



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE  
FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
SAMÁN, AZÁNGARO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:  
**Bach. KARLA XIOMARA CONDORI GUTIERREZ**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

JULIACA – PERÚ  
2024



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE  
FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
SAMÁN, AZÁNGARO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. KARLA XIOMARA CONDORI GUTIERREZ**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:

Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

:

Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

:

M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ

ASESOR DE TESIS

:

Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA - P07



**RESOLUCIÓN DECANAL N°1595 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 02 de diciembre del 2024

**Vistos:** El Expediente N° 2024-CU 16653 el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024**

**CONSIDERANDO:**

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

**SE RESUELVE**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA** del (la) (bachiller) **CONDORI GUTIERREZ KARLA XIOMARA**; que habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- \* **2do. Miembro** : M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
- \* **Asesor (a)** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : **VIERNES 06 DE DICIEMBRE DEL 2024**  
**HORA** : **10:00 HORAS**  
**LOCAL** : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**TERCERO:** Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 Dr. ELIZABETH VARGAS ONOPR  
 COP 2034  
 DECANA

**DISTRIBUCIÓN:**  
 - Jurados (3)  
 - Interesado (1)  
 - Asesor de Tesis (1)  
 - Archivo FCS 2024(1)



**RESOLUCIÓN DECANAL N°1179 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 12 de setiembre del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 054-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 10 de setiembre del egresado (a) **CONDORI GUTIERREZ KARLA XIOMARA** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024** conducente para optar el título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

**CONSIDERANDO**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**
- \* **2do. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
  
- \* **Asesor (a)** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **CONDORI GUTIERREZ KARLA XIOMARA**; para optar el Título Profesional de **LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA** Con la Tesis Titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024**

**ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



**Distribución:** Decanato, EP: Enfermería, Secretaria Académica, Archivo.



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 190-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 04 de abril del 2024

VISTOS:

El Informe N° 017-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la propuesta de Investigación de fecha 21 de marzo de la E.P. Enfermería, folio 000022;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): CONDORI GUTIERREZ KARLA XIOMARA ha presentado y solicitado la aprobación de la Propuesta de Investigación titulado: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024 correspondiente a la línea de investigación: SALUD PÚBLICA;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el Comité de Investigación para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* Presidente : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNÁNDEZ MACEDO
\* 1er. Miembro : M.S. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
\* 2do. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 048-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN presentado por el (la) egresado(a) CONDORI GUTIERREZ KARLA XIOMARA para optar el Título Profesional de LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA titulado: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024

La Propuesta de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como ASESOR (A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Signature of Dr. Elizabeth Vargas Onofre and text: Dr. ELIZABETH VARGAS ONOFRE COP 2034 DECANAL

Distribución: Decanato, EP- ENFERMERÍA, Secretaría



## CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS


1	<a href="http://repositorio.upsjb.edu.pe">repositorio.upsjb.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
2	<a href="http://repositorio.ucsm.edu.pe">repositorio.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="http://ciencialatina.org">ciencialatina.org</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://transparencia.unap.edu.pe">transparencia.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://repositorio.unc.edu.pe">repositorio.unc.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
8	<a href="http://revistas.unica.edu.pe">revistas.unica.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%



### Metadatos complementarios - UANCV

<b>TITULO</b>	
<b>CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y Apellidos	KARLA XIOMARA CONDORI GUTIERREZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73083799
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-6598-0513">https://orcid.org/0009-0003-6598-0513</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7619-9592">https://orcid.org/0000-0002-7619-9592</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres Y Apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres Y Apellidos	MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres Y Apellidos	MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Dirección:</b> SAMÁN  <b>País:</b> PERÚ  <b>Departamento:</b> PUNO  <b>Provincia:</b> AZÁNGARO  <b>Distrito:</b> SAMÁN  <b>Coordenadas:</b>  <b>Latitud:</b> -15.29560  <b>Longitud:</b> -70.02092  <a href="https://maps.app.goo.gl/T6CMrhQqZGBmjsGM7">https://maps.app.goo.gl/T6CMrhQqZGBmjsGM7</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	ABRIL 2024 – DICIEMBRE 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	Ciencias de la salud <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a> Enfermería <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</a>


 UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO  
 VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  




### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo KARLA XIOMARA CONDORI GUTIERREZ, identificado con DNI Nro. 73083799 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**  
 **Programa de Segunda Especialidad,**  
 **Programa de Maestría o Doctorado**

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la  **Tesis** o  **Trabajo de Investigación,**  **Trabajo Académico** denominada:

CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024

Asesorado por: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 31 de diciembre del 2024

FIRMA (ASESOR)

FIRMA (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía en todo momento y darme salud.

A mi madre por su apoyo desde que era pequeña hasta este momento por enseñarme a luchar por mis sueños y metas de vida y ser una profesional de bien.

A mi padre que desde el cielo me ilumina para seguir adelante con mis proyectos.

También dedico a mi hija Sofia quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.



## AGRADECIMIENTO

A la universidad UANCV por ser mi casa de estudios por inculcarme conocimientos y valores para ser una profesional de enfermería.

A mi asesora por su paciencia, apoyo y dedicación.

A mis jurados por cada observación para que mi trabajo sea el adecuado.



**ÍNDICE GENERAL**

**DEDICATORIA ..... iii**

**AGRADECIMIENTO ..... iv**

**ÍNDICE GENERAL ..... v**

**ÍNDICE DE TABLAS ..... vii**

**RESUMEN ..... ix**

**ABSTRACT ..... x**

**INTRODUCCIÓN ..... xi**

**CAPÍTULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

**1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1**

    - Problema general ..... 3

    - Problemas específicos ..... 3

**1.2. OBJETIVOS ..... 3**

    - Objetivo general ..... 3

    - Objetivos específicos ..... 3

**1.3. JUSTIFICACIÓN ..... 4**

    - Justificación teórica ..... 4

    - Justificación practica ..... 4

    - Justificación metodológica ..... 5

**1.4. HIPÓTESIS ..... 5**

    - Hipótesis general ..... 5



- Hipótesis específicas .....	5
1.5. VARIABLES .....	5
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	6

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
- A nivel internacional .....	7
- A nivel nacional .....	11
- A nivel regional .....	16
2.2. MARCO TEÓRICO .....	19
2.3. MARCO CONCEPTUAL .....	39

## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	41
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	41
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN .....	42
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	42
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN .....	42
- Técnicas .....	42
- Instrumentos .....	43
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	44



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ..... 45  
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ..... 45

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**4.1. RESULTADOS ..... 47**  
**CONCLUSIONES ..... 68**  
**RECOMENDACIONES..... 70**  
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 72**  
**A N E X O S ..... 79**  
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS ..... 80  
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA..... 85  
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO ..... 87  
ANEXO 4: INSTRUMENTOS..... 88  
ANEXO 5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... 94  
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN .... 97



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Edad asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	48
<b>Tabla 2.</b>	Género asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	50
<b>Tabla 3.</b>	Estado civil asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	52
<b>Tabla 4.</b>	Actualmente con quien vive asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	54
<b>Tabla 5.</b>	Bienestar emocional asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	56
<b>Tabla 6.</b>	Relaciones interpersonales asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	58
<b>Tabla 7.</b>	Bienestar físico asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	60



<b>Tabla 8.</b>	Inclusión social asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	63
<b>Tabla 9.</b>	Derecho asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	64
<b>Tabla 10.</b>	Valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.....	66



## RESUMEN

Este estudio tuvo como **objetivo**: Analizar la calidad de vida asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024. **Metodología**: Es de diseño no experimental, de tipo correlacional, con una muestra de 123 adultos mayores, se empleó dos guías de entrevista que mide la calidad de vida y una escala de FRAIL. **Resultados**: Los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, son: el 24,4% tienen entre 70 a 74 años de edad ( $P=0,000$ ), el 30,1% son de género masculino ( $P=0,000$ ), el 31,7% su estado civil son convivientes ( $P=0,000$ ) y el 21,1% viven con otros familiares ( $P=0,000$ ). Los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, son: el 43,9% tienen un bienestar emocional regular ( $P=0,000$ ), el 52,8% tienen relaciones interpersonales regulares ( $P=0,000$ ), el 26,8% tienen un bienestar físico adecuado ( $P=0,000$ ), el 48,0% tienen una inclusión social regular ( $P=0,000$ ) y el 41,5% el derecho es adecuado ( $P=0,000$ ). El resultado de la valoración de fragilidad será pre frágil de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló que el 52,8% es pre frágil, el 41,5% es pre frágil y el 5,7% es frágil. **Conclusión**: Calidad de vida está asociada significativamente a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024. Todos los indicadores son significativos con un valor de  $p<0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**Palabras clave**: Calidad, vida, fragilidad, adulto mayor.



## ABSTRACT

The **objective** of the research was to determine the quality of life associated with the assessment of frailty of the elderly treated at the Samán Health Center, Azángaro 2024. **Methodology:** Non-experimental design study, correlational type, with a sample of 123 older adults, two interview guides were used that measure quality of life and a FRAIL scale. **Results:** The personal assessment indicators associated with the assessment of fragility of the elderly treated at the Samán Health Center are: 24.4% are between 70 and 74 years of age ( $P = 0.000$ ), 30.1% are male ( $P = 0.000$ ), 31.7% have a cohabiting marital status ( $P = 0.000$ ) and 21.1% live with other family members ( $P = 0.000$ ). The indicators of self-perception of quality of life associated with the assessment of fragility of the elderly treated at the Samán Health Center are: 43.9% have regular emotional well-being ( $P = 0.000$ ), 52.8% have regular interpersonal relationships ( $P = 0.000$ ), 26.8% have adequate physical well-being ( $P = 0.000$ ), 48.0% have regular social inclusion ( $P = 0.000$ ) and 41.5% the right is adequate ( $P = 0.000$ ). The result of the fragility assessment will be pre-fragile of the elderly treated at the Samán Health Center, Azángaro 2024, it was found that 52.8% are pre-fragile, 41.5% are pre-fragile and 5.7% are fragile. **Conclusion:** Quality of life is significantly associated with the assessment of frailty in older adults treated at the Samán Health Center, Azángaro 2024. All indicators are significant with a p value  $<0.05$ , accepting the hypotheses raised.

**Keywords:** Quality, life, frailty, older adult.



## INTRODUCCIÓN

Con el aumento general de pacientes geriátricos se experimentará un incremento en las décadas futuras. (1). Actualmente, la cantidad de personas de 60 años pase del 20% en 2000 al 33% en 2050. (1)

Se ha producido una mejora de la calidad de vida en las últimas fases de la vida, como demuestran las cifras de mayor esperanza de vida. Es esencial buscar métodos que favorezcan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Dado que la vejez es un proceso polifacético, es esencial identificar a los ancianos más susceptibles o débiles. La fragilidad es una condición que hay que entender para poder dar un tratamiento que se adapte a las características distintivas e individuales de los adultos mayores. Actualmente, el personal de salud atiende a una población cada vez más envejecida y con comorbilidades y/o deficiencias que empeoran.

Los valores y deseos de tratamiento del paciente son los factores más primordiales a tener en cuenta a la hora de decidir si proporcionar cuidados invasivos, conservadores o paliativos. El pronóstico del paciente también es un factor a tener en cuenta en esta decisión. Durante el desarrollo de nuestra investigación tendremos que analizar la calidad de vida asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.

El estudio la cual se está llevando a cabo y está estructurada en un total de cuatro capítulos. CAPITULO I, el cual tiene un enfoque fundamental, se dedica a la formulación del problema en cuestión, además de presentar los objetivos que guiarán la investigación, la hipótesis que se plantea, las diferentes variables involucradas y la manera en que estas serán operacionalizadas para



su análisis. CAPITULO II, está compuesto por los antecedentes, así como por el marco teórico y conceptual que proporcionan el contexto necesario para la investigación. CAPITULO III, describe la metodología del estudio, el enfoque, el tipo y los instrumentos utilizados en la recopilación de datos, la población y la muestra. Finalmente, CAPITULO IV, se dedica a presentar los resultados obtenidos, así como a ofrecer una discusión profunda sobre estos hallazgos.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida es una progresión que incluye la vejez a la cual todos llegaremos, sin embargo, también es una etapa remarcada por la decadencia continua de la salud, la cual afecta no solo a nivel físico, sino también emocional, teniendo según estudios, hasta un 33.4% de adultos mayores con depresión leve y severa. Todo esto se ve reflejado y/o agravado por su calidad de vida, la cual es sumamente primordial en esta etapa de la vida.(2)

Asimismo, la valoración de la fragilidad es importante, para desarrollar planes de cuidados personalizados y mejorar su calidad de vida. (2)

##### 1.1.1. Descripción del problema

###### **A nivel internacional**

La OMS destaca que la calidad de vida en la vejez es crucial para asegurar el bienestar y la satisfacción de los adultos mayores, quienes pueden enfrentar desafíos como la falta de roles y actividades, la soledad y la dependencia. Además, señala que está relacionada con la



funcionalidad, el grado de dependencia, el contacto familiar y la autonomía (3)

También resalta la importancia de la fragilidad, ya que es un problema creciente y complejo. Además, se ha demostrado que la fragilidad es un síndrome definido por síntomas y signos clínicos, y que puede ser identificada mediante la valoración geriátrica integral. (4)

### **A nivel nacional**

En Perú, la calidad de vida de las personas mayores es una cuestión importante y pertinente. Según un estudio, donde define como la capacidad de expresarse libremente, tomar decisiones, comunicarse y recibir información, así como la sensación de serenidad y tranquilidad que se deriva de ser atendido y protegido por su familia. (3) Además, la valoración de fragilidad en adultos mayores es importante para desarrollar planes de cuidados personalizados y mejorar su calidad de vida. La valoración geriátrica integral realiza el diagnóstico y tratamiento de los pacientes mayores, valorando su estado funcional, cognitivo, emocional y social. La identificación precoz de los adultos mayores frágiles y vulnerables permite desarrollar intervenciones preventivas que contribuyen a preservar su máxima independencia funcional y su salud. (5)

### **A nivel regional y local**

A nivel local, en la provincia de Acora se obtuvo que el nivel de calidad de vida del adulto mayor es moderada y baja. Los resultados del estudio mostraron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores en el centro de salud Acora – Puno es de baja a regular, según

las 8 dimensiones que se evaluaron, es el bienestar emocional, material y físico arrojaron una autopercepción significativamente baja, mientras que en las relaciones interpersonales arrojó una autopercepción baja. (6)

### 1.1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

#### Problema general

**PG.** ¿De qué manera la calidad de vida está asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024?

#### Problemas específicos

**PE1.** ¿Cuáles son los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán?

**PE2.** ¿Cuáles son los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán?

**PE3.** ¿Cuál será el resultado de la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán?

### 1.2. OBJETIVOS

#### Objetivo general

**OG.** Analizar la calidad de vida asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.

#### Objetivos específicos



- OE1.** Identificar los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán.
- OE2.** Describir los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán.
- OE3.** Clasificar la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

#### **Justificación teórica**

Se justifica **porque** la calidad de vida de los adultos mayores es un tema importante y multifacético, que abarca diversos aspectos de su vida diaria. Hay elementos que contribuyen en la calidad de vida que son las relaciones sociales, familiares, actividades físicas y grupales, salud y capacidad funcional, situación socioeconómica y de vivienda, educación y apoyo social. Sin embargo, la valorización de fragilidad es un tema muy poco estudiado en relación a la calidad de vida, a pesar de ser un proceso fundamental en esta etapa de la vida; ya que ayuda a identificar a aquellos que tienen un mayor riesgo de sufrir caídas, hospitalizaciones y mortalidad. Y es aún menos estudiado en nuestra localidad, impidiendo que se pueda brindar una atención personalizada, que permita no solo el bienestar físico y emocional a corto plazo, sino que logre que estos se mantengan en el tiempo.

#### **Justificación practica**



Se justifica **para que** el personal de enfermería podrá intervenir con estrategias para la autonomía, la autovalencia y la independencia funcional a través de un envejecimiento adecuado.

### **Justificación metodológica**

Además, la investigación será metodológicamente sólida y se guiará por el método científico, que es un conjunto de fases establecidas que deben seguirse para hacer una aportación científica significativa.

## **1.4. HIPÓTESIS**

### **Hipótesis general**

**HG.** La calidad de vida está asociada significativamente a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.

### **Hipótesis específicas**

**HE1.** Los indicadores de la valoración personal asociados a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán son: La edad, genero, estado civil, con quien viven.

**HE2.** Los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociados a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán son: Las relaciones interpersonales, bienestar emocional, físico, inclusión social y derechos.

**HE3.** El resultado de la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán será pre frágil.

## **1.5. VARIABLES**



**Variable1:** Calidad de vida.

**Variable 2:** Valoración de fragilidad.

**1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
<b>Variable 1</b> 1. Calidad de vida	1.1 Valoración personal	1.1.1 Edad	a. 60 a 64 años b. 66 a 69 años c. 70 a 74 años d. 75 a 79 años e. 80 a 84 años f. 85 a 90 años
		1.1.2 Genero	a. Masculino b. Femenino
		1.1.3 Estado civil	a. Soltero(a) b. Casado(a) c. Conviviente d. Viudo(a)
		1.1.4 Actualmente con quien vive	a. Cónyuge b. Cónyuge e hijos c. Hijos d. Otros familiares e. Solo
	1.2 Autopercepción de la calidad de vida	1.2.1 Bienestar emocional	a. Adecuado (7-10 puntos) b. Regular (4-6 puntos) c. Inadecuado (0-3 puntos)
		1.2.2 Relaciones interpersonales	a. Adecuado (9-12 puntos) b. Regular (5-8 puntos) c. Inadecuado (0-4 puntos)
		1.2.3 Bienestar físico	a. Adecuado (7-10 puntos) b. Regular (4-6 puntos) c. Inadecuado (0-3 puntos)
		1.2.4 Inclusión social	a. Adecuado (7-10 puntos) b. Regular (4-6 puntos) c. Inadecuado (0-3 puntos)
		1.2.5 Derechos	a. Adecuado (7-10 puntos) b. Regular (4-6 puntos) c. Inadecuado (0-3 puntos)
	<b>Variable 2</b> 2. Valoración de fragilidad	2.1 Según escala de fragilidad	



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### A nivel internacional

**Villareal. et al. (7).** En su artículo "Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México", 2021. Objetivo: Fue evaluar la percepción de la calidad de vida en personas adultas mayores. Metodología: Un total 100 ciudadanos mayores, de 60 y 98 años ( $M = 70.90 \pm 9.19$  años). Se dividieron en 2: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Ciudad del Anciano. Para el análisis se usó el MANOVA, debido a las seis ítems del instrumento de calidad de vida WHOQOL-OLD. Resultados: Se observó significancia estadística en dos dimensiones: capacidades sensoriales (CS) y participación social (PAIS) ( $p \leq 0.05$ ). La percepción del puntaje de la dimensión CS fue mayor en el ISSSTE que entre los de Ciudad del Anciano. Lo contrario se observa cuando se analiza la dimensión PAIS, ya que las personas mayores de Ciudad del Anciano reportan una percepción mayor. Conclusiones: De esta manera, se concluye que en la Ciudad del Anciano mediante un tratamiento no farmacológico se obtiene un mayor impacto en la calidad de vida mediante diversas actividades



colectivas, como lo son el gimnasio, tejido, manualidades, lecturas y campamentos, entre otras. Por otra parte, en el ISSSTE se refleja una mejora de la calidad de vida en las CS mediante el tratamiento farmacológico otorgado por la misma institución.

**Clausell. et al.** (8). En su artículo. Diagnóstico del síndrome de fragilidad, 2022. Objetivo: Resumir los elementos esenciales para el diagnóstico del síndrome de fragilidad. Hay tres condiciones (sarcopenia, desregulación neuroendocrina y disfunción del sistema inmune) que están asociadas con el envejecimiento que son la causa de esta enfermedad. Criterios de fragilidad en personas adultas mayores: siguientes criterios: En la actualidad, los autores coinciden en que el individuo geriátrico frágil o de riesgo presenta un mayor riesgo de mortalidad y de acontecimientos adversos debido a la disminución de sus reservas funcionales. En la actualidad, el concepto de geriátrico frágil está adquiriendo cada vez más relevancia como síndrome clínico o fenotipo, lo que permite estudiar sus características con mayor precisión. Conclusiones: La prevalencia de este síndrome hace necesario aumentar la mejorar de la calidad de vida de los ancianos, mejorar la esperanza de vida y proporcionar una atención médica más completa y excepcional.

**Oñate. et al.** (9). En su artículo "Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor" Ecuador, 2022. Objetivo: Determinar la relación entre la funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor. Metodología: Enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La población es de 101 adultos



mayores, 76.2% mujeres y 23.8% hombres, se empleó un Mini Examen del Estado Mental y el cuestionario WHO Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD). Resultados: Se identificó que del total de adultos mayores aplicados predomina un funcionamiento normal con el 32.7%, el 22.8% presenta un discreto déficit, 21.8% deterioro cognitivo grave, 14.9% deterioro cognitivo moderado y el 7.9% deterioro cognitivo, que el 53.5% se encuentra moderadamente satisfecha con las diferentes áreas evaluadas en su calidad de vida, el 19.8% nada satisfecha, seguida del 17.8% poco satisfecha y finalmente el 9% que se encontró satisfecha. Se determinó que existe una correlación positiva entre las variables ( $Rho=0.582$ ,  $p<0.05$ ), indicando que, a mayor funcionalidad cognitiva, mayor calidad de vida. Conclusiones: En la investigación se pudo establecer una correlación positiva entre la Funcionalidad Cognitiva y la Calidad de vida indicando que, a mayor funcionalidad cognitiva mayor calidad de vida presenta el adulto mayor.

**Rivelli. et al.** (10). En su artículo "Fragilidad del adulto mayor en tres Unidades de Salud Familiar del Paraguay en 2019" Paraguay, 2019. Metodología: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo. Se incluyeron varones y mujeres  $\geq 60$  años asistidos en las Unidades de Salud Familiar de Yuquyty (Areguá, Paraguay) en 2019. Se evaluaron variables clínicas y antropométricas. Se utilizó el cuestionario de Fried para determinar la fragilidad. Resultados: Población 81 sujetos, edad media  $71 \pm 7$  años, sexo femenino (65%). La artropatía y la hipertensión fueron las comorbilidades más prevalentes. La depresión se registró en el 9,8% de los casos. Se identificó fragilidad en el 53% de los casos. La



marcha lenta fue la deficiencia más común que Fried identificó en sus criterios. Se determinó que el sexo femenino era el factor de riesgo relacionado con la fragilidad  $p = 0,006$ . Conclusiones: se encontró fragilidad en el 53% de los pacientes, siendo el sexo femenino el más prevalente.

**Olivera. et al. (11).** En su artículo "Análisis de la fragilidad y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada" España, 2023. Material y Método: Con un total 107 pacientes, con una edad de 74 años (RI=18), y 37 mujeres, lo que supone el 34,6% del total. En el área de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en la consulta de la enfermedad renal crónica se hizo un estudio descriptivo de corte transversal. Los criterios fueron los pacientes en estadios 4-5 que no habían recibido tratamiento renal sustitutivo previamente. Para determinar el grado de dependencia, se utilizaron los siguientes cuestionarios: el cuestionario FRAIL, que se utilizó para evaluar la fragilidad; el cuestionario KDQOL-SF, que se utilizó para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud; y el test de Barthel. Resultados: El sesenta y uno coma tres por ciento tenían algún grado de fragilidad, y el veintiséis coma dos por ciento estaba afectado en alguna actividad fundamental de la vida diaria. Se encontró que la fragilidad estaba relacionada con una peor calidad de vida, con la mayoría de las características del cuestionario, así como la dependencia. Las variables del KDQOL-SF que sufrieron un impacto más significativo fueron Situación laboral y Sueño del cuestionario específico y Salud general y Vitalidad del cuestionario genérico. Conclusiones: La fragilidad es



considerablemente prevalente en pacientes con la enfermedad renal crónica avanzada y está relacionada con una peor calidad de vida y un mayor grado de dependencia.

**Concha. et al. (12). En su artículo sobre “Efectos de un programa multicomponente sobre la fragilidad y calidad de vida de adultos mayores institucionalizados, Cuba, 2020”** Objetivo: Determinar los efectos de un programa de entrenamiento físico multicomponente, sobre la fragilidad y la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados. Metodología: Estudio preexperimental, longitudinal, que evaluó 28 adultos mayores institucionalizados. Resultados: El índice de fragilidad demostró mejoras sustanciales en los individuos mayores ( $p = 0,007$ ;  $d = 0,36$ ). Tras la finalización de un programa de ejercicio multicomponente, las medidas de calidad de vida revelaron cambios estadísticamente significativos en las siguientes dimensiones: actividades pasadas, presentes y futuras ( $p = 0,018$ ;  $d = 0,53$ ); Implicación social ( $p = 0,003$ ;  $d = 0,53$ ); e intimidad ( $p = 0,005$ ;  $d = 0,36$ ), luego de realizar un programa de ejercicios multicomponente. También se observaron cambios significativos en la calidad de vida general de los sujetos ( $p = 0,007$ ;  $d = 0,65$ ). Conclusiones: En personas mayores institucionalizadas, la fragilidad y la calidad de vida mejoraron con la participación en un programa de ejercicio físico multicomponente que duró seis semanas.

### **A nivel nacional**

**Oscoco. et al. (13).** En su artículo sobre “Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor provincia de



Huancasancos Departamento Ayacucho – Perú, año 2021” Método: Cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo, y contó con 77 personas mayores como participantes. Los instrumentos utilizados fue un cuestionario FUMAT y la escala FRAIL. Resultados: En este estudio, realizamos una encuesta a 77 adultos mayores, la mayoría de los cuales eran mujeres (n=53; 69%), tenían entre 69 y 79 años (n=42; 55%), estaban casados (n=48; 62%), poseían estudios primarios (n=48; 62%), tenían hijos (n=70; 91%), residían solos en la actualidad y carecían de empleo (n=42; 55%). En cuanto a la calidad de vida, es regular en las siguientes: bienestar emocional (49%), relaciones interpersonales (52%), bienestar material (55%), inclusión social (49%) y derechos (44%). Además, según la consolidación global, es regular (58%), alta (26%) y baja (16%) en todos los casos. Según la escala de fragilidad, el nivel de fragilidad de las personas mayores puede clasificarse como no frágil (n=46; 60%), prefrágil (n=17; 22%) y frágil (n=14; 18%). Conclusiones: La autopercepción de la calidad de vida es regular y la fragilidad es de estado no frágil del adulto mayor de la Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho.

**Coronado.** (14). En su tesis “Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del centro de salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021” Ayacucho, 2021. Metodología: Estudio de tipo no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con 77 adultos mayores. **Resultados:** El 55% (42) de las personas mayores tienen entre 69 y 79 años, el 69% (53) son mujeres, el 48% (37) están casadas, el



62% (48) han terminado la escuela primaria, el 91% (70) tienen hijos, el 55% (42) viven solos y el 55% (42) no tienen trabajo. Estas son las estadísticas básicas de las personas mayores. En cuanto a la variable, el bienestar emocional es regular en el 49% (38), alto en el 34% (26) y bajo en el 17% (13); en cuanto a las conexiones interpersonales, es regular en el 52% (40), alto en el 31% (24) y bajo en el 17% (13); en cuanto al bienestar material, es regular en el 47% (36), alto en el 27% (21) y bajo en el 26% (20), El bienestar físico es constante en el 55% (42), alto en el 31% (24) y bajo en el 14% (11); la inclusión social es constante en el 49% (38), alto en el 34% (26) y bajo en el 17% (13); los derechos son constantes en el 44% (34), alto en el 31% (24) y bajo en el 25% (19); y la consolidación global es constante en el 58% (45), alto en el 26% (20) y bajo en el 16% (12). La segunda variable según la escala de Frail es no frágil en 60% (46), pre frágil en 22% (17) y frágil en 18% (14). Conclusiones: La autopercepción de la calidad de vida global en el adulto mayor es regular en todas las dimensiones. La fragilidad según escala de Frail aplicada a los adultos mayores determina el estado no frágil.

**Acosta. et al.** (15). En su artículo sobre "Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos, 2021" Métodos: Un diseño transversal analítico efectuado en adultos mayores de 60 años residentes en una comunidad rural de los Andes peruanos. Para la evaluación de la variable dependiente se utilizó una versión modificada de los criterios de Fried. Resultados: Entre los 233 ancianos investigados, la edad era de 74 años, y el 49,6% eran mujeres. El porcentaje de personas frágiles fue del 72,1%. La  $RP_a=1,77$ ; IC 95%:



1,43-2,18;  $p < 0,001$ ) y el sexo femenino ( $RP_a = 1,46$ ; IC 95%: 1,16-1,81;  $p = 0,001$ ) se relacionaron de forma independiente con una mayor probabilidad de presentar este síndrome. Los síntomas depresivos también se relacionaron con una mayor probabilidad de presentar este síndrome. Conclusiones: La prevalencia del Síndrome de Fragilidad fue alta. Los factores asociados con este diagnóstico fueron la presencia de depresión y el sexo femenino. Se requieren más estudios sobre este tema en poblaciones rurales de las grandes alturas.

**Hernández. et al.** (16). En su investigación sobre "Síndrome de fragilidad y dependencia en adultos mayores con DM2 en una unidad de primer nivel" Métodos: Utilizando medidas para evaluar la fragilidad (FRAIL) y la dependencia (LAWTON Y BRODY), se realizaron entrevistas a un total de 150 individuos, control de diabetes según HbA1c documentado en el expediente clínico, se realizó análisis univariado de las variables de investigación. Para el análisis bivariado se usó Rho de Spearman y Chi cuadrado. Resultados: Se revela que el sexo femenino 54,7%, empleo doméstico 69%, casado 67,3%, primaria 36%, comorbilidad cardiaca 70,7%, edad media 70,32 + 7,728 años, casado 67,3%, y primaria 36%. Con una débil relación positiva entre la fragilidad y la dependencia para las actividades básicas e instrumentales, es significativa  $\rho = 0,386$ ,  $p = 0,000001$  y  $\rho = 0,164$ ,  $p = 0,045$ , respectivamente. La fragilidad estaba presente en el 11,3% de los participantes, mientras que la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria estaba presente en el 71,3% de los participantes. Para las actividades básicas, los individuos moderados dominaban el 26% de la población participante. Conclusiones:



Existe relación estadísticamente significativa entre fragilidad-dependencia.

**Casca.** (17). En su investigación sobre "Relación entre fragilidad y riesgo de caídas en el adulto mayor del comedor solidario de la Basílica de San Francisco, Lima 2021" Método: Cuantitativa, un diseño de estudio experimental, transversal y correlacional. La muestra incluyó 102 personas de edad avanzada que asistieron al comedor solidario. Para determinar se usó los criterios de Fried y la escala de Tinetti modificada. Resultados: La muestra estuvo conformada por varones 68% y mujeres 32%. El 5% de las personas mayores evaluadas se consideraron frágiles, mientras que el 67% se consideraron prefrágiles y el 28% robustas. Existía un riesgo alto de caídas entre el 1% de las personas, medio entre el 27% y bajo entre el 72% de las personas evaluadas. Hubo una correlación significativa entre fragilidad y edad ( $p = 0,004$ ), pero no con el género ( $p = 0,258$ ). No hubo correlación significativa entre el riesgo de caídas y la edad ( $p = 0,234$ ) o el sexo ( $p = 0,724$ ). Existe un impacto estadísticamente significativo de la fragilidad en la probabilidad de caídas ( $p = 0,000$ ). Existe una correlación sustancial entre un alto riesgo de caída y los criterios de fragilidad, concretamente el cansancio y la lentitud al caminar ( $p = 0,000$ ). Conclusiones: Existe relación significativa entre fragilidad y riesgo de caídas. También existe relación significativa entre la fragilidad y la edad. Y, entre el agotamiento y la lentitud de marcha están relacionados significativamente con el alto riesgo de caídas.



### A nivel regional

**Dueñas, Miranda.** (6). En su estudio Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019. Este estudio permite conocer cómo es que el Adulto mayor se ve así mismo y cómo percibe su calidad de vida. Objetivo: determinar cómo percibe el adulto mayor su calidad de vida. Metodología: Es de tipo descriptivo, diseño transversal; la muestra de 168 adultos mayores. Se uso un cuestionario escala de FUMAT validada por Velásquez Carmela 2017 en el estudio "Calidad de vida y estado de salud del adulto mayor, en la municipalidad provincial de Huancayo 2015. Resultados: obtenidos en este estudio muestran que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores es de baja a regular, Teniendo en cuenta: bienestar emocional, material y físico con una autopercepción muy baja, y la dimensión de conexiones interpersonales dio como resultado una autopercepción baja, la autopercepción del bienestar emocional, material y físico fue la más baja.

**Chaiña.** (18). En su investigación "Influencia en la calidad de vida de los beneficiarios del Programa Social Pensión 65 en el distrito de Paucarcolla 2022". Objetivo: Consistió en explicar la influencia del programa social Pensión 65 en la calidad de vida de los beneficiarios, al tiempo que se describió sus necesidades básicas insatisfechas, sus condiciones de vida y el impacto del programa en su bienestar. Método: fenomenológico, se emplearon guías de entrevistas y análisis de datos para evaluar objetivamente las condiciones económicas y el nivel de vida de los



receptores, así como recopilar testimonios y relatos personales con el fin de profundizar en sus experiencias y percepciones. Resultados: Los datos de esta investigación son esenciales para ajustar el programa Pensión 65 y generar políticas sociales dirigidas a mejorar la calidad de vida en situación de vulnerabilidad de los adultos mayores en el distrito de Paucarcolla. Conclusiones: esta investigación revela la urgente necesidad de intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios del programa Pensión 65 en Paucarcolla. Estas intervenciones deben abordar no solo las necesidades básicas inmediatas, como el acceso a servicios de salud y la provisión de recursos económicos adecuados, sino también promover oportunidades de desarrollo educativo y laboral para garantizar un bienestar sostenible a largo plazo

**Mamani.** (19). En su estudio sobre Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata – 2021. Método: La investigación fue de carácter descriptivo-correlacional y utilizó un diseño transversal que no incluyó ningún experimento. Con un total de 75 personas mayores constituyeron la muestra. La población estaba compuesta por otros 93 adultos mayores. Para los datos se usó 2 escalas de: Capacidad de Agencia de Autocuidado y de Calidad de Vida en la Tercera Edad. Resultados: Muestran que El 54.8% presentó una baja capacidad de autocuidado, y tuvieron niveles regulares en la interacción social, actividad y descanso, con 52% y 46.7%. Por otro lado, las que presentaron niveles bajos fueron bienestar personal, alimentos y promoción del funcionamiento y



desarrollo, con 41.3%, 49.3% y 4.67 por ciento respectivamente. El 57,3% de la población, en cambio, presentaba una calidad de vida baja. En los niveles medios de calidad fueron la salud física y las relaciones interpersonales, con un 54,7% y un 57,4% respectivamente. Por otro lado, las dimensiones que presentaron niveles bajos fueron la independencia para realizar actividades y la satisfacción vital, con un 48% y un 42,7% respectivamente. Estadísticamente se encontró asociación entre las variables  $p: 0.008$ . Conclusiones: Que a mayor capacidad de autocuidado mayor será la calidad de vida.

**Quispe.** (20). En su investigación sobre Nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Taparachi, Juliaca 2019. Metodología: Enfoque cuantitativo, no experimental, transaccionales y descriptivos. Los pacientes inscritos en el programa para personas mayores son 40 del adulto mayor del Centro de Salud Taparachi. En concreto, la «Escala de calidad de vida en la tercera edad» fue la herramienta que se utilizó. Este cuestionario se compone de 34 preguntas que examinan los siguientes aspectos de la vida de un individuo: salud, relaciones interpersonales, dependencia de actividades y nivel de placer con su vida. Con una fiabilidad de 0,91 según el alfa de Crombach, fue utilizado y confirmado por Miriam Álvarez Pérez por el investigador. Resultados: muestran que el 60 % tiene una calidad de vida muy baja y es posible afirmar que el estado civil es una de las variables que contribuyen. Conclusiones: Que la calidad de vida de los adultos mayores en su mayoría es muy baja.



## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 1. CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida se refiere al bienestar físico, psicológico y social de las personas mayores. La evaluación de la calidad de vida en este grupo poblacional puede incluir aspectos como la salud física, la capacidad funcional, la autonomía, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y el entorno físico y social. (21)

Elementos que conforman la calidad de vida en la vejez. De acuerdo con la OMS la calidad de vida es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.(22)

La calidad de vida del adulto mayor es "la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez". (3)

#### 1.1. Valoración personal.

Es el proceso por el que las personas evalúan y perciben su propio bienestar físico, psicológico y social en función de sus circunstancias y experiencias específicas. El término «Valoración personal» se



refiere a este proceso de percepción y evaluación. Cuando se trata del crecimiento humano, la autovaloración es uno de los componentes más cruciales. Ante todo, para cultivar la autovaloración es necesario tener en cuenta las propias experiencias y situaciones. Un amplio abanico de factores, como las creencias, las expectativas, los sentimientos y las circunstancias de la vida cotidiana, influyen en la decisión final. El resultado se ve directamente afectado por estas características, y este proceso requiere un alto grado de subjetividad por parte de los participantes. (23)

También conocida como autonomía puede describirse como la capacidad de tomar decisiones por uno mismo, sin necesidad de pedir permiso o rendir cuentas de sus actos. La autonomía es un concepto que existe desde hace mucho tiempo. Es posible alcanzar la autonomía mediante diversas técnicas. Además, este concepto puede extenderse a una sola persona, a un grupo de personas, a una comunidad o incluso a toda una nación. El concepto de autonomía también puede designarse con la palabra «libre albedrío». Es vital tener en cuenta una amplia variedad de cualidades al realizar un análisis del componente de autodeterminación. Algunas de estas características son las preferencias y objetivos personales, la autonomía, la libertad de elección y las decisiones individuales

### **1.1.1. Edad.**

Es posible que la calidad de vida se vea influida significativamente por la edad. A medida que aumenta la edad, pueden experimentar cambios en su salud, sus relaciones y su entorno, lo que puede



afectar su bienestar físico, psicológico y social. (24)

A lo largo de la vida de una persona se producen diversas alteraciones biopsicosociales. Se considera que el envejecimiento es un proceso continuo, multidimensional e irreversible. También abarca tanto biológicos y fisiológicos que conllevan los daños en moléculas y células, que puede manifestarse de muy diversas formas según el individuo. (25)

Con la edad se produce una disminución y/o pérdida de densidad ósea, masa muscular y fuerza, lo que conduce a la degradación de huesos, músculos y articulaciones, así como al riesgo de accidentes y caídas. Nos referiremos al sistema musculoesquelético como una cuestión clásica. A medida que envejecemos, nos referiremos al sistema musculoesquelético.

A la luz del hecho de que existe una conexión entre el envejecimiento fisiológico, las enfermedades crónicas y la inactividad significativa, está claro que hay un mayor riesgo de fracturas por fragilidad. A lo largo de muchas décadas, se ha demostrado mediante estudios científicos, también irrefutables, que una de las prácticas más beneficiosas para la promoción de la salud es el uso tanto de profesionales médicos como de remedios naturales. La actividad física regular es lo más esencial que cualquier experto en salud puede proponer a la población en general, pero especialmente a los ancianos. Esta acción ayuda a defenderse de las enfermedades primarias que también están asociadas a la fragilidad, y es especialmente vital para los ancianos. La hipertensión, la



diabetes, las cardiopatías coronarias, los trastornos del sistema nervioso central, la depresión e incluso la pérdida o degradación cognitiva son algunas de las afecciones que tenemos en cuenta al referirnos a estas dolencias.

Muchas personas creen que la etapa de la vida que comienza alrededor de los sesenta años y continúa hasta la muerte es la etapa que se denomina vejez. Esta expresión hace referencia a una secuencia de alteraciones que se producen por una confluencia de elementos que incluyen componentes fisiológicos, anatómicos, psicológicos y estructurales. Las personas mayores tienen una mayor tendencia a tener miedo de las cosas que no conocen. Esto se debe a que son cada vez más conscientes de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales que están experimentando. Esta es la razón por la que sienten esto. La razón de este efecto se debe a que los individuos están sintiendo una importante sensación de inseguridad como consecuencia del creciente número de pérdidas físicas e intelectuales.

### **1.1.2. Género.**

Algunos estudios han encontrado que existen relación en la calidad de vida percibida entre hombres y mujeres, lo que puede estar relacionado con diferencias en la atención médica, roles sociales, ingresos y otros determinantes sociales de la salud. (26)

Según las conclusiones de un estudio del Instituto Noruego de Salud Pública, las parejas o matrimonios que duran toda la vida tienen menos probabilidades de desarrollar demencia. (27)



Las mujeres son más vulnerables a los prejuicios y experimentan mayores niveles de vulnerabilidad que los hombres, a pesar de que viven más años. Las repercusiones de estas desventajas se agravan aún más por el hecho de que la discriminación basada en la edad es más frecuente entre las mujeres mayores, lo que se observa en la vejez. Así, las repercusiones de estos inconvenientes se agravan. Además, ésta es una de las numerosas desventajas basadas en el género que las mujeres encuentran a lo largo de su carrera profesional. Las estigmatizaciones que perjudican más a las mujeres que a los hombres son consecuencia de los cambios fisiológicos que se producen a lo largo de la vida de un individuo. En comparación con los hombres, las mujeres son más susceptibles de sufrir resultados adversos como consecuencia de estos avances. Este es el resultado esperado como consecuencia de lo que sea que haya ocurrido. Esta tendencia puede atribuirse al hecho de que las mujeres son más jóvenes que los hombres en términos de edad.

### **1.1.3. Estado civil.**

Estudios han encontrado que el estado civil puede influir en la percepción de la calidad de vida, especialmente en relación con aspectos como el bienestar emocional y las relaciones sociales. (28) Durante un periodo de veinticuatro años, los investigadores siguieron a una serie de parejas e individuos de distintos estados civiles, con edades comprendidas entre los cuarenta y cuatro y los sesenta y ocho años, con el fin de determinar si este estado se asocia o no a un diagnóstico clínico de demencia o deterioro cognitivo moderado



(DCL) a la edad de setenta años. Según las conclusiones de los especialistas, el grupo que ha estado casado a lo largo del tiempo tiene la menor frecuencia de demencia, mientras que el grupo que ha estado soltero o divorciado tiene la mayor probabilidad de desarrollar demencia. Este estudio sugiere que estar casado está asociado a una menor incidencia de demencia; sin embargo, desconocemos la razón de esta asociación. Según una idea, los individuos casados tienen más probabilidades de una vida más larga y saludable, lo que ayuda a explicar las disparidades en el riesgo de padecer distintas enfermedades. Tras realizar este estudio, los expertos destacaron que no encontraron ninguna prueba que apoyara la hipótesis de que existen disparidades de salud entre personas casadas y no casadas que explicaran la diferencia en el riesgo de demencia. (29)

#### **1.1.4. Actualmente con quien vive.**

Es concebible que la calidad de vida que experimenta el anciano se vea influida por su entorno. Es una cuestión que merece consideración. Es preciso reconocer esta realidad. Lo que debe considerarse desde esta perspectiva es cualquier cosa que deba tenerse en cuenta. Uno de los factores que deben tenerse en cuenta se ilustra en el ejemplo que figura en los párrafos siguientes. Cuando se tienen en cuenta todas las variables, es factible que se produzca un acontecimiento. La existencia de algo es una posibilidad. La existencia de algo es una posibilidad. Es imposible exagerar la importancia de las redes de apoyo social en términos de salud y



bienestar, lo que constituye un ejemplo excepcional de su relevancia. Esto sirve como ilustración excepcional de la importancia de estas redes. Esto sirve como prueba de que estas redes siguen siendo pertinentes en la era contemporánea. En cuanto a la relevancia de estas redes, es difícil destacar adecuadamente el valor que ofrecen. Además, es casi imposible exagerar la importancia de estas organizaciones y de las redes que han establecido desde su creación. Ello se debe a la existencia de estas organizaciones. Estas redes son importantes y muy significativas por derecho propio, y esto no es más que un ejemplo de su relevancia. No es más que un ejemplo. Es sólo un ejemplo de la importancia de estas redes; hay muchos más. Estas redes no sólo mejoran la calidad de vida de las personas que las reciben, sino que también hacen posible que esas personas puedan cumplir requisitos que no proporciona la institución que presta asistencia formal con apoyo formal. (30)

La independencia y la calidad de vida se debe conservar al igual de la física y mental, es un componente esencial del envejecimiento saludable, que es un continuo que abarca toda la vida. (31)

## **1.2. Autopercepción de la calidad de vida.**

En el contexto de este debate, el término «calidad de vida» se refiere a la forma en que un individuo evalúa su propia vida, que abarca las características del bienestar emocional, social y físico. La autopercepción de una persona puede influir no sólo en su bienestar general, sino también en su forma de comportarse y en las emociones que experimenta en relación consigo misma. Esto se



suma al hecho de que influye en el bienestar general del individuo.

(32)

Cada ser humano posee un conjunto de capacidades que le son propias. La capacidad de identificarse a uno mismo, la capacidad de desarrollar una imagen propia y la capacidad de captar nuestros estados mentales, emocionales y afectivos son ejemplos de rasgos que entran en esta categoría de habilidades. No nos son desconocidas las nociones de experiencias personales, información objetiva, lingüística y subjetiva que obtenemos de otras personas. Sin embargo, en lo que respecta al objeto de este enfoque, estos conceptos no nos resultan desconocidos. Otra forma de decirlo es que tenemos la capacidad de vernos a nosotros mismos de una manera distinta a como somos en realidad. La conclusión de la propia autopercepción puede ser muy subjetiva, e incluso puede estar en oposición directa con los hechos de la situación. El hecho de que esto sea así se debe, en parte, a esta razón en particular.

(32)

### **1.2.1. Bienestar emocional**

Es el estado emocional positivo de una persona, que incluye sentimientos de felicidad, satisfacción y bienestar general. El bienestar emocional es primordial en la calidad de vida. (33)

Una de las características que pueden utilizarse para describir el bienestar es un estado de disfrute personal caracterizado por buenos sentimientos como la satisfacción, la felicidad y la prosperidad. Otras



características también incluyen un estado de prosperidad. Otra forma de caracterizar el bienestar es como un estado de felicidad personalmente satisfactorio. En este caso concreto, estamos hablando de una situación que puede describirse como un estado de felicidad personal. Este es el escenario del que estamos hablando. En el caso de que hagamos referencia a la salud y la felicidad de una persona, nos estamos refiriendo a este estado específico de una manera simple y llana. Alcanzar el éxito en los esfuerzos profesionales, económicos y sociales, así como mantener la salud física y mental de forma sobresaliente, son áreas que se incluyen en él. Además, tiene en cuenta el mantenimiento de la propia salud corporal y mental. Además, cubre la realización del propio potencial. Además, la cobertura garantiza que la salud del individuo se mantenga en buen estado durante la duración de la misma. (33)

García, por su parte, afirma que se genera a partir de la experiencia humana ligada al presente, pero que utiliza la experiencia previa como intermedio. Esto se debe a que los logros, los objetivos y ambiciones en la vida se proyectan momentáneamente hacia el futuro. (40)

Es más probable que una persona tenga una sensación de tranquilidad mental, lo que también se conoce como bienestar emocional, cuando tiene una opinión favorable de sí misma. Esto se debe a que la percepción que una persona tiene de sí misma está directamente relacionada con su salud mental. Como noción, la tranquilidad mental se compone de una amplia variedad de



cualidades y características diversas que están todas interconectadas entre sí. Entre las características que se discutirán están las siguientes: constancia en los sentimientos, satisfacción, buena imagen de sí mismo, ausencia de estrés, ausencia de sensaciones desagradables y conexiones sólidas.

### 1.2.2. Relaciones interpersonales

Las personas mayores tienden a mantener vínculos interpersonales hasta bien entrada la tercera edad, sobre todo por las redes de apoyo social que han ido formando a lo largo de su vida. En este momento, la calidad de vida que experimentan las personas mayores se ve sustancialmente afectada por los vínculos que mantienen entre sí. Un estudio realizado específicamente en México llegó a la conclusión de que las personas que tenían una calidad de vida relativamente alta habían recibido un mayor apoyo social de sus redes familiares, participaban más en actividades sociales y expresaban un mayor nivel de satisfacción con la asistencia que recibían. Estas conclusiones se basaron en los resultados del estudio. Según los resultados de la investigación, así fue efectivamente. (34)

En la vejez, la familia es un componente fundamental de las relaciones socioafectivas, ya que sirve como fuente primaria de apoyo emocional, refuerza la autoestima y la confianza, y fomenta los sentimientos de seguridad. Los abuelos mantienen y transmiten las tradiciones familiares, culturales y sociales de generación en generación. (34)



A la luz de esto, esta es la razón por la que esta es la situación. Según esta dimensión, uno de los rasgos que se tienen en cuenta es la capacidad de reconocer claramente a los amigos, las interacciones sociales, las conexiones familiares y los encuentros sociales que son agradables y satisfactorios. Otros elementos que se tienen en cuenta son los vínculos personales estrechos, como las amistades y los lazos familiares.

### 1.2.3. Bienestar físico.

Se refiere a la salud, la energía y la capacidad para realizar actividades cotidianas y participar en la sociedad. (35)

Es necesario tener una condición física saludable para tener una calidad de vida digna.

Cuando se trata de llevar una vida plena y activa en la vejez, la salud física de los más mayores es muy necesaria. Para preservar la calidad de vida y prevenir trastornos relacionados con la edad, es necesario practicar ejercicio físico con regularidad. (35)

Siempre que hablamos de salud, nos referimos al estado en el que el organismo funciona de forma adecuada y existe una capacidad física satisfactoria para responder a los numerosos retos que uno puede encontrar a lo largo de su estilo de vida. En esta afirmación concreta, nos referimos a la situación antes mencionada. La memoria, la vista, el sueño, el acceso a la asistencia tecnológica, las actividades de la vida diaria, la audición y la salud en general son algunos de los aspectos que se incluyen en este aspecto de la asistencia sanitaria. Sin embargo, esta lista no es exhaustiva. Además, la capacidad de



oír es un componente de esta dimensión. Dado que esta es la circunstancia, vamos a hablar del estado en el que el cuerpo es capaz de mantener su grado actual de salud.

#### **1.2.4. Inclusión social.**

En la vejez es un tema que aborda la participación equitativa y activa de los adultos mayores en la sociedad. Dicha participación tiene un efecto positivo en la calidad de vida, al permitirle sentirse útil consigo mismo y no estar en soledad. (36)

Cuando se trata de las personas mayores, la inclusión social es una opción de obtener unos ingresos respetables de su trabajo, así como la oportunidad de participar en la comunidad a través del empleo, el trabajo voluntario u otras que se adapten a sus capacidades y preferencias. (36)

En el proceso de establecimiento de normas para la cultura de cada persona o grupo, es el contacto que se produce entre dos o más individuos el responsable de crear motivación, percepción y creencias. Estas incluyen, entre otras cosas, las amistades y las familias. Resulta que es un complemento de la vida del ser humano, y el hecho de que establecer conexiones con otras personas sea una parte esencial de la vida cotidiana es lo que hace posible que los adultos mayores desarrollen sus habilidades sociales. La inclusión social toma en cuenta:

a) Participación: En consecuencia, se refiere al mantenimiento de su autonomía y funcionamiento individual, a la creación de un entorno propicio, a la promoción de estilos de vida saludables y buenos



comportamientos entre las personas, y al hecho de que es un proceso constante en los ámbitos económico, social, cultural y cívico. Actualmente se están desarrollando políticas que fomentan el compromiso de las personas mayores para garantizar que puedan preservar su independencia y funcionamiento individual, lo que en última instancia mejorará su calidad de vida.

b) Integración: Proceso activo polifacético que reúne a los miembros de un grupo social bajo una misma idea u objetivo, con el fin de ayudar a las personas mayores a experimentar la sensación de ser útiles y esenciales.

c) Apoyos: Mediante el apoyo emocional, los servicios, diversas instituciones sanitarias e iglesias, y a través de los vínculos familiares, las personas mayores obtienen apoyo social, lo que les permite continuar una serie de interacciones personales, que a su vez les permiten mantener su identidad social.

### **1.2.5. Derechos.**

El adulto mayor tiene derechos tales como: la autonomía, la dignidad, la no discriminación, el acceso a la salud, la participación social, entre otros. (37)

El conocimiento de los propios derechos y prerrogativas como persona en sí misma es el centro de este componente, que abarca un número considerable de aspectos. Este componente se ocupa del conocimiento de los propios derechos y prerrogativas. La defensa de los derechos, el ejercicio, el cumplimiento, el mantenimiento de la dignidad, la protección de los derechos legales, la información, el



respeto y la privacidad son algunas de las características que se incluyen en esta categoría cuando se trata de estas dimensiones. Otras características que se incluyen en esta categoría son la preservación de la dignidad.

También tienen derecho a obtener una atención integral, lo que incluye el acceso preferente a los servicios médicos, así como el derecho a recibir instrucción y orientación sobre su salud, alimentación, aseo y cualquier otro factor que haga más favorable su cuidado personal. a la escolaridad formal. (37)

- a. Una vida completa, independiente, autónoma y respetable, además de sana.
- b. No se debe exponer a las personas a imágenes despectivas ni discriminarlas por su edad.
- c. La igualdad de oportunidades.
- d. Recibir atención, cuidados y diversas formas de protección familiar y social que sean globales e integradas, de acuerdo con su necesidad específica.(37)

## **2. VALORACION DE FRAGILIDAD.**

Se refiere a la evaluación de la vulnerabilidad de una persona mayor a padecer discapacidad o eventos adversos de salud. También es un estado de vulnerabilidad presenta una disminución fisiológica y la capacidad de adaptación del organismo a los estresores, aumento del riesgo de discapacidad, hospitalización y mortalidad. (38)

Está demostrada la relación entre esta enfermedad y el proceso natural de envejecimiento, un fenómeno que se produce con relativa frecuencia.



Además de que esta afección se caracteriza por una reducción de la reserva fisiológica que se posee, también se habla de un estado de homeostasis. Es crucial tener en cuenta que estos son algunos de los atributos de esta afección que resultan más evidentes a simple vista. De esta situación se derivaría un aumento de la morbilidad y la mortalidad, lo que incrementaría el riesgo de incapacidad, una pérdida de resistencia y una mayor susceptibilidad a los acontecimientos adversos. Todos estos atributos se demostrarían con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Debido a esta condición, las tasas de morbilidad y mortalidad también serían significativamente elevadas. La tasa de mortalidad general aumentaría si se tienen en cuenta todos estos factores, lo que se consideraría un resultado desfavorable. Las personas afectadas por estas repercusiones pueden experimentar diversos grados de gravedad en función de sus respectivas circunstancias.

Con el fin de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad a medio y largo plazo, lo que se refleja tanto en el estado de salud como en la eficacia de los servicios sanitarios, es de la máxima importancia identificar a las personas mayores con un cuerpo débil. Esto se debe a que el estado de salud es un reflejo de la eficacia de los servicios sanitarios. Ello se debe a que el estado de salud es un reflejo de la eficacia de los servicios sanitarios que se prestan. Como consecuencia de que es posible poner en marcha medidas preventivas para reducir estos índices, que es el fundamento de este punto, este argumento se basa en el supuesto de que es posible hacerlo. En todos y cada uno de



los niveles de atención que atendemos o damos, es de suma importancia que hagamos uso de procesos que no sólo sean evidentes, sino también prácticos. Estos procedimientos nos permitirán identificar a los ancianos débiles para poder prestarles los cuidados adecuados. No hay forma posible de sobrestimar la importancia de esto.

### **Escala de FRAIL**

Es una herramienta de evaluación que consta de cinco ítems: Fatiga, Resistencia, Actividad física, Enfermedades y Pérdida de peso. Tiene una puntuación de 0 o 1 en los ítems, y el total puede variar de 0 a 5. Los pacientes se clasifican como no frágiles (puntuación 0), pre frágiles (puntuación 1-2) o frágiles (puntuación 3-5). Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios y se ha encontrado que es una herramienta útil para identificar la fragilidad y su asociación con la calidad de vida en esta población. (39)

La fragilidad se evalúa basándose en los cinco criterios sugeridos por este autor. Estos criterios son los siguientes: pérdida accidental de peso, baja energía o cansancio, debilidad muscular, marcha lenta y actividad física limitada.

La escala de FRAIL es una herramienta de tamizaje que consiste en un cuestionario sencillo con cinco preguntas dicotómicas. Estas preguntas tienen en cuenta cinco aspectos esenciales para el diagnóstico de fragilidad, a saber, el cansancio, la resistencia, el rendimiento aeróbico, la comorbilidad y la reducción de peso conseguida en el último año.

adultos de cierta edad Según García, se trata de personas mayores de sesenta años. Como resultado de la reducción de la tasa de mortalidad



de esta población, es importante destacar que se han producido indudables ganancias en la calidad y esperanza de vida en muchas regiones del planeta. (14)

**Adulto mayor frágil:** Vélez se refiere a la persona mayor que mantiene precariamente su independencia y que tenga un alto grado de dependencia. Por lo general, si la persona padece una o dos enfermedades. (14)

Demuestra independencia en la ejecución de actividades fundamentales, pero puede necesitar apoyo en la realización de tareas instrumentales más difíciles. (14)

Según Morley et al., la característica más destacada de este perfil es la posibilidad de convertirse en dependiente o tener una minusvalía. Existe una importante posibilidad de que adquiera síntomas geriátricos. (14)

**Adulto mayor pre – frágil:** El anciano presenta una o dos alteraciones físicas que lo acercan a la fragilidad, un síndrome geriátrico que se caracteriza por la disminución de la reserva fisiológica y la resistencia a los factores estresantes.

Las alteraciones físicas que caracterizan a un adulto mayor pre-frágil son: Pérdida de masa y fuerza muscular, Pérdida de energía, Disminución de la tolerancia al ejercicio.

**Adulto mayor no frágil:** Es cuando no presenta un síndrome de fragilidad.

Se considera que la fragilidad es un factor predictivo de resultados desfavorables, entre los que se incluyen los siguientes: estado de salud, enfermedades relacionadas, caídas, discapacidad. En el ámbito de la



salud pública, la prevalencia de esta afección tiene una influencia significativa.

**Fatigabilidad:**

Dicho de otro modo, equivale a la sensación de estar agotado, exhausto o falta de energía suficiente. La sensación de cansancio puede estar provocada por una confluencia de variables, como trabajar demasiado, no dormir lo suficiente, preocuparse, aburrirse o no realizar suficiente actividad física.

Las personas con hipotiroidismo asociado a la edad pueden experimentar una amplia gama de síntomas asociados a esta enfermedad. Entre los síntomas que pueden sentirse se incluyen deterioro cognitivo, fatiga, letargo, aumento de peso, melancolía, debilidad, piel reseca, sensibilidad al frío, retroceso del cabello, estreñimiento, uñas quebradizas o un tono amarillento de la piel. No obstante, esta lista no es exhaustiva. El hipotiroidismo es una afección que puede inducir estos fenómenos. Es probable que esta afección sea la causa de estos síntomas. A lo largo de su vida, no es raro que las personas mayores experimenten una gran variedad de síntomas. Una amplia gama de síntomas puede ser inducida por el hipertiroidismo crónico, una condición médica. Muchos factores pueden inducir estos síntomas. La susceptibilidad a las altas temperaturas, la fatiga, la aceleración del ritmo cardíaco, la pérdida de peso, la sudoración, la irritabilidad, la debilidad muscular, los problemas de acné y la ansiedad son algunos de los síntomas que se pueden experimentar como resultado de esta afección. (14)



## **Resistencia:**

Existen dificultades inherentes al proceso de envejecimiento, y la mayoría de las personas que las experimentan necesitan ayuda para llevar a cabo sus tareas cotidianas. Con el paso del tiempo, cada una de estas dificultades se hará más evidente para el observador. Subir escaleras es un ejercicio funcional importante para la movilidad independiente de la mayoría de las personas. Esto se debe a que hay que subir escaleras durante una parte importante del tiempo. Si, por el contrario, una persona mayor es incapaz de utilizar las escaleras para acceder a edificios de varias plantas, esto puede suponer una desventaja social para un número considerable de personas mayores, así como un mayor riesgo de lesiones. Sin embargo, ésta no es la única consecuencia potencial de esta situación. La capacidad para subir escaleras es una de las habilidades más esenciales que se deben tener para alcanzar el objetivo de lograr una movilidad independiente. Uno de los aspectos que contribuyen al aumento general de la calidad de vida de una persona es el grado en que es capaz de preservar su independencia. Además, la práctica regular de ejercicio físico ha tenido un impacto sustancial en el mantenimiento de la salud en los ciudadanos de edad avanzada, lo que ha influido de forma significativa en el mantenimiento de la salud. Las adaptaciones que se han producido han sido consecuencia de las modificaciones que han tenido lugar. (14)

## **Deambulaci3n:**



Los cambios en la capacidad para caminar de los ancianos pueden verse complicados por las caídas, que son una de las razones del deterioro de la función, el aumento de la morbilidad y contribuyen a la institucionalización a largo plazo.

Caminar es un buen ejercicio anti- envejecimiento. Los ancianos pueden caminar 10 minutos al día durante el primer mes de su rutina, y aumentará gradualmente en 10 minutos en los próximos meses, lo que les permitirá caminar hasta 40 minutos en cuatro meses, tiempo recomendado para mantenerse sano.

Los estudios han demostrado que la eficiencia de las funciones del corazón, los vasos sanguíneos y los pulmones, la capacidad aeróbica de los caminantes ha aumentado en un 19% y el riesgo de enfermedad se ha reducido en un 41%. Además, esta es una actividad sin barreras que ayuda a las personas a mantenerse en forma. (14)

### **Comorbilidad:**

Es un problema común para los ancianos, lo que se suma a la complejidad de esta población y es un evento adverso para la salud (deterioro de la función, discapacidad, dependencia, hospitalización, mala calidad de vida y muerte).

Entre ellas tenemos a la presión arterial alta, diabetes, cáncer (excepto cáncer de piel no leve), enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva, angina, asma, artritis, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. (14)

### **Pérdida de peso:**



Esto debería servir como indicador de alerta para una serie de dolencias graves, incluidas las que afectan al aparato digestivo, el cáncer y la mente, como suele ocurrir con las personas mayores que muestran signos de tristeza. Es vital destacar que esto debería funcionar como una señal de advertencia. Si un adulto pierde un 5% o más de su peso corporal sin su consentimiento en el transcurso de un periodo de 6 meses a un año, esto debería servir como señal de precaución durante todo ese periodo de tiempo. Siempre que se produzca una reducción rápida de peso, suele ser esencial buscar atención médica para las personas que estén experimentando la situación.

## 2.3. MARCO CONCEPTUAL

### **Adulto mayor**

Son personas que han alcanzado la edad de madurez y, a menudo, se encuentra en una etapa de la vida donde se retira de las actividades laborales o se enfoca en una vida diferente a la de su juventud. (40)

### **Autopercepción**

La capacidad de emitir juicios y actuar de forma autónoma es una característica de la persona, sin necesidad de depender de otras personas. (41)

### **Centros de bienestar adulto mayor**



Son instituciones que ofrecen un espacio seguro y estimulante para esta población, con el objetivo de promover su bienestar físico, mental y emocional, y fomentar su inclusión social. (42)

### **Calidad de vida**

Se denomina así a la perspectiva de un individuo sobre su vida en relación con sus objetivos, preocupaciones, expectativas y normas, así como en función de la cultura y el sistema de valores en los que se ha criado. Debido a que comprende una serie de departamentos que actúan tanto en el campo de la medicina como en el de las ciencias sociales, también se sitúa entre ambas disciplinas. (14)

### **Envejecimiento**

Es un proceso que comienza en la concepción y continúa durante todo el ciclo vital de una persona, dado que se trata de un proceso que ocurre en todas partes, es específico de cada persona y cambia dependiendo de si la persona mayor es vulnerable física o mentalmente, es un fenómeno universal. A lo largo de su vida, las personas pueden experimentar cambios psicológicos, físicos y sociales a medida que envejecen. (41)

### **Fragilidad**

La palabra «fragilidad» ha experimentado diversas transformaciones a lo largo de su historia. Han surgido varios significados, que incluyen el peligro de mortalidad, la pérdida de funciones, la enfermedad y el riesgo de caídas, así como el riesgo de alimentación insuficiente.(43)



## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un diseño no experimental, ya que permitió analizar sin manipulación de las variables, se recolectaron datos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (44)

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De tipo correlacional porque se buscó el grado de analogía o dependencia entre las variables de estudio, que permita la explicación de los sucesos revelados.

Se considera transversal en cuanto a su temporalidad, ya que proporciona una fecha de inicio y de fin en un tiempo fijado. (45)

##### **Enfoque:**

Con un enfoque cuantitativo, también se conoce como análisis estadístico porque se utiliza análisis matemático y estadístico para describir, explicar y predecir acontecimientos a partir de datos numéricos. (46)



### 3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Las pruebas permitieron aplicar la técnica de la lógica deductiva, que es una de las más utilizadas en la investigación científica y los estudios de mercado. Esto se debe a que permite realizar pruebas para determinar si una hipótesis puede ser cierta o no en una serie de situaciones diferentes. (47)

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### **Población:**

Con un total de 565 adultos mayores correspondientes a la jurisdicción del Centro de Salud, según datos de la Unidad de Estadística.

#### **Muestra:**

No hubo selección de muestra, sin embargo, se consideró la población atendida en 3 meses, por lo cual se logró recopilar datos de un total de 123 adultos mayores.

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores del Centro de Salud Samán, que consientan en participar, previa obtención de su autorización.
- Adultos mayores lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona.

#### **Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores que no acepten participar y tengan un trastorno sensorial y que no firmen el consentimiento informado.

### 3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

#### **Técnicas**

**Variable 1:** Se efectuó entrevistas directas a los adultos mayores.

**Variable 2:** Se utilizó la entrevista para recolectar datos sobre la fragilidad en adultos mayores.

### **Instrumentos**

**Variable 1:** Será una guía de entrevista auto administrado, en la que el encuestado responde a preguntas sobre su calidad de vida visible.

Para la fiabilidad se usó el alfa de Cronbach, con una puntuación de 0,816. Además, se determinó que la validez del instrumento era de  $P = 0,031$  mediante la prueba binomial, realizada por tres jueces expertos.

### **Ficha técnica**

**Nombre original:** Instrumento de recolección de datos modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2006).

**Autores:** Miguel Ángel Verdugo, Robert L. Schalock, Benito Arias, Laura E. Gómez.

**Adaptación:** Karla Xiomara Condori Gutiérrez (2023) Aplicada en Perú.

**Administración:** Individual.

**Tiempo de aplicación:** (10 minutos aproximadamente).

**Aplicación:** Aplicable a todos los adultos mayores

**Variable 2:** Se utilizó la escala de FRAIL mediante una guía de entrevista, desarrollado por Morley et al. Hay cinco componentes de 26: fatiga, resistencia, deambulación, enfermedad y pérdida de peso.

Las puntuaciones se asignan en una escala de 0 a 5 (1 punto por cada componente; 0 representa el mejor y 5 el peor). Se pide a los participantes que indiquen la duración de su fatiga durante las cuatro semanas anteriores. Las respuestas «todo el tiempo» o «la mayor parte del tiempo» supondrán un punto.



La evaluación de la resistencia consiste en preguntar al individuo si experimenta alguna dificultad para caminar 10 pasos solo sin descanso y sin ayuda, mientras que la deambulación se evalúa preguntándole si experimenta alguna dificultad para desplazarse varios cientos de metros solo y sin ayuda. Las respuestas afirmativas se valoran con 1 punto.

Si los participantes poseen cinco o más de las once dolencias, se les asigna una puntuación de uno. Si los participantes han tenido un peso inferior al normal durante un 5% o más en el año anterior, su pérdida de peso se puntúa con 1.

Para ser clasificado como frágil, un adulto mayor debe recibir tres o más respuestas positivas. Pre-frágil se define como una o dos consultas, y No-frágil se define como ninguna respuesta positiva.

### **Ficha técnica**

**Nombre:** Cuestionario de valoración de la fragilidad.

**Autores:** Acosta Benito Miguel Ángel. (2017)

**Aplicación:** Individual

**Población objetivo:** Adultos mayores.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se presentó una solicitud al jefe del centro de salud Samán en la cual se realizó la ejecución. Seguidamente se coordinó con la licenciada a cargo de la estrategia del adulto mayor.

Se realizó las recolecciones de datos previa firma del consentimiento informado.

**Procesamiento de datos tendrá los siguientes pasos:**

Todo el proceso tendrá los siguientes pasos:



Una vez recopilados los datos, se ordenaron de forma lógica y se introdujeron en la base de datos SPSS.

Se empleo el programa SPSS donde se clasifico, cuantifico y proceso los datos. A continuación, se prepararon tablas para su análisis e interpretación.

Se examinará la fundamentación teórica y se contrastarán los resultados con los antecedentes aportados al estudio para análisis y la.

Con un nivel de confianza de 95% y  $p < 0.05$ , considerado significativo.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Cada instrumento de investigación se registró en una base de datos para su tratamiento y análisis, se seleccionó la aplicación estadística del SPSS. Se aplicó la prueba chi-cuadrado, se usa en el análisis categórico de variables para determinar asociaciones entre ellas.

**Formula:**

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

**Donde:**

$\chi^2$ : Chi cuadrado

$e_i$ : frecuencia esperada

$o_i$ : frecuencia observada

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

**Validez**

Ambos instrumentos fueron validados por 3 expertos en el tema antes de la aplicación. En consecuencia, este procedimiento es una validación de



contenido, sus objetivos son analizar y evaluar los descriptores de la escala inducida, así como determinar si los ítems que se eligieron miden todas las categorías que se pretenden medir y que se utilizarán para caracterizar la prueba de presentación oral académica.

### **Confiabilidad**

Se usó el alfa de Cronbach, es la medida de la confiabilidad de un instrumento. Determina el grado en que una colección de variables o ítems es capaz de evaluar con precisión una característica latente única y unidimensional de las personas mediante el uso de una guía de entrevista.

Se calcula así:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

### **Donde:**

Es la varianza del ítem  $i$ .

Es la varianza de los valores totales observados.

Es el número de preguntas o ítems<sup>8)</sup>

En donde obtuvimos 0,705, lo cual nos indica que el instrumento es confiable y se puede emplear en la recolección de datos. (Anexo 8)



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

El objetivo general es: Analizar la calidad de vida asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se presenta 10 tablas estadísticas.

A continuación, se explica la correlación estadística que se descubrió entre las variables:



**TABLA 1. Edad asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Edad	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>60 a 64 años</b>	26	21,1	0	0,0	0	0,0	26	21,1
<b>65 a 69 años</b>	25	20,3	3	2,4	0	0,0	28	22,8
<b>70 a 74 años</b>	0	0,0	30	24,4	0	0,0	30	24,4
<b>74 a 79 años</b>	0	0,0	25	20,3	0	0,0	25	20,3
<b>80 a 84 años</b>	0	0,0	7	5,7	5	4,1	12	9,8
<b>85 a 90 años</b>	0	0,0	0	0,0	2	1,6	2	1,6
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{cal} = 177,702$

$P = 0,000$

**ES SIGNIFICATIVA**

$X^2_{tab} = 18,307$

$Gf = 10$



Nuestro primer objetivo específico: Identificar los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán.

Observando la tabla 1, vemos la variable: Edad asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores, se halló el 24,4 % tienen de 70 a 74 años, el 22,8% tienen de 65 a 69 años, el 21,1% tienen de 60 a 64 años, el 20,3% tienen de 74 a 79 años, el 9,8% tienen de 80 a 84 años y el 1,6% tienen de 85 a 90 años.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de pre frágil el 24,4% tienen entre 70 a 74 años, el 20,3% tienen entre 74 a 79 años. De igual modo el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad que son frágiles el 21,1% tienen entre 60 a 64 años.

Al cruce estadístico, la  $X^2_{cal}=177,702$  mayor que  $X^2_{tab}=18,307$ , con  $Gl=10$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador edad.

Según Villareal, et al ha concluido que en su población de estudio tienen entre 60 a 98 años y tienen una percepción alta en su calidad de vida. (7) en nuestra investigación encontramos que nuestra población es igual al autor donde encontramos un hallazgo mayor en edades de 80 a 84 años que tienen una valoración pre frágil.



**TABLA 2. Género asociado a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Género	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Masculino</b>	37	30,1	30	24,4	0	0,0	67	54,5
<b>Femenino</b>	14	11,4	35	28,5	7	5,7	56	45,5
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{ca} = 16,909$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 5,991$

$Gf = 2$



Observando la tabla 2, vemos la variable: Género asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 54,5% son de género masculino y el 45,5% son de género femenino.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad que es pre frágil el 28,5% son del género femenino y el 24,4% son de género masculino. De igual manera el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de no frágil el 30,1% son del género masculino.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=16,909$  mayor que  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador género.

Según Oñate, et al ha concluido que los adultos mayores son de 76.2% mujeres y 23.8% hombres. (9) según Gabetta, et al indica que las mujeres están más propensas a la fragilidad.(10) En nuestra investigación encontramos que encontramos resultados similares puesto que el 61,4% son de género femenino y tiene una valoración pre frágil.



**TABLA 3. Estado civil asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Estado civil	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Soltero (a)</b>	3	2,4	3	2,4	0	0,0	6	4,9
<b>Casado (a)</b>	7	5,7	16	13,0	0	0,0	23	18,7
<b>Conviviente</b>	39	31,7	21	17,1	0	0,0	60	48,8
<b>Viudo (a)</b>	2	1,6	25	20,3	7	5,7	34	27,6
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{ca} = 45,095$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 12,592$

$Gf = 6$



Observando la tabla 3, vemos la variable: Estado civil asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 48,8% son convivientes, el 27,6% son viudos, el 18,7% son casados y el 4,9% son solteros.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de no frágil el 31,7% tienen un estado civil son convivientes. De igual manera el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de pre frágil el 20,3% son viudos y el 13,0% son casados.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=45,095$  mayor que  $X^2_{tab}=12,592$ , con  $Gf=6$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador estado civil.

Según Oscco Y Sauñe. ha concluido que en su población de adultos mayores en el mayor porcentaje están casados ( $n=48$ ; 62%), en donde la fragilidad es de un estado no frágil. (13) En la investigación encontramos que un resultado menos en los adultos mayores casados y que en la valoración de fragilidad tienen un estado de pre frágil.

.



**TABLA 4. Actualmente con quien vive asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Actualmente con quien vive	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Cónyuge</b>	14	11,4	3	2,4	0	0,0	17	13,8
<b>Cónyuge e hijos</b>	18	14,6	23	18,7	0	0,0	41	33,3
<b>Hijos</b>	14	11,4	10	8,1	1	0,8	25	20,3
<b>Otros familiares</b>	2	1,6	26	21,1	6	4,9	34	27,6
<b>Solo</b>	3	2,4	3	2,4	0	0,0	6	4,9
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$$X^2_{cal} = 39,431$$

$$P = 0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab} = 15,507$$

$$G/ = 8$$



Observando la tabla 4, vemos la variable: Actualmente con quien vive asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 33,3% viven con su cónyuge e hijos, el 27,6% viven con otros familiares, el 20,3% viven con sus hijos, el 13,8% con su cónyuge y el 4,9% viven solo.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad pre frágil el 21,1% viven con otros familiares y el 18,7% viven con su conyugue e hijos. De igual modo el otro grupo de adultos mayores que también tienen una valoración no frágil el 14,6% viven con su conyugue e hijos.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=39,431$  mayor que  $X^2_{tab}=15,507$ , con  $Gl=8$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador actualmente con quien vive.

Según Dueñas ha concluido que los adultos mayores viven con su pareja.(6) En la investigación encontramos un resultado similar pero también viven con sus hijos. Según Coronado ha concluido que los adultos mayores viven solos con un 55% (14). Encontramos un resultado menor de 4,0% en los adultos que viven solos.



**TABLA 5. Bienestar emocional asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Bienestar emocional	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	21	17,1	11	8,9	0	0,0	32	26,0
Regular	30	24,4	54	43,9	0	0,0	84	68,3
Inadecuado	0	0,0	0	0,0	7	5,7	7	5,7
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{ca} = 131,923$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 4$



Continuando con nuestro segundo objetivo específico: Describir los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, que presentamos a continuación.

Observando la tabla 5, vemos la variable: Bienestar emocional asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 68,3% es regular, el 26,0% es adecuado y el 5,7% es inadecuado.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de pre frágil el 43,9% tienen un bienestar emocional regular. Del mismo modo el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de no frágil el 17,1% tienen un bienestar emocional adecuado.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=131,923$  mayor que  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gf=4$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador bienestar emocional.

Según Acosta ha concluido que la depresión de los adultos mayores está relacionado a la fragilidad en donde indican que el resultado fue alto respecto a la fragilidad y que el bienestar emocional no fue el adecuado (15). en la investigación encontramos que los adultos mayores tienen un bienestar emocional regular que es un resultado distinto al autor.



**TABLA 6. Relaciones interpersonales asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Relaciones interpersonales	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Adecuado</b>	18	14,6	0	0,0	0	0,0	18	14,6
<b>Regular</b>	33	26,8	65	52,8	0	0,0	98	79,7
<b>Inadecuado</b>	0	0,0	0	0,0	7	5,7	7	5,7
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{cal} = 151,794$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 4$



Observando la tabla 6, vemos la variable: Relaciones interpersonales asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 79,7% es regular, el 14,6% es adecuado y el 5,7% es inadecuado.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de pre frágil el 52,8% tienen relaciones interpersonales regulares. Del mismo modo el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de no frágil el 14,6% tienen unas relaciones interpersonales adecuadas.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=151,794$  mayor que  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gf=4$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador relaciones interpersonales.

Según Coronado ha concluido que en los adultos mayores tienen relaciones personales regulares con un 49% y que se encuentran en un estado de no frágil (14). en la investigación hay un resultado similar y mayor el 68,2% son regulares al igual que el autor. Respecto a la valoración de fragilidad difiere puesto que en nuestra investigación encontramos en un estado de frágil y pre frágil.



**TABLA 7. Bienestar físico asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Bienestar físico	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	51	41,5	33	26,8	0	0,0	84	68,3
Regular	0	0,0	32	26,0	1	0,8	33	26,8
Inadecuado	0	0,0	0	0,0	6	4,9	6	4,9
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{ca} = 140,891$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 9,488$

$G/ = 4$



Observando la tabla 7, vemos la variable: Bienestar físico asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 68,3% es adecuado, el 26,8% es regular y el 4,9% es inadecuado.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de no frágil el 41,5% tienen un bienestar físico adecuado. Del mismo modo el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de pre frágil el 26,0% tienen un bienestar físico regular.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=140,891$  mayor que  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador bienestar físico.

Según Mamani ha concluido que en el bienestar físico regular con un 57,4% (19) difiere con la investigación puesto que obtuvimos que el 47,7% de los adultos mayores tienen un adecuado bienestar físico.



**TABLA 8. Inclusión social asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Inclusión social	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Adecuado</b>	7	5,7	6	4,9	0	0,0	13	10,6
<b>Regular</b>	44	35,8	59	48,0	2	1,6	105	85,4
<b>Inadecuado</b>	0	0,0	0	0,0	5	4,1	5	4,1
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{cal} = 87,060$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 4$



Observando la tabla 8, vemos la variable: Inclusión social asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 85,4% es regular, el 10,6% es adecuado y el 4,1% es inadecuado.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de pre frágil el 48,0% tienen una inclusión social regular. De igual manera el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de no frágil el 35,8% es regular.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=87,060$  mayor que  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador inclusión social.

Según Mamani ha concluido que los adultos mayores con una inclusión social regular en un 54,7% tienen una buena calidad de vida y presentan una fragilidad mínima (19). en la investigación encontramos un resultado similar en la inclusión social que es regular en un 67,6% y presentan una fragilidad de pre frágil y frágil.



**TABLA 9. Derecho asociado a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Derecho	Valoración de fragilidad							
	No frágil		Pre frágil		Frágil		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	51	41,5	36	29,3	0	0,0	87	70,7
Regular	0	0,0	29	23,6	4	3,3	33	26,8
Inadecuado	0	0,0	0	0,0	3	2,4	3	2,4
<b>Total:</b>	51	52,8	65	52,8	7	5,7	123	100,0

**Fuente:** Guía de entrevistas sobre calidad de vida y Valoración de fragilidad de los adultos mayores.

$X^2_{ca} = 86,751$

$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 4$



Observando la tabla 9, vemos la variable: Derecho asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló el 70,7% es adecuado, el 26,8% es regular y el 4,2% es inadecuado.

El grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad de no frágil el 41,5% indican que es adecuado. Del mismo modo el otro grupo de adultos mayores que tienen una valoración de fragilidad que es pre frágil el 29,3% indican que es adecuado y el 23,6% es regular.

Al examinar las estadísticas, la  $X^2_{cal}=86,751$  mayor que  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y un nivel de significancia  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador derecho.

Según Coronado ha concluido que los adultos mayores respecto a los derechos es regular en un 47% (14). En la investigación encontramos un resultado diferente puesto que el 68,2% tienen un derecho adecuado. .



**TABLA 10. Valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.**

Resultado	fi	%
No frágil	51	41,5
Pre frágil	65	52,8
Frágil	7	5,7
<b>Total:</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** guía de entrevista con escala de FRAIL.



Siguiendo con nuestro tercer objetivo específico: Clasificar el resultado de la valoración de fragilidad de los adultos mayores.

La valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro, se halló que el 52,8% es pre frágil, el 41,5% es no frágil y el 5,7% es frágil.

Según Casca ha concluido que el 5% de los adultos mayores evaluados fue considerado frágil, el 67% fue considerado pre-frágil y el 28% fueron robustos.(17) En la investigación encontramos un resultado similar en el estado pre frágil y el difiere en el estado frágil puesto que encontramos un resultado mayor con un 52,8%.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se analizó que la Calidad de vida está asociada significativamente a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024. Todos los indicadores son significativos con un valor de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas. (Tabla del 1 - 10)

**SEGUNDA:** Se identificó que los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro son: el 24,4% tienen entre 70 a 74 años de edad ( $P=0,000$ ), el 30,1% son de género masculino ( $P=0,000$ ), el 31,7% su estado civil son convivientes ( $P=0,000$ ) y el 26,1% viven con otros familiares ( $P=0,000$ ). Los datos son significativos con valores de  $p < 0,05$ , aceptando la hipótesis. (Tabla del 1 – 4).

**TERCERA:** Se describió que los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro son: el 43,9% tienen un bienestar emocional regular ( $P=0,000$ ), el 52,8% tienen relaciones interpersonales regulares ( $P=0,000$ ), el 41,5% tienen un bienestar físico adecuado ( $P=0,000$ ), el 48,0% tienen una inclusión social regular ( $P=0,000$ ) y el 41,5% el derecho es adecuado ( $P=0,000$ ). Los datos son significativos con valores de  $p < 0,05$ , aceptando la hipótesis. (Tabla del 5 - 9)



**CUARTA:** Se clasifico que el resultado de la valoración de fragilidad será pre frágil de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024, se halló que el 52,8% es pre frágil, el 41,5% es no frágil y el 5,7% es frágil. (Tabla 10)



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Al jefe del centro de salud Samán coordinar con todos los profesionales de salud del centro para realizar o planificar una atención integral para los adultos para identificar como esta su calidad de vida y en qué estado de fragilidad se encuentra de esta manera poder prevenir futuras patologías en este grupo etario.

**SEGUNDA:** Al profesional de Enfermería de la estrategia de adulto mayor realizar la detección oportuna de la fragilidad mediante el seguimiento, la evaluación de las necesidades y planes de intervención y realizar sesiones educativas con los ya que son una parte fundamental en el cuidado de salud del adulto mayor.

**TERCERA:** Al profesional de Enfermería encargada del adulto mayor y la licenciada de promoción de la salud realizar sesiones educativas y charlas con los familiares del adulto mayor y dando a conocer la importancia fundamental del apoyo familiar hacia el adulto mayor para que puedan mejorar la calidad de vida y brindar un adecuado bienestar emocional, físico y social y como va influir a prevenir un estado de fragilidad, como también el desarrollo de actividades dirigidas a la salud física del adulto mayor.

**CUARTA:** Al profesional de Enfermería de la estrategia de adulto mayor, respecto a la fragilidad, se recomienda diseñar estrategias para la identificación precoz, ya que permitirá realizar intervenciones



preventivas para evitar complicaciones y preservar su independencia y calidad de vida.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Requelme M. Fragilidad en los adultos mayores que se atienden en el centro de salud Carmen Alto de Comas, Lima - 2020. Univ Priv Norbert Wien - Wien [Internet]. 14 de agosto de 2020 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3832>
2. Rodríguez M. La soledad en el anciano. Gerokomos. diciembre de 2009;20(4):159-66.
3. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med. septiembre de 2007;68(3):284-90.
4. Marín P. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/fragilidad-adulto-mayor-valoracion-geriatrica-integral/>
5. Laguado E, Consuelo K, Campo E. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000300135](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300135)
6. Dueñas A, Miranda L. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019. Univ Nac Altiplano [Internet]. 17 de enero de 2020 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13648>
7. Villarreal M, Moncada J, Ochoa P, Hall J. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en México (Perception of the quality of life of Mexican older adults). Retos. 1 de julio de 2021;41:480-4.



8. Clausell A, Ramos G, Reyes D, Moreira O. Diagnóstico del síndrome de fragilidad / Diagnosis of the frailty syndrome. Arch Hosp Univ Gen Calixto García [Internet]. 28 de febrero de 2022 [citado 31 de julio de 2024];10(1). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e837>
9. Oñate J, Gavilanes F. Funcionalidad cognitiva y calidad de vida en el adulto mayor. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 27 de diciembre de 2022;6(6):9718-36.
10. Rivelli R, Gabetta J, Amarilla A, López O, Denis M, Duarte L, et al. Fragilidad del adulto mayor en tres Unidades de Salud Familiar del Paraguay en 2019. Rev Virtual Soc Paraguaya Med Interna. septiembre de 2020;7(2):11-22.
11. Olivares E, Pérez M, Rodríguez L, Crespo R. Análisis de la fragilidad y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrológica. septiembre de 2023;26(3):268-76.
12. Concha Y, Contreras S, Monjes B, Recabal B, Guzmán E. Efectos de un programa multicomponente sobre la fragilidad y calidad de vida de adultos mayores institucionalizados. Rev Cuba Med Mil [Internet]. diciembre de 2020 [citado 31 de julio de 2024];49(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-65572020000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572020000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
13. Oscco O, Sauñe W, Coronado Y, Espinoza M, Espino P, Bendezú C. Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad del adulto mayor provincia de Huancasancos Departamento Ayacucho – Perú, año 2021. Rev Médica Panacea. 17 de mayo de 2023;12(1):17-22.



14. Coronado Y. Autopercepción de la calidad de vida y valoración de la fragilidad en el adulto mayor del Centro de Salud Sancos, Provincia de Huanca Sancos Departamento Ayacucho junio 2021. Repos Inst - UPSJB [Internet]. 24 de octubre de 2022 [citado 30 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3594225>
15. Acosta E, Lama J, García F, Cruz J. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos. Rev Fac Med Humana. abril de 2021;21(2):309-15.
16. Hernández M, Barranco I, López A, Fernández E, Federico L. Síndrome de fragilidad y dependencia en adultos mayores con DM2 en una unidad de primer nivel. 2022; Disponible en: [https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/08/3\\_27\\_sindrome-de-fragilidad-y-dependencia-en-adultos-mayores.pdf](https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/08/3_27_sindrome-de-fragilidad-y-dependencia-en-adultos-mayores.pdf)
17. Casca L. Relación entre fragilidad y riesgo de caídas en el adulto mayor del comedor solidario de la Basílica de San Francisco, Lima 2021. 2020;
18. Chaiña E. Influencia en la calidad de vida de los beneficiarios del Programa Social Pension 65 en el distrito de Paucarcolla 2022. 14 de junio de 2024 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22208>
19. Mamani E. Capacidad de autocuidado y calidad de vida en los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud I-2 Soraza, Coata - 2021. Univ Nac Altiplano [Internet]. 4 de enero de 2023 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19410>
20. Quispe B. Nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Taparachi, Juliaca 2019. 4 de junio de 2020 [citado 31 de julio de



2024]; Disponible en:

<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3422>

21. Chiroy R, Muñoz J. Determinantes de la calidad de vida en adultos mayores con sarcopenia 2021. Rev Guatem Cult. 21 de junio de 2023;3(2):29-40.
22. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [Internet]. [citado 30 de julio de 2024]. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Disponible en: <http://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
23. Monardes S, Soto F, González G. Calidad de vida: conceptos, características y aplicación del constructo. Rev Sujeto Subj Cult. 1 de enero de 2011;2:68.
24. Almera M, Reig E. Impacto de la disfonía en la calidad de vida en la edad infantil [Internet]. [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-avance-resumen-impacto-disfonia-calidad-vida-edad-S0214460322000377>
25. Envejecimiento y Vejez [Internet]. [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
26. Córdoba L, Salamanca L, Mora A. Calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y múltiple de 4 a 21 años de edad,. Psychol Av Discip. diciembre de 2019;13(2):79-93.
27. Estar en pareja hasta la vejez disminuye el riesgo de demencia - La Tercera [Internet]. [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/felices-por-siempre-estar-en->



pareja-hasta-la-vejez-evitaria-un-gran-riesgo-de-salud-segun-la-  
ciencia/7GIRREGE2BEXZGZPAOXXMK67VY/

28. Trejo P, Flores E, Martínez L, Esparza G, Ibarra A. Asociación entre calidad de vida laboral y estilo de vida en personal de enfermería. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 6 de mayo de 2023;7(2):5598-612.
29. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? An Fac Med. octubre de 2012;73(4):321-30.
30. Lambiase S, Tolli M. Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. 15 de septiembre de 2020;1.
31. Envejecimiento saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
32. Paullo K, Risco G, Sigueñas E, González M. Nivel de funcionalidad y calidad de vida en población rural de adultos mayores en un centro integral para el adulto mayor de Lima, Perú. Rev Hered Rehabil. 26 de agosto de 2022;5(1):14-20.
33. Comunidad de Madrid [Internet]. 2018 [citado 30 de julio de 2024]. Bienestar emocional y salud. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/bienestar-emocional-salud>
34. Rojas E, León M, Juárez A. Actividad Física y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Eur Sci J ESJ. 31 de diciembre de 2022;18(40):1-1.
35. Asprilla J, Caicedo M, Garzón A, Quiñones S, Sanmiguel C. Bienestar y calidad de vida laboral de trabajadores informales del parque Nestor Urbano Tenorio de la ciudad de Buenaventura- Valle del Cauca. 5 de julio



- de 2019 [citado 30 de julio de 2024]; Disponible en:  
<https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1555>
36. Cáceres C, Leal C, Ramírez C. Índice de Inclusión Social en la Región de Valparaíso, Chile. *Rev Mex Sociol.* marzo de 2020;82(1):93-122.
37. Castro F. Hacia el reconocimiento de los derechos en la vejez. En 2009 [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en:  
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49227>
38. Jornet J, Montolío M, González J. El concepto de validez de los procesos de evaluación de la docencia. *Rev Esp Pedagog [Internet]*. 17 de noviembre de 2023;78(276). Disponible en:  
<https://www.revistadepedagogia.org/rep/vol78/iss276/6>
39. Iglesias J, Casado I, Sánchez L, Redondo A, Muñoz L, Postigo S. Avances en el manejo de la fragilidad en personas mayores: Implicaciones para atención primaria. *Rev ROL Enferm.* 2022;45(7-8):23-9.
40. García N. Indefinición del Concepto de Adulto Mayor Laboralmente Activo en Colombia. *Saberes.* 18 de agosto de 2020;13(2):63-7.
41. Passos C. La autonomía en la Pedagogía. *Revista Colombiana de educación.* 2018. Disponible en: <https://redclade.org/wp-content/uploads/Pedagog%C3%ADa-de-la-Autonom%C3%ADa.pdf>
42. Cárdenas M, Alvarez M, Escudero J. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Rev Científica Salud Uninorte.* 2021;37(2):488-505.
43. Hidalgo L. Estado nutricional y su relación con el síndrome de fragilidad en el adulto mayor del centro de salud 9 de octubre - 2022. *Repos Inst - UNU*



[Internet]. 2022 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en:  
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3398269>

44. Velázquez A. Investigación no experimental: Qué es, características y ejemplos [Internet]. QuestionPro. 2018 [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>
45. Morles V. Sobre la metodología como ciencia y el método científico: un espacio polémico. Rev Pedagog. enero de 2002;23(66):121-46.
46. Aguirre J, Jaramillo L. El papel de la descripción en la investigación cualitativa. Cinta Moebio. septiembre de 2015;(53):175-89.
47. Narvaez M. Método deductivo: Qué es y cuál es su importancia [Internet]. QuestionPro. 2022 [citado 30 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/metodo-deductivo/>



# ANEXOS



### ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

\*BASE DE DATOS KARLA XIOMARA 31 10 2024.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

40 : Visible: 10 de 10 variables

	edad	genero	estadocivil	actualmentecon quien vive	relacionesinterp ersonales	bienestaremoci onal	bienestarfisico	inclusionsocial	derechos	valoracionfragilid ad	var
23	60 s 64 años	masculino	conviviente	Hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
24	60 s 64 años	masculino	conviviente	Hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
25	60 s 64 años	masculino	conviviente	Hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
26	60 s 64 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
27	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
28	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
29	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
30	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
31	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
32	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
33	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
34	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
35	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
36	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
37	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
38	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
39	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
40	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
41	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
42	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
43	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
44	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS KARLA XIOMARA 31 10 2024.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Visible: 10 de 10 variables

	edad	genero	estadocivil	actualmentecon quien vive	relacionesinterp ersonales	bienestaremoci onal	bienestarfisico	inclusionsocial	derechos	valoracionfragilid ad	var
45	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
46	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
47	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
48	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
49	65 a 69 años	masculino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
50	65 a 69 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
51	65 a 69 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	No fragil	
52	65 a 69 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
53	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
54	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
55	65 a 69 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
56	65 a 69 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
57	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
58	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
59	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
60	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
61	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
62	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
63	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
64	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
65	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
66	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	

Vista de datos | Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON



\*BASE DE DATOS KARLA XIOMARA 31 10 2024.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	edad	genero	estadocivil	actualmentecon quien vive	relacionesinterp ersonales	bienestaremoci onal	bienestarfisico	inclusion social	derechos	valoracionfragilid ad	var
67	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
68	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
69	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
70	70 a 74 años	masculino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
71	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
72	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
73	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
74	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
75	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
76	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
77	70 a 74 años	masculino	soltero (a)	solo	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
78	70 a 74 años	masculino	soltero (a)	solo	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
79	70 a 74 años	masculino	soltero (a)	solo	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
80	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Pre fragil	
81	70 a 74 años	masculino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Pre fragil	
82	70 a 74 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Pre fragil	
83	70 a 74 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Pre fragil	
84	70 a 74 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Pre fragil	
85	75 a 79 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
86	75 a 79 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
87	75 a 79 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
88	75 a 79 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS KARLA XIOMARA 31 10 2024.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	edad	genero	estadocivil	actualmentecon quien vive	relacionesinterp ersonales	bienestaremoci onal	bienestarfisico	inclusion social	derechos	valoracionfragilid ad	var
89	75 a 79 años	femenino	casado(a)	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
90	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
91	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
92	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
93	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
94	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
95	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
96	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge e hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
97	75 a 79 años	femenino	conviviente	Otros familiares	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
98	75 a 79 años	femenino	conviviente	Otros familiares	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
99	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
100	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
101	75 a 79 años	femenino	conviviente	Cónyuge	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
102	75 a 79 años	femenino	conviviente	Otros familiares	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
103	75 a 79 años	femenino	conviviente	Otros familiares	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
104	75 a 79 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
105	75 a 79 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
106	75 a 79 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
107	75 a 79 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
108	75 a 79 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
109	75 a 79 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Regular	Pre fragil	
110	80 a 84 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Adecuado	Pre fragil	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS KARLA XIOMARA 31 10 2024.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	edad	genero	estadocivil	actualmentecon quien vive	relacionesinterp ersonales	bienestaremoci onal	bienestarfisico	inclusion social	derechos	valoracionfragilid ad	var
110	80 a 84 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Regular	Adecuado	Pre fragil	
111	80 a 84 años	femenino	conviviente	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Adecuado	Pre fragil	
112	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Adecuado	Pre fragil	
113	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Adecuado	Pre fragil	
114	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Hijos	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Adecuado	Pre fragil	
115	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Adecuado	Pre fragil	
116	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Regular	Adecuado	Regular	Adecuado	Adecuado	Pre fragil	
117	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Fragil	
118	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Fragil	
119	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Fragil	
120	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Fragil	
121	80 a 84 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Fragil	
122	85 a 90 años	femenino	viudo (a)	Hijos	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Fragil	
123	85 a 90 años	femenino	viudo (a)	Otros familiares	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Fragil	
124											
125											
126											
127											
128											
129											
130											
131											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
<b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿De qué manera la calidad de vida está asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024?	<b>OBJETIVO GENERAL</b> Analizar la calidad de vida asociada a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b> La calidad de vida está asociada significativamente a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024.	<b>Variable 1</b> 1. Calidad de vida	1.1 Valoración personal	1.1.1 Edad	a. 60 a 64 años b. 66 a 69 años c. 70 a 74 años d. 75 a 79 años e. 80 a 84 años f. 85 a 90 años	<b>Diseño:</b> No experimental. <b>Tipo:</b> Aplicada, de nivel correlacional, transversal y de enfoque cuantitativo. <b>Método:</b> Es lógica deductiva. <b>Población:</b> 150 adultos mayores. <b>Muestreo:</b> 123 adultos mayores. <b>Técnicas:</b> <b>Para la variable 1:</b> Entrevista sobre calidad de vida. <b>Para la variable 2:</b> Entrevista. <b>Instrumentos:</b> Para medir la variable 1 es guía de entrevista que mide la calidad de vida.
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>			1.1.2 Genero	a. Masculino b. Femenino	
					1.1.3 Estado civil	a. Soltero(a) b. Casado(a) c. Conviviente d. Viudo(a)	
PE1. ¿Cuáles son los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el	OE1. Identificar los indicadores de la valoración personal asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el	HE1. Los indicadores de la valoración personal asociados a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán son: La edad, genero,			1.1.4 Actualmente con quien vive	a. Cónyuge b. Cónyuge e hijos c. Hijos d. Otros familiares e. Solo	



<p>Centro de Salud Samán? PE2. ¿Cuáles son los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán?  PE3. ¿Cuál será el resultado de la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán?</p>	<p>Centro de Salud Samán. OE2. Describir los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociadas a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán.  OE3. Clasificar la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán.</p>	<p>estado civil, con quien viven. HE2. Los indicadores de la autopercepción de la calidad de vida asociados a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán son: Las relaciones interpersonales, bienestar emocional, físico, inclusión social y derechos.  HE3. El resultado de la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán será pre frágil.</p>		<p>1.2 Autopercepción de la calidad de vida</p>	<p>1.2.1 Bienestar emocional  1.2.2 Relaciones interpersonales  1.2.3 Bienestar físico  1.2.4 Inclusión social  1.2.5 Derechos</p>	<p>a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado  a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado  a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado  a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado</p>	<p>Para la variable 2: Se utilizó una guía de entrevista.  Prueba de hipótesis Se uso de la prueba estadística Chi2  <math display="block">\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}</math></p>
--	--	---	--	---	--	---	---

VARIABLE 2	INDICADOR	ESCALA DE VALORES
2. Valoración de fragilidad	2.1 Según escala de fragilidad	No frágil (0 puntos) Pre frágil (1-2 puntos) Frágil (Más de 2 puntos)



### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "Calidad de vida asociado a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024", autorizando a la señorita Bach. Karla Xiomara Condori Gutiérrez, egresada de la Carrera de Enfermería - Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, para la realización de dos cuestionarios para la recolección de datos. Al firmar este documento reconozco que he leído el documento y se me ha sido informada claramente sobre los objetivos del estudio de investigación. Comprendo y acepto participar en la investigación.



\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Huella digital



## ANEXO 4: INSTRUMENTOS

### GUÍA DE ENTREVISTA QUE MIDE LA CALIDAD DE VIDA.

Modelo de calidad de vida de Schallock y Verdugo (2006).

Presentación: Estimado(a) Sr (a), tenga usted buen día, soy la Srta. Karla Xiomara Condori Gutiérrez, Bachiller en Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, solicito responder este cuestionario con sinceridad. La información es confidencial y anónima.

Instrucciones: A continuación, le presento varias preguntas, para que pueda marcar con una "X", su respuesta va de acuerdo a su vivencia en las situaciones que se le presentan.

#### I. Valoración personal:

1. Edad:
  - a. 60 a 64 años
  - b. 66 a 69 años
  - c. 70 a 74 años
  - d. 75 a 79 años
  - e. 80 a 84 años
  - f. 85 a 90 años
  
2. Sexo:
  - a. Masculino
  - b. Femenino
  
3. Estado civil:
  - a. Soltero(a)
  - b. Casado(a)
  - c. Conviviente
  - d. Viudo(a)
  
4. Actualmente Ud. con quien vive
  - a. Cónyuge
  - b. Cónyuge e hijos
  - c. Solo(a)
  - d. Hijos
  - e. Otros familiares.



II. AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA

Escala de Calidad de vida.				
N°	Bienestar emocional	S 2p	AV 1p	N 0p
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.			
2	Está alegre y de buen humor.			
3	Se siente capaz y seguro en sus actividades de la vida diaria.			
4	Se muestra satisfecho consigo mismo.			
5	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.			
<b>Resultados:</b> a. Adecuado (7 a 10 puntos) b. Regular (4 a 6 puntos) c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				
N°	Relaciones interpersonales			
7	Realiza actividades que le gustan con otras personas.			
8	Mantiene con su familia la relación que desea.			
9	Tiene amigos estables.			
10	Valora positivamente sus relaciones de amistad.			
11	Se siente valorado por su familia.			
12	Mantiene una buena relación con sus vecinos.			
<b>Resultados:</b> a. Adecuado (9 a 12 puntos) b. Regular (5 a 8 puntos) c. Inadecuado (0 a 4 puntos)				
Bienestar físico				
17	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.			



18	Cuenta con acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, visitas en domicilio, hospitalaria, etc.)			
19	Mantiene una alimentación saludable.			
20	Duerme tranquilo durante la noche.			
21	Vive tranquilo sin preocupaciones			
<b>Resultados:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adecuado (7 a 10 puntos)</li> <li>b. Regular (4 a 6 puntos)</li> <li>c. Inadecuado (0 a 3 puntos)</li> </ul>				
<b>Inclusión social</b>				
21	Utiliza entornos comunitarios, como parques, plazas			
22	Su familia le apoya cuando lo necesita.			
23	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.			
24	Cuenta con los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.			
25	En su comunidad fomentan su participación en las diversas actividades.			
<b>Resultados:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adecuado (7 a 10 puntos)</li> <li>b. Regular (4 a 6 puntos)</li> <li>c. Inadecuado (0 a 3 puntos)</li> </ul>				
<b>Derechos</b>				
26	Su familia preserva su intimidad.			
27	En su comunidad es tratado con respeto.			
28	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.			
29	Tiene facilidad para cumplir con sus derechos legales como voto, respeto a sus creencias, valores, etc.			



30	Asiste según sus creencias a la iglesia que el (ella) prefiera			
<b>Resultados:</b>  a. Adecuado (7 a 10 puntos) b. Regular (4 a 6 puntos) c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				



**GUIA DE ENTREVISTA SEGÚN ESCALA DE FRAIL.**

(Acosta Benito M. 2017)

**Fatiga**

En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto se ha sentido cansado?

- **Todo el tiempo**
- **La mayor parte del tiempo**
- Algo de tiempo
- Muy poco tiempo
- Nada de tiempo

**Resistencia**

Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?

- **Sí**
- **No**

**Deambulaci3n**

Usted solo sin ningún auxiliar como bast3n o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?

- **Sí**
- **No**

**Enfermedades**

¿Alg3n doctor o m3dico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?

- Hipertensi3n arterial sist3mica
- Diabetes
- C3ncer (otro que no sea c3ncer menor de piel)
- Enfermedad pulmonar cr3nica
- Cardiopatía isqu3mica
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Angina
- Asma
- Artritis (incluyendo osteoartrosis y artritis reumatoide)
- Enfermedad vascular cerebral (embolia)
- Enfermedad renal cr3nica

Puntúa si tiene 5 o más.



## **Pérdida de peso**

¿Cuánto pesa con su ropa y sin zapatos? Aproximadamente [peso actual]

Hace un año ¿Cuál era su peso con ropa y sin zapatos? Aproximadamente [Peso hace un año]

El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera:  $[(\text{Peso hace un año} - \text{Peso actual}) / \text{Peso hace un año}] * 100$ .

- **Pérdida de peso  $\geq 5\%$**
- **Pérdida de peso  $\leq 4\%$**

Tomado de: Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(12):1094- 1098.

Las respuestas resaltadas puntuarán (= 1), las no resaltadas no puntuarán (= 0)

## **Interpretación:**

Se realiza mediante interrogatorio y está compuesta por cinco (5) ítems, cada uno de los que, en caso de ser positivo puntuará con un (1) punto. La escala se interpretará de la siguiente manera:

- 0 puntos = No frágil
- 1 o 2 puntos = Pre frágil
- $\geq 3$  puntos = Frágil



**ANEXO 5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**


**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS**

Los abajo firmantes, profesionales especialistas en el tema, certificamos que los 2 instrumentos que se usaran para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "Calidad de vida asociado a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024" están aptos para ser usados. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)



Nombre: Julio Cesar Hammi Abra  
DNI: 29556048



### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales especialistas en el tema, certificamos que los 2 instrumentos que se usaran para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "Calidad de vida asociado a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024" están aptos para ser usados. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)



Lic. Sarita Quispe Piri  
ENFERMERA  
C.E.P. 42693

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales especialistas en el tema, certificamos que los 2 instrumentos que se usaran para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "Calidad de vida asociado a la valoración de fragilidad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Samán, Azángaro 2024" están aptos para ser usados. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)

Elizabeth Romero Quispe  
LIC. EN ENFERMERIA  
EP 30281  
SAMAN 13  
3276



**ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN**



**RED DE SALUD SAN ROMAN  
MICRORED SAMAN**

**AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS**

El que al final suscriben jefe del centro de salud clas saman, ubicado en el distrito de saman de la provincia de azangaro, micro red de saman de la red de salud san roman. deja constancia que:

**AUTORIZA**

A la bachiller en Enfermería Karla Xiomara Condori Gutiérrez, identificada con DNI 73083799, estudiante de la Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, **AUTORIZA** realizar encuestas a los adultos mayores del centro de salud CLAS Saman, para el estudio de tesis denominado, "**CALIDAD DE VIDA ASOCIADO A LA VALORACION DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CLAS SAMAN, AZANGARO 2024**"

Saman 12 de junio del 2024

ATENTAMENTE

  
  
**Alex R. Chino Choque**  
**MÉDICO CIRUJANO**  
**C.M.P. 79234**



### ANEXO 7: POBLACIÓN



#### ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD SAMÁN AZÁNGARO 2024

EDAD DEL ADULTO MAYOR	TOTAL
60 – 90 años	150





**ANEXO 8: ALFA DE CROMBACH**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	176	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	176	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,705	10

**Estadísticas de elemento**

	Media	Desv. Desviación	N
genero	1,6136	,48830	176
estado civil	3,1307	,80709	176
tenencia hijos	2,5682	1,12930	176
actualmente con quien vive	2,8352	1,13697	176
Relaciones interpersonales	1,8977	,55631	176
Bienestar emocional	1,6364	,51673	176
Bienestar físico	1,6648	,71403	176
Inclusión social	1,8693	,55546	176
Derechos	1,3295	,49504	176
Valoración de fragilidad	2,0341	,52261	176

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
genero	18,9659	14,365	,024	,723
estado civil	17,4489	11,906	,383	,679



tenencia hijos	18,0114	12,766	,081	,764
actualmente con quien vive	17,7443	10,409	,408	,684
Relaciones interpersonales	18,6818	12,607	,449	,673
Bienestar emocional	18,9432	12,568	,506	,668
Bienestar físico	18,9148	11,747	,497	,659
Inclusión social	18,7102	12,230	,554	,659
Derechos	19,2500	12,406	,585	,660
Valoración de fragilidad	18,5455	11,895	,700	,643

### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
20,5795	14,691	3,83286	10



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: KARLA XIOMARA CONDORI GUTIERREZ

Dirección: Pasaje Ricardo Palma INT. 29

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73083799

Teléfono: 926868725 email: karlaxiomaracondorigutierrez1@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Asesor: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA VALORACIÓN DE FRAGILIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAMÁN, AZÁNGARO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Calidad, vida, fragilidad

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

1,2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P07

Firma de Autor



huella digital

31 de diciembre de 2024

Fecha