tiene funcionalidad familiar normal. (Tabla N°02).

Esta información se asemeja a lo mencionado por Condezo Y., Quispe P. (Huancayo – 2022) (16) en su estudio sobre relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca, quienes encontraron que el 28.1% tenía una disfunción familiar leve, 14.10% disfunción familiar moderada, 31.3% disfuncionalidad severa, y solo el 26.6% funcionalidad familiar normal. Por otro lado, Castillo C. (Lima - 2022) (75) en su estudio sobre funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores que acuden a un establecimiento de atención primaria, Comas, sus resultados reportan que el 11.1% tenía una disfunción familiar leve, 28.9% disfunción familiar moderada, 8.9% disfuncionalidad severa, y solo el 51.1% funcionalidad familiar normal.

Por el contrario, estos resultados difieren de la investigación realizada por Aguilar K., Cruz A. (Trujillo – 2022) (17) en su estudio sobre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro integral de Atención al Adulto Mayor, obtuvo un resultado diferente, mostró que el 52.0% tenía una disfunción familiar leve, 21.0% disfunción familiar moderada, 11% disfuncionalidad grave, y solo el 16.0% funcionalidad familiar normal. Mientras tanto, los resultados encontrados por Valles R., Zumaeta K. (Iquitos – 2019) (77) muestran que el 30.3% tenía una disfunción familiar leve, 45.46% disfunción familiar moderada, 9.9% disfuncionalidad severa ó grave, y solo el 15.15% funcionalidad familiar normal

El concepto de funcionalidad se puede describir como la habilidad de las personas mayores para llevar a cabo las diversas actividades cotidianas, tanto básicas como instrumentales, de forma independiente, sin necesidad de asistencia externa. (4)

Ortega et al. (78) destaca la importancia de la familia como la unidad básica de la sociedad y constituye un pilar fundamental para los adultos mayores, proporcionando cuidado, apoyo económico y emocional, así mismo se constituye como una red de apoyo más potente y eficaz en la vida social y, especialmente, en cuestiones de salud, incluyendo la enfermedad y la recuperación. La cercanía de la familia la convierte en un factor determinante para la salud física y mental de las personas mayores, y las relaciones familiares satisfactorias contribuyen al bienestar

de todos los miembros. A medida que la población envejece y más personas enfrentan enfermedades crónicas y discapacidades, la demanda de cuidados aumenta, lo que puede afectar las dinámicas familiares, entendiéndose por funcionalidad familiar al conjunto de relaciones interpersonales que se generan al interior de cada familia y que le confiere una identidad propia a cada integrante. Además, la percepción positiva de la salud tiende a disminuir con la edad, y varios factores influyen en esta percepción, que refleja la valoración individual de la salud general de una persona y su relación con la presencia de enfermedades.

Ante lo expuesto se debe precisar que las familias disfuncionales muestran comportamientos donde no son capaces de valorar a cada uno de sus miembros, el adulto mayor del Centro Médico Castilla, El adulto mayor requiere comprensión por parte de sus familiares para afrontar los cambios en el ámbito físico, emocional, psicológico y social que provoca el envejecimiento. Por tanto, el entorno familiar encontrado en el estudio es considerado desfavorable para el adulto mayor ya que conlleva al desequilibrio emocional, por falta de socialización, empatía y solidaridad; esto hace que el adulto mayor sea más frágil a tantas enfermedades, y que al final como resultado sea la muerte. Los resultados obtenidos evidencian que el adulto mayor no tiene una interacción y participación frecuente con su familia, ya sea por diferentes motivos o crisis que a la familia le toque atravesar; o predomina el concepto que el “viejo ya no es útil” considerando la investigadora que los resultados son alarmantes, ya que se encuentra que más del 50.0% tiene una disfuncionalidad entre leve, pero no deja de tener importancia que el 9.5% tiene disfuncionalidad moderada y el 5% disfuncionalidad familiar severa.

En relación al segundo objetivo específico que fue el de **determinar la calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023**, se ha considerado lo siguiente:

En cuanto a la Calidad de Vida, los resultados muestran que el 53.5% (107) tienen un nivel de calidad moderada, seguido del 7.0% (14) con un nivel de calidad baja y sólo el 39.5% (79) tienen un nivel de calidad alta (Tabla N° 03).

Resultados que se asemejan a los encontrados por Condezo Y., Quispe P. (16) donde el 43.8% tenían un nivel de calidad moderada, seguido del 10.9% que tenían un nivel de calidad baja y el 45.3% un nivel de calidad alta.

Por otro lado, Choque R. (Arequipa – 2021) (79), en su investigación sobre “Calidad de vida y funcionamiento familiar en el Adulto mayor del Centro Salud San Juan Ciudad Blanca”, sus resultados reportan que el 40.2% tienen una calidad moderada, un 29.5% tienen una calidad baja,

y el 30.4% tienen un nivel de calidad alta.

Sin embargo, existen estudios en los que no se encontraron casos en los que la calidad de vida fuera considerada alta. Moran S. (Tumbes – 2021) (19), en su trabajo sobre “Calidad de vida del adulto mayor que reside en el Centro Poblado de Cañaveral, Distrito de Casitas, Provincia de Contralmirante Villar”, encontró que el 0% de los adultos mayores refirieron no tener Calidad alta, el 36.67% presentó calidad moderada o medio, y el 63.33% un nivel de calidad baja. Mientras tanto, los resultados presentados por Aguilar K., Cruz A. (17) indica que la mayoría de los participantes (76%) experimentaron niveles de calidad moderada, mientras que el 24% restante tuvo un nivel de calidad baja. Estas diferencias podrían estar relacionadas

Según el estudio de Moran S. (19) sobre la calidad de vida de adultos mayores en Cañaveral, Tumbes, menciona que el envejecimiento conlleva a problemas de salud y salud pública que afectan diversos aspectos físicos, sociales y psicológicos y están asociados con una mayor morbilidad y mortalidad. También precisa que la pandemia afectó especialmente a los adultos mayores, aunque se conservó niveles moderados de calidad de vida debido a factores protectores como la asistencia a sus controles de salud, actitudes individuales, contexto social y cultural, y como factores negativos la falta de estímulo por parte de autoridades y familiares de proyectos para mejorar la calidad de vida de los adultos, lo que contribuye a patologías y complicaciones sociales y que la participación en actividades de ocio se relaciona con una mejor calidad de vida.

Así mismo en el estudio de Huamani D. y Quispe S. (79) sobre la calidad de vida de adultos mayores en San Martín de Porres, destaca que la calidad de vida, teniendo en cuenta su dimensión física, de nivel medio o moderado, puede deteriorarse si no se les brinda atención. La salud física en este grupo se relaciona con la presencia de algunas dolencias o enfermedades que afectan la capacidad funcional y la realización de actividades diarias. Problemas como obesidad, sobrepeso y afecciones osteoarticulares pueden perjudicar la salud física, por lo que mantener una buena salud física es crucial para que los adultos mayores mantengan su autonomía en las actividades diarias, y su deterioro puede tener graves consecuencias en su salud y calidad de vida en general.

El estudio de la calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro Médico de Castilla abordó componentes como la salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno, se observa que la mayoría mantenía cierta autonomía en la salud física, pero había a la vez presenta alta incidencia de dolores corporales ya la actividad física dirigida para el adulto mayor no se da en la familia ni en la institución de salud ya que no existe un programa de salud institucional. Así mismo, las

familias brindan un cierto nivel de protección, pero las personas con enfermedades crónicas son más propensas a sufrir depresión y ansiedad, siendo muy importante que en la atención integral el adulto mayor sea abordado por psicología y la familia sea concientizada sobre la salud mental en el adulto mayor, así mismo que está respete las creencias religiosas ya que les proporcionan tranquilidad en su vida. Las restricciones sociales por parte de sus familiares afectan las relaciones sociales, pero el apoyo mutuo entre adultos mayores contribuye al bienestar social. El entorno donde viven es medianamente hostil, lo cual tiene un impacto negativo en los adultos mayores influyendo en su salud y comportamiento, por lo que es necesario de mejorar las condiciones de vida y acceso a servicios de salud. Se enfatiza la necesidad de que la enfermera, debe fortalecer las estrategias de promoción de la salud para este grupo que lo necesitan para mantener o mejorar su condición de salud integral. Una de las dimensiones de la calidad de vida es la salud física donde mayormente los adultos mayores de esta investigación presentan dolores osteoarticulares y las edades donde predominan estos problemas son 65 años a más.

CONCLUSIONES.

- a)** A mayor menor grado de funcionalidad familiar menor calidad de vida, existiendo una relación entre la funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico de Castilla – EsSalud – Piura.

Al relacionar calidad de vida y funcionalidad familiar el 50% tienen disfunción leve y 31% calidad de vida moderada, el 9.5% disfunción moderada y calidad de vida moderada, el 5% disfunción severa y calidad de vida baja

- b)** Los adultos mayores que asisten al Centro Médico Castilla, más del 60% presentan disfuncionalidad familiar: 50.00% disfunción leve, 9.50% disfunción moderada y 5.0% disfunción severa.

- c)** En calidad de vida se encontró que la mayor proporción tienen calidad moderada (53.5%) seguido de un nivel alto (39.5%) y bajo (7.0%).

RECOMENDACIONES.

- a) La Dirección del Centro Médico Castilla, debe solicitar a la Red Asistencia Piura (RAPI), la implementación de un programa de mejora, con la finalidad de optimizar la atención integral del Adulto Mayor, que incluya la participación de un Equipo Multidisciplinario de salud, con las capacidades para brindar un abordaje físico, psicológico y social del adulto mayor.
- b) La Oficina de Coordinación y Prestaciones de la RAPI, debe fortalecer en cada IPRESS el funcionamiento de un Programa del Adulto mayor, donde se realicen actividades educativas, consejería, terapias familiares, etc., con participación activa de los adultos mayores y permitan su desarrollo personal e integración en su entorno familiar y comunitario
- c) Concientizar al personal de salud, sobre la importancia de brindar un abordaje integral y humanizado a los adultos mayores que acuden al establecimiento de salud, evaluando no solo los aspectos relacionados con su enfermedad sino también su entorno familiar, ya que representa un aspecto importante en su calidad de vida.
- d) Que las enfermeras responsables de la etapa de vida del adulto mayor fomente la participación de los familiares de los adultos mayores en el proceso de atención de la salud física y en actividades sociales y recreativas que brinda el centro médico Castilla, para fortalecer los lazos familiares, mejorar la funcionalidad familiar, y así lograr una mejor calidad de vida para los adultos mayores.
- e) Que la enfermera con el equipo responsable del adulto mayor diseñe y ejecute programas educativos dirigidos a los paciente y familiares de los adultos mayores para fortalecer la prevención y promoción de la salud y lograr un impacto significativo en la calidad de vida y en el funcionamiento familiar de los pacientes adultos mayores.
- f) A la Unidad de Posgrado de Facultad de enfermería de la UNPRG, continúe propiciando la investigación en la etapa de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Baster Moro JC. Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2011 [citado 4 de enero de 2023];37(3):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/http://scielo.sld.cu208>
2. Fajardo Ramos E, Córdoba Andrade L, Enciso Luna JE. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. Comunidad y Salud [Internet]. 2016 [citado 3 de enero de 2023];14(2):1-9. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/cs/v14n2/art05.pdf>
3. OMS - OPS. Decade of Healthy Ageing. [citado 2 de enero de 2023];1-31. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decadeproposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
4. Muñoz Martínez LY, Vargas Arévalo M. Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado [Internet]. [Colombia]; 2019 [citado 10 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/c044fbe5-5a2e-4766-b5d13ca944a05cfd/content>
5. Lee R, Mason A, Cotlear D. Some economic consequences of global aging. diciembre de 2010;1-38.
6. Duran Badillo T, Herrera Herrera JL, Salazar Barajas ME, Mireles Alonso MA, Oria Saavedra M, Ruiz Cerino JM. Funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial [Internet]. 2020 [citado 9 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532022000100203#:~:text=Un%20inadecuado%20funcionamiento%20familiar%20puede,salud%20tanto%20f%C3%ADsica%20como%20emocional.
7. Segarra Escadon MV. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016 [Internet]. [Ecuador]; 2017 [citado 6 de enero de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27169/1/Tesis.doc.pdf>
8. MINSA. Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA [Internet]. 2020 [citado 2 de enero de 2023]. p. 1-84. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf?v=1580222578>

9. INEI. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles [Internet]. 2022 [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en:
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2021.pdf
10. Aguilar Vera KL, Cruz Flores AN. Funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor - Huamachuco [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo. 2022 [citado 4 de enero de 2023]. Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/19664>
11. Sopla Vilca L. Calidad de vida de los adultos mayores en el Distrito de Huancas - Chachapoyas [Internet]. [Chachapoyas]; 2020 [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en:
<https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/2116/Sopla%20Vilca%20Loidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Ortiz Balarezo A. Residencia geriátrica para el adulto mayor en la ciudad de Piura [Internet]. 2022 [citado 2 de enero de 2023]. Disponible en:
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/661049>
13. Morales Ojeda GM. Calidad de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano “Chiclayito” Castilla - Piura 2021 [Internet]. Universidad Nacional de Piura. 2021 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en:
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3044>
14. Montero Cabrera MA. Calidad de vida de los integrantes de un centro del adulto mayor Essalud – Piura 2018 [Internet]. Universidad César Vallejo. 2018 [citado 9 de febrero de 2023]. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26091>
15. Martínez Velázquez FP. Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y más atendidos en el servicio de geriatría del Hospital General de zona con medicina familiar no. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí S. L. P. [Internet]. 2020 [citado 4 de enero de 2023]. Disponible en:
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7244>
16. Condezo Barzola YI, Quispe Condori PF. Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud de Chilca - 2022 [Internet]. Universidad Continental. 2022 [citado 4 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11746>

17. Aguilar Vera KL, Cruz Flores AN. Funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor - Huamachuco [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo. [Huamachuco]; 2022 [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/19664>
18. Tenorio Mucha J, Romero Albino Z, Roncal Vidal V, Cuba Fuentes M. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 21 de octubre de 2021 [citado 15 de febrero de 2023];14:42-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Moran Ulfe SJ. Calidad de vida del adulto mayor que reside en el Centro Poblado de Cañaverl, Distrito de Casitas, Provincia de Contralmirante Villar, Tumbes, 2021. [Internet]. Universidad Nacional de Tumbes. 2021 [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/63838>
20. Montero Cabrera MA. Calidad de vida de los integrantes de un centro de adulto mayor EsSalud- Piura 2018 [Internet]. 2018 [citado 1 de marzo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26091/Montero_CMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Walden Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. Warsaw: Centrum Onkologii-Instytut [in Polish with English summary]. [Internet]. 1997 [citado 14 de enero de 2023]. p. 1-7. Disponible en: <http://1035.indexcopernicus.com/api/files/view/9665.pdf>
22. Leplege AL, Hunt S. The Problem of Quality of Life in Medicine. JAMA [Internet]. 2 de julio de 1997 [citado 14 de enero de 2023];278(1):47-50. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/417282>
23. Schipper H, Clinch J, Olweny CL. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. [Internet]. 1996 [citado 14 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.sciepub.com/reference/85015>
24. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. Med Care [Internet]. 1989 [citado 16 de febrero de 2023];27(3 Suppl):S148-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2646487/>
25. Cella D. Measuring quality of life in palliative care [Internet]. 1995 [citado 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7537908/>

26. Aaronson N. Quality of life: what is it? How should it be measured? - PubMed [Internet]. 1988 [citado 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3079329/>
27. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med [Internet]. 28 de marzo de 1996 [citado 18 de febrero de 2023];334(13):835-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8596551/>
28. Feinstein AR. Clinimetric perspectives. J Chronic Dis [Internet]. 1987 [citado 20 de enero de 2023];40(6):635-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3597666/>
29. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB, et al. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. J Clin Oncol [Internet]. 20 de marzo de 2006 [citado 20 de enero de 2023];24(9):1459-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16549841/>
30. Kiebert GM. Jakość życia jako rezultat badań klinicznych w onkologii [Internet]. 1997 [citado 20 de enero de 2023]. p. 1-7. Disponible en: <http://1035.indexcopernicus.com/api/files/view/9665.pdf>
31. Pachalska M, Kiejna A, Franczuk B, Talar J, Silverman F, Grochmal Bach B, et al. Postcoma paraschizophrenia and quality of life in patients with closed-head injuries. [Internet]. 2001 [citado 21 de enero de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17984919/>
32. Ataoğlu S, Ankaralı H, Ankaralı S, Ataoğlu BB, Ölmez SB. Quality of life in fibromyalgia, osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients: Comparison of different scales. The Egyptian Rheumatologist [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 22 de enero de 2023];40(3):203-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110116417301199>
33. Skevington SM. Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. Pain [Internet]. 1998 [citado 23 de febrero de 2023];76(3):395-406. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9718258/>
34. Pérez Ortiz A, Becerra Gálvez AL, Arely Hernández Gálvez G, del Carmen M, Alvarado E, Medina Jiménez EA, et al. Calidad de vida y actividades de la vida diaria en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud [Internet]. 5 de noviembre de 2022 [citado 25 de febrero de 2023];32(1):171-9. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2723>

35. Martínez-Velilla N, Ibarrola Guillén C, Fernández Navascués A, Lafita Tejedor J. El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 26 de enero de 2023];50(1):65.
Disponible en: [/pmc/articles/PMC6836990/](https://pmc/articles/PMC6836990/)
36. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. [Internet]. 1997 [citado 26 de febrero de 2023].
Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1997-08589-000>
37. Parales Quenza CJ. Anomia Social y Salud Mental Pública. [Internet]. 2008 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210416.pdf>
38. Giuliani M, Gigantesco A. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice [Internet]. 2011 [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.iss.it/documents/20126/45616/ANN_11_04_07.pdf
39. Campo Arias A, Celina O H, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. 2014 [citado 21 de enero de 2023]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
40. Jenkins CD. Mejoremos la salud a todas las edades: un manual para el cambio de comportamiento. *Publicación Científica y Técnica*;590 [Internet]. 2005 [citado 26 de enero de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/706>
41. Xu Q, Sheng Z, Liu C, Zhou H, Chen Y, Dong L, et al. El impacto de las relaciones sociales en la calidad de vida en pacientes con Hipertensión que viven en un club para mayores. *Aging* [Internet]. 2017 [citado 20 de enero de 2023];1(S1). Disponible en: https://academic.oup.com/innovateage/article/1/suppl_1/816/3899990
42. Lawton M, Brody E. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1983 [citado 20 de enero de 2023];31(12):721-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366>
43. Azpiazu Garrido M, Jentoft A, Villagrasa J, Abanades J, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años [Internet]. [citado 22 de enero de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600005
44. Luong G, Charles ST, Fingerhman KL. Better With Age: Social Relationships Across Adulthood. *J Soc Pers Relat* [Internet]. 2 de febrero de 2011 [citado 22 de enero de 2023];28(1):9. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3291125/](https://pmc/articles/PMC3291125/)
45. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health:

Durkheim in the new millennium. Soc Sci Med [Internet]. 15 de septiembre de 2000

[citado 24 de enero de 2023];51(6):843-57. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10972429/>

46. Campos ACV, Pinho de Rezende G, Ferreira e Ferreria E, Duarte Vargas AM, Takase Gonçalves LH. Family functioning of Brazilian elderly people living in community [Internet]. 2017 [citado 21 de enero de 2023]. p. 1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3070/307053752005/307053752005.pdf>
47. Ciabotti Elias H, Silveira Marzola T, Paula Fernandes Martins Molina N, Maria de Assunção L, Resende Rodrigues L, Mara dos Santos Tavares D, et al. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. octubre de 2018 [citado 21 de enero de 2023];21(5):562-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rbagg/a/VvbQLh6h7TqyVhMFWTZDcks/?lang=en>
48. Barreto Andrade DM, Montargil Rocha R, Santos Ribeiro ÍJ. Depressive symptoms and family functionality in the elderly with diabetes mellitus. 2019 [citado 24 de enero de 2023];1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0771.R5.09082022>
49. Wolff JL, Kasper JD. Caregivers of frail elders: updating a national profile. Gerontologist [Internet]. 2006 [citado 31 de enero de 2023];46(3):344-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16731873/>
50. Scharlach AE, Gustavson K, Dal Santo TS. Assistance received by employed caregivers and their care recipients: Who helps care recipients when caregivers work full time? Gerontologist [Internet]. 2007 [citado 23 de enero de 2023];47(6):752-62. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5658196_Assistance_Received_by_Employed_Caregivers_and_Their_Care_Recipients_Who_Helps_Care_Recipients_When_Caregivers_Work_Full_Time
51. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychol Aging [Internet]. junio de 2003 [citado 25 de enero de 2023];18(2):250-67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12825775/>
52. Szinovacz ME, Davey A. Changes in Adult Child Caregiver Networks. Gerontologist [Internet]. 1 de junio de 2007 [citado 26 de enero de 2023];47(3):280-95. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/47/3/280/562690>

53. Neves BB, Goldim JR. Telecare for the elderly: coercion, confidence and satisfaction associated with its use. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. agosto de 2018 [citado 28 de enero de 2023];21(4):464-71. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rbagg/a/vh5mcNxTYXWYLfqFFfvxkMG/?lang=en>
54. Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez DI, Agudelo Cifuentes MC. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 24 de enero de 2023];24(1):97-111. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3593>
55. Ponce de León L, Lévy Mangin JP, Ballesteros S. Psychosocial Determinants of Quality of Life and Active Aging. A Structural Equation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol 17, Page 6023 [Internet]. 19 de agosto de 2020 [citado 23 de enero de 2023];17(17):6023. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6023/html>
56. McCubbin H, Thompson A. Family assessment inventories for research and practice. [Internet]. 1987 [citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-peruana-los-andes/psicologiageneral/articulo-ruiz-balvin/11934916>
57. Hernández H. Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve [Internet]. 2009 [citado 28 de enero de 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/andresgpena7/librofamilia-ciclo-vital-y-psicoterapia-sistmica-breve>
58. Torres Álvarez M. Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria Obligatoria [Internet]. 2014 [citado 27 de enero de 2023]. 1-143 p. Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-del-sinu/procesospsicologicos/las-habilidades-sociales-un-programa-de-intervencion-en-educacionsecundaria-obligatoria/18286322>
59. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar [Internet]. 2014 [citado 29 de enero de 2023]. p. 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
60. Vélez C, Betancurth C, Paola D. Funcionalidad familiar y dimensiones afectivas en adolescentes escolarizados, Caldas-Colombia, 2013-2014. 33, 2016, *Rev. Investigaciones Andina* [Internet]. 2016

[citado 28 de enero de 2023];18:1751-66. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239053104010>

61. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. 2018 [citado 27 de enero de 2023];1146. Disponible en:
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminosen-investigacion.pdf>
62. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado 23 de febrero de 2023].
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
63. Congreso de la República del Perú. El Peruano - Ley de la Persona Adulta Mayor - LEY - N° 30490 [Internet]. 2021 [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en:
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n30490-1407242-1/>
64. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud - Lima. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. 2008 [citado 23 de febrero de 2023]. p. 1-44. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
65. Firmino Bezerra S., Mesquita Lemos A., Costa de Sousa S., Lima Carvalho C., Carvalho Fernandes A., Santos Alves M. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Oct [citado 06 octubre 2023] ; 12(32): 260-269.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000400016&lng=es.
66. Leno González Daniel. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de Antropología – 2006. 22 (32)
https://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html#:~:text=Leininger%20desarroll%C3%B3%20su%20teor%C3%ADa%20de,desean%20o%20necesitan%20los%20dem%C3%A1s.
67. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. [Internet]. 2014 [citado 27 de enero de 2023]. 1-634 p. Disponible en:
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
68. Cutipa Núñez LM, Zamora García KJ. Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL - BREF de calidad de vida en adultos de la Sierra Peruana. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020

[citado 28 de enero de 2023]; Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50917>

69. Zerón A. Beneficencia y no maleficencia. Beneficence and nonmaleficence. Revista ADM [Internet]. 2019 [citado 14 de enero de 2023];76(6):306-7. Disponible en:
www.medigraphic.com/admwww.medigraphic.org.mx
70. Mazo Álvarez HM. La autonomía: Principio ético contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [Internet]. 2012 [citado 16 de enero de 2023];3(1):115-32. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497856286009>
71. Oliver Vilella GA, Eileene Pérez Cruz C. La confidencialidad. 2017 [citado 25 de enero de 2023];1-23. Disponible en:
<https://www.uprc.edu/wp-content/uploads/sites/20/2017/04/Laconfidencialidad.pdf>
72. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. med. [Internet]. 2007 [Citado 4 octubre 2023] ; 68(3): 284-290. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832007000300012&lng=es.
73. Troncoso Pantoja C., Soto López N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. Horiz. Med. [Internet]. 2018 [Citado 04 octubre 2023] ; 18(1): 23-28. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727558X2018000100004
74. Castillo Quicaña, C. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores que acuden a un establecimiento de atención primaria, Comas 2022. [Internet]. Universidad Norbert Wiener 2022. [citado 16 de setiembre de 2023]. Disponible en:
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8148/T061_40514095_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
75. Altamirano Núñez V.A. Funcionalidad familiar y calidad de vida en adultos mayores - Ecuador. [Internet]. Universidad Técnica de Ambato 2020. . [citado 14 de setiembre de 2023]. Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31554/1/Altamirano%20Nu%c3%b1ez%2c%20Vanessa%20Alexandra.pdf>
76. Valles Vasquez. R, Zumaeta Moncayo K. Funcionalidad familiar y abandono de adultos mayores de la institución prestadora de servicio de salud 9 de octubre Iquitos 2019. [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonía 2020. [citado 17 de setiembre de 2023].

Disponible

en:

https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/6641/Reymo_Tesis_Titulo_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

77. Ortega Cruz M., Villeda Cortes J., López Jiménez B., Hernández Mariano J., Castañeda Márquez A.C., Cano Estrada A. Salud percibida del adulto mayor y su asociación con la funcionalidad familiar. [Internet] 2023. Rev. Psicología de la salud. Vol. 11 (1): 120 - 128. Artículo 10. [citado 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/29133/1/1729-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8233-1-10-20230127.pdf>
78. Choque Serna R.C. Calidad de vida y funcionamiento familiar en el Adulto mayor del Centro Salud San Juan Ciudad Blanca, Arequipa. [Internet]. Universidad César Vallejo 2021. [citado 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75477/Choque_SRC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
79. Huamani Cuba D.P., Quispe Hernández S.E. Calidad de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano 3 de mayo San Martín de Porres – 2016. [Internet]. Universidad de ciencias y humanidades 2018. [citado 16 de septiembre de 2023]. Disponible en https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/517/Huamani_DP_Quispe_SE_tesis_enfermeria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Anexo N° 1: Cuestionario.

TEST DE APGAR FAMILIAR

Funcionalidad familiar

Buenos días, Soy ... Licenciada en Enfermería y estoy realizando el presente estudio que tiene como objetivo identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida.

Este cuestionario es anónimo, se solicita responder con sinceridad las preguntas.

Lea las preguntas planteadas y coloque una X en la opción que crea conveniente.

Datos Generales:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

| PREGUNTAS | Nunca (0) | Casi nunca (1) | Algunas veces (2) | Casi siempre (3) | Siempre (4) |
|---|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad | | | | | |
| Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite | | | | | |
| Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades | | | | | |
| Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc. | | | | | |
| Me satisface cómo compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. El tiempo para estar juntos | | | | | |
| 2. Los espacios en la casa | | | | | |
| 3. El dinero | | | | | |

Cuestionario 2

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Calidad de vida

Instrucciones: A continuación, se presentará una serie de preguntas sobre la calidad de vida, lea atentamente y responda con un X la alternativa que crea conveniente.

| PREGUNTAS | | Muy mal | Poco | Normal | Bastante bien | Muy bien |
|---|--|----------------|---------|-----------|---------------------|----------------|
| 1 | ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Muy satisfecho | Poco | Lo normal | Bastante satisfecho | Muy satisfecho |
| 2 | ¿Cuán satisfecho está con su salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas | | | | | | |
| | | Nada | Un poco | Normal | Bastante | Extremadamente |
| 3 | ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | ¿Cuánto disfruta de la vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | ¿Cuál es su capacidad de concentración? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|---|------|---------|-----------|---------------------|----------------|
| 8 | ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas | | | | | | |
| | | Nada | Un poco | Modera do | Bastante | Totalment e |
| 10 | ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas | | | | | | |
| | | Nada | Poco | Lo Normal | Bastante satisfecho | Muy satisfecho |
| 16 | ¿Cuán satisfecho está con su sueño? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--|---|-------|---------------|------------------|--------------------|---------|
| 19 | ¿Cuán satisfecho está de sí mismo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | ¿Cuán satisfecho está con su transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas? | | | | | | |
| | | Nunca | Rara mente | Median amente | Frecuent emente | Siempre |
| 26 | ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo N° 2: Consentimiento informado.

Yo,, Licenciada de enfermería, identificada con N° DNI, acepto participar en el estudio, titulado: “Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023”, que tiene como finalidad de establecer la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor del Centro Médico Castilla - EsSalud - Piura 2023, para poder contribuir al bienestar de los adultos mayores.

Yo, _____ he recibido información oportuna, veraz y necesaria acerca de este tema, en tal sentido preciso que se me ha explicado toda la información descrita en este cuestionario antes de firmarlo y mis preguntas han sido respondidas de manera adecuada y clara. Así mismo se me ha comunicado que la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por la investigadora. Por lo cual decido formar parte de la investigación y como conformidad firmo el presente documento.

Piura, de del 2023

.....

Firma del investigador

Firma del participante

Software SPSS- PRUEBA DE CHI CUADRADO.

Funcionalidadv2*Calidad2 tabulación cruzada

| | | | Calidad2 | | | Total |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------|----------|--------|-------|
| | | | Baja | Moderada | Alta | |
| Funcionalidadv2 | Disfuncion severa | Recuento | 10 | 0 | 0 | 10 |
| | | % dentro de Calidad2 | 71,4% | 0,0% | 0,0% | 5,0% |
| | Disfuncion moderada | Recuento | 0 | 19 | 0 | 19 |
| | | % dentro de Calidad2 | 0,0% | 17,8% | 0,0% | 9,5% |
| | Disfuncion leve | Recuento | 2 | 62 | 36 | 100 |
| | | % dentro de Calidad2 | 14,3% | 57,9% | 45,6% | 50,0% |
| | Normal | Recuento | 2 | 26 | 43 | 71 |
| | | % dentro de Calidad2 | 14,3% | 24,3% | 54,4% | 35,5% |
| Total | Recuento | 14 | 107 | 79 | 200 | |
| | % dentro de Calidad2 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|----------------------|----|------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 168,134 ^a | 6 | ,000 |
| Razón de verosimilitud | 96,948 | 6 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 56,765 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 200 | | |

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,70.

Calidad de vida*Grupos quinquenales tabulación cruzada

| | | | Grupos quinquenales | | | | | | | Total | |
|-----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|
| | | | de 60 a 64 años | de 65 a 69 años | de 70 a 74 años | de 75 a 79 años | de 80 a 84 años | de 85 a 89 años | de 90 a 94 años | | de 95 a 99 años |
| Calidad de vida | Calidad de vida baja | Recuento | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 0 | 0 | 14 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 5.0% | 2.6% | 5.6% | 2.2% | 26.7% | 22.2% | 0.0% | 0.0% | 7.0% |
| | | % del total | 1.0% | .5% | 1.0% | .5% | 2.0% | 2.0% | 0.0% | 0.0% | 7.0% |
| | Calidad de vida moderada | Recuento | 14 | 19 | 19 | 26 | 10 | 11 | 5 | 3 | 107 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 35.0% | 50.0% | 52.8% | 57.8% | 66.7% | 61.1% | 100.0% | 100.0% | 53.5% |
| | | % del total | 7.0% | 9.5% | 9.5% | 13.0% | 5.0% | 5.5% | 2.5% | 1.5% | 53.5% |
| | Calidad de vida alta | Recuento | 24 | 18 | 15 | 18 | 1 | 3 | 0 | 0 | 79 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 60.0% | 47.4% | 41.7% | 40.0% | 6.7% | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 39.5% |
| | | % del total | 12.0% | 9.0% | 7.5% | 9.0% | .5% | 1.5% | 0.0% | 0.0% | 39.5% |
| Total | Recuento | 40 | 38 | 36 | 45 | 15 | 18 | 5 | 3 | 200 | |
| | % dentro de Grupos quinquenales | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % del total | 20.0% | 19.0% | 18.0% | 22.5% | 7.5% | 9.0% | 2.5% | 1.5% | 100.0% | |

Disfuncionalidad familiar*Grupos quinquenales tabulación cruzada

| | | | Grupos quinquenales | | | | | | | | Total |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
| | | | de 60 a 64 años | de 65 a 69 años | de 70 a 74 años | de 75 a 79 años | de 80 a 84 años | de 85 a 89 años | de 90 a 94 años | de 95 a 99 años | |
| Disfuncionalidad familiar | Disfuncion severa | Recuento | 4 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 10.0% | 5.3% | 8.3% | 2.2% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.0% |
| | | % del total | 2.0% | 1.0% | 1.5% | .5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 5.0% |
| | Disfuncion moderada | Recuento | 3 | 4 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | 0 | 19 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 7.5% | 10.5% | 8.3% | 8.9% | 6.7% | 16.7% | 20.0% | 0.0% | 9.5% |
| | | % del total | 1.5% | 2.0% | 1.5% | 2.0% | .5% | 1.5% | .5% | 0.0% | 9.5% |
| | Disfuncion leve | Recuento | 19 | 16 | 18 | 23 | 10 | 10 | 2 | 2 | 100 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 47.5% | 42.1% | 50.0% | 51.1% | 66.7% | 55.6% | 40.0% | 66.7% | 50.0% |
| | | % del total | 9.5% | 8.0% | 9.0% | 11.5% | 5.0% | 5.0% | 1.0% | 1.0% | 50.0% |
| | Normal | Recuento | 14 | 16 | 12 | 17 | 4 | 5 | 2 | 1 | 71 |
| | | % dentro de Grupos quinquenales | 35.0% | 42.1% | 33.3% | 37.8% | 26.7% | 27.8% | 40.0% | 33.3% | 35.5% |
| | | % del total | 7.0% | 8.0% | 6.0% | 8.5% | 2.0% | 2.5% | 1.0% | .5% | 35.5% |
| Total | Recuento | 40 | 38 | 36 | 45 | 15 | 18 | 5 | 3 | 200 | |
| | % dentro de Grupos quinquenales | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % del total | 20.0% | 19.0% | 18.0% | 22.5% | 7.5% | 9.0% | 2.5% | 1.5% | 100.0% | |

CALIDAD DE VIDA AM-25

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 13% | % | % | 13% |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Submitted to Universidad Cesar Vallejo | 2% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 2 | Submitted to Universidad Peruana de Las Americas | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 3 | Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 4 | Submitted to Universidad Cooperativa de Colombia | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 5 | Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 6 | Submitted to Universidad Catolica De Cuenca | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |
| 7 | Submitted to Universidad Alas Peruanas | 1% |
| | Trabajo del estudiante | |



Mg. Viviana del Carmen Santillan Medianero

DNI: 17554984

ORCID 0000-0004-5000-3144

8 Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru <1 %
Trabajo del estudiante

9 Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo <1 %
Trabajo del estudiante

10 Submitted to Universidad San Francisco de Quito <1 %
Trabajo del estudiante

11 Submitted to Universidad de Pamplona <1 %
Trabajo del estudiante

12 Submitted to Universidad Católica de Santa María <1 %
Trabajo del estudiante

13 Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola <1 %
Trabajo del estudiante

14 Submitted to Universidad Privada del Norte <1 %
Trabajo del estudiante

15 Submitted to Universidad Señor de Sipan <1 %
Trabajo del estudiante

16 Submitted to Universidad de Alcalá <1 %
Trabajo del estudiante

17 Submitted to Pontificia Universidad Católica del Peru <1 %
Trabajo del estudiante


Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero
DNI: 17554984
ORCID 0000-0004-5000-3144

| | | |
|----|---|------|
| 18 | Submitted to Universidad Cientifica del Sur | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 19 | Submitted to Universidad Continental | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 20 | Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 21 | Submitted to Universidad Nacional de Tumbes | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 22 | Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 23 | Submitted to Universidad de Salamanca | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 24 | Submitted to CACACE Informática | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 25 | Submitted to Universidad de Ciencias y Humanidades | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |
| 26 | Submitted to National University College - Online | <1 % |
| | Trabajo del estudiante | |



Mg. Viviana del Carmen Santillan Medianero

DNI:17554984

ORCID 0000-0004-5000-3144



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Maribel Mego
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: CALIDAD DE VIDA AM-25
Nombre del archivo: Calidad_de_vida__T-2.docx
Tamaño del archivo: 91.42K
Total páginas: 47
Total de palabras: 14,557
Total de caracteres: 77,885
Fecha de entrega: 25-oct.-2023 12:23a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega... 2206626764

RESUMEN

La investigación se planteó el objetivo establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Médico Cartilla, Piura, 2023, con enfoque cuantitativo, diseño experimental, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 200 individuos y se obtuvieron mediante un muestreo probabilístico por conveniencia con los criterios de inclusión considerados. Se emplearon dos cuestionarios, el Test de APGAR familiar y el cuestionario WhoqolBrief, comprobándose la relación utilizando la prueba de Correlación de Spearman. Los resultados muestran que el 50.0% de los adultos mayores presentan una disfuncionalidad familiar leve, el 9.5% moderada y el 5.0% severa, mientras que el 35.5% tenía funcionalidad familiar normal. En cuanto a calidad de vida, el 53.5% presentan un nivel moderado, el 7.0% bajo y el 39.5% alto. Se halló una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida ($p < 0.000$). Conclusión, existe una relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida, lo que significa que un mayor funcionamiento familiar está asociado con una mejor calidad de vida en los adultos mayores.

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

Mg. Viviana del Carmen Santillan Mediznero

DNI: 17554984

ORCID 0000-0004-5000-3144