

**UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE
DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



TESIS

**“CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR
ASOCIADOS EN CASA DE ACOGIDA APAKTONE
PUERTO MALDONADO- 2023”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

Bach. CHALLCO FLORES, Jesús
Evaristo

Bach. MONTALVO QUISPE, Gabriel
Mario

ASESORA: Mg. REVILLA MENDOZA,
Silvia María

Puerto Maldonado, octubre 2025

**UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE
DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS
“CALIDAD DE VIDA Y GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR
ASOCIADOS EN CASA DE ACOGIDA APAKTONE
PUERTO MALDONADO- 2023”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

Bach. CHALLCO FLORES, Jesús
Evaristo

Bach. MONTALVO QUISPE, Gabriel
Mario

ASESORA: Mg. REVILLA MENDOZA,
Silvia María

Puerto Maldonado, octubre 2025

TURNITIN_JESUS CHALLCO & GABRIEL MONTALVO

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.unamad.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.upse.edu.ec

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo

PRESENTACIÓN

Dra. María Isabel Puma Camargo

Decana de la Facultad de Educación

Distinguida Decana, la presente es para presentar el informe de Tesis: **“Calidad de vida y grado de dependencia del adulto mayor asociados en casa de Acogida Apaktone - 2023”**. Con el objetivo de poder obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería, como está estipulado en el reglamento de grados y títulos.

Esperando que esta investigación, contribuya a promover la salud, mejorar el bienestar y las condiciones de vida de los adultos mayores de Apaktone y la región de Madre de Dios.

Los Autores.

RESUMEN

Este estudio analiza la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia funcional en adultos mayores residentes de la Casa de Acogida Apaktone, en Puerto Maldonado, durante el año 2023. A través de un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, se evaluaron las condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales que influyen en el bienestar de esta población, así como su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.

La investigación se aplicó a la totalidad de los adultos mayores asociados a la institución ($n=103$), utilizando instrumentos validados como el cuestionario WHOQOL-BREF para medir calidad de vida y el índice de Barthel para determinar el nivel de dependencia. Los resultados revelan que la mayoría de los participantes presentan una calidad de vida regular y un grado de dependencia moderado a alto, especialmente en tareas como el traslado, la deambulación y el uso de escaleras.

El análisis estadístico, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, evidenció una relación significativa entre ambas variables ($Rho = 0.559$, $p < 0.05$), lo que sugiere que, a mayor dependencia, se percibe una calidad de vida más comprometida. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer el cuidado integral del adulto mayor desde la enfermería, promoviendo intervenciones que mejoren su autonomía, bienestar emocional y entorno social.

Palabras clave: Calidad de vida, dependencia funcional, adulto mayor

ABSTRACT

This research explores the link between quality of life and functional dependence among elderly residents of the Apaktone Shelter in Puerto Maldonado during 2023. Using a quantitative, descriptive, and correlational approach, the study assessed physical, psychological, social, and environmental factors that shape well-being, alongside the ability to perform daily living activities.

The entire population of older adults in the shelter (n=103) participated in the study. Data collection involved validated tools: the WHOQOL-BREF questionnaire for quality of life and the Barthel Index for functional dependence. Findings revealed that most participants experienced moderate to high levels of dependence and reported an average quality of life, particularly struggling with mobility-related tasks such as walking, transferring, and climbing stairs.

Statistical analysis using Spearman's correlation coefficient showed a significant relationship between the two variables ($Rho = 0.559$, $p < 0.05$), indicating that higher dependence is associated with lower perceived quality of life. These results highlight the need for comprehensive nursing care strategies that promote autonomy, emotional support, and a healthier living environment for the elderly.

Keyword: Quality of life, functional dependence, older adults

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el Perú, al igual que en otras partes del mundo, existe un incremento en los adultos mayores; según la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas del Perú), esperan que los mayores de 60 años se incrementen en 8.7 millones en el 2050, en el 2018 la población en el país equivalía al 10.4% del total de la población (INEI, 2018). Ante esta situación se realizó el Plan Nacional para Adultos Mayores con el propósito de corregir su calidad de vida mediante su participación activa, satisfacción de sus necesidades de manera integral, intervenciones articuladas y la promoción de sus derechos en los distintos niveles y con participación de la sociedad.

Los enfermeros tienen el reto de fomentar una atención adecuada del adulto mayor, el cual tiene como finalidad obtener una alta calidad de vida, como lograr un mejor desarrollo profesional. La calidad de vida (CV) de los adultos mayores, si bien es afectada por el proceso de envejecer, problemas familiares, entorno, sentimentales y económicos así también la afectación de su independencia funcional no permite alcanzar sus expectativas y objetivos de vida.

Por otro lado, la dependencia o pérdida física para el desarrollo de sus principales actividades, la hace más vulnerable incrementada por las enfermedades degenerativas. Son escasos los estudios en adultos mayores; por su importancia es necesario seguir investigando sobre todo en una realidad local diferente, donde prevalecen los estereotipos negativos y despectivos para la población del adulto mayor.

El estudio se ha estructurado, según el reglamento de grados y títulos de la universidad:

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.	
RESUMEN.	
ABSTRACT.	
INTRODUCCIÓN.	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del Problema	2
1.3 Objetivos	3
1.4 Variables	3
1.5 Operacionalizacion de Variables	4
1.6 Hipótesis	7
1.7 Justificación	7
1.8 Consideraciones éticas	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Modelo Teórico	18
2.3 Marco teórico	19
2.4 Definición de Términos	26
capITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	28
3.1 Tipo de estudio	28
3.2 Diseño del estudio	28
3.3 Área y Línea de Investigación	28
3.4 Población y muestra	29
3.5 Métodos y técnicas	29
3.6 Tratamiento de datos	31
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	33
4.1. Estadística descriptiva	33
4.2. Estadística Inferencial.	52
DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	58
SUGERENCIAS	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

anexos	65
Anexo 1: Matriz de Operacionalizacion de las Variables.....	
Anexo 2: Matriz de consistencia.....	
Anexo 3: instrumento	
Anexo 4: Solicitud de autorización para realización de estudio.....	
Anexo 5: Consentimiento informado.....	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Confiabilidad del instrumento.....	32
Tabla 2 Edad	33
Tabla 3 Sexo.....	34
Tabla 4 Salud Física	35
Tabla 5 Salud Psicológica	36
Tabla 6 Relaciones Sociales	37
Tabla 7 Ambiente	38
Tabla 8 Calidad de vida	39
Tabla 9 Comer.....	40
Tabla 10 Lavarse	41
Tabla 11 Vestirse	42
Tabla 12 Arreglarse	43
Tabla 13 Deposición	44
Tabla 14 Micción	45
Tabla 15 Uso de retrete	46
Tabla 16 Trasladarse.....	47
Tabla 17 Deambular	48
Tabla 18 Escalones	49
Tabla 19 Grado de Dependencia	50
Tabla 20 Escala de medición de la correlación entre variables.....	53
Tabla 21 Correlaciones de las variables: Calidad de vida y el grado de dependencia	54

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad.....	33
Figura 2 Sexo.....	34
Figura 3 Salud Física	35
Figura 4 Salud Psicológica	36
Figura 5 Relaciones Sociales	37
Figura 6 Ambiente	38
Figura 7 Calidad de vida	39
Figura 8 Comer.....	40
Figura 9 Lavarse	41
Figura 10 Vestirse.....	42
Figura 11 Arreglarse	43
Figura 12 Deposición.....	44
Figura 13 Micción	45
Figura 14 Uso de retrete	46
Figura 15 Trasladarse.....	47
Figura 16 Deambular.....	48
Figura 17 Escalones	49
Figura 18 Grado de Dependencia.....	50

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Dimensiones de Calidad de Vida.....	21
Ilustración 2 : Dimensiones del Grado de Dependencia.....	24

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

El mundo está viviendo cambios demográficos como es el envejecimiento de la población. Existe disminución de la natalidad y un incremento de la esperanza de vida (1). En el 2017, el departamento de economía y asuntos sociales de las Naciones Unidas realizó una proyección de la población mayor de 60 años en el mundo, mencionando que en el 2017 la población de 60 a más era de 962 millones, al 2030 esta se incrementaría a 1400 millones, para el 2050 llegaría a 2100 millones, y en el 2100 esta se incrementaría a 3,100 millones(2).

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Perú está experimentando un envejecimiento gradual de su población. En la década de 1950, los niños representaban una gran parte de la población; de hecho, de cada 100 personas, 42 eran menores de 15 años. Para 2023, este porcentaje disminuyó a 24 de cada 100 personas. En contraste, la proporción de adultos mayores ha ido en aumento: en 2020, el 12.7% de la población total era adulta mayor, cifra que subió al 13.3% en 2022 y alcanzó el 13.6% en 2023, lo que ha provocado un cambio en la estructura de la pirámide poblacional.(3).

En Madre de Dios, según el registro de la oficina de estadística e informática, en el 2018 la población adulta mayor era de 9102, es decir el 6% del total de la población, para el 2022 la población de Madre de Dios es de 14297 adultos mayores, 7.6% de la población total, incrementándose en 1.6% (4)

En cuanto a la dependencia en Latinoamérica, para el 2050 el 3% de la población 30 millones son dependientes y para ese mismo año, según la Organización Panamericana de la Salud, la cantidad de adultos mayores que tendrán necesidades de cuidado a largo plazo se multiplicará tres veces más en las Américas(5).

Esta dependencia debilita la autoestima del adulto mayor, su bienestar auto percibido, merma de su privacidad, convirtiéndose vulnerable, incrementándose la dependencia por la pérdida de habilidades y autonomía(6).

Durante la etapa del envejecimiento ocurren cambios no solo físicos sino también sociales, hasta psicológicos, que afectan inclusive la capacidad de las funciones, pero esta no es uniforme por lo individual que es cada persona y como vive este proceso en su entorno, los contextos culturales generan estereotipos que influyen negativamente(7).

El incremento de los adultos mayores es un reto para la salud pública, es por ello nuestro interés de realizar esta investigación, que nos permitirá determinar la calidad de vida y el grado de dependencia del adulto mayor. Durante las prácticas preprofesionales se han podido observar quejas por parte de los adultos mayores que se encuentran en el centro de acogida como “no nos tratan bien”, “me siento inútil”, “nos excluyen”, entre otros. Esta problemática fue motivo para desarrollar el estudio, respondiendo a la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor asociados en Casa Acogida Apaktone -2023?

Problemas Específicos

- a. ¿Cómo es la calidad de vida del Adulto Mayor según dimensiones: salud física, psicológica relaciones sociales y ambiente; asociados en Casa Acogida Apaktone -2023?

- b. ¿Cuál es el grado de Dependencia del Adulto Mayor según sus dimensiones: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, trasladarse, deambular, escalones; asociados en Casa Acogida Apaktone -2023?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor asociados en Casa Acogida Apaktone -2023

Objetivos Específicos

- a. Conocer la calidad de vida del Adulto Mayor según dimensiones: salud física, psicológica relaciones sociales y ambiente; asociados en Casa Acogida Apaktone -2023.
- b. Establecer el grado de Dependencia del Adulto Mayor según sus dimensiones: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, trasladarse, deambular, escalones; asociados en Casa Acogida Apaktone -2023

1.4 Variables

- ❖ **Variable Independiente:** Grado de Dependencia
- ❖ **Variable Dependiente:** Calidad de Vida

1.5 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
VARIABLE DEPENDIENTE Calidad de vida	Valoración subjetiva del Adulto Mayor, para realizar actividades relativas: aspectos físicos y psicosociales (Molina, 2008).	Percepción del Adulto Mayor sobre su condición de bienestar físico, psicológico, relación social y ambiente, el mismo que será medido a través de un cuestionario en escala ordinal: Bueno, regular, Deficiente	Salud Física	Salud	1. ¿Tiene malestar y dolor de manera constante?
				Energía física	2. ¿Debe tomar medicamentos para tener buena salud?
					3. ¿Tiene suficiente energía para disfrutar de su vida diaria?
					4. ¿Puede desplazarse de un lugar a otro sin ayuda?
			Salud Psicológica	Sentimientos negativos	5. ¿Tiene capacidad para realizar sus actividades diarias?
					6. ¿Tiene un sueño y descanso agradable?
				Sentimientos positivos	7. ¿Tiene sentimientos negativos, como tristeza, intranquilidad, desanimo?
					8. ¿Se siente capaz de realizar cada día algo nuevo?
					9. ¿Puede retener o recordar hechos pasados?
					10. ¿Es capaz de prestar atención y lograr concentración?
			Relaciones personales - Sociales	Personales	11. ¿Tiene una alta autoestima, y cuida su imagen corporal?
					12. ¿Su capacidad de comunicación es asertiva (de respeto y sin dañar a los demás)?
				Sociales	13. ¿Siente empatía por los demás?
					14. ¿La relación con los demás compañeros es buena?
			Ambiente	Satisfacción con el entorno	15. ¿Desarrolla actividades en equipo?
					16. ¿Apoya a los demás?
					17. ¿El lugar le ofrece libertad y seguridad?
					18. ¿Cuenta con dinero para satisfacer sus necesidades?
					19. ¿Está informado sobre todo lo que acontece a su alrededor?
					20. ¿En este ambiente puede relajarse?
					21. ¿El ambiente le ofrece tranquilidad

VARIABLE INDEPENDIENTE	Dependencia	Nivel de capacidad o incapacidad funcional, que precisa el adulto mayor en el desenvolvimiento corriente en las diversas actividades de la vida diaria. (Barthel & Mahoney, 1965; Gonzales y Rojas; 2014)	Dependencia o necesidad de ayuda o apoyo para realizar las actividades de la vida diaria, obtenido a través de la aplicación de un cuestionario Índice de Barthel , será medido en escala ordinal: Independiente, Dependiente Leve, Moderado o Grave, Dependiente total	Comer	Capacidad para alimentarse	1. Totalmente independiente
				2. Necesita ayuda para cortar pan, carne untar mantequilla etc.		
				Aseo Personal	Capacidad para asearse	3. Dependiente
						4. Independiente: entra y sale solo al baño
				Vestirse	Capacidad para vestirse	5. Dependiente
						6. Independiente: Puede ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos
						7. Necesita ayuda
				Arreglo Personal	Capacidad para arreglarse	8. Dependiente
						9. Independiente: se lava cara, manos; peina, afeita y maquilla
				Deposición	Capacidad de control de sus deposiciones	10. Dependiente
						11. Continencia normal
						12. Episodio de incontinencia ocasional, necesita ayuda para administrarse supositorios.
				Micción	Capacidad de control de la micción	13. Incontinencia
						14. Continencia normal, capaz de cuidar sonda si tiene
						15. Incontinencia, un episodio diario, o necesita ayuda para cuidar la sonda
				Uso de retrete	Capacidad para ir al baño y hacer sus necesidades	16. Incontinencia
						17. Independiente: para ir al baño, limpiarse, quitarse y ponerse la ropa
						18. Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo
				Trasladarse	Capacidad de traslado	19. Dependiente
						20. Independiente para ir del sillón a la cama
						21. Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo
						22. Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse solo sentado

					23. Dependiente
			Deambular	Capacidad para movilizarse	24. Independiente: Camina solo 50 metros
					25. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros
					26. Independiente, en silla de ruedas sin ayuda
					27. Dependiente
			Escalones	Capacidad para subir y bajar gradass	28. Independiente: baja y sube las gradass
					29. Necesita ayuda física para hacerlo
					30. Dependiente

Fuente: Elaboración propia

1.6 Hipótesis

Hipótesis General

- ❖ Ha: “Existe relación significativa entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor asociado en Casa Acogida Apaktone - 2023”
- ❖ Ho: “No existe relación significativa entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor asociado en Casa Acogida Apaktone-2023”.

Hipótesis Específicas

- ❖ “La calidad de vida del adulto Mayor es regular en la casa Acogida Apaktone - 2023”
- ❖ “El grado de dependencia del adulto mayor es Moderado en la casa acogida Apaktone – 2023”

1.7 Justificación

Hernández et. al. (2014), Manifestaron que la justificación es indicar la relevancia y el despliegue del estudio.

Justificación teórica:

Teniendo conocimiento de que en los últimos años la población adulta mayor ha venido incrementándose, vienen siendo escasos los cuidados, atenciones y la falta de servicio hacia ellos, sobre todo en la región de Madre de Dios. Observamos, que los adultos mayores son muchas veces excluidos no solo de la familia, sino de amigos y de la sociedad. La causa muchas veces es, su dependencia y cuidado. Los enfermeros cumplimos un papel clave en la educación y cuidado de los adultos mayores, nuestra presencia es esencial para el cuidado integral en su bienestar y calidad de vida (8).

Para lograr ello, fue necesario analizar el problema principal planteado; tener evidencia científica actualizada para el accionar del cuidado enfermero, sistema de salud y de futuros estudios interesados en el tema(8).

Justificación metodológica

La presente investigación presenta una metodología de relación entre dos variables . Calidad de vida y grado de dependencia. En una población vulnerable como son los adultos mayores, los instrumentos que se aplicaron fueron validados para realizar un abordaje adecuado, por tanto, podrán ser usados en investigaciones similares, cuando se constituya parte del repositorio universitario (8).

Justificación práctica

Los resultados de esta investigación y las recomendaciones arribadas, el personal de enfermería podrá establecer estrategias, para mejorar el cuidado diario de los adultos mayores acorde a sus necesidades, el ritmo de vida y su dependencia, porque ellos tienen el derecho de llevar una vida no solo segura, sino también digna (8).

1.8 Consideraciones éticas

El estudio respetó la autenticidad de los resultados, como los nombres de los autores de los instrumentos usados. Se explicó a cada encuestado la finalidad del estudio para el consentimiento informado, y se dio privacidad a sus datos y toda la información que brindaron los adultos mayores.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Díaz, Y. en México (2018) realizó un estudio con la finalidad de evaluar la capacidad funcional y grado de dependencia (GD) de adultos mayores en Ecuador, en un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, el estudio evaluó las características sociodemográficas, salud, dependencia y funcionalidad usando el índice de Barthel.

Encontrando los siguientes resultados, promedio de la edad de 65 años, del 56% tuvo dependencia total, leve el 91.04%. Siendo mayor en las mujeres, en cuanto a salud con sobrepeso el 32.83%. Dentro del grado de dependencia para comer, el 90.47% son totalmente independientes, 90.48% independientes para bañarse, el 84.9% es capaz de vestirse, para arreglarse el 97.6% es independiente. El 88.8% para realizar sus deposiciones, 87.3% tienen continencia normal, el 88.8% independiente para ir al baño y quitarse y ponerse la ropa, 78.57% independiente para ir del sillón a la cama, 84.1% independiente para caminar solo 50 metros, 73.8% para bajar y subir las escaleras.

Según la dependencia funcional: 41% presenta algún grado de dependencia funcional: el 91.04% tiene dependencia leve y total el 0,79%.

Concluyendo que el grado de dependencia y capacidad funcional del adulto mayor se encuentra en la edad, el estado nutricional, así como por sus características básicas de la vida diaria, siendo mayormente independientes(9).

Dávila, L. Ecuador (2019) realizó un estudio analítico transversal, para conocer la relación entre depresión, dependencia funcional y ciclo vital en adultos mayores de la parroquia Yanuncay, en 137 adultos mayores.

Los resultados fueron que, en cuanto a dependencia funcional, el 46.8% de varones son independientes, mientras que en mujeres fue de 51.7%. En total el 48.9% de los adultos mayores son independientes, según Lawton y Brody. Según el índice de Barthel, se encontró que el 74.6% de varones tienen independencia total, mientras que en las mujeres el 72.4% tienen independencia total. Según el ciclo vital, el 67.1% de varones y el 74.2 % de mujeres son ancianos jóvenes. En cuanto a la relación entre independencia funcional de Barthel y depresión, se encontró un 71.4% de dependencia grave.

Concluyendo que existe relación entre la dependencia funcional y la depresión en los adultos mayores de la parroquia Yanuncay(10).

Mireles, et al. México (2022), realizaron una investigación con la finalidad de determinar la relación de la variable calidad de vida (CV) y la variable dependencia funcional (DF), apoyo social y funcionamiento familiar en adultos mayores, estudio descriptivo, cuantitativo y analítico, en una muestra de 205 adultos mayores. Para ello se usó el Índice de Barthel (ABVD), para evaluar sus 10 actividades básicas y Escala de Lawton y Brody (AIVD), la cual evalúa las actividades instrumentales de la vida diaria. Test de APGAR familiar para identificar las disfunciones familiares o problemas o conflictos familiares, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la misma que identifica el apoyo social que reciben los adultos mayores y WHOQOL-BREF para el cálculo de su calidad de vida.

Los resultados obtenidos fueron, mujeres el 71.7%, con edad promedio de 70 años, con pareja el 62.9%. En relación a la DF, según el índice de Barthel, se obtuvo una media de 94.12 y según la

escala de Lawton y Brody una media de 6,39; la media de funcionamiento fue de 8,43, y de 40.27 para el apoyo social, mientras que, en calidad de vida, se obtuvo una media de 3.44 en cuanto a las dimensiones de calidad de vida en la dimensión salud física la media fue de 60.52, psicológica 67.43, social 61.26, mientras que para el ambiente fue de 55.1.

Concluye que: todas las dimensiones de calidad de vida están relacionadas con CF, apoyo social y funcionamiento familiar ($p < 0,05$). La calidad física (CF) y el apoyo social predicen la calidad de vida física y psicológica(11).

Sotomayor et al. (2022) Ecuador. Realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, para evaluar el grado de dependencia y el funcionamiento cognitivo en una población de 35 adultos mayores (AM) de un centro geriátrico. Para este estudio se usaron el índice de Barthel y el SPMSQ de Pfeiffer.

Los resultados fueron que el género femenino fueron los de mayor porcentaje, 76.6%, el 36.2% con diabetes mellitus, 29.7% tenía hipertensión, obesidad el 10.5% y sin ninguna patología el 23.4%. Según el índice de Barthel, el 70.2% son independientes, 14.8% presentan dependencia moderada, con dependencia escasa el 10.6%, y con dependencia total y severa el 2,3%; mientras que, según la escala de depresión geriátrica, los resultados fueron que no tienen depresión el 55.3%, leve el 36.1%, moderado el 6.3%, y depresión grave, 2.1%. Según la escala de SPMSQ de PFEIFFER, el 80.8% tiene un índice cognitivo normal, leve el 17%, y severo el 12.31%.

Concluyeron que mediante la adaptación y el afrontamiento se debe fomentar un envejecimiento saludable y activo. A través de acciones no solo preventivas sino de rehabilitación mental, para el adecuado funcionamiento cognitivo y mejora de la calidad de vida y salud de los AM (12).

Herazo, et al. (2017) Realizaron un estudio con la finalidad de conocer diferencias entre calidad de vida, funcionalidad y condición física de adultos mayores que pertenecían a una institución y los que no pertenecían. A través del estudio de corte transversal, estudio descriptivo en 113 adultos mayores del instituto y 132 que tienen residencia, aplicó un cuestionario SF -36, nivel de independencia funcional, con escalas de Berg, Lawton y la batería Senior Fitness.

Evidenciando: el 57.5% son institucionalizados de sexo femenino y el mismo porcentaje son no institucionalizados, estado civil, 77% no tienen pareja y son institucionalizados, y 61,8% no tiene pareja de los no institucionalizados. En cuanto a las dimensiones de calidad de vida la salud física tiene una media de 51.5 institucionalizados y 65.3 no institucionalizados, la salud mental, 61 es la media de institucionalizados y 68 es la media de no institucionalizados, el funcionamiento físico tiene una media de 49.5% los institucionalizados y 75 es la media de no institucionalizados. El nivel de funcionalidad FIM la media es de 112.3 institucionalizados y 123 la media de no institucionalizados, según Lawton, en mujeres, la media es de 4.2 institucionalizados y 6.8 la media de no institucionalizados. Según Lawton, en varones la media fue de 4.2 en institucionalizados y 4.2 la media de no institucionalizados.

Concluye que con menores promedios en calidad de vida se relaciona con la condición de la institucionalización, tanto en la condición física como en la funcionalidad (13)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Borbor, D. La Libertad (2021). Elabore el trabajo de investigación con la finalidad de poder conocer la relación entre variable grado de dependencia y la variable calidad de vida en adultos mayores de San Pedro. Investigación correlacional, transversal, no experimental, realizada en una muestra de 134 adultos mayores, uso para

identificar el grado de dependencia el índice de Barthel y para calidad de vida el cuestionario SF-12.

En los resultados, encontró que el mayor porcentaje 60.4% (81) eran mujeres, el grado dependencia con 48.5% (65) fue moderada, 20.9% (28) tienen dependencia grave, 17.9% (24) tienen dependencia leve, 9.7% (13) son independientes y 3% (4) son dependientes, en relación a la calidad de vida, el 71.6% (96) tiene calidad de vida mala, y un 28.4% (38) es buena. Concluyendo que existe relación entre la calidad de vida y su grado de dependencia en los AM (14)

Pintado, J. y Velarde, D. Tacna (2019), realizó un estudio cuantitativo correlacional para determinar la variable calidad de vida y la variable grado de dependencia del AM en una red asistencial Essalud, en una muestra de adultos mayores de 60, a través de una entrevista y encuesta estructurada cuyo instrumento fue el indicador de Barthel y SF-36 para calidad de vida.

En este estudio se encontró que la dependencia fue de independiente en el 86.7% (52) de los adultos mayores y un 13.3% (8) presentó dependencia moderada. La dimensión que son totalmente independiente fue: comer; las dimensiones que fueron independientes son: lavarse 100%, vestirse 96.7%, escalones 88.3%, arreglarse 98.3%, usar retrete 100%, trasladarse 95%, deambular 95%; por otro lado, continencia normal: deposición 98.3% y micción 96.7%.

En calidad de vida fue media en el 100% (60) de los adultos mayores, en salud general 93.3% es regular, cambio de salud bajo en el 50%, función física sin limitación 55%, desempeño físico bajo en el 88.3%, desempeño emocional medio en el 88.3%, en función social medio en el 98.3%, dolor físico medio en el 73.3%; vitalidad medio en el 98.3%, salud mental medio en el 100%(15).

La conclusión fue que existe relación significativa según el estadístico Ch-Pearson entre dependencia y calidad de vida.

Alor, R. y Milla, E. Lima (2020), desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar el grado de dependencia y la variable calidad de vida de mayores de 60 años del servicio de Medicina en el Callao, estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Para esta investigación, uso como instrumentos para calidad de vida el Whoqol-Bref y para conocer el nivel de dependencia el Índice de Barthel en 73 adultos mayores.

Obteniendo como resultados: el 71% de los adultos mayores su grado de dependencia fue independientes; según sus dimensiones se obtuvo en comer 69.9% es independiente, al igual que bañarse independiente en el 58.9%, vestirse el 67.1% son independientes, para asearse el 69.9% son independientes, en control de deposiciones el 80.8% son independientes, para el control de micción el 67.1% son independientes, para el uso de retrete el 57.5% son independientes, para moverse de la silla a la cama el 60.3% son independientes, para desplazarse el 47.9% son independientes, mientras que para subir y bajar escaleras el 45.2% son independientes.

Por otro lado, calidad de vida, el 54.8% manifestó calidad de vida de regular a media, en cuanto a la dimensión física el 87.6% fue regular, en la dimensión psicológica el 89% también fue regular, en cuanto a relaciones sociales el 86.3% manifestó ser regular, mientras que en la dimensión del medio ambiente el 98.6% indicaron como regular.

Las conclusiones fueron que hubo predominio de independencia por ser un grupo joven de entre 60 a 69 años(16).

Chipana, I. Lima (2020), realizó el estudio cuantitativo, transversal, descriptivo con la finalidad de determinar el grado de dependencia

del adulto mayor de la casa de reposo Madre Josefina Vannini. En una muestra de 75 adultos mayores, para lo cual uso como instrumento el índice de Barthel.

Obteniendo los siguientes resultados, el mayor porcentaje de los encuestados la edad oscilaba entre 80 a 89 años, de sexo femenino, casados y de nivel superior; el 67.3% de los adultos mayores tenían dependencia total, el 12.7% con dependencia moderada, el 5.5% presentó dependencia leve mientras que el 3.6% presentó independencia.

Concluyo que los adultos mayores de la casa de reposo Madre Josefina Vannini tenían un grado de dependencia funcional total (6)

Melgarejo, T. Huánuco (2021), elaboró un estudio para determinar el nivel de dependencia funcional de adultos mayores de Essalud de Tingo María, estudio transversal, descriptivo, prospectivo en una muestra de 83 AM. Uso como técnica el test de evaluación funcional de la OPS, y como instrumento el Test de actividades básicas. Y un test de equilibrio y de marcha.

Los resultados fueron que el 48.2% eran mayores de 80 años, de sexo masculino el 50.6%, el 45.8% percibe pensión, con casa propia el 47%, el grado de dependencia por dimensión fue bañarse lo realizan con ayuda el 49.4%, vestirse el 39.8 % son independientes, apariencia personal, el 43.4% lo hace con ayuda, para usar el inodoro el 48.2% lo hace con ayuda, en cuanto a continencia el 43.5% lo hace con ayuda, para trasladarse el 43.4% también lo hace con ayuda, para caminar el 48.2% lo realiza con ayuda y 49.4% se alimenta con ayuda. En cuanto a la dependencia funcional sobre las actividades básicas (ABVD), el 30.1% tiene dependencia funcional moderada, 24.1% independencia, 18% tienen dependencia leve, 12% tiene dependencia severa, y dependencia total el 14.7%.

El grado de dependencia funcionales sobre actividades instrumentales (AIVD) presentan total dependencia el 40.6% y dependencia severa el 20.5%, en relación al equilibrio: el equilibrio normal fue de 63.9%, en relación a la marcha el 62% tienen marcha anormal, el grado de dependencia consolidada fue 48.2%, tienen grado III gran dependencia, seguida de grado de dependencia severa 22.9% grado II.

Concluyendo además, que existe relación entre la edad y los grados de dependencia funcional evidenciados por $p=0,0004$.(17).

Azpur et al. Huánuco (2022), realizaron la investigación para poder determinar la relación entre calidad de vida y nivel de dependencia física, estudio descriptivo, cuantitativo correlacional, uso el índice de Barthel para medir la dependencia funcional y WHOqol-bref para calidad de vida, en una muestra de 132 adultos mayores.

Los resultados fueron que el 36.4% tiene edad entre 81 años a 86 años, 64.4% son mujeres, 56.1% son casados o convivientes con estudios secundarios el 44.7%, con enfermedad el 92.4% y de nivel socioeconómico medio 54.5%. El nivel de dependencia física es que el 50% tiene dependencia en alimentación, aseo personal con ayuda el 58.3%, vestirse el 56% es con ayuda, el 54.5% son independientes para su arreglo personal, el control de deposiciones el 53.8% lo realiza con ayuda, el control vesical el 54.5% es con ayuda, el manejo del inodoro el 47% es independiente, el desplazamiento de silla a la cama el 63.6% lo realiza con ayuda, la deambulacion el 66.7% es con ayuda, sube y baja escaleras con ayuda el 68.9%. El nivel de dependencia física es 40.9% leve dependencia, el 22.7% tiene grave dependencia, moderada el 19.7%; 11.4% independiente y con dependencia total es de 5.3%.

La calidad de vida en dimensión física es moderada en el 87.1%, en lo psicológico es moderada en el 62.9%, en lo social es moderada en el 61.4%, y en calidad de vida total es de 74.2% moderada.

En conclusión, la relación de dependencia física con calidad de vida en aspecto físico tiene un valor de 7.15 y un valor $p=0,008$ y con respecto a la dependencia física y el aspecto psicológico el valor fue de 8.46, siendo significativa la relación entre ambas. Con el aspecto social el valor fue de 6,45 y un valor $p=0.011$ y la dependencia física y la calidad de vida el valor es de 5.42 y un valor $p= 0,020$ (18).

León, P. y Mayta A. (2023) realizaron un estudio para determinar la relación que existe entre las variables capacidad funcional y calidad de vida en adulto mayor, estudio básico, no experimental, correlacional; en una población de 90 adultos mayores, utilizaron como instrumento dos cuestionarios Barthel (AVD) y Escala de FUMAT.

Resultados: El 27,8% presentaron buena calidad de vida y capacidad funcional independiente, mientras que el 26,7% calidad de vida regular y dependencia moderada. Con respecto a la capacidad funcional son independientes, con dependencia moderada el 26.7%; e relación con la calidad de vida el 70% tienen un nivel regular de calidad de vida y el 27,8% buena calidad de vida.

Conclusión: La relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida del adulto mayor es significativa positiva débil, el coeficiente de correlación de Rho fue de 0,470, $p=<0,001$.

2.1.3 Antecedentes locales

En la revisión de antecedentes locales, no se hallaron estudios recientes, específicamente en los últimos cinco años, que aborden las variables de interés de esta investigación.

2.2 Modelo Teórico

Esta investigación está sustentada por las teorías de la profesión de enfermeras

❖ Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Esta teoría es la base; ofrece a los profesionales de enfermería las herramientas para brindar cuidados de calidad en todos los temas relacionados con la salud. La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, con tres teorías interrelacionadas; T. del autocuidado, T. del déficit de autocuidado, T. del mantenimiento. Teoría de mucha importancia para los adultos mayores, porque el autocuidado depende en gran medida de la autonomía funcional en la realización de las funciones básicas, por lo que es imperioso conocer la efectividad de la autonomía funcional para su correcta orientación en la solución de los problemas surgidos en la vejez (19).

❖ Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Jean Watson, con su teoría del cuidado humano, demuestra que es necesario que la sociedad actual mantenga y conozca la importancia del cuidado humano. Se emplean tratamientos y técnicas de tratamiento radical todos los días, pero generalmente no están informados sobre los aspectos humanos del verdadero cuidado humano (Riegel, Crossetti, & Siqueira, 2018). Por lo tanto, en la teoría del cuidado humano, Watson propone 10 factores filantrópicos que se consideran necesidades especiales de cuidado de la experiencia humana y que las enfermeras deben abordar. Esta teoría de Jean Watson ayuda paulatinamente al progreso del pensamiento crítico y del papel del enfermero en las áreas del cuidado, docencia e investigación, brindando un cuidado merecido e integral al anciano, necesario para optimizar la calidad de vida del adulto mayor (19)(20)

2.3 Marco teórico

2.3.1 Calidad de vida

La OMS (2003) define a la calidad de vida como creencias de las personas acerca del lugar que ellos ocupan, del sistema de valores y objetivos.

Cerezo (2001) La calidad de vida tiene dos enfoques. La objetiva considerada como la posesión material, satisfacción, bienestar y salud. La subjetiva percepción desde el lado emocional, seguridad social, propósitos y las relaciones familiares.

Urzua y Caqueo (2012):“La calidad de vida está definida como percepción individual de la vida, desde la posición y contexto de cultura, valores, metas, estándares, intereses y expectativas” (21).

Espinoza, F. (2014) considera a la calidad de vida como el bienestar, físico, social, emocional y material, así como progreso personal y de las actividades (22).

Castiñeira (2011) La calidad de vida se basa en el disfrute seguro de la salud y la educación; alimentación adecuada y alojamiento digno; ambiente estable y saludable; de Justicia; igualdad racial y de género; participación en el cumplimiento de los deberes de la vida diaria; dignidad y seguridad (23).

Oblitas (2017) definió la calidad de vida como un proceso, ambiente en el que se desarrolla el individuo con las experiencias que obtiene, el sustantivo calidad hace énfasis en los patrimonios, se basa en lo que tienen los individuos para vivir y que los diferencia de los otros(24).

Delgado y Aguilera (2017) afirman que la definición de calidad de vida se refiere al “bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y derechos positivos, formas de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas” (p. 3). Estos aspectos enriquecen la definición que trata de los derechos de las

personas en sociedad. La calidad de vida es un constructo complejo y multidimensional que refleja la expresión social del grado de satisfacción de las necesidades en la sociedad, comenzando por las cuestiones materiales, bienes y servicios a disposición de la población en un contexto histórico dado. La calidad de vida objetiva y la calidad de vida percibida son componentes inseparables que se vinculan como dos partes importantes del concepto (25).

Perea, 2018 menciona que la calidad de vida está determinada por contextos objetivos y subjetivos; la categoría objetiva incluye el bienestar material, relación con la comunidad armoniosa y el medio ambiente y la categoría subjetiva es la salud, seguridad percibida y la producción personal (26).

Para Troya et.al. 2019, la calidad de vida está determinada por el cuidado, paz, tranquilidad, dignidad, respeto y amor de la familia, siendo esa satisfacción percibida por sus necesidades psicológicas, físicas y sociales.

Además, la calidad de vida tiene un contenido multidimensional que incluye dimensiones físicas, sociales y psicológicas.

- ❖ **Dimensión física:** Valoración del cuerpo humano, capacidad funcional, salud física, síntomas, enfermedad, autocuidado, uso de medicamentos, dolor, fatiga, movilidad, energía, actividades diarias, sueño, capacidad de trabajo(21).

Según Perea (2018), la dimensión física es la percepción de salud biológica y física, es decir, ausencia de enfermedad, la ausencia de eventos adversos de tratamientos y la apropiada capacidad funcional. Es estar sano (26).

- ❖ **Dimensión de relaciones sociales:** Capacidad de relación entre el adulto con personas y vínculos sociales y cumplir un rol familiar o social, incluyendo la actividad sexual y el apoyo social (21).

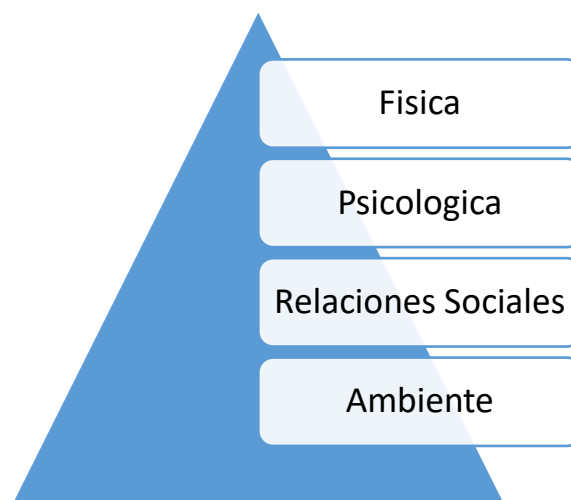
Perea (2018) Percepción sobre los roles sociales, relaciones interpersonales, apreciación sobre el apoyo familiar, social, comunitario, armonía en el trabajo e integración familiar (26).

- ❖ **Dimensión psicológica o emocional:** Valoración del estado emocional o afectivo, que incluye ansiedad, o medio, falta de comunicación, imagen corporal, autoestima, memoria, enfoque, percepción del futuro, incluso creencias religiosas o personales y su opinión sobre su vida (21).

Para Perea (2018) Percepción sobre su estado afectivo, cognitivo, como miedo, ansiedad, incomunicación, seguridad, autoestima. Creencias personales, espirituales(26)

- ❖ **Dimensión ambiental:** El entorno que rodea a las personas mayores, que se relaciona con su vida cotidiana, recursos, actividades, libertad, ocio, recreación, seguridad, acceso a la información, recursos, medio ambiente, cuidado de la salud (21).

Ilustración 1 Dimensiones de Calidad de Vida



Fuente; Elaboración de los autores

La calidad de vida en los adultos mayores busca la satisfacción, el bienestar biológico, social y psíquico, pues en esta etapa existen cambios en la funcionalidad tanto mental como física (27).

En tal sentido, el adulto mayor debe poseer una activa salud física, enfrentar los infortunios de la propia senectud de manera constructiva y positiva, así como mantener una buena relación familiar y social (28).

2.3.2 Grado de Dependencia

Dependencias

El Ministerio de salud (2023) la define como “La mayor o menor necesidad de cuidados de otra persona por la disminución de la capacidad social, física, mental de la población adulta mayor” (29).

Barthel definió a la dependencia como la incapacidad funcional, para realizar actividades diarias. La AAMR la define como la condición de tener que necesitar apoyo para realizar actividades en las diversas áreas. Para Baltes y Wahl es una necesidad de apoyo para la adaptación e interacción con el medio (30).

Cerquera, et al., (2017), definió a la dependencia como limitación funcional por condiciones asociadas como son el deterioro de autonomía física, escasa autonomía psíquica o también intelectual, por lo que se requiere apoyo para realizar las actividades diarias (31).

Grado de dependencia:

Es la habilidad y confianza con que un AM realiza las actividades básicas de la vida como: toma de decisiones, el cumplimiento de roles, el cumplimiento de responsabilidades. Esto se ve reflejado por la salud o enfermedad que pueden ser provocadas por las complicaciones de la capacidad de independencia. Esta es una condición en la que las personas necesitan ayuda significativa o asistencia, debido a una pérdida física, mental o emocional (16).

Clasificación del Grado de Dependencia

- ❖ **Dependiente total:** cuando una persona requiere apoyo para realizar las actividades diarias durante el día, ya sea por una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial de independencia, para lo cual requiere apoyo para su autonomía personal.
- ❖ **Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda 2 a 3 veces por día, pero no necesita verificación ni apoyo constante.
- ❖ **Dependencia moderada:** La persona necesita ayuda a veces o al menos en el día una vez.
- ❖ **Dependencia leve:** La persona solo necesita un poco de ayuda.
- ❖ **Independiente:** La persona tiene autonomía física, psíquica, intelectual o sensorial; sin ayuda es capaz de realizar sus actividades(32).

Dimensiones del Grado de Dependencia

El índice de Barthel (IB) o índice de Discapacidad de Maryland (IDM), elaborado en 1955, mide la evolución de las personas tanto musculoesqueléticas, y neuromusculares. Consiste de 10 parámetros que evalúan las ABVD, modificada en 1979 por Granger, en 1993 fue traducida al español y en la actualidad es la más usada a nivel internacional en las áreas de geriatría por considerarse como el mejor instrumento para medir la capacidad funcional por su sensibilidad, capacidad de comunicación y simpleza (33).

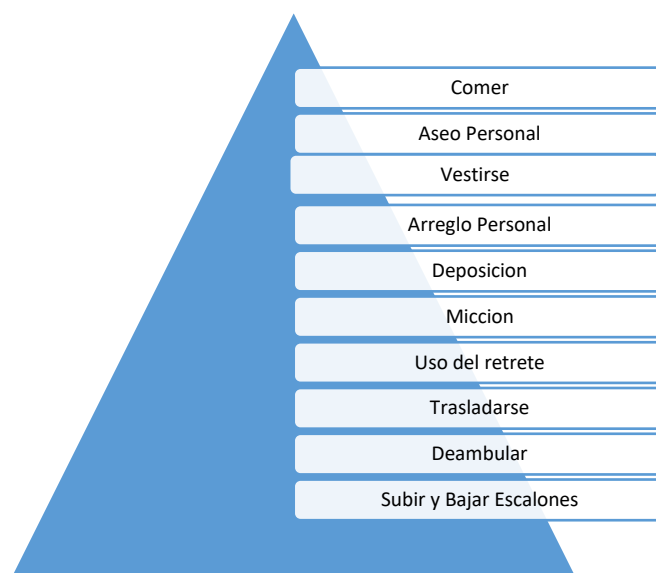
El índice de Barthel determina 10 actividades que se relacionan con las actividades básicas diarias (34)(6).

- ❖ **Comer:** Alimentarse, indica la ingesta de alimentos, sean estos hidratos de carbono, proteínas, grasas, elementos inorgánicos, electrolitos,

vitaminas y agua Los adultos mayores pueden presentar problemas fisiológicos que afecten su proceso digestivo, debido a la edad

- ❖ **Aseo personal (baño):** La higiene personal, como lo manifestó Henderson, la higiene general del cuerpo da tranquilidad y gusto que da un valor no solo fisiológico sino psicológico. El baño elimina los gérmenes y brinda vitalidad a los tejidos. Evita las úlceras.
- ❖ **Vestirse:** Importante la prevención del cuerpo; utilizar prendas adecuadas según la función social y actividad a realizar, esta debe ser cómoda, que permita libertad de movimientos.

Ilustración 2 : Dimensiones del Grado de Dependencia



Fuente: Elaboración de los autores

- ❖ **Arreglo personal:** Uno de los componentes del auto concepto es la imagen física son el vestido, peinado, maquillaje y adornos, estos hacen sentir bien a la persona.
- ❖ **Deposición:** Por el propio proceso de envejecimiento en el adulto mayor, las deposiciones no siempre son diarias, por la pérdida del tono muscular, escasa actividad física y escaso consumo de alimentos.
- ❖ **Micción:** En el adulto mayor existen cambios en las vías urinarias bajas, la producción de la orina y el control neurológico. Puede existir además

incontinencia de esfuerzo por la escasa presión de cierre de los esfínteres uretrales.

- ❖ **Uso del retrete:** El adulto mayor tiene disminución de la capacidad de locomoción; por ello, no realiza sus actividades diarias. Existiendo modificaciones en los mecanismos nerviosos periféricos y centrales que dirigen la armonía de la marcha.
- ❖ **Trasladarse (traslado cama/ sillón):** El adulto mayor presenta dificultades de movilidad conforme se deteriora su sistema osteomuscular, lo cual va a generar dependencia en su hogar.
- ❖ **Deambulaci3n:** Es complicada en los adultos mayores ocasionada por osteoporosis o rigidez, que produce dolor, y hace que su equilibrio sea limitado. De no cuidarse puede presentar fracturas,
- ❖ **Subir y bajar escaleras:** Estos movimientos de subir y bajar escaleras nos dan fuerza muscular, que beneficia a las personas, pero esta fuerza va disminuyendo al pasar los a1os, por ello es importante ejercitarnos para nuestro futuro. La disminuci3n en la separaci3n de los discos vertebrales provoca disminuci3n en un 3% de la estatura (34)(6).

2.3.3 Adulto mayor

Definici3n: Minsa (2023) define al adulto mayor como el individuo mayor o igual a 60 a1os (29) (35).

Por su parte, el MINSA (2013) clasific3 al adulto mayor como:

- ❖ **Adulto Mayor Activo saludable:** Considerado a los adultos autores que no tienen enfermedades f3sicas severas.
- ❖ **Adulto Mayor Enfermo:** Considera al adulto mayor que presenta alguna enfermedad aguda o cr3nica.
- ❖ **Adulto Mayor Fr3gil:** Considera al adulto mayor de 80 a1os, con dependencia parcial y deterioro cognitivo leve o moderado(36), manifestaciones depresivas, riesgo social, 3 o m3s enfermedades cr3nicas.

- ❖ **Adulto Mayor Complejo:** Considera al adulto mayor de 60 a más años con 3 o más enfermedades crónicas, enfermedad incapacitante y deterioro cognitivo severo (36).

Así también, el adulto mayor es definido como tercera edad de la vida. En esta existen no solo cambios biológicos, sino funcionales y psicológicos; también es conceptuada como el desgaste de todo el organismo humano y comienza a partir de los 60 años (37).

2.3.4 Enfermería y el Adulto Mayor

El profesional de enfermería tiene un amplio trabajo para realizar con el adulto mayor, incorporar los conocimientos enfermeros con el proceso de envejecimiento, con ello puede dar a los adultos mayores condiciones que permitan incrementar las conductas saludables, disminuir las limitaciones de la edad, proveer comodidad durante los procesos de depresión o debilidad, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes de la vejez, la misma que puede ser extendida en los campos institucionales, comunidad, servicio y en la familia (38).

La atención de este grupo de población es un reto para el profesional de enfermería. Son ellos los que deben brindar cuidados según las demandas que los adultos mayores presentan, y mejorar de manera progresiva y cualitativamente su salud con una apropiada calidad de vida (39).

2.4 Definición de Términos

❖ Calidad de Vida

Percepción que tienen las personas de los sistemas de valores donde viven, de su medio cultural relacionado a sus intereses, patrones y sus propias aspiraciones. Percepción del individuo de su bienestar, mental, físico y social, de su satisfacción y felicidad (Levy y Anderson, 1980).

❖ **Grado de dependencia**

Cuando una persona requiere del cuidado de una u otras personas para poder realizar actividades diarias.

❖ **Adulto Mayor**

Persona mayor de 60 años, que según sus necesidades se le oferta el paquete de atención integral. Individuo que sobrepasa los 60 años (Minsa, 2023).

❖ **Capacidad funcional**

Es tener caracteres que permiten a los adultos mayores hacer o ser lo que creen que es importante (16).

❖ **Independencia funcional**

Se denomina al adulto mayor que puede realizar sus actividades, necesidades y responsabilidades sin valerse de otra persona.

❖ **Tercera edad**

Etapa evolutiva del ser humano que considera diversas dimensiones (29).

❖ **Valoración funcional**

Indica el valor de dependencia que tiene una persona, para ejecutar actividades de la vida cotidiana (16).

❖ **Riesgo social**

Posibilidad de sufrir un daño cuyo origen es una causa social, lo que rodea a la persona, es decir condiciones del entorno.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio

Según tipo: La investigación fue de tipo básico, sin manipular las variables y tuvo como objetivo observar los fenómenos en su entorno original, para ser analizados posteriormente, tal como ha sido señalado por Sampieri (2014).

Según nivel:

Correlacional porque este tipo de estudios tuvo como objetivo identificar el grado de relación entre dos variables: la variable calidad de vida con el grado de dependencia de los adultos mayores asociados en casa de acogida Apaktone.

Descriptivo porque se analizó e interpretó de manera descriptiva la situación de relación entre ambas variables.

3.2 Diseño del estudio

El diseño fue no experimental, de corte transversal. No experimental, porque se evidenció los resultados, sin manipular las variables, es decir tal, como se presentaron; transversal porque el instrumento fue aplicado en una sola oportunidad(8) .

3.3 Área y Línea de Investigación

Con resolución de consejo universitario N332 -2019*-UNAMAD-CU se aprueban las líneas generales de investigación establecidas para los programas de pregrado, alineadas con los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (40), se identifica un enfoque prioritario en el **área de Enfermería**, y **línea de investigación**: Salud Integral Humana,

relacionado con el programa académico: Enfermería en el Adulto y Adulto Mayor.

3.4 Población y muestra

❖ Población

Como menciona Tamayo (2003) es el 100% de la población y debe ser cuantificable.

La población estuvo constituida por el 100% de adultos mayores asociados a la casa de Acogida Apaktone = 103 adultos mayores asociados

❖ Muestra

Por ser una población pequeña, se trabajó con la totalidad de la población de AM. Asociados en la Casa de Acogida Apaktone = 103

3.5 Métodos y técnicas

❖ Métodos

El método usado fue inductivo, en el cual se observaron los hechos primero y posteriormente fueron registrados, analizados y comparados; se generalizó y dedujo mediante teorías (41).

❖ Técnica

Duana (2021) indicó que son necesarias las técnicas de investigación, porque dan respuestas a nuestras preguntas de investigación. Se empleó la encuesta en el presente estudio.

❖ Instrumento

Se usaron dos cuestionarios

1. Para medir calidad de vida se empleó el **Cuestionario de Calidad de Vida WHOOQOLBREF**. Creado por la OMS, que mide cuatro dimensiones de salud física, psicológica, social y ambiente, y es valorado según el siguiente cuadro:

Valoración	Puntuación		
	Bueno	Regular	Deficiente
Salud Física	15 - 18	11 - 14	06 - 10
Salud Psicológica	12 - 15	09 - 11	05 - 08
Relaciones Sociales	12 - 15	09 - 11	05 - 08
Ambiente	12 - 15	09 - 11	05 - 08
Total	50 - 63	36 - 49	21 - 35

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOOQOLBREF.

Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue validado por Chero (2021) Trujillo-Perú en su estudio Abandono familiar y calidad de vida en el programa adulto mayor de un Hospital-2020.

- ❖ **La confiabilidad** se determinó mediante fórmula de SPEARMAN-BROW obteniendo el 0.94 Excelente confiabilidad, y mediante Alfa de Cronbach con el valor excelente de 0,902.
- ❖ **La validez** del instrumento fue determinada por el método de validez predictiva, obteniendo el valor de 0,92 y a través de juicio de expertos (3) usando el coeficiente de Holsti. Con el valor excelente de 0,95(42).

2. Para medir el grado de dependencia se empleó el **cuestionario: ÍNDICE DE BARTHEL** por ser un instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria, como lo recomienda la Sociedad Británica de Geriatria. fue medido en escala ordinal, según la clasificación: Independiente, Dependiente Leve, Moderado o Grave, Dependiente total, acorde a la puntuación obtenida (43).

Validez y confiabilidad del instrumento

❖ Validez

El instrumento que recomendó la Sociedad Británica de Geriatria para la valoración de actividades de la vida cotidiana, fue validado por Hernández y Palacios (2017) en su estudio GD relacionado a la calidad de vida del adulto mayor en Chimbote.

- ❖ **La confiabilidad** se determinó por Alfa de Cronbach con el valor de 0,91. Con un grado de Alta confiabilidad de sus preguntas(44).

Valoración	Puntuación
I: Independiente	95 -100
DL: Dependencia Leve	60 - 90
DM: Dependencia Moderada	40 - 55
DG: Dependencia Grave	20 - 35
DT: Dependencia Total	0 - 19

Fuente: Índice de Barthel

3.6 Tratamiento de datos

Se usó Cuestionarios ya validados, y después de aplicarlos fueron codificados, para luego ser registrados en Excel, luego procesados usando el programa estadístico SPSS 26, generando tablas estadísticas, con frecuencias relativas, absolutas y porcentuales. Las tablas y gráficos fueron analizados mediante la triangulación (resultados, antecedentes y base teórica) a nivel descriptivo.

A nivel inferencial, previamente se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov por ser la muestra mayor a 50, y para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica y el (CCS) Coeficiente de correlación de Spearman, $\rho(\text{rho})$ debido a que el fin fue analizar la intensidad de relación entre ambas variables y conocer su nivel de significancia de $p < 0.05$. Cuya fórmula es:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Tabla 1 Confiabilidad del instrumento

INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICO	COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD	Ítems
Grado de Dependencia.	Alfa de Cronbach.	0,897.	30
Calidad de Vida.	Alfa de Cronbach.	0,869.	21

Fuente: Instrumentos aplicados.

Los coeficientes de Alfa de Cronbach obtenidos para el Grado de Dependencia (0.897) y la Calidad de Vida (0.869) se encuentran dentro del intervalo considerado como aceptable en la literatura especializada ($0.70 \leq r \leq 0.89$), lo que sugiere una elevada consistencia interna y fiabilidad de ambos instrumentos de medida. Tal como se muestra la tabla 1.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

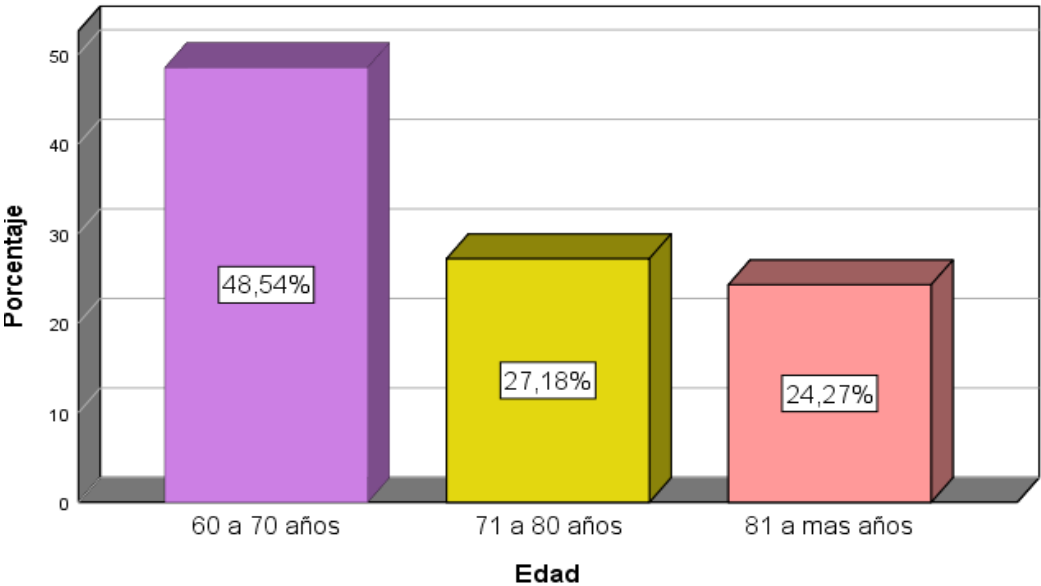
4.1. Estadística descriptiva

Tabla 2 Edad

		Edad			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	60 a 70 años	50	48,5	48,5	48,5
	71 a 80 años	28	27,2	27,2	75,7
	81 a más años	25	24,3	24,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 1 Edad



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 48,54% de los encuestados, manifiestan que se encuentran ubicado en el intervalo de 60 a 70 años de edad, el 27,18% afirman que tiene una edad entre 71 a 80 años, y el 24,27% tienen una edad entre 81 años a más.

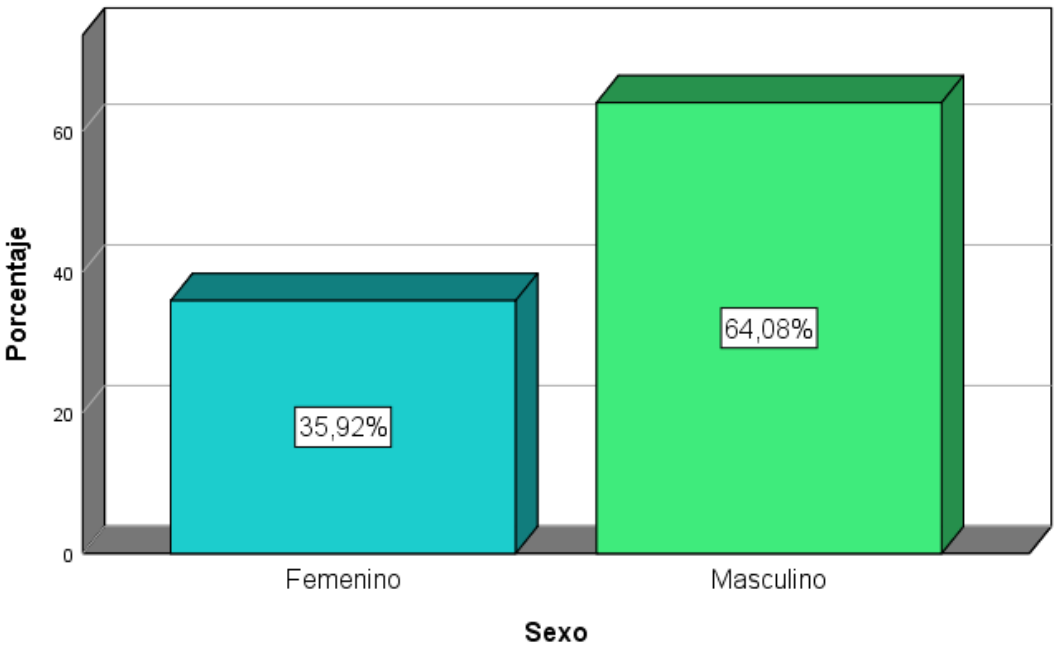
Análisis: La mayoría de los Adultos Mayores asociados a la casa de Acogida Apaktone tiene una edad entre 60 a 70 años. Según la figura 1 y tabla 2.

Tabla 3 Sexo

		Sexo			Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válido	Femenino	37	35,9	35,9	35,9
	Masculino	66	64,1	64,1	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 2 Sexo



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

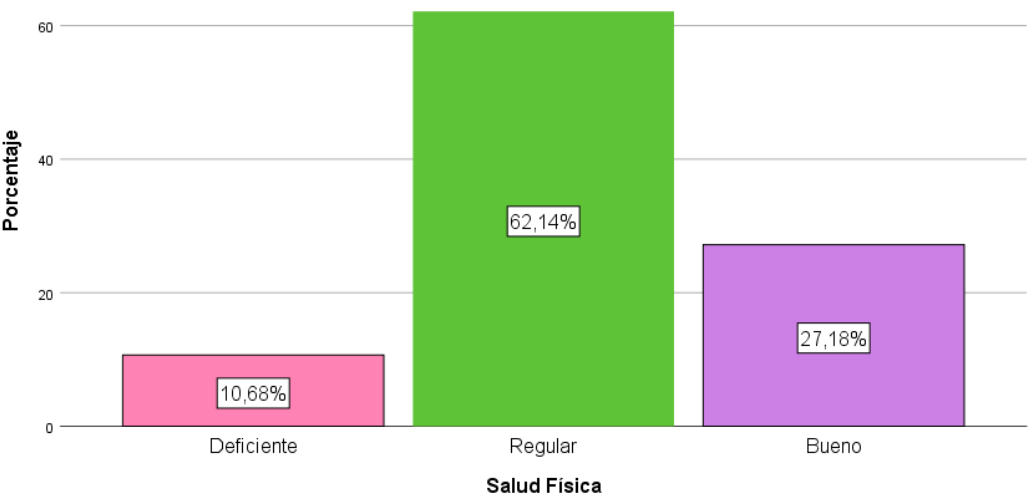
El 64,08% de los encuestados, manifiestan que son masculinos, y el 35,92% son femeninos. **Análisis:** más de la mitad de los adultos mayores asociados en casa de acogida Apaktone son varones. Según la tabla 3 y figura 2.

Tabla 4 Salud Física

Salud Física					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	11	10,7	10,7	10,7
	Regular	64	62,1	62,1	72,8
	Bueno	28	27,2	27,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 3 Salud Física



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

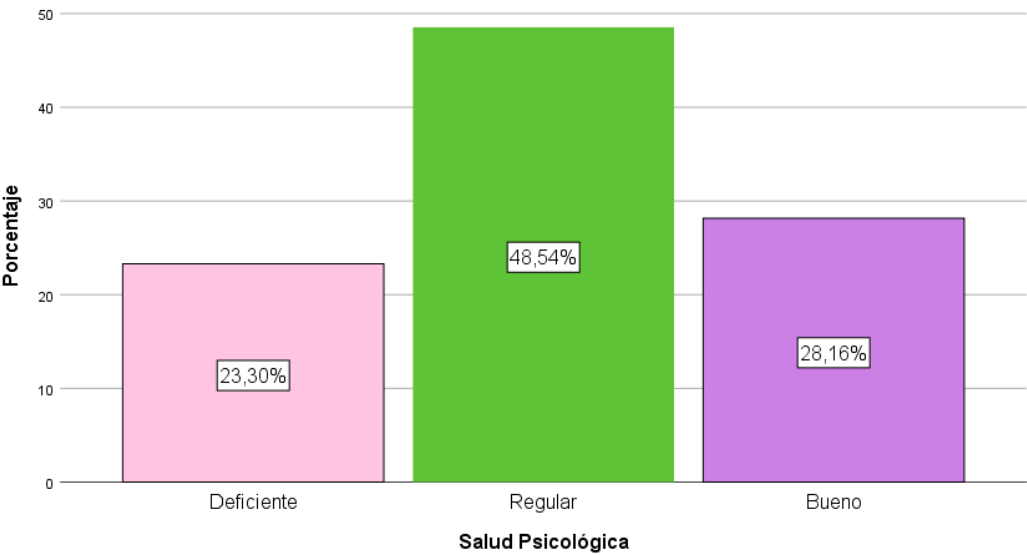
La mayoría de los encuestados (62,14%) reportan tener una salud física regular. Esto indica que más de la mitad de los adultos mayores en la casa de acogida Apaktone tienen una condición de salud que podría ser considerada como intermedia entre buena y deficiente. Es posible que estos individuos presenten ciertas limitaciones o molestias físicas, pero no se encuentran en un estado crítico. Un porcentaje menor (27,18%) afirma tener una buena salud física. Esto es positivo, ya que refleja que una parte significativa de los residentes goza de una condición física relativamente buena, lo cual puede estar relacionado con un estilo de vida saludable o con el acceso adecuado a cuidados médicos y apoyo. Finalmente, el 10,68% de los encuestados consideran que su salud física es deficiente. Este grupo podría requerir atención médica adicional o servicios de salud específicos para mejorar su calidad de vida. Según la tabla 4 y figura 3.

Tabla 5 Salud Psicológica

Salud Psicológica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	24	23,3	23,3	23,3
	Regular	50	48,5	48,5	71,8
	Bueno	29	28,2	28,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 4 Salud Psicológica



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 48,54% de los encuestados reportando tener una salud psicológica regular, es evidente que casi la mitad de los residentes se encuentran en una situación psicológica intermedia. Esto puede implicar que estos adultos mayores experimentan niveles moderados de bienestar psicológico, con posibles altibajos en su estado emocional. El 28,16% de los encuestados consideran que tienen una buena salud psicológica. Esto sugiere que un porcentaje notable de los residentes goza de un buen estado mental y emocional, lo que es positivo y puede estar asociado con una calidad de vida adecuada en términos de bienestar psicológico y el 23,30% de los encuestados manifiestan tener una salud psicológica deficiente. Esto indica que una parte considerable de los residentes podría estar enfrentando

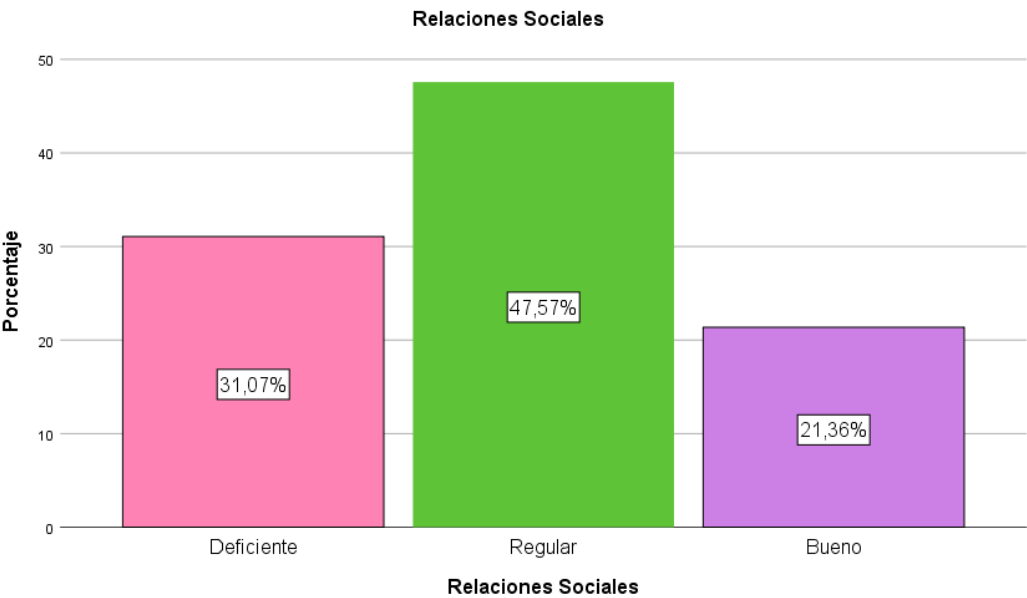
dificultades emocionales o psicológicas importantes, lo cual podría afectar su bienestar general, Según tabla 5 y figura 4.

Tabla 6 Relaciones Sociales

Relaciones Sociales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Deficiente	32	31,1	31,1	31,1
	Regular	49	47,6	47,6	78,6
	Bueno	22	21,4	21,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 5 Relaciones Sociales



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 47,57% de los encuestados reportan tener relaciones sociales regulares. Esto indica que casi la mitad de los residentes se encuentran en un estado intermedio en cuanto a sus interacciones sociales, aunque tienen cierta conexión con otros, tal vez no sea suficientemente satisfactoria o activa. El 31,07% afirmando tener relaciones sociales deficientes, es preocupante que más de un cuarto de los residentes sienta que sus interacciones son insatisfactorias. Esto podría indicar aislamiento social o dificultades en la construcción de vínculos significativos, y solo el 21,36% de los encuestados consideran que tienen buenas relaciones sociales. Este porcentaje

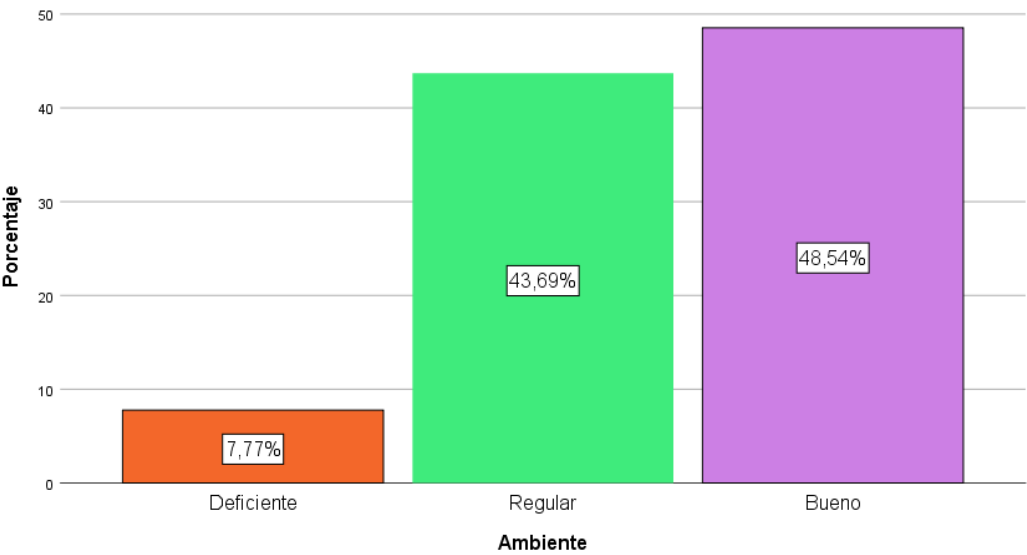
relativamente bajo sugiere que una parte pequeña de los residentes goza de conexiones sociales robustas y satisfactorias. Según tabla 6 y figura 5.

Tabla 7 Ambiente

		Ambiente			Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
	Deficiente	8	7,8	7,8	7,8
	Regular	45	43,7	43,7	51,5
	Bueno	50	48,5	48,5	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 6 Ambiente



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Casi la mitad de los encuestados (48,54%) considera que el ambiente es bueno. Esto sugiere que los residentes perciben un entorno positivo, lo cual es fundamental para su bienestar general. Un ambiente bueno puede contribuir a la salud mental y emocional de los adultos mayores, promoviendo una sensación de seguridad y comodidad. El 43,69% de los residentes reportan que el ambiente es regular. Esto indica que, aunque muchos encuentran el entorno aceptable, hay espacio para mejoras. Un ambiente regular podría implicar que algunos aspectos, como la decoración, el mobiliario o las actividades ofrecidas, podrían no ser del todo

satisfactorios. Y solo el 7,77% de los encuestados considera que el ambiente es inadecuado. Este porcentaje bajo es positivo, ya que sugiere que la gran mayoría no está experimentando problemas graves con su entorno, Según tabla 7 y figura 6.

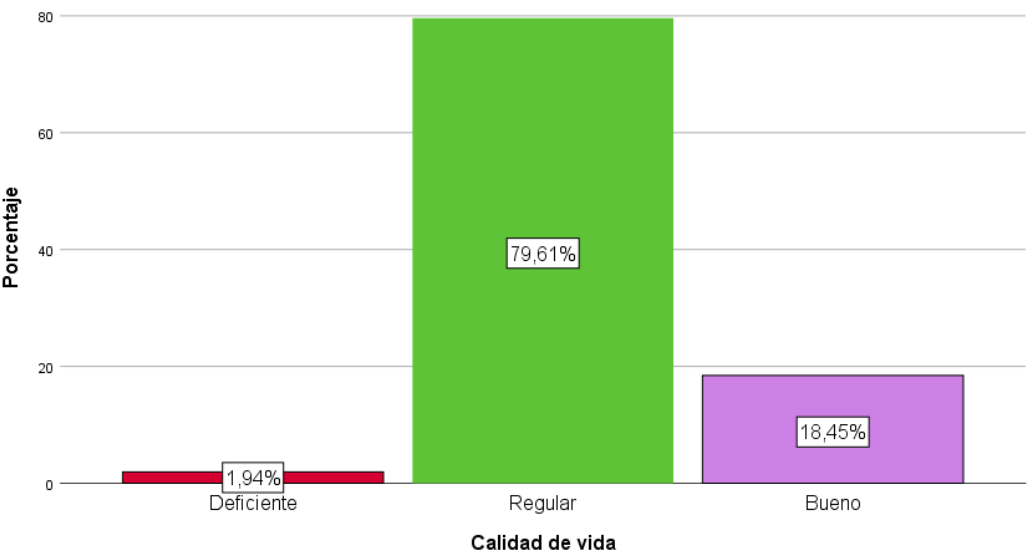
RESULTADO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE CALIDAD DE VIDA

Tabla 8 Calidad de vida

		Calidad de vida			Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
	Deficiente	2	1,9	1,9	1,9
	Regular	82	79,6	79,6	81,6
	Bueno	19	18,4	18,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 7 Calidad de vida



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 79,61% de los encuestados reportaron una calidad de vida regular, es evidente que la gran mayoría de los residentes perciben su situación como intermedia. Esto puede indicar que, aunque no están insatisfechos, tampoco están completamente satisfechos con su calidad de vida, sugiriendo que hay áreas que podrían mejorarse. El 18,45% de los residentes consideran que tienen una buena calidad de vida. Este

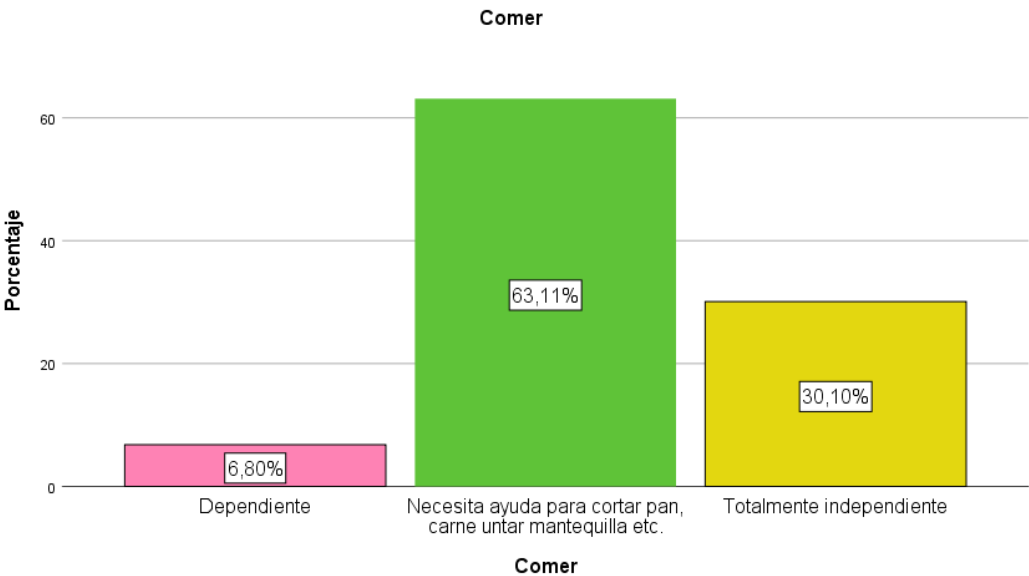
porcentaje, aunque es positivo, es relativamente bajo en comparación con aquellos que reportan una calidad de vida regular. Esto podría reflejar limitaciones en aspectos como la salud, las relaciones sociales o las actividades disponibles. Y solo un 1,94% que afirma tener una calidad de vida mala, es un alivio que tan pocos residentes se sientan de esta manera. Sin embargo, incluso este pequeño porcentaje merece atención, ya que sugiere que hay necesidades específicas que deben ser abordadas. Según tabla 8 y figura 7

Tabla 9 Comer

		Comer			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dependiente	7	6,8	6,8	6,8
	Necesita ayuda para cortar pan, carne untar mantequilla etc.	65	63,1	63,1	69,9
	Totalmente independiente	31	30,1	30,1	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 8 Comer



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 63,11% de los encuestados, manifiestan que para comer necesitan ayuda para cortar pan, carne, untar mantequilla, el 30,10% afirman que para comer son totalmente independiente, y el 6,80% es dependiente.

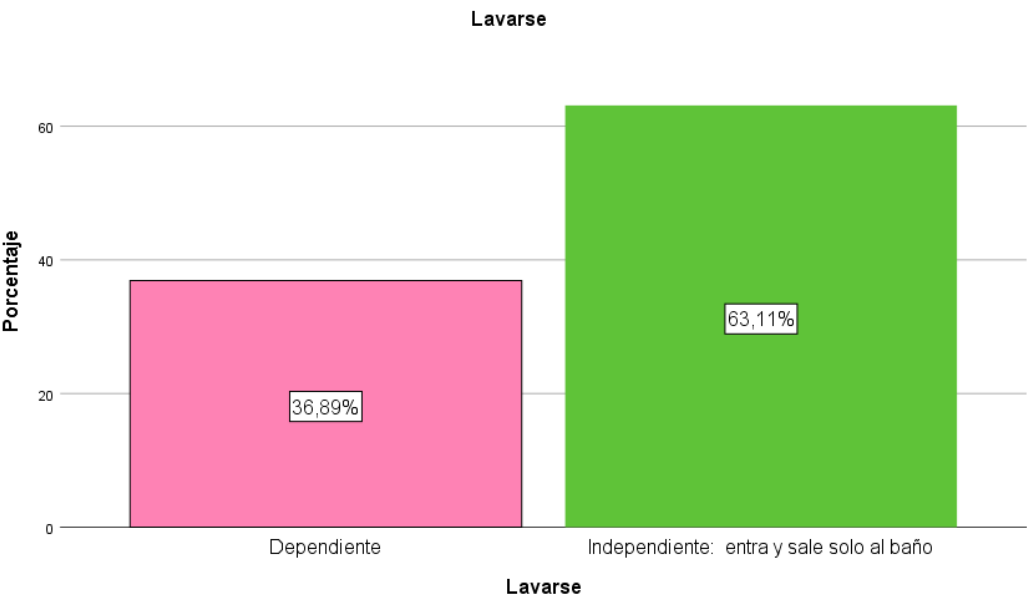
Análisis: más de la mitad de los encuestados de los adultos mayores asociados en casa de acogida Apaktone de Puerto Maldonado necesitan ayuda para cortar pan, carne, untar mantequilla. Según tabla 9 y figura 8.

Tabla 10 Lavarse

		Lavarse		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Dependiente	38	36,9	36,9	36,9
	Independiente: entra y sale solo al baño	65	63,1	63,1	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024” .

Figura 9 Lavarse



Fuente: “Challco & Montalvo 2024” .

63,11% de los encuestados manifestaron que son independientes para lavarse, es evidente que más de la mitad de los adultos mayores pueden realizar esta actividad por sí mismos, lo que es un indicador positivo de su autonomía y capacidad funcional. Esta independencia puede contribuir a una mayor autoestima y a una sensación de control sobre su vida diaria. El 36,89% que se considera dependiente indica que una parte significativa de

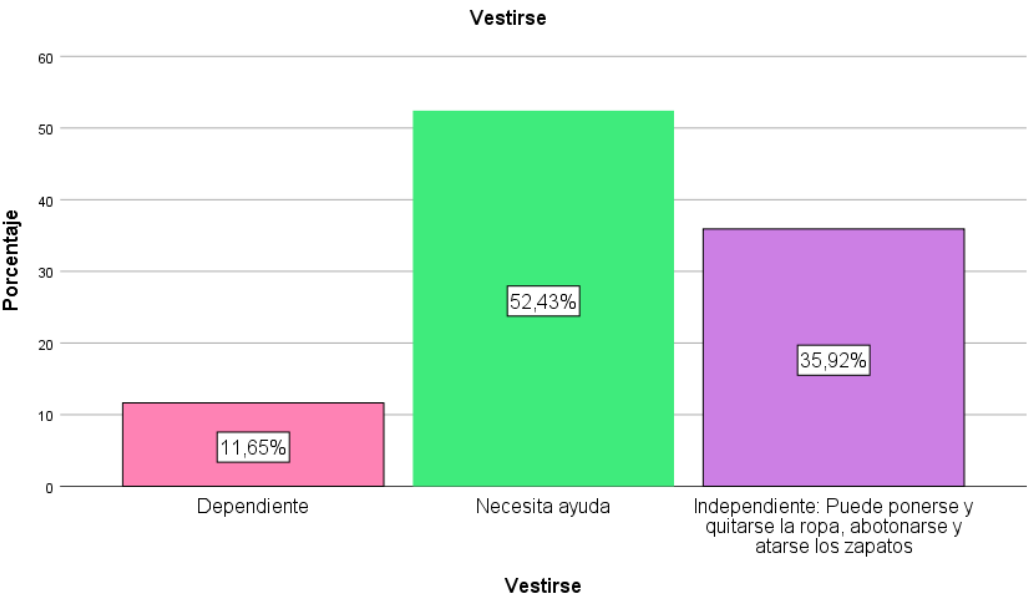
los residentes requiere asistencia para sus actividades de higiene personal. Esto puede sugerir limitaciones físicas o condiciones de salud que afectan su capacidad para ser completamente autosuficientes. Según tabla 10 y figura 9.

Tabla 11 Vestirse

Vestirse					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dependiente	12	11,7	11,7	11,7
	Necesita ayuda	54	52,4	52,4	64,1
	Independiente: Puede ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos	37	35,9	35,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 10 Vestirse



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 52,43% de los encuestados, manifiestan que para vestirse necesitan ayuda, el 35,92% afirman que para vestirse son Independientes: Puede ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos, y el 11,65% es dependiente. **Análisis:** más de la mitad de los encuestados de los adultos

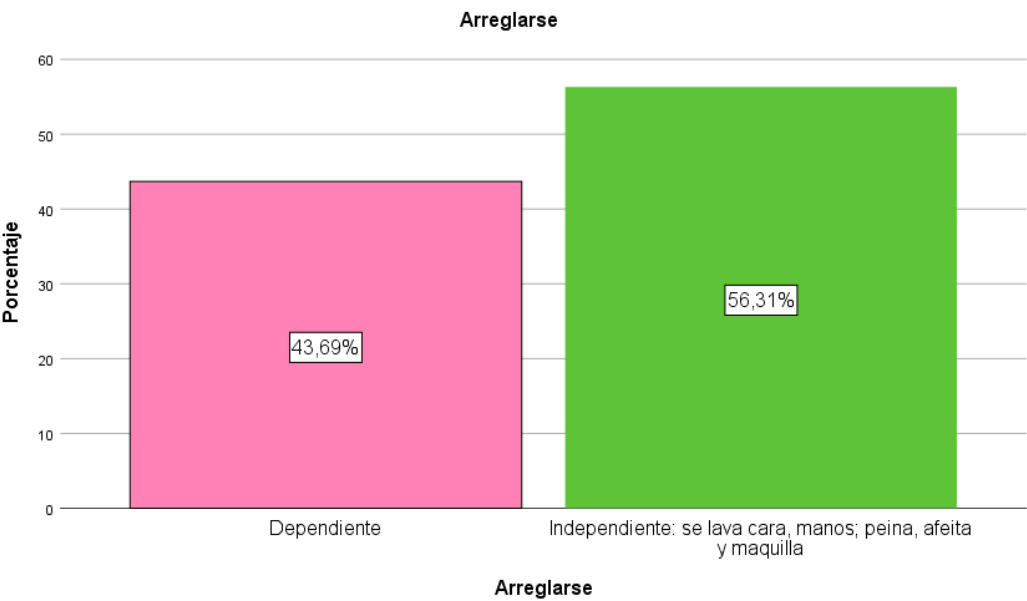
mayores asociados en casa de acogida Apaktone de Puerto Maldonado necesitan ayuda para vestirse. Según la tabla 11 y figura 10.

Tabla 12 Arreglarse

		Arreglarse		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Dependiente	45	43,7	43,7	43,7
	Independiente: se lava cara, manos; peina, afeita y maquilla	58	56,3	56,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 11 Arreglarse



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 56,31% de los encuestados se consideran independientes en su cuidado personal, lo que significa que pueden realizar actividades como lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse y maquillarse sin ayuda. Esto es un indicador positivo de su autonomía y habilidad funcional, contribuyendo a su autoestima y bienestar emocional. Y el 43,69% de los residentes son dependientes para estas actividades. Este porcentaje significativo indica que hay una necesidad considerable de apoyo para el cuidado personal, lo

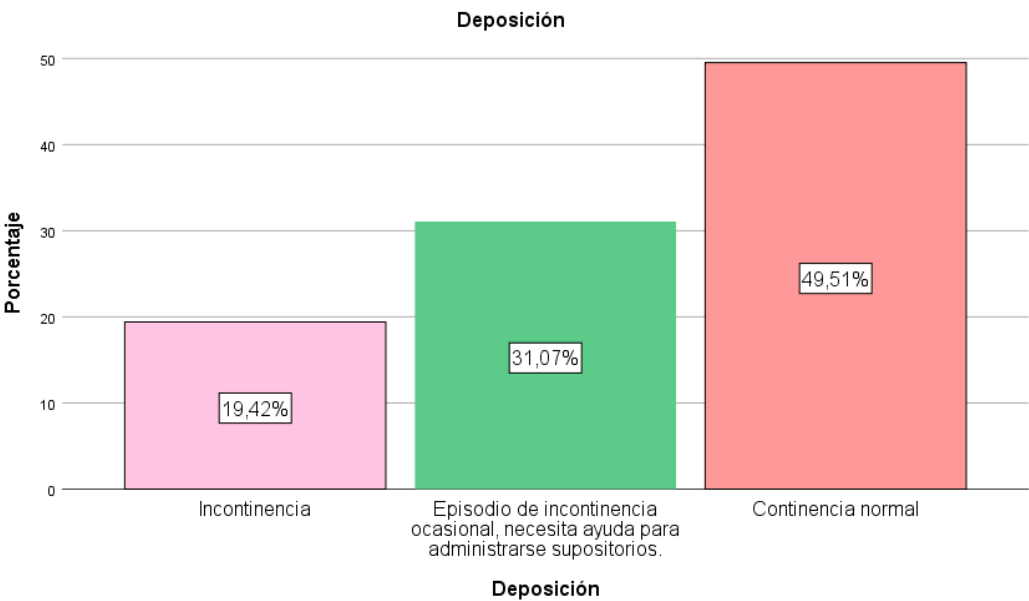
que puede ser consecuencia de limitaciones físicas o problemas de salud que requieren asistencia, Según tabla12 y figura 11.

Tabla 13 Deposición

		Deposición		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	Incontinencia	20	19,4	19,4	19,4
	Episodio de incontinencia ocasional, necesita ayuda para administrarse supositorios.	32	31,1	31,1	50,5
	Continencia normal	51	49,5	49,5	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024” .

Figura 12 Deposición



Fuente: “Challco & Montalvo 2024” .

El 49,51% de los encuestados reportando continencia normal, es claro que casi la mitad de los residentes puede realizar su deposición sin problemas. Esto es un indicador positivo de la salud gastrointestinal y puede contribuir a una mejor calidad de vida y bienestar emocional. Y el 31,07% de los encuestados experimenta episodios de incontinencia ocasional y necesita ayuda para administrarse supositorios. Esto sugiere que un número considerable de residentes enfrenta dificultades, aunque de manera

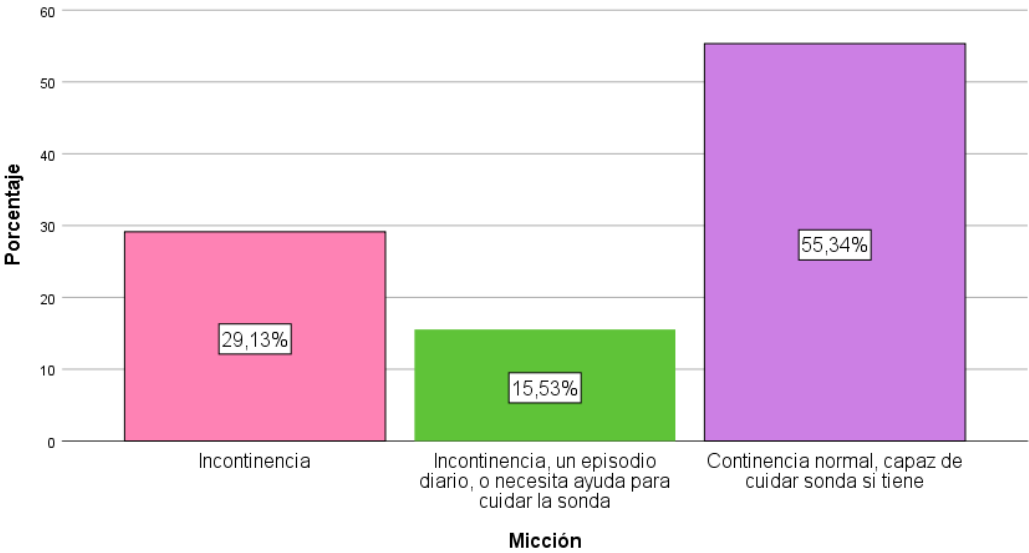
intermitente. Es fundamental que se les brinde el apoyo necesario para manejar esta situación. Referencia la tabla 13 y figura 12.

Tabla 14 Micción

		Micción		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	Incontinencia	30	29,1	29,1	29,1
	Incontinencia, un episodio diario, o necesita ayuda para cuidar la sonda	16	15,5	15,5	44,7
	Continencia normal, capaz de cuidar sonda si tiene	57	55,3	55,3	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024” .

Figura 13 Micción



Fuente: “Challco & Montalvo 2024” .

El 55,34% de los encuestados que reportan continencia normal, es evidente que más de la mitad de los residentes pueden manejar su micción de manera autónoma, lo que es positivo para su bienestar y dignidad. Esto incluye la capacidad de cuidar de una sonda, si es necesaria, lo que indica un nivel de autonomía importante. El 29,13% de los encuestados presenta incontinencia, lo que sugiere que una parte considerable de los residentes enfrenta dificultades en el control de la micción. Esto puede tener un impacto negativo en su calidad de vida y puede requerir estrategias de

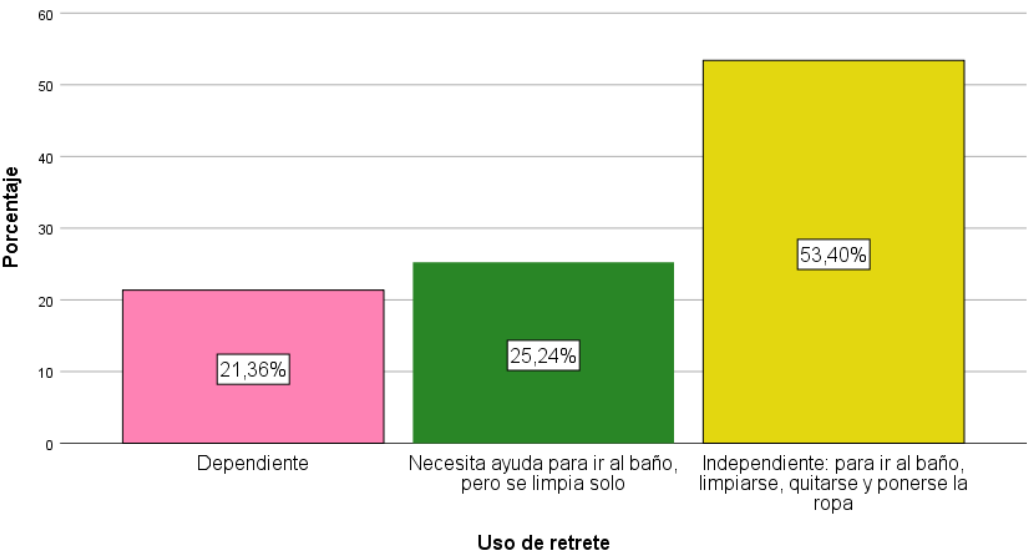
manejo adecuadas. Y un 15,53% reporta incontinencia diaria o necesita ayuda para cuidar de la sonda. Este porcentaje indica que hay un grupo que requiere apoyo constante, lo que resalta la necesidad de atención personalizada en estos casos. Según tabla 14 y figura 13.

Tabla 15 Uso de retrete

		Uso de retrete			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dependiente	22	21,4	21,4	21,4
	Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	26	25,2	25,2	46,6
	Independiente: para ir al baño, limpiarse, quitarse y ponerse la ropa	55	53,4	53,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 14 Uso de retrete



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 53,40% de los encuestados que reportan ser independientes para el uso del retrete, es positivo que más de la mitad de los residentes pueden ir al baño, limpiarse y manejar su ropa sin asistencia. Esto no solo refleja una buena capacidad funcional, sino que también contribuye a su dignidad y autoestima. El 25,24% que necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo indica que, aunque requieren apoyo para acceder al retrete, tienen cierto grado de autonomía en el proceso de limpieza. Esto sugiere que, con

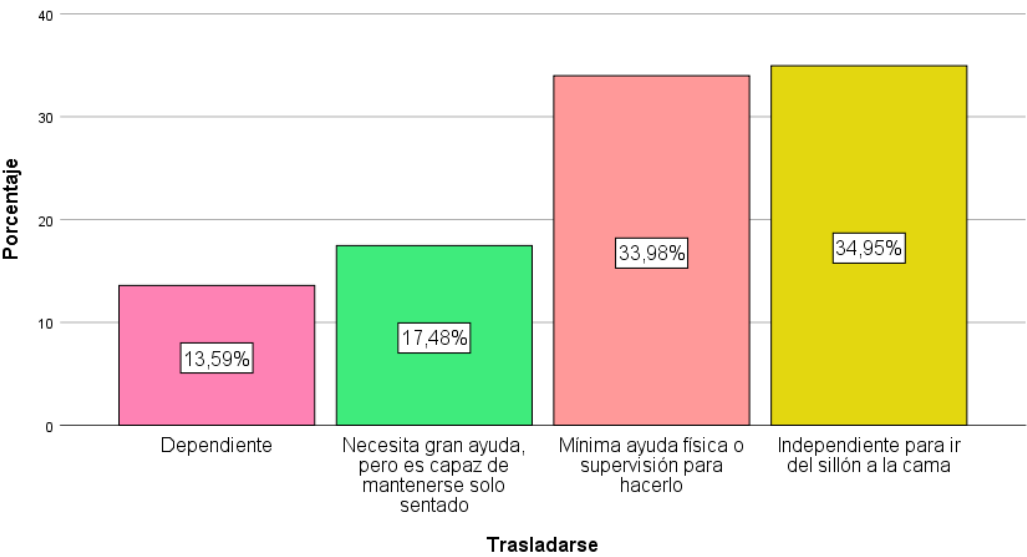
ajustes adecuados, podrían mejorar su independencia. Y un 21,36% de los residentes es completamente dependiente en el uso del retrete. Este porcentaje resalta la necesidad de atención y recursos para aquellos que enfrentan mayores desafíos en esta área. Referencia la tabla 15 y figura 14.

Tabla 16 Trasladarse

		Trasladarse			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dependiente	14	13,6	13,6	13,6
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse solo sentado	18	17,5	17,5	31,1
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	35	34,0	34,0	65,0
	Independiente para ir del sillón a la cama	36	35,0	35,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 15 Trasladarse



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 34,95% de los encuestados se considera independiente para trasladarse, lo que sugiere que estos residentes pueden moverse entre el sillón y la cama sin asistencia. Esto es un buen indicador de movilidad y autonomía. El 33,98% que requiere mínima ayuda física o supervisión para trasladarse, representa una parte considerable de los encuestados. Esto indica que, aunque tienen cierta independencia, necesitan apoyo para

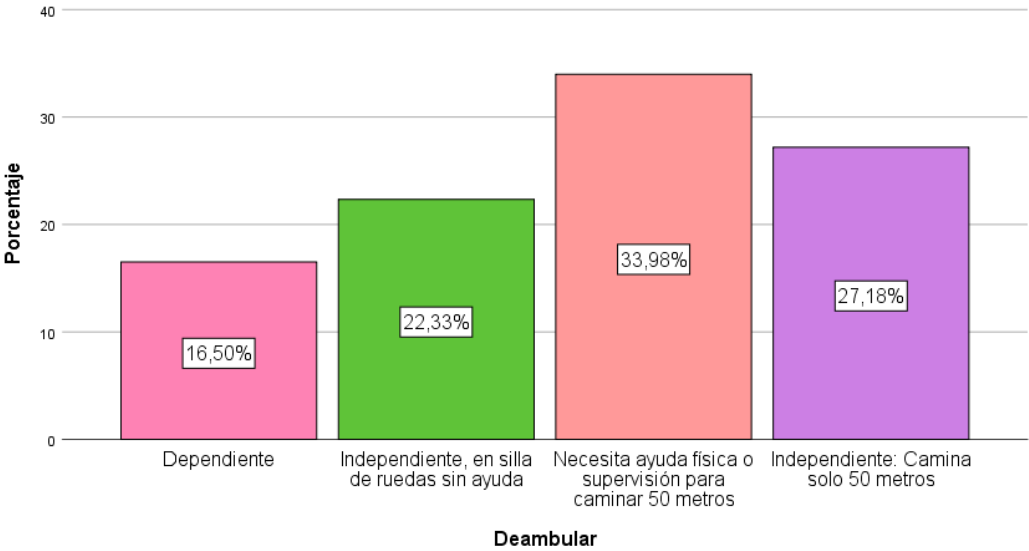
garantizar su seguridad y facilitar el traslado. Un 17,48% necesita gran ayuda, pero puede mantenerse sentado solo. Este grupo requiere atención y recursos adicionales para ayudarles en sus movimientos diarios. Y el 13,59% de los residentes es completamente dependiente, lo que indica que no pueden trasladarse sin asistencia. Este porcentaje resalta la importancia de brindar un apoyo adecuado a aquellos que enfrentan limitaciones significativas, Según tabla 16 y figura 15.

Tabla 17 Deambular

		Deambular		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	Dependiente	17	16,5	16,5	16,5
	Independiente, en silla de ruedas sin ayuda	23	22,3	22,3	38,8
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	35	34,0	34,0	72,8
	Independiente: Camina solo 50 metros	28	27,2	27,2	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 16 Deambular



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 33,98% de los encuestados, manifiestan que para deambular necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros, el 27,18% afirman que son Independiente: camina solo 50 metros, el 22.33% afirman que para

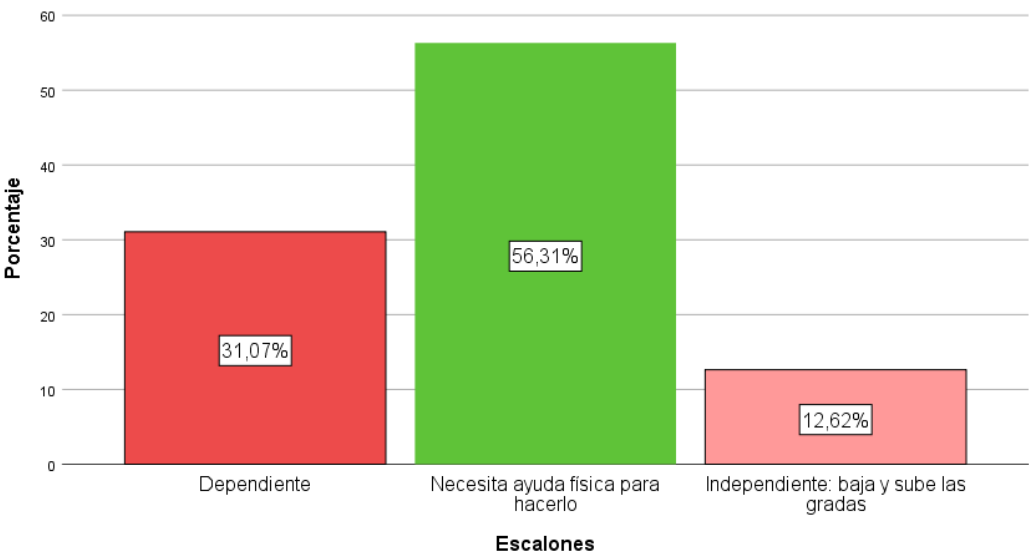
deambular son Independiente, en silla de ruedas sin ayuda y el 16,50% es dependiente. **Análisis:** En su gran mayoría de los encuestados de los adultos mayores asociados en casa de acogida Apaktone de Puerto Maldonado para deambular Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. Según la tabla 17 y figura 16.

Tabla 18 Escalones

		Escalones		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	Dependiente	32	31,1	31,1	31,1
	Necesita ayuda física para hacerlo	58	56,3	56,3	87,4
	Independiente: baja y sube las gradass	13	12,6	12,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 17 Escalones



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 56,31% de los encuestados que requieren ayuda física para subir y bajar escalones, es evidente que más de la mitad de los residentes enfrenta dificultades en esta actividad. Esto puede ser indicativo de limitaciones físicas o de movilidad que requieren apoyo adicional para garantizar su seguridad. El 31,07% de los residentes son completamente dependientes en esta tarea, lo que significa que no pueden realizarla sin asistencia. Este

porcentaje es significativo y destaca la necesidad de atención especializada para este grupo. Y solo el 12,62% se siente capaz de subir y bajar escalones de manera independiente. Este porcentaje bajo indica que la mayoría de los residentes tiene algún nivel de dificultad con esta actividad, lo que podría limitar su movilidad y acceso a diferentes áreas de la casa de acogida. Según la tabla 18 y figura 16.

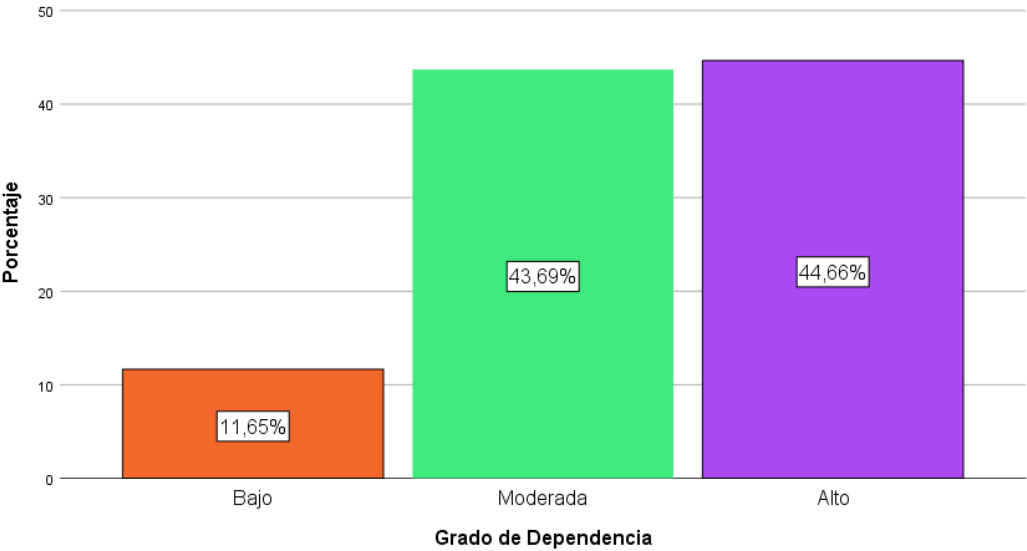
RESULTADO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE GRADO DE DEPENDENCIA

Tabla 19 Grado de Dependencia

		Grado de Dependencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	12	11,7	11,7	11,7
	Moderada	45	43,7	43,7	55,3
	Alto	46	44,7	44,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

Figura 18 Grado de Dependencia



Fuente: “Challco & Montalvo 2024”.

El 44,66% de los encuestados que reportan un grado de dependencia alto, es evidente que casi la mitad de los residentes requiere apoyo significativo en sus actividades diarias. Este nivel de dependencia puede impactar en su calidad de vida y resalta la necesidad de recursos adecuados para

brindar la atención necesaria. El 43,69% de los adultos mayores consideran que su dependencia es regular. Esto sugiere que pueden realizar algunas actividades de manera autónoma, también necesitan asistencia en ciertas áreas. Este grupo representa una parte considerable de la población, lo que indica la importancia de un enfoque equilibrado en el cuidado y Solo el 11,65% de los encuestados se considera con un grado de dependencia bajo. Esto implica que un número relativamente pequeño de residentes puede realizar la mayoría de sus actividades diarias sin ayuda, lo que es un indicador positivo de autonomía. Según la tabla 19 y figura 18.

4.2. Estadística Inferencial.

Prueba de Kolmogórov-Smirnov

Tabla 20 Prueba de Normalidad

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra								
	N	Parámetros normales ^{a,b}		Máximas diferencias extremas			Estadístico de prueba	Sig. asintótica(bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Absoluto	Positivo	Negativo		
Calidad de vida	103	43,96	5,145	,118	,118	-,064	,118	,001 ^c
Salud Física	103	13,03	1,865	,126	,098	-,126	,126	,000 ^c
Salud Psicológica	103	10,11	2,086	,142	,142	-,101	,142	,000 ^c
Relaciones Sociales	103	9,72	2,102	,156	,119	-,156	,156	,000 ^c
Ambiente	103	11,11	1,798	,176	,107	-,176	,176	,000 ^c
Grado de Dependencia	103	21,99	5,895	,142	,087	-,142	,142	,000 ^c
Comer	103	2,23	,564	,359	,359	-,272	,359	,000 ^c
Lavarse	103	1,63	,485	,408	,272	-,408	,408	,000 ^c
Vestirse	103	2,24	,649	,287	,287	-,238	,287	,000 ^c
Arreglarse	103	1,56	,498	,373	,308	-,373	,373	,000 ^c
Deposición	103	2,30	,778	,311	,184	-,311	,311	,000 ^c
Micción	103	2,26	,885	,351	,214	-,351	,351	,000 ^c
Uso de retrete	103	2,32	,807	,334	,200	-,334	,334	,000 ^c
Trasladarse	103	2,90	1,034	,227	,144	-,227	,227	,000 ^c
Deambular	103	2,72	1,042	,218	,143	-,218	,218	,000 ^c
Escalones	103	1,82	,638	,303	,260	-,303	,303	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: "Chalco & Montalvo 2024".

El p-valor = $\alpha = ,001^c$; es menor a 0.05 para la Calidad de vida, para la dimensión Salud Física $,000^c < 0.05$; para la segunda dimensión Psicológico $,000^c < 0.05$; para la tercera dimensión Relaciones Sociales $,000^c < 0.05$; para la cuarta dimensión Ambiente $,000^c < 0.05$; la variable 2 Grado de Dependencia $,000^c < 0.05$; la dimensión uno de la variable 2 Comer $,000^c < 0.05$; la dimensión dos de la variable 2 Lavarse $,000^c < 0.05$; la tercera dimensión de la variable 2 Vestirse $,000^c < 0.05$; la cuarta dimensión de la variable 2 Arreglarse $,000^c < 0.05$; la quinta dimensión de

la variable 2 Deposición , $000^\circ < 0.05$; la sexta dimensión de la variable 2 Micción , $000^\circ < 0.05$; la séptima dimensión de la variable 2 Uso de retrete , $000^\circ < 0.05$; la octava dimensión de la variable 2 Trasladarse , $000^\circ < 0.05$; la noveno dimensión de la variable 2 Deambular , $000^\circ < 0.05$; y la décima dimensión de la variable 2 Escalones , $000^\circ < 0.05$; según la tabla 19, por ello se concluye que todos los datos recogidos respecto a los Adultos Mayores asociados en Casa Acogida Apaktone de la ciudad de Puerto Maldonado, no se comportan normalmente, por lo tanto, se continua el procedimiento Rho de Spearman. "Corrección de significación de Lilliefors", lo cual indica que los valores p reportados son los ajustados para tener en cuenta la estimación de los parámetros de la distribución normal. Esto hace que los resultados sean más fiables y conservadores. Según tabla 20.

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL.

Tabla 20 Escala de medición de la correlación entre variables

-1.00 = correlación negativa perfecta. (A mayor X, menor Y, de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante.) Esto también se aplica "a menor X, mayor Y".
-0.90 = Correlación negativa muy fuerte.
-0.75 = Correlación negativa considerable.
-0.50 = Correlación negativa media.
-0.25 = Correlación negativa débil.
-0.10 = Correlación negativa muy débil.
0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.
+0.10 = Correlación positiva muy débil.
+0.25 = Correlación positiva débil.
+0.50 = Correlación positiva media.
+0.75 = Correlación positiva considerable.
+0.90 = Correlación positiva muy fuerte.
+1.00 = Correlación positiva perfecta. "A mayor X, mayor Y" o "a menor X, menor Y", de manera proporcional. (Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una cantidad constante.)

Fuente (Reyes 2018)

HIPÓTESIS GENERAL.

Tabla 21 Correlaciones de las variables: Calidad de vida y el grado de dependencia

Correlaciones			Grado de Dependencia	Calidad de vida
Rho de Spearman	Grado de Dependencia	Coefficiente de correlación	1,000	,559**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	103	103
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,559**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	103	103

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: "Challco & Montalvo 2024".

El nivel 0,01 (bilateral). $p=0.000 < 0.05$, Se ha rechazado la H_0 y se acepta la H_1 , Se ha encontrado una relación significativa entre la **calidad de vida** y el **grado de dependencia** de los adultos mayores en la Casa de Acogida Apaktone, El coeficiente de correlación de Spearman (Rho) es 0,559, lo que indica una **correlación moderada**. Esto significa que a medida que aumenta el grado de dependencia, también se observa una mejora en la calidad de vida de los adultos mayores.

Esta relación puede parecer contra intuitiva, ya que generalmente se podría esperar que un mayor grado de dependencia se asocie con una menor calidad de vida. Sin embargo, en este caso, podría implicar que los adultos mayores que reciben más apoyo y atención pueden sentirse más satisfechos y seguros, lo que contribuye a una mejor calidad de vida. Referencia tabla 22

DISCUSIÓN

Durante la etapa del envejecimiento, no solo se producen cambios físicos, sino también sociales y psicológicos que afectan las capacidades funcionales del individuo. Sin embargo, estos cambios no son uniformes, ya que dependen de las características personales de cada persona y de cómo vive este proceso en su entorno. Los contextos culturales y los estereotipos asociados al envejecimiento influyen negativamente en la percepción que se tiene de los adultos mayores, lo cual puede empeorar su calidad de vida (7).

La salud, entendida en un sentido integral, es un componente fundamental de la calidad de vida en los adultos mayores. Aquellos que gozan de buena salud, que viven en un ambiente adecuado y que tienen oportunidades para realizar actividades que disfrutan, suelen experimentar un mayor bienestar y entusiasmo. En cambio, cuando se pierde la capacidad de realizar actividades físicas o mentales, o cuando hay un abandono familiar, el grado de dependencia aumenta significativamente.

El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia en los adultos mayores asociados a la Casa Acogida Apaktone en 2023. Los resultados obtenidos evidencian una correlación moderada entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,559. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Pintado et al. (2019), aunque con el uso del estadístico Chi-cuadrado de Pearson. Por otro lado, León y Mayta (2023) encontraron una relación significativa pero débil (Rho de 0,470), mientras que el estudio de Acosta y Vargas reportó un valor de Rho de 0,464.

Las teorías del cuidado humano de Jean Watson y del autocuidado de Dorothea Orem se relacionan estrechamente con la calidad de vida en los adultos mayores. La teoría de Watson resalta la importancia de un cuidado que vaya más allá de lo físico, considerando también los aspectos emocionales y espirituales. Según esta teoría, el cuidado debe ser integral, respetuoso de la dignidad del paciente y centrado en promover su bienestar

emocional y establecer relaciones de confianza. Por otro lado, la teoría de Orem es crucial para los adultos mayores, ya que subraya la importancia de la autonomía funcional. A medida que las capacidades físicas y cognitivas disminuyen, es fundamental comprender cómo la autonomía influye en la capacidad de los adultos mayores para cuidarse a sí mismos, y cómo las intervenciones de los profesionales de la salud pueden mejorar su calidad de vida y reducir su grado de dependencia.

En cuanto al primer objetivo específico, la investigación buscó conocer la calidad de vida del adulto mayor según diversas dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Los resultados revelaron que, en general, la calidad de vida de los adultos mayores en la Casa Acogida Apaktone es regular en estas dimensiones, similar a los hallazgos de Pintado y Velarde (2019) y Azpur et al. (2022), quienes también reportaron una calidad de vida regular o media en las dimensiones mencionadas.

Respecto al segundo objetivo específico, que consistió en establecer el grado de dependencia de los adultos mayores en función de sus capacidades para realizar actividades diarias como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, realizar deposiciones y micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y subir escalones, los resultados obtenidos en la Casa Acogida Apaktone evidencian que casi la mitad de los adultos mayores presentan un grado de dependencia elevado en al menos una de estas áreas. Este hallazgo es significativo, ya que la alta dependencia en tareas cotidianas puede tener un impacto considerable en la calidad de vida de los residentes, afectando su autonomía y bienestar emocional.

En comparación con estudios previos, los resultados de este estudio muestran una tendencia diferente. Por ejemplo, en el estudio de Borbor (2021), se encontró que el 48.5% de los adultos mayores presentaban dependencia moderada, lo que refleja un patrón de dependencia menos grave en comparación con el observado en la Casa Acogida Apaktone. En contraste, los estudios de Pintado (2019) y Alor y Milla (2020) reportaron que un alto porcentaje de los adultos mayores, hasta el 86%, eran

independientes en la mayoría de las actividades evaluadas, lo que sugiere una menor prevalencia de dependencia en esos contextos.

Esta alta dependencia se refleja principalmente en las actividades que requieren mayor esfuerzo físico y coordinación, como el traslado y la deambulaci3n, así como en las tareas relacionadas con la higiene personal, como el lavarse, vestirse y realizar deposiciones. Este grado de dependencia puede estar relacionado con diversos factores, entre ellos el deterioro físico y cognitivo asociado al envejecimiento, así como las condiciones de salud preexistentes que limitan la capacidad de los adultos mayores para realizar estas actividades de manera autónoma.

Además, es importante destacar que la dependencia en estas áreas no solo afecta la capacidad funcional de los individuos, sino que también tiene un impacto en su bienestar emocional y psicológico. La pérdida de autonomía puede generar sentimientos de frustraci3n, tristeza y ansiedad, lo cual puede contribuir a un deterioro adicional de su calidad de vida. En este sentido, es fundamental proporcionar intervenciones adecuadas que no solo aborden la atenci3n física, sino también el apoyo emocional y psicológico necesario para mitigar los efectos negativos de la dependencia.

En conclusi3n, los resultados de este estudio reafirman la relevancia del trabajo de los enfermeros y otros profesionales de la salud en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, particularmente en instituciones como casas de acogida o geriátricas. Es fundamental fomentar un ambiente que simule el hogar, que preserve la autonomía, intimidad y libertad de los adultos mayores, y que evite el aislamiento o la sensaci3n de desconexi3n con el mundo exterior, los vínculos familiares y sus entornos.

CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre la calidad de vida y el grado de dependencia de los adultos mayores en Casa de Acogida Apaktone, siendo el coeficiente de correlación Rho de Spearman (Rho) = 0,559 equivalente a una correlación moderada y un nivel de significancia de $p=0.000 < 0.05$.
- La calidad de vida es regular en los adultos mayores en Casa de Acogida Apaktone. La salud física es regular en más de la mitad de los adultos mayores, la salud psicológica y las relaciones sociales y la percepción de un ambiente positivo son regulares para casi la mitad de los adultos mayores.
- El grado de dependencia del adulto mayor en casi la mitad del grado de dependencia es alto. Según sus dimensiones, más de la mitad no necesitan ayuda para comer, lavarse, vestirse, arreglarse, su continencia de micción es normal y pueden usar el retrete sin ayuda; menos de la mitad de los adultos mayores tienen continencia normal para defecar, más de la mitad requiere ayuda para subir y bajar escalones, es independiente o requiere de mínima ayuda para trasladarse y deambular.

SUGERENCIAS

- La escuela profesional de enfermería debe fortalecer la formación del cuidado integral del adulto mayor abordando aspectos físicos, psicológicos y sociales, fomentando la atención integral e implementando programas de intervención basados en evidencia, priorizando la enseñanza de enfoques humanísticos en el cuidado del adulto mayor.
- El personal de enfermería debe desarrollar talleres y/o actividades grupales para estimular las capacidades tanto físicas como mentales de los adultos mayores, promoviendo la movilidad, el equilibrio y la memoria, iniciando con actividades físicas con pequeñas cantidades y de baja intensidad para luego incrementar su frecuencia y duración.
- Promover el autocuidado, la prevención y promoción de la salud para mejorar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor.
- Fomentar la musicoterapia, baile terapia y el arte terapia porque ha sido demostrado que mejoran la motricidad de los adultos mayores, su habilidad mental y memoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grande ML, Gonzales L. Personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio. Una mirada desde la vulnerabilidad y la fragilidad. *Index Enferm.* 2017;26(3):1132–296.
2. Morales JAL. Universidad de Murcia. All rights Reserv IJES [Internet]. 2021;1(4):1–87. Available from: <http://nadir.uc3m.es/alejandro/phd/thesisFinal.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Universidad+de+murcia#0>
3. INEI. Situacion de la Poblacion Adulta Mayor[sede Web]. Lima-Peru: Instituto Nacional de Estadistica e Informatica; 2018 [actualizado en Diciembre de 2018; acceso el 20 de marzo de 2018]. 2018; Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadultamayor_dic2018.pdf
4. Direccion Regional de Salud. Estadistica e informatica. Sistema de Informacion. Madre Dios. 2022;
5. Organización Panamericana de la Salud. El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. 2019;
6. Chipana I. Grado de Dependencia Funcional del Adulto Mayor de la Casa de Reposo Madre Josefina Vannini-Surco 2020. 2020.
7. Organización Mundial de Salud. OMS.Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2011;
8. Hernandez R. Metodologia de la investigacion.
9. Amador YD. Evaluation of functionality and degree of dependence in older adults from a social inclusion foundation. *Revista Cubana Enfermeria.* 2020;36(3):1–16.
10. Davila F. Relacion entre depresion, dependencia funcional y ciclo vital en los adultos mayores de la parroquia Yanuncay 2018 [Internet]. 2019. Available from: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8720/1/14379.pdf>
11. Alonso MAM, Barajas MES, Ordóñez JAG, Ávila Alpírez H, Fhon JRS, Duran-Badillo T. Calidad de vida relacionada con dependencia funcional,

- funcionamiento familiar y apoyo social en adultos mayores. *Revista da Esc Enferm da USP*. 2022;56:1–9.
12. Maggie A, Preciado S. Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor Cognitive Functioning of Old Age and Dependence of the Elderly Funcionamento Cognitivo da Velhice e Dependência do Idoso. 2022;8:722–34.
 13. Herazo-Beltrán Y, Quintero-Cruz MV, Pinillos-Patiño Y, García-Puello F, Núñez-Bravo N, Suarez-Palacio D. Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores Institucionalizados Y No Institucionalizados. *Rev Latinoam Hipertens*. 2017;12(5):174–81.
 14. Borbor D. Grado de dependencia y calidad de vida en adultos mayores de la comuna San Pedro Santa Elena 2021 [Internet]. 2021. 2021. Available from: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/465>
 15. Pintado J, Velarde D. Calidad de Vida y Grado de Dependencia en el Adulto Mayor del Centro de Atención Primaria II Oscar Fernandez Davila- Essalud Red Asistencial Tacna 2019..
 16. Alor R, Milla E. Grado de dependencia y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del hospital Naval [Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Cayetano Heredia. 2020; Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8130/Grado_AlorSalas_Rayza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 17. Melgarejo T. “Grado de Dependencia Funcional del usuario Adulto Mayor del Programa de Atención Domiciliaria del Hospital I Essalud Tingo Maria - 2019” [Internet]. Vol. 1, Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Académico Profesional De Obstetricia. 2021. Available from: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/238/uzuriaga_cespedes_ever_tesis_maestria_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Azpur A, Calixto S, Celadita Y. Relación entre el nivel de dependencia física y la calidad de vida del adulto mayor en Pillco Marca, Huánuco 2021. 2022; Available from: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/7150?show=full>
 19. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. Modelos y teorías en enfermería. 2011. 797 p.
 20. Riegel F, Crossetti M da GO, Siqueira DS. Contributions of Jean Watson’s

- theory to holistic critical thinking of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2072–6.
21. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Ter Psicol.* 2012;30(1):718–4808.
 22. Espinoza F. Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. *Revista Antropol Exp.* 2014;23(23):331–47.
 23. Castiñeira García R. Calidad de vida y desarrollo social en Cuba. *Revista Cuba Social.* 2011;
 24. Oblitas Guadalupe LA. Psicología de la salud y calidad de vida. In: CENGAGEL, editor. *Learnin*; 2017.
 25. Veramendi Villavicencios N, Portocarero Merino E, Espinoza Ramos F. Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempos de covid-19. *Rev Científica la Univ Cienfuegos.* 2020;12(6):246–51.
 26. Perea R, López-Barajas E, Limón R, Hernando MÁ, Ortega M del C. Educación para la salud y calidad de vida. 2011;264. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=XGxTDwAAQBAJ>
 27. Romol J. Actualización en geriatría. [Internet]. 2da Edicio. IBC, editor. 2016. Available from: <https://www.worldcat.org/es/title/actualizacion-en-geriatria-vol-i-2-a-ed/oclc/1108531886>
 28. Aranda RM. Physical activity and quality of life in the elderly. A narrative review. *Rev Habanera Ciencias Medicas.* 2018;17(5):813–25.
 29. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para el cuidado integral de salud de la personas adultas mayores.
 30. Gonzales M, Massda T. Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. SENAMA.
 31. Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y., Correa. H. Dependencia funcional y dolor crónico asociados. *Psicogente.* 2017;20(38):398–409.
 32. Arellano A, Peralta F. Calidad De Vida Y Autodeterminación. *Revista Iberoamericana Educ.* 2013;63:145–60.
 33. Duarte Ayala RE, Velasco Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horizonte Sanitario.* 2021;21(1).
 34. Jirón C, Y, Palomares G. "Estilos de vida y grado de dependencia en el adulto mayor en el centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia

- Rodulfo viuda de Canevaro, Rimac - 2018. Tesis Para Optar El Título Licenciada En Enfermería [Internet]. 2018;1–96. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2389/TITULO - JIRÓN -20PALOMARES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Organización Mundial de la salud. OMS.Envejecimiento activo:un marco politico. Revista Española Geriatrica Gerontologica. 2002;37(2):74–105.
 36. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores 2010 - Gobierno del Perú [Internet]. 2012. 10–15 p. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/320921-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-de-las-personas-adultas-mayores-2010>
 37. Intervención educativa para la preparación de los cuidadores del adulto mayor.
 38. Organización Panamericana de la Salud. Enfermeria gerontologica: conceptos para la practica. Of Sanit Panam [Internet]. 1993;(31):79. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173956/Enfermeria gerontologica conceptos para la practica.pdf;jsessionid=B352E3E7743298A6E04D9A619E78ECB3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173956/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20practica.pdf;jsessionid=B352E3E7743298A6E04D9A619E78ECB3?sequence=1)
 39. Sanchez et al. Protocolo De Atencion De Enfermería Al Adulto Mayor. Rev Inform Cient [Internet]. 2018;97(5):11. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n5/1028-9933-ric-97-05-999.pdf>
 40. Universidad Nacional Amazonica de Madre de Dios.UNAMAD. Líneas generales de investigación de programas de Pre grado alineadas al estándar para la cooperación y del desarrollo económico (OCDE) de CONCYTEC 2019.
 41. Navarro E, Jimenez E, Rappoport S, Thoiez B. Fundamentos de la investigacion y la innovacion educativa. Vol. 26, UNIR EDITORIAL. 2017. 103–110 p.
 42. Chero Alarcon CP. Abandono familiar y calidad de vida en los integrantes del programa adulto mayor- Hospital de apoyo Tomás Lafora, Guadalupe, 2020 [Internet]. Vol. 4, Lexus. Universidad Nacional de Trujillo; 2007.

Available

from:

<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/17722/CHEROALARCON - TS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

43. González R, Manuel G, Clemente M. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos [Internet]. 2017;28(4):184–8. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n4/1134-928X-geroko-28-04-00184.pdf>
44. Hernandez Sagastegui YM, Palacios Ramirez SM. Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El progreso. Chimbote [tesis licenciatura]. Peru: Universidad San Pedro; 2017 [Internet]. Universidad San Pedro; 2017. Available from: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8553/Tesis_57783.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Operacionalizacion de las Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS
VARIABLE DEPENDIENTE Calidad de vida	Es la valoración subjetiva que hace el Adulto Mayor sobre su vida, para realizar aquellas actividades importantes relativas sobre aspectos físicos y psicosociales relacionados con la salud (Molina, 2008), los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva (Botero de Mejía & Pico, 2007).	Percepción que tiene el Adulto Mayor asociado a la casa Acogida Apaktone, sobre su condición de bienestar físico, psicológico, relación social y ambiente, Será medido a través de un cuestionario en escala ordinal: Bueno, Regular Deficiente	Salud Física	Salud	1. ¿Siente malestar y dolor de manera constante?
				Energía	2. ¿Su salud depende de medicamentos?
					3. ¿Posee suficiente energía para disfrutar de su vida diaria?
					4. ¿Puede desplazarse de un lugar a otro sin ayuda?
			Salud Psicológica	Descanso y sueño	5. ¿Tiene capacidad para realizar sus actividades diarias?
					6. ¿Tiene un sueño y descanso agradable?
				Sentimientos negativos	7. ¿Tiene sentimientos negativos, como tristeza, intranquilidad, desanimo?
				Sentimientos positivos	8. ¿Tiene capacidad para realizar cada día algo nuevo?
					9. ¿Tiene capacidad para retener o recordar hechos pasados?
					10. ¿Es capaz de prestar atención y lograr concentración?
					11. ¿Tiene una alta autoestima, y cuida su imagen corporal?
			Relaciones Sociales	Personales	12. ¿Su capacidad de comunicación es asertiva (de respeto y sin dañar a los demás)?
					13. ¿Siente empatía por los demás?
				Sociales	14. ¿La relación con los demás compañeros es buena?
					15. ¿Desarrolla actividades en equipo?
					16. ¿Es solidario con los demás?
					17. ¿El lugar le ofrece seguridad y libertad?

			Ambiente	Satisfacción con el entorno	18. ¿Cuenta con dinero para cubrir sus necesidades?
					19. ¿Tiene acceso a estar informado sobre todo lo que acontece a su alrededor?
					20. ¿El ambiente le ofrece le ofrece lugares para relajarse?
					21. ¿El ambiente le garantiza tranquilidad
VARIABLE INDEPENDIENTE Dependencia	Nivel de capacidad o incapacidad funcional, que precisa el adulto mayor en el desenvolvimiento corriente en las diversas actividades de la vida diaria. (Barthel & Mahoney, 1965; Gonzales y Rojas; 2014)	Dependencia o necesidad de ayuda o apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Obtenido a través de la aplicación de un cuestionario Índice de Barthel, Medido en escala ordinal: Independiente, Dependiente Leve, Moderado o Grave, Dependiente total	Alimentación	Capacidad para alimentarse	1. Totalmente independiente
					2. Necesita ayuda para cortar pan, carne untar mantequilla etc.
					3. Dependiente
			Lavarse	Capacidad para asearse	4. Independiente: entra y sale solo al baño
					5. Dependiente
			Vestirse	Capacidad para vestirse	6. Independiente: Puede ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos
					7. Necesita ayuda
					8. Dependiente
			Arreglarse	Capacidad para arreglarse	9. Independiente: se lava cara, manos; peina, afeita y maquilla
					10. Dependiente
			Deposición	Capacidad de control de sus deposiciones	11. Continencia normal
					12. Episodio de incontinencia ocasional, necesita ayuda para administrarse supositorios.
					13. Incontinencia
			Micción	Capacidad de control de la micción	14. Continencia normal, capaz de cuidar sonda si tiene
					15. Incontinencia, un episodio diario, o necesita ayuda para cuidar la sonda
					16. Incontinencia
			Uso de retrete	Capacidad para ir al baño	17. Independiente: para ir al baño, limpiarse, quitarse y ponerse la ropa
					18. Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo

				y hacer sus necesidades	19. Dependiente
			Trasladarse	Capacidad de traslado	20. Independiente para ir del sillón a la cama
					21. Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo
					22. Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse solo sentado
					23. Dependiente
			Deambular	Capacidad para movilizarse	24. Independiente: Camina solo 50 metros
					25. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros
					26. Independiente, en silla de ruedas sin ayuda
					27. Dependiente
			Escalones	Capacidad para subir y bajar gradass	28. Independiente: baja y sube las gradass
					29. Necesita ayuda física para hacerlo
					30. Dependiente

Anexo 2: Matriz de consistencia

“Calidad de vida y Grado de Dependencia del Adulto Mayor asociado en Casa Acogida Apaktone – 2023”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor de la Casa Acogida Apaktone -2023? PROBLEMAS ESPECÍFICOS ¿Cómo es la calidad de vida del Adulto Mayor según dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente; de la Casa Acogida Apaktone -2023? ¿Cuál es el grado de Dependencia del Adulto Mayor según dimensiones: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, trasladarse, deambular, escalones; de la Casa Acogida Apaktone -2023?	OBJETIVO GENERAL ¿Determinar la relación entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor de la Casa Acogida Apaktone -2023? OBJETIVOS ESPECÍFICOS Conocer la calidad de vida del Adulto Mayor según dimensiones: salud física, psicológica relaciones sociales y ambiente; de la Casa Acogida Apaktone -2023. Establecer el grado de Dependencia del Adulto Mayor según sus dimensiones: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, trasladarse, deambular, escalones; de la Casa Acogida Apaktone -2023	“Existe relación significativa entre la calidad de vida y el grado de dependencia del Adulto Mayor de la Casa Acogida Apaktone – 2023” “La calidad de vida del adulto Mayor según sus dimensiones es regular” “El grado de dependencia del adulto mayor es Moderado en la casa acogida Apaktone – 2023”	VARIABLE INDEPENDIENTE Grado de dependencia VARIABLE DEPENDIENTE Calidad de vida	Tipo de Investigación: cuantitativa, la información es cuantificable, la misma que será evidenciada en frecuencia, porcentajes en tablas y gráficos. Descriptivo el análisis de los resultados será descriptivo. Correlacional, se relacionará la variable calidad de vida con el grado de dependencia del adulto mayor Diseño no experimental, no se manipularán las variables Transversal, aplicación del instrumento en una oportunidad. POBLACIÓN Y MUESTRA Población: 20 Adultos mayores Muestra: 100% de la población Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario

Anexo 3: instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (WHOOQOL-BREF)



Validado por Carmen (2021) Trujillo-Perú

1. Edad

2. Sexo: Masculino Femenino

Instrucciones: Marcar la respuesta que considera pertinente

N	Dimensión	Ítems	Valoración		
			Nunca (1)	A veces (2)	Siempre (3)
1	Salud Física	¿Siente malestar y dolor de manera constante?			
2		¿Su salud depende de medicamentos?			
3		¿Posee suficiente energía para disfrutar de su vida diaria?			
4		¿Puede desplazarse de un lugar a otro sin ayuda?			
5		¿Tiene un sueño y descanso agradable?			
6		¿Tiene capacidad para realizar sus actividades diarias?			
7	Salud Mental	¿Tiene sentimientos negativos, como tristeza, intranquilidad, desanimo?			
8		¿Tiene capacidad para realizar cada día algo nuevo?			
9		¿Tiene capacidad para retener o recordar hechos pasados?			
10		¿Es capaz de prestar atención y lograr concentración?			
11		¿Tiene una alta autoestima, y cuida su imagen corporal?			
12	Relaciones Sociales	¿La relación con los demás compañeros es buena?			
13		¿Su capacidad de comunicación es asertiva (de respeto y sin dañar a los demás)?			
14		¿Siente empatía por los demás?			
15		¿Desarrolla actividades en equipo?			
16		¿Es solidario con los demás?			
17	Relación con el ambiente	¿El lugar le ofrece seguridad y libertad?			
18		¿Cuenta con dinero para cubrir sus necesidades?			
19		¿Tiene acceso a estar informado sobre todo lo que acontece a su alrededor?			
20		¿El ambiente le ofrece lugares para relajarse?			
21		¿El ambiente le garantiza tranquilidad			



UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO DE BARTHEL



Validado por Hernández y Palacios (2017) Chimbote- Perú

Cuestionario que mide la **dependencia** en relación a las actividades de la vida diaria del adulto mayor. **Instrucciones:** Marcar una sola respuesta por cada dimensión.

N	Dimensión	Ítems	valor
1	Comer	Totalmente independiente	10
2		Necesita ayuda para cortar pan, carne untar mantequilla etc.	5
3		Dependiente	0
4	Lavarse	Independiente: entra y sale solo al baño	5
5		Dependiente	0
6	Vestirse	Independiente: Puede ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos	10
7		Necesita ayuda	5
8		Dependiente	0
9	Arreglarse	Independiente: se lava cara, manos; peina, afeita y maquilla	5
10		Dependiente	0
11	Deposición	Continencia normal	10
12		Episodio de incontinencia ocasional, necesita ayuda para administrarse supositorios.	5
13		Incontinencia	0
14	Micción	Continencia normal, capaz de cuidar sonda si tiene	10
15		Incontinencia, un episodio diario, o necesita ayuda para cuidar la sonda	5
16		Incontinencia	0
17	Uso del retrete	Independiente: para ir al baño, limpiarse, quitarse y ponerse la ropa	10
18		Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	5
19		Dependiente	0
20	Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
21		Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
22		Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse solo sentado	5
23		Dependiente	0
24	Deambular	Independiente: Camina solo 50 metros	15
25		Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
26		Independiente, en silla de ruedas sin ayuda	5
27		Dependiente	0
28	Escalones	Independiente: baja y sube las gradas	10
29		Necesita ayuda física para hacerlo	5
30		Dependiente	0
TOTAL			

Anexo 4: Solicitud de autorización para realización de estudio



UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



SEÑOR: Rudy Miguel Huaman Chipana

DR.

Director de la Casa de Acogida Apaktone

Presente:

ASUNTO: Solicito Autorización para realizar estudio de investigación

Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle autorización para llevar a cabo el estudio denominado **“Calidad de vida y Grado de Dependencia del Adulto Mayor Asociados en Casa Acogida Apaktone Puerto Maldonado – 2023”**. El mismo que es requisito para obtener el título de Licenciados en Enfermería, con el compromiso de entregar una copia de los resultados obtenidos.

Agradeciendo por anticipado su colaboración es propicia la oportunidad para expresarle muestras de nuestra especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Chalco Flores Jesús Evaristo

70326017

Montalvo Quispe, Gabriel Mario

75676761

cc.

Arch.

Anexo 5: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Los alumnos de Enfermería, Chalco y Montalvo, me han informado que están realizando la investigación que lleva por título: **“Calidad de vida y Grado de Dependencia del Adulto Mayor Asociados en Casa Acogida Apaktone Puerto Maldonado – 2023”**. Con la finalidad de obtener su Título de Licenciado en Enfermería

Me indicaron que la información que otorgue será confidencial, y que mi participación es voluntaria y con derecho a terminar mi participación cuando lo desee por ser mi derecho.

Así mismo, me indicaron que dicha investigación servirá para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de esta institución. En tal sentido acepto voluntariamente participar dejando constancia con mi firma y huella digital

CASA ACOGIDA DE ADULTOS MAYORES
APAKTONE

Rudy Miguel Huaman Chapa
ADMINISTRADOR

Firma de Aceptación



FECHA: 02-09-2024

GALERÍA DE FOTOS





