



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA  
HUMANA

TESIS

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL  
SERVICIO DE PSICOLOGIA QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE  
JUAN VELASCO ALVARADO, EN EL AÑO 2015.

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA

AUTORA:

Bach. Karina Estrada Rojas

ASESOR:

Dr. Rafael Enrique Azócar Prado

Tacna - Perú

2015

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis maestros y asesor de tesis por su enseñanza durante mi formación académica.

### **DEDICATORIA**

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

## INDICE

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Agradecimientos                                       | 2           |
| Dedicatoria   | 3           |
| Índice  | 4           |
| Resumen   | 6           |
| Abstract  | 7           |
| Introducción  | 8           |
| <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>         | <b>10</b>   |
| 11. Descripción de la realidad problemática           | 10          |
| 1.2. Delimitación de la investigación                 | 12          |
| 1.2.1. Delimitación temporal                          | 12          |
| 1.2.2. Delimitación geográfica                        | 12          |
| 1.2.3. Delimitación social                            | 12          |
| 1.3. Formulación del problema                         | 13          |
| 1.3.1. Problema principal                             | 13          |
| 1.3.2. Problemas secundarios                          | 13          |
| 1.4. Objetivos de la investigación                    | 14          |
| 1.4.1. Objetivo general                               | 14          |
| 1.4.1. Objetivos específicos                          | 14          |
| 1.5. Hipótesis de la investigación                    | 15          |
| 1.5.1. Hipótesis general                              | 15          |
| 1.5.2. Hipótesis secundarias                          | 15          |
| 1.5.3. Variables                                      | 17          |
| 1.6. Justificación de la investigación                | 20          |
| <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN</b> | <b>21</b>   |
| 2.1. Antecedentes de investigación                    | 21          |
| 2.2. Bases teóricas                                   | 25          |
| 2.3. Definición de términos básicos                   | 51          |

|  |    |
|--|----|
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN        | 52 |
| 3.1. Tipo de investigación                           | 52 |
| 3.2. Diseño de la investigación                      | 52 |
| 3.3. Población y muestra de estudio                  | 52 |
| 3.3.1. Población                                     | 52 |
| 3.3.1. Muestra                                       | 53 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 53 |
| 3.4.1. Técnicas                                      | 53 |
| 3.4.2. Instrumentos                                  | 53 |
| 3.5. Procedimientos estadísticos                     | 54 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS                              | 55 |
| 4.1. Análisis de tablas y gráficos                   | 55 |
| 4.2. Contraste de las hipótesis                      | 71 |
| Conclusiones   | 85 |
| Recomendaciones                                      | 89 |
| Referencias bibliográficas                           | 91 |
| Anexos   | 95 |

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal Identificar los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. La presente investigación se realizó en los meses de junio, julio y agosto del año 2015.

Participaron los usuarios y usuarias que acudieron a consultas externas en el servicio de psicología de este centro de Salud. De acuerdo con la orientación, es una investigación básica; de acuerdo a la técnica de contrastación, es una investigación descriptiva; de acuerdo con la direccionalidad, es prospectiva; de acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos, es retrolectiva; de acuerdo con la evolución del fenómeno, es transversal, de acuerdo con la comparación de las poblaciones, es una investigación de tipo descriptiva-correlacional.

Se determinó un tamaño de muestra de 100 usuarios - personas adultas. Se utilizó la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). Los factores del instrumento son: Hogar y Bienestar Económico, Amigos, vecindario y comunidad, Vida familiar y familia extensa, Educación y ocio, Medios de comunicación, Religión y salud. Los datos obtenidos de ambas variables se asociaron mediante el estadístico chi cuadrado de Pearson.

Se halló que los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de Psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza, son los siguientes: la edad, el estado civil, el nivel educativo y los ingresos económicos mensuales. Por otro lado, se halló que el 62% de la muestra se ubican en el nivel Medianamente Favorable, mientras que el 22% se ubica en el nivel Medianamente Desfavorable. Sólo el 8% de la muestra presenta un nivel Favorable.

Palabras clave: calidad de vida, usuarios, centro de salud, factores asociados, religión, género, estado civil, integrantes de familia.

## **ABSTRACT**

This research has as main objective to identify factors related to the quality of life of service users attending the psychology Health Post Juan Velasco Alvarado of Alto de la Alianza. This research was conducted in the months of June, July and August 2015.

In this research users and users attending outpatient service of psychology at the health center participated. According to the guidance, it is a basic research; according to the technique of contrasting, it is a descriptive research; according to the directionality it is prospectively; according to the source type of data collection it is retrolective; according to the evolution of the phenomenon, is cross, according to the comparison of populations, is a research of descriptive-correlational. A non-experimental, correlational, quantitative, cross-sectional study. The sample was not random. Adults - a sample size of 100 was determined users. Scale of Quality of Life of Olson and Barnes (1982) was used. Domains instrument or factors are: Home & Economic Welfare, friends, neighborhood and community, family life and extensive, Education and Leisure, Media, Religion and family health. Data from both variables associated with the correlation method: Pearson chi square.

The partners found that the quality of life of service users attending the Psychological Health Post Juan Velasco Alvarado of Alto de la Alianza, factors are: age, the civil state, educational level and monthly income. Furthermore, it was found that 62% of the sample are located in fairly favorable level, while 22% is located in the Moderately unfavorable level. Only 8% of the sample presents a favorable level.

Keywords: quality of life, users, health center, associated factors, religion, gender, marital status, family members.

## INTRODUCCIÓN

Algunos investigadores consideran a la calidad de vida como un concepto unidimensional; y en el otro extremo, existen estudiosos que enfatizan la multi dimensionalidad del concepto, considerando este concepto, como la evaluación de todos los aspectos de la vida, tanto objetivos como subjetivos, incluyendo la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar.

Por otro lado, Ramírez (2000) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona frente a un evento de salud el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de la persona.

Es importante además de los elementos mencionados, tener en cuenta que el logro de la calidad de vida está profundamente relacionado con la satisfacción de las necesidades humanas, las cuales deben ser formuladas en forma de derechos, que se garanticen a través de las políticas, procedimientos y programas dirigidos a ellos/as; entendiendo así la calidad de vida, “como una expresión que debe abarcar aspectos materiales (objetivos) y subjetivos. Esta aclaración es importante, pues se cree que la calidad de vida sólo se base en aspectos subjetivos cuando en realidad, los individuos analizan y valoran su calidad de vida también por los aspectos materiales básicos y que le permiten satisfacer necesidades básicas (salud, alimentación, vivienda, vestido, condiciones de seguridad, etc.).

Por otra parte, la calidad de vida es también un concepto abstracto y multidimensional. Por tanto, es difícil de medir por la complejidad que encierra. Pero, a pesar de ello, calidad de vida es un concepto que designa a una idea de bienestar principalmente subjetivo. Sólo el sujeto es el juez de sus propias percepciones. En realidad, no hay uniformidad en cuanto a qué variables y



aspectos evaluar. Comúnmente, la calidad de vida se mide a través de dos modelos teóricos distintos. Uno es el modelo objetivo, que parte de datos estadísticos sobre indicadores sociales y económicos específicos, como ingreso, gasto en educación, facilidad de recreación, entre otros, seleccionados por su relación conceptual con la calidad de vida. Sin embargo, se critica este modelo pues nada revelaría sobre la percepción personal de las situaciones vitales. De allí que se propone un modelo alternativo. Ése es el modelo subjetivo, que utiliza el concepto de bienestar general como una medida de calidad de vida. Este concepto es el más usado en la mayoría de estudios sobre calidad de vida.

Una característica común de los estudios de la calidad de vida es que éstos aumentan la satisfacción en los dominios (dimensiones) de la experiencia de vida de las personas; como por ejemplo: vida familiar, amigos, domicilio, facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc. La satisfacción dentro de cada uno de estos dominios es un juicio individual y por lo tanto subjetivo. Nos permite conocer cómo se percibe la satisfacción de necesidades aspiraciones e intereses personales en la relación con el entorno.

Para la investigación fue importante formular la pregunta ¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios que asisten a un centro de salud?, ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de la población estudiada? Estas preguntas se respondieron gracias a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos pertinentes para tal efecto, en una muestra no probabilística de usuarios al Centro de Salud.

El desarrollo de la investigación permitió registrar antecedentes de investigaciones presentados en formato de tesis o de artículos científicos; se detalla un marco teórico adecuado, se plantea la metodología seguida (diseño, técnicas, instrumentos, población y procedimientos estadísticos). Finalmente, se presentan las tablas y gráficos estadísticos, se describe el contraste de las hipótesis y se formulan las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACION**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

En estos últimos años se está vinculando con mayor fuerza los aspectos psicológicos con los problemas de la salud, por lo que la psicología clínica y de la salud está ampliando sus disciplinas, interdisciplinas o subcampos del conocimiento con el propósito de destacar la importancia que tienen los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, rehabilitación y terapéutica de diversos problemas de salud.

Además se ha estudiado mucho acerca de la calidad de vida, ya que diversos estudios han encontrado altos niveles de estrés laboral en la población de zonas urbanas, pero pobres económicamente. Al respecto, es probable que algunas variables demográficas puedan ejercer influencia sobre este constructo psicológico (calidad de vida); es así como se ha hallado que los altos ingresos pueden proteger a las personas de situaciones que pudieran comprometer su homeostasis; así mismo, puntajes más altos de calidad de vida se asocian con un mayor ingreso económico. Si bien es cierto, la calidad de vida no se puede reducir solo a las condiciones socioeconómicas, éstas son fundamentales para el bienestar del ser humano.

Respecto al género, algunos autores reportaron en sus estudios una mejor calidad de vida en la población de varones en comparación a las mujeres. Considerando la edad, observaron que los adolescentes obtuvieron puntajes más altos de Calidad de Vida en comparación con los adultos jóvenes. Como se puede observar, es probable que algunas variables demográficas y familiares puedan influir en el nivel de calidad de vida; aunque en nuestro medio no hay estudios específicos al respecto, constituyendo ello un potencial aporte de la presente investigación.

Por todo lo anteriormente expresado resulta importante conocer los niveles de calidad de vida según ingreso económico, factores familiares, religión y sexo; ya que a partir de estos resultados será posible desarrollar estrategias y programas de intervención orientados a mejorar la calidad de vida de los usuarios del Centro de Salud “Juan Velasco Alvarado” de Alto de la Alianza; en la medida que intervenir en ella, influirá también en la mejora de la calidad del servicio que se brinda y en la salud de estos ciudadanos. Pues es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en la actualidad.

Para algunos autores, la revisión del concepto de Calidad de Vida permite afirmar que no existe una definición únicamente aceptada de él. Más aún, el concepto requiere precisiones y adaptaciones a diferentes contextos. Así, por ejemplo, se habla de calidad de vida en enfermos terminales, en los que evidentemente los parámetros para evaluarla son otros que los que caracterizan a la calidad de vida en enfermos crónicos y en personas sanas.

Es así como el debate acerca de lo que exactamente significa calidad de vida, se mantiene a pesar de los años, y parece existir poco progreso en el logro de un consenso. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud plantea que la calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el

cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

La carencia de información cuantitativa y cualitativa sobre calidad de vida en pobladores de zonas peri urbanas en Tacna y la relación entre estos niveles con otras variables demográficas y familiares deberían constituir el centro de las preocupaciones profesionales y académicas de los futuros psicólogos, pues como profesionales de la salud mental, deberíamos abocarnos a la búsqueda de iniciativas que mejoren la calidad de vida de la población, pero conociendo las condiciones y relaciones entre esta variable y otros factores sociales, familiares y de otro tipo.

## **1.2. Delimitación de la investigación**

### **1.2.1. Delimitación temporal**

La presente investigación se realizó en los meses de junio, julio, agosto y setiembre del año 2015.

### **1.2.2. Delimitación geográfica**

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud “Juan Velasco Alvarado” de Alto de la Alianza, de la provincia de Tacna.

### **1.2.3. Delimitación social**

En la presente investigación participaron los usuarios y usuarias que acudieron a consultas externas en el servicio de psicología de este centro de Salud.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?

#### **1.3.2. Problemas secundarios**

1. ¿Cuáles son los niveles de calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?
2. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?
3. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?
4. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?
5. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?
6. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?

7. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?
8. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar los niveles de calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
2. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
  3. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
  4. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

5. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
6. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
7. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
8. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

## **1.5. Hipótesis de la investigación**

### **1.5.1. Hipótesis general**

Existen factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### **1.5.2. Hipótesis secundarias**

1. El nivel de calidad de vida que predomina en los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza, es medianamente favorable.
2. Existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

3. Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
4. Existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
5. Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
6. Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
7. Existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.
8. Existe asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.



### 1.5.3. Variables

| Variables  | Dimensiones o factores   | Indicadores  |
|--|--|--|
| <p><b>Variables X:<br/>independiente</b></p> <p>Factores asociados</p> | <p>1. Género</p> <p>2. Edad</p> <p>3. Tamaño familiar</p> <p>4. Estado civil</p> | <p>a. Femenino<br/>b. Masculino</p> <p>a. De 18 a 24 años<br/>b. De 25 a 29 años<br/>c. De 30 a 34 años<br/>d. De 35 a 40 años<br/>e. De 41 a 50 años<br/>f. De 51 a más</p> <p>a. De 1 a 3 integrantes<br/>b. De 4 a 6 integrantes<br/>c. De 7 a más integrantes<br/>d. Vive solo/a</p> <p>a. Soltero/a<br/>b. Casado/a<br/>c. Viudo/a<br/>d. Divorciado/a<br/>e. Conviviente</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>5. Nivel educativo</p> <p>6. Filiación religiosa</p> <p>7. Ingresos económicos</p> | <p>a. Educación primaria<br/>b. Educación secundaria<br/>c. Educación superior universitaria<br/>d. Educación superior técnica<br/>e. Analfabetismo</p> <p>a. Católica<br/>b. Evangélica-Cristiana-Adventista<br/>c. Testigo de Jehová<br/>d. Agnóstico (Ateo)<br/>e. Mormones</p> <p>a. Menos de 700 soles<br/>b. Entre 700 y 1,000 soles<br/>c. Entre 1,000 y 1,500 soles<br/>d. Entre 1,500 y 2,000 soles<br/>e. Más de 2,000 soles</p> |
| <p><b>Variable Y:<br/>dependiente</b></p> <p>Calidad de vida</p> | <p>1. Hogar y bienestar económico</p> <p>2. Vida familiar y familia extensa</p>       | <p>a. Condiciones de vivienda<br/>b. Responsabilidades en la casa<br/>c. Capacidad de la familia para satisfacer necesidades básicas<br/>d. La capacidad de tu familia para dar confort<br/>e. La cantidad de dinero para gastar</p> <p>a. Familia<br/>b. Hermanos<br/>c. Número de hijos en familia<br/>d. Relación con parientes</p>   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>3. Educación y ocio</p> <p>4. Amigos, vecindario y comunidad</p> <p>5. Medios de comunicación</p> <p>6. Religión</p> <p>7. Salud</p> | <p>a. Situación escolar</p> <p>b. Tiempo libre</p> <p>c. Forma como usa tiempo libre</p> <p>a. Amigos</p> <p>b. Facilidades para hacer compras</p> <p>c. La seguridad en la comunidad</p> <p>d. Facilidades para recreación</p> <p>a. Cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión</p> <p>b. Calidad de los programas de televisión</p> <p>c. Calidad del cine</p> <p>d. La calidad de periódicos y revistas</p> <p>a. Vida religiosa en familia</p> <p>b. Vida religiosa de la comunidad</p> <p>a. La propia salud</p> <p>b. Salud de otros miembros de la familia</p> |
|--|---|--|

## **1.6. Justificación de la investigación**

Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social. Un indicador comúnmente usado para medir la calidad de vida es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), establecido por las Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los países con el IDH más alto son Islandia, Noruega, Australia, Suecia, Canadá y Japón. Lamentablemente, el Perú está en los niveles más bajos del índice de desarrollo humano.

La producción industrial y el crecimiento económico eran, en el pasado, los únicos elementos considerados en el nivel de desarrollo de un país. Aunque dejaba de lado otros aspectos no tan directamente materiales, que el IDH sí considera. La pobreza es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de segregación social o marginación.

La presente investigación se justifica pues se pretende identificar los factores que más asociación tiene con la calidad de vida en los pobladores pertenecientes a un distrito con indicadores de pobreza en la provincia de Tacna. Los resultados pueden contribuir a poner en relieve las condiciones de vida de los usuarios al Puesto de Salud y como estas condiciones afectan la calidad de vida de dichos pobladores. Además, en Tacna no se han efectuado estudios sobre la calidad de vida, tanto de población adulta o juvenil.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación se revisaron otros estudios acerca de la calidad de vida, realizados en el país, en Latinoamérica y en otros lugares del mundo.

1. Grimaldo (2010) desarrolló un estudio titulado: *Adaptación de la escala de calidad de vida de Olson & Barnes para profesionales de la salud*, en Lima (Perú). Los resultados a los que arribó indican que la evidencia basada en el Contenido a partir del criterio de jueces, utilizando el coeficiente V de Aiken y la evidencia basada en la estructura, mediante el análisis factorial permitieron concluir que el instrumento evaluaba nueve dimensiones y alcanzó los siguientes puntajes a partir del Coeficiente Alfa de Cronbach: Bienestar económico (0.93), Amigos (0.83), vecindario y comunidad (0.87), Vida familiar y hogar (0.89), Pareja (0.95), Ocio (0.90), Medios de Comunicación (0.89), Religión (0.88) y Salud (0.85).
2. Grimaldo (2012) en su estudio titulado: *Calidad de vida en estudiantes de Secundaria de la ciudad de Lima*, se planteó como objetivo identificar y comparar los niveles de calidad de vida en estudiantes

según sexo y nivel socioeconómico. La muestra estuvo conformada por 589 estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, de ambos sexos, de centros estatales y particulares, cuyas edades fluctuaron entre 14 y 17 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. La autora concluyó que cada uno de los grupos muestrales se ubica en un nivel Óptimo de Calidad de Vida. Los efectos principales provenientes del sexo y nivel socio económico fueron significativos para el sexo, nivel socio económico; así como en la interacción entre ambos.

3. Grimaldo, M. (2011) es también la autora de la investigación denominada: *Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima*. En dicho estudio, la autora identificó y comparó los niveles de calidad de vida en los dominios bienestar económico, amigos, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, según sexo e ingreso económico, en una muestra conformada por 198 profesionales de la salud, de los cuales el 73,2% eran mujeres y 26,8% varones, estudiantes de una escuela de postgrado de la ciudad de Lima. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). Los resultados se expresaron a partir de medias, observándose que los participantes se ubicaron en un nivel de calidad de vida buena en todos los dominios evaluados. Se aplicó un ANOVA univariado y se halló que el efecto principal del ingreso económico resultó ser estadísticamente significativo, de tal manera que los que tenían más ingresos económicos percibían que su calidad de vida en el dominio bienestar económico era mejor. En el dominio pareja, las puntuaciones más bajas ocurrieron en los que obtenían más bajos ingresos económicos.
4. Grimaldo y Aguirre (2010) analizaron la calidad de vida de estudiantes de una universidad particular de Lima. La muestra estuvo conformada por 231 estudiantes de primer y segundo ciclo, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 25 años. El instrumento utilizado fue la

Escala de Calidad de Vida para estudiantes universitarios de David Olson & Howard. Los autores concluyeron que los grupos de estudiantes según sexo y edad se ubican en una tendencia al nivel óptimo de calidad de vida. Por otro lado no encontraron diferencias en los factores de Familia y Tiempo Libre y Educación según la edad de los evaluados; sin embargo, si encontraron diferencias significativas en el factor hogar y bienestar económico de la calidad de vida, a favor de las mujeres, quienes reportan una media más alta que los varones.

5. Bulnes, Ponce, Huerta, Santibáñez, Aliaga e Hidalgo (2012) diseñaron un estudio al que titularon: *Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes*. Presentaron un informe sobre una investigación con una muestra de 123 madres adolescentes de diversas instituciones hospitalarias estatales de Lima para evaluar el grado de relación entre las variables calidad de vida. Comunicación familiar y la condición de madre adolescente. Se encontró relación entre los factores Calidad de Vida y Comunicación padre adolescente. Los autores encontraron una relación entre los factores Calidad de Vida y Comunicación madre adolescente. Se encontró relación entre los factores Comunicación padre-adolescente y Comunicación madre-adolescente. Además, hallaron que el factor Calidad de Vida de las madres-adolescentes presenta un índice bajo. El nivel de comunicación del padre con la madre-adolescente es bajo
  
6. Portilla (2011) desarrolló una investigación titulada: *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*. Concluyó que existen diferencias significativas tanto en la Calidad de Vida como en el Autoconcepto, a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento. Lo mismo ocurre para las dimensiones del autoconcepto, exceptuando al autoconcepto emocional, el cual no presenta diferencias significativas de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento. Por otro lado se encontró que en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con adherencia al tratamiento existe una correlación significativa entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto

Familiar. En los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento se encontraron correlaciones significativas entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Social, así como con el Autoconcepto Familiar. Por último, con respecto al sexo no se hallaron diferencias en ninguna de las variables, sin embargo con respecto a la edad se encontraron diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto entre los adultos y adultos mayores, a favor de los primeros.

7. Yataco (2008) estudió los estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los participantes fueron pacientes alcohólicos (72 hombres y 38 mujeres) con edades entre 21 y 50 años, con un tiempo de consumo de 3 años como mínimo. Se utilizaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA y la Escala de Evaluación de Calidad de vida de Olson y Barnes, ambos cuestionarios adaptados a Lima. Sus resultados muestran que en los pacientes alcohólicos predomina el estadio de contemplación y le sigue el estadio de acción con respecto a los estadios de cambio. La calidad de vida es mejor en mujeres que en hombres, deteriorándose más con la edad, siendo su calidad de vida en términos globales moderada o regular. El autor concluye que cuando los pacientes están en los estadios de cambio terapéutico iniciales se afecta más la calidad de vida mejorando con el paso a otros estadios de cambio más avanzado.
8. Altamirano (2008) estudió la relación entre la calidad de vida y la satisfacción familiar en 114 pacientes que acudían a consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer (Quality of life Enjoyment and satisfaction Questionary Q-LES-Q) y la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos ESFA. Los resultados de la investigación señalan que existen correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre la satisfacción familiar y



las escalas de Calidad de Vida. En las áreas de salud física y en el estado de ánimo, se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, siendo los varones los que alcanzan puntuaciones en promedio más elevadas que las mujeres. En satisfacción familiar se encuentra que los varones alcanzan mayores puntajes que las mujeres. Por último, no se encontraron diferencias significativas en la satisfacción familiar de acuerdo al lugar de procedencia, ni en la calidad de vida de acuerdo al grado de instrucción, así como tampoco de acuerdo al grupo diagnóstico en ambas variables.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Calidad de vida**

#### **2.2.1.1. Concepto de Calidad de Vida (CV)**

La noción de calidad de vida ha ido presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. Primero, el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

La calidad de vida es un concepto complejo que está compuesto por diversos dominios y dimensiones, y de difícil definición operacional (Blanco, 1985). De ahí que no sea infrecuente que la calidad de vida haya sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el bio-medico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial.

Es importante mencionar lo que no vendría a ser calidad de vida; de acuerdo a ello CV no es el equivalente a el ambiente en el que se encuentra el individuo o en que reside, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni a al estado de salud física o a la calidad del cuidado de la salud de las personas. De igual forma, se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad.

A continuación se citará las definiciones más frecuentes sobre la calidad de vida:

La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar; pero, también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores “objetivos” biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (Diener, 1984).

García (2005) define la Calidad de Vida como una necesidad percibida y una satisfacción funcional en seis diferentes ámbitos fundamentales de la vida poniendo especial énfasis en el bienestar y comprende las necesidades relacionadas con los dominios de la vida físico, psicológico, social, actividad, material y estructural.

Desde un punto de vista operativo, el concepto calidad de vida para García (2005) pretende evaluar los siguientes ámbitos:

- Físico, en el que se verá la salud corporal y el impacto de la enfermedad.
- Psicológico, que evaluará la satisfacción con la vida del paciente, el bienestar en general y el funcionamiento intelectual.
- Social, aquí se analiza las relaciones en general y las relaciones específicas con la familia, y de la vida sexual.
- Conducta y actividad, refiriéndose a la movilidad, el trabajo y la capacidad para el autocuidado.

- Estructural, que analiza la dimensión religiosa
- Material, que evaluará el estado económico del individuo.

Felce y Perry (1995, citados en García, 2005) han reflejado con claridad el concepto Calidad de Vida y la entienden constituida por tres elementos en interacción:

- a. Las condiciones objetivas de vida, o descripción objetiva de los individuos y sus circunstancias.
- b. El bienestar subjetivo, definido como la satisfacción personal con esas condiciones y con el estilo de vida.
- c. Los valores personales y aspiraciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, citado en García, 2005) entiende la Calidad de Vida como: “la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus metas, expectativas e intereses”

En este sentido, Wallander et al (2001, citados en García, 2005) proponen definir Calidad de Vida como: “La combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida que son considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos”.

A su vez, Morrison y Bennett (2008) definen la calidad de vida como una satisfacción global con la vida y como un sentimiento general de bienestar personal y para evaluarla sugieren el análisis de seis dimensiones:

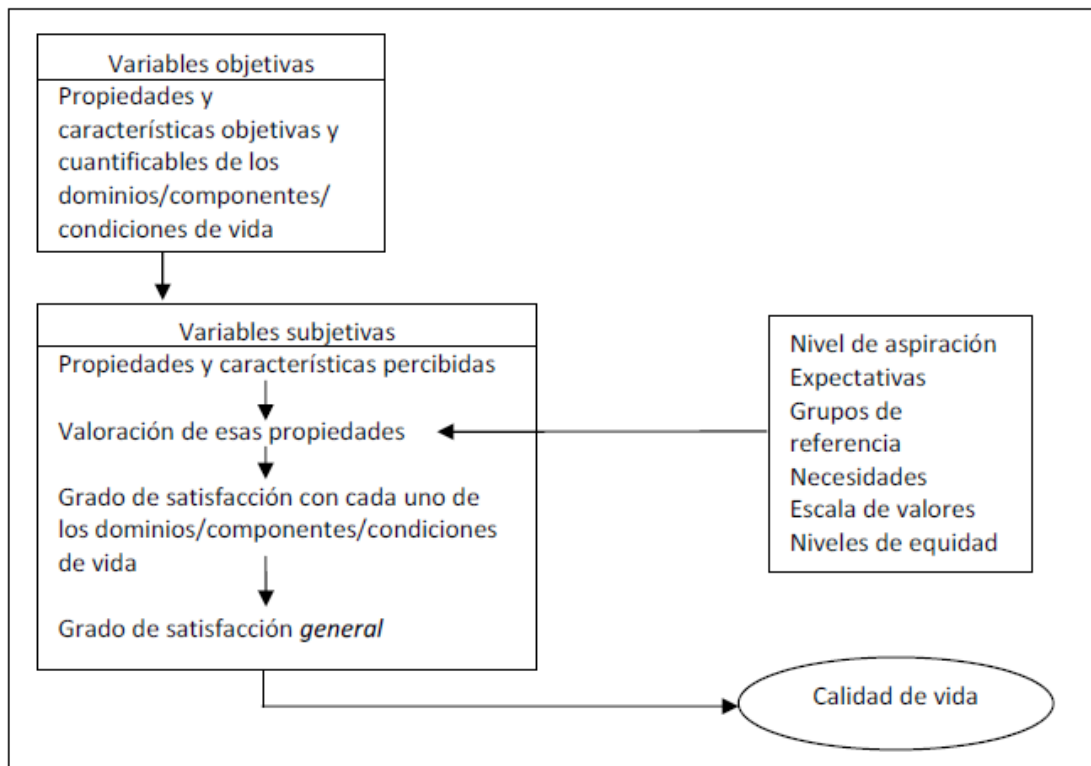
- Funcionamiento cognitivo.
- Funcionamiento social.

- Funcionamiento físico.
- Funcionamiento emocional.
- Productividad
- La intimidad,

Actualmente el concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; además puede ser definido, en términos generales como una medida compuesta por bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Levi y Anderson, 1980).

En la figura 1 se puede apreciar la relación entre las variables subjetivas y objetivas en la CV que se acaban de mencionar.

**Figura 1.** Variables objetivas y subjetivas en la Calidad de Vida (Blanco, 1985).



Fuente: Blanco (1985). Op. Cit.

Según el grupo de trabajo sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la salud (WHOQOL), la CV se define a partir de las percepciones que tiene el individuo de su posición en la vida respecto a su contexto cultural y el sistema de valores de este contexto en relación con sus propios objetivos, normas y expectativas (Lucas, 1998).

Calidad de Vida es un constructo con los siguientes aspectos esenciales:

- a. Calidad de Vida es un constructo que incluye elementos objetivos y subjetivos de la experiencia, con especial relevancia los de carácter subjetivo.

- b. Los valores, metas, expectativas y necesidades, definidas tanto por los individuos como por la sociedad, se conjugan con los elementos objetivos y subjetivos en la percepción de bienestar.
- c. Su estudio ha de hacerse a diferentes niveles, individuos, organizaciones, grupos y sociedades.
- d. Es plural, en tanto que cada individuo tiene un particular punto de vista sobre la Calidad de Vida en función de sus logros, preferencias y necesidades.
- e. Tiene apoyo a las necesidades individuales y las elecciones personales.
- f. Lo componen múltiples dimensiones de bienestar, desde las básicas hasta las que enriquecen la vida.
- g. Está influida por variables personales y ambientales.
- h. Está compuesta de los mismos factores para todas las personas, con independencia de que posean una discapacidad, enfermedad o cualquier otra característica diferenciadora de la población general.

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

Con la finalidad de evaluar distintos ámbitos que puedan intervenir en la calidad de vida se ha establecido un modelo explicativo de las influencias clínicas y de las creencias y juicios de las personas con enfermedad crónica en los diferentes dominios de la CV con un sentido bidireccional.

Rodríguez (1995) señala que los componentes y dominios de la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

- Entorno natural-externo: Características geográficas como el aire, agua o temperatura del ambiente.

- Entorno social-externo: Instituciones culturales, instituciones religiosas y escolares, instituciones para la seguridad personal en el entorno, oportunidades de hacer compras, facilidades y servicios médicos, políticas gubernamentales, sistemas de transporte y comunicación. Instituciones sociales de ocio y facilidades.
- Personal-interno: Atributos de la personalidad, deseos y objetivos, valores y creencias, estrategias de afrontamiento, estado espiritual, etc.
- Personal-social: Estructura familiar, redes sociales, grupos sociales, situación económica y situación vocacional.

A continuación en la Tabla 1, se revisará los autores más representativos y los dominios de Calidad de Vida que plantean

**Tabla 1.** Dimensiones de Calidad de Vida (García, 2005).

| AÑO  | AUTOR               | DOMINIOS   |
|------|---------------------|--|
| 1978 | FLANAGAN            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico y material</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Actividades sociales, comunitarias y cívicas</li> <li>• Desarrollo y realización personal</li> <li>• Recreación</li> </ul> |
| 1994 | REID Y<br>RENWICK   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar general</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Desarrollo personal</li> <li>• Realización personal</li> <li>• Ocio y recreación</li> </ul>  |
| 1995 | FELCE Y PERRY       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico</li> <li>• Bienestar material</li> <li>• Bienestar social</li> <li>• Desarrollo y actividades</li> <li>• Bienestar emocional</li> </ul>  |
| 1996 | STARK Y<br>FAULKNER | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de la salud</li> <li>• Entorno</li> <li>• Familia</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Educación</li> <li>• Trabajo</li> <li>• Ocio</li> </ul>   |
| 1996 | RENWICK Y<br>BROWN  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser (físico, psicológico, espiritual)</li> <li>• Pertenecer (ambiente físico, ambiente social, comunidad)</li> <li>• Llegar a ser (actividades prácticas, ocio, desarrollo personal)</li> </ul>         |

Fuente: García (2005). Op. Cit.



### **2.2.1.3. Indicadores de Calidad de Vida**

García (2005) plantean los siguientes indicadores para medir la Calidad de Vida,

#### **A. Relacionado con la salud:**

- Capacidad física (capacidad de rendimiento).
- Función psicológica (capacidad de disfrute y relajación).
- Estado de ánimo positivo.
- Estado de ánimo negativo.
- Bienestar psicológico.
- Función social (capacidad de relación).
- Bienestar social (sentimiento de pertenencia a un grupo).

#### **B. Relacionado con los aspectos psicológicos:**

- Depresión (Respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad)
- Depresivo, Ánimo alegría, positivos varios y total positivo) – Humor
- Depresivo (estado de ánimo); anergia (vaciamiento impulsivo);
- Discomunicación (empobrecimiento de la comunicación) y ritmopatía (ritmos biológicos y psicológicos).
- Autoconcepto (Académico/Laboral, social, emocional, familiar y físico).

#### **C. Relacionado con aspectos desde una perspectiva general:**

##### **C.1. Objetiva**

- Bienestar Material (ingresos disponibles, vivienda, bienestar material).
- Salud (salud física).
- Productividad (productividad, trabajo, crecimiento personal y desarrollo).
- Intimidad (familia y amigos).
- Seguridad (seguridad, privacidad y control).

- Presencia en la comunidad (clase social, educación, estatus laboral, integración y desenvolvimiento en la comunidad).
- Bienestar emocional (felicidad general, ocio, energía).

### **C.2. Subjetiva**

- Bienestar Material (posesión de dinero, calidad de vivienda, seguridad financiera).
- Salud (salud percibida).
- Productividad (posesión de trabajo, o de hacer cosas, o aprender cosas).
- Intimidad (posesión de familia y amigos).
- Seguridad (sentimiento seguro, posesión de privacidad, capacidad de control).
- Presencia en la comunidad (sentimiento de formar parte de la comunidad general, capacidad de desenvolvimiento fuera del hogar).
- Bienestar emocional (estar feliz, energético, hacer uso de su tiempo de ocio para ser feliz).

### **D. Otros indicadores:**

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Titulación a nivel de estudios alcanzados.
- Situación laboral.

### **2.2.2. La calidad de vida y la familia**

Antes de definir el concepto de familia, mencionar sus tipos, señalar sus funciones y caracterizar su funcionalidad o disfuncionalidad, se debe puntualizar que el enfoque de familia es sistémico. Es decir, se concibe a la familia como un sistema.

### **2.2.2.1. Enfoque sistémico de la familia.**

Como lo decíamos líneas arriba, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad, la comunidad (Botella y Vilaregut, s.f.).

El nexa entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones recíprocas. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con el estudio de la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

El funcionamiento familiar, por lo tanto, debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

### **2.2.2.2. Definiciones de familia**

El Psicoterapeuta argentino Sluzki (1999, citado en Cibanal, 2004) define la Familia como “un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen”.

Selvini (2004, citado en Guil, 2009) afirma que “la familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución”.

Salinas (COPRE-Bolivia, 2009), en su ensayo “Familia, Violencia y abuso de drogas”, define a la familia como: “un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad”.

### **2.2.2.3. Funciones que desempeña la familia en la sociedad.**

Diversos autores señalan que son dos las funciones esenciales de la familia (Artola y Piezzi, 2004).

- a. Desde el punto de vista biológico social, la familia permite la supervivencia de la especie organizada como tribu, comunidad o nación.

- b. Desde el punto de vista psicológico, la familia es el medio apto para que sus propios miembros puedan dar y recibir afecto, logrando así el equilibrio emocional que necesitan, tanto el niño/a como adolescentes y adultos, para alcanzar su propio desarrollo como personas y actuar en la sociedad como miembros de su personalidad.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- La protección psico-social de sus miembros (interno)
- La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

Berger (2006) señala que en todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación.

El sentimiento de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extra familiares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación. Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Esta función social ha sido fuente de ataques contra la familia por movimientos contraculturales (movimientos tales como: *Dark*, *Teds*, *Hippies*, *Punks* y *Skinheads*, *Emmos*, etc.).

Resumiendo, podemos señalar que las funciones principales de la familia son las siguientes:

- Función biológica, se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- Función educativa, tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- Función económica, se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.
- Función solidaria, se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- Función protectora, se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

#### **2.2.2.4. Estructura familiar.**

El concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. O dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento (Khavous, s.f.).

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al "stress" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

### **2.2.2.5. Tipos de estructuras familiares.**

Para diferenciar unas de otras vamos a dar detalles de cómo son cada una (Arriagada, 2005).

#### **A. Familia rígida.**

Hay una dificultad grande para asumir, por parte de los padres, los cambios que experimentan sus hijos, aunque pase el tiempo y dejen de ser niños, los padres de esta familia los seguirán tratando como cuando eran pequeños, es una forma de no admitir el crecimiento por eso se muestran rígidos y autoritarios con ellos.

#### **B. Familia sobreprotectora.**

Como su nombre indica tienen una fuerte preocupación por proteger a sus hijos, pero lo hacen de forma descomunal pasan de una protección a una sobreprotección. Los padres retardan la madurez de sus hijos, no les permiten desarrollarse, ni por supuesto su independencia.

#### **C. Familia permisiva.**

Se diferencia de las demás por la pérdida de roles, es decir los padres no quieren caer en autoritarismo y como son incapaces de disciplinar a los hijos, se encubren con la excusa de querer razonarlo todo que desemboca en que los hijos terminen por hacer lo que quieran, sin control alguno. En definitiva los roles de padres e hijos se pierden hasta tal punto que incluso parece que los hijos mandan más que los padres, e incluso se dan caso en el que no se atreven a decir nada por si acaso el hijo se enfada.

#### **D. Familia centrada en los hijos.**

Hay otro tipo de familia que se caracteriza por que los progenitores siempre meten a los hijos por medio, algo así como que los hijos son la pieza clave de la familia se centran en ellos, y ni siquiera hablan de la pareja, siempre lo sustituyen por los niños y esto es debido a que lo utilizan como un método de defensa, es decir, como no saben enfrentarse a sus propios conflictos utilizan sacan temas sobre sus hijos, como si ese fuera su único tema de conversación.

#### **E. Familia inestable.**

Dentro de la familia inestable se puede ver que no llega a ser una familia unida, los padres no tienen metas comunes y eso les lleva al problema de no saber escoger cómo y cuáles son los principios que quieren inculcar a sus hijos, cuál es el tipo de mundo que quieren que aprendan sus hijos, se presenta un ambiente de inestabilidad que hace que los hijos crezcan en ese ámbito con una personalidad marcada por la inseguridad, la desconfianza, con una imposibilidad afectiva que cuando crecen los forma como adultos incapaces de comunicar sus necesidades y frustrados.

#### **F. Familia estable.**

En ella hay un claro reparto de roles, las enseñanzas y valores que se quieren dar a los hijos son claras, llenas de perspectivas y de futuro. Hay ilusión y se encuentran todos los miembros unidos y queridos, dando como resultado seguridad, estabilidad y confianza. Cuando los niños crecen como han tenido metas y no solo las han conseguido sino que han sido apoyado y llenos de afecto, se convierten en adultos independientes y sin ningún problema a la hora de expresar sus necesidades o de mostrar afecto.

#### **2.2.2.6. Dimensiones del funcionamiento familiar.**

Las profesionales de enfermería cubanas: Ortega, Cuesta y Días (1999), en su artículo digital denominado "Propuesta de un instrumento para la



aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales”, propusieron que el funcionamiento familiar consiste en la dinámica relacional sistemática que se da a través de las siguientes dimensiones: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Las autoras sugirieron que la dinámica o funcionalidad familiar debe estudiarse a partir de la existencia de ocho dimensiones o componentes, a saber:

**A. Cohesión:**

Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

**B. Armonía:**

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

**C. Comunicación:**

Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

**D. Permeabilidad:**

Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

**E. Afectividad:**

Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

**F. Roles:**

Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

**G. Adaptabilidad:**

Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, Modificar la relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

**2.2.2.7. Funcionalidad familiar.**

La comunicación intra familiar permite intercambiar información y definir los límites entre cada individualidad y cada identidad que conforman el todo del sistema familiar, a la vez que resolver situaciones y problemas comunes al interior de la familia. Si los problemas se resuelven de manera eficaz y satisfactoria, entonces estamos frente a una familia funcional. Si por el contrario, la familia no logra resolver los problemas de sus miembros, y más bien, lo agrava, estamos frente a una familia disfuncional.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridades económica, afectiva, social y de modelos o roles sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

Los estudiosos de la familia han buscado las características de lo que en un principio se llamó la “familia ideal”; sin embargo, pronto encontraron que había tantos “ideales” como estudiosos de la familia. Entonces pensaron asignarle el término “familia perfecta”, pero no encontraron ninguna. “Familia sana” sonaba bien; lo difícil fue definir el concepto de salud, y aunque alguien

dijo que es la ausencia de enfermedad, con respecto a las relaciones familiares no servía de mucho.

La especialista cubana en temas familiares Herrera (2006), en su artículo "La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud", recomienda tener en cuenta como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

- Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
- Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
- Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad.
- Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros.
- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer.
- Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser

debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales (con un solo progenitor).

La experta española Martínez (2005) en su ensayo titulado “La Familia Funcional”, menciona otras características de las familias funcionales que complementarán aquellas mencionadas líneas arriba. Veamos cada una de ellas:

**A. Capacidad que tienen para satisfacer las necesidades materiales.**

Un primer aspecto que caracteriza a las familias funcionales de las disfuncionales, se refiere a la capacidad que tienen para satisfacer—aunque sea en los rangos mínimos— las necesidades materiales de alimentación, techo, salud, educación y diversión.

**B. Sensación de pertenencia.**

El contexto familiar procura a sus miembros una sensación de pertenencia y aceptación que contribuye a desarrollar la identidad personal y la autonomía de las personas que lo conforman. Sus vínculos emocionales son generalmente estables y sólidos, sobre todo en el caso de necesitarse para enfrentar una dificultad o amenaza y, al mismo tiempo, les permiten la libertad e independencia necesarias para que cada uno busque su propio camino.

**C. Comunicación clara y directa.**

La mayoría de sus intercambios comunicativos son claros y directos, y el manejo de las emociones es pertinente a la

situación vivida. En caso de disgustos y discrepancias, aunque a veces es difícil, encuentran la posibilidad para poder hablarlos.

#### **D. Buscan soluciones a los problemas.**

Cualquier familia enfrenta problemas, aunque sea funcional. Lo que hace la diferencia es la forma como enfrentan y buscan las soluciones. Todos los miembros de la familia y del grupo como sistema requieren tiempo para comprender las dificultades: así ensayan diversas tácticas de ensayo y error hasta encontrar sus soluciones particulares, y de esta manera contribuyen al buen desarrollo de todos una vez que se ha superado la crisis.

#### **E. Resolución de los conflictos.**

Los conflictos que la familia enfrenta y supera ayudan a sus miembros a crecer y, a la larga, tienen un efecto positivo: los chicos aprenden a no ser personas extremadamente rígidas, pues no se resisten al cambio y buscan alternativas. La principal dificultad que tienen las familias disfuncionales, es que no resuelven o niegan sus problemas y así éstos aumentan y empeoran.

#### **F. Roles y pautas claros.**

Los roles tradicionales, que son las pautas de convivencia, tienen que ver con lo que se debe hacer o no en cada familia; en la mayoría de las funcionales son claros y convincentes para todos, cada uno cumple la parte que le corresponde para que no se sobrecargue a alguien ni por edad o por sexo, como por ejemplo las labores del hogar a la madre.

### **G. Relaciones afectivas horizontales.**

Las relaciones afectivas entre todas las personas pertenecientes a la familia se da de manera horizontal y con cierto margen de consenso; sin embargo, se debe guardar la jerarquía entre las personas de autoridad y los hijos. Las relaciones a nivel intergeneracional son verticales, especialmente cuando los padres deben imponer ciertas reglas como la obligación de ir a la escuela.

### **H. Predisposición al cambio.**

Algo que caracteriza a las familias funcionales es que están predispuestas al cambio, y así logran nuevos equilibrios. Son capaces de enfrentar las vicisitudes que pasan a lo largo de la vida, cuando por el proceso de madurez —tanto de los padres como de los hijos— se les plantean nuevos retos y problemas.

### **I. Equilibrio entre proximidad y distancia entre sus miembros.**

Las familias funcionales tienen la capacidad para manejar la proximidad y la distancia entre los miembros de la familia. Logran el contacto afectivo y cálido entre todos sus miembros; pero al mismo tiempo son capaces de permitir que cada uno tenga sus propios espacios, sus actividades personales y su vida social independiente.

#### **2.2.2.8. Disfuncionalidad familiar.**

El concepto de familia disfuncional es ya de uso común y, al menos de forma aproximada, mucha gente lo entiende. Su origen se encuentra en el área de la psicología y en un principio sirvió para designar a aquellas células

de la sociedad con situaciones conflictivas que iban en detrimento del buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, en concreto de adolescentes y niños (TELETICA, web site). A partir de esta idea se han explicado muchos fenómenos, entre ellos alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o delincuencia, de modo que un juicio apresurado podría señalarle como el origen y único depositario de los males comunitarios.

El experto internacional en temas familiares, Mejía (2005) señala que: “Los adultos necesitan llevar a cabo su proyecto de vida, tener niveles de aspiración, porque de no ser así la familia puede convertirse en una fuente de obstáculos. En esto debemos poner mucha atención, cuando las necesidades ya no se están cubriendo al 100%, porque todos son perjudicados, no sólo los niños”.

Resumiendo, en la familia disfuncional no se desarrolla una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite de modo no verbal (gestos, conductas, señales, etc.) o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc.

### **2.2.3. Centro de salud “Juan Velasco Alvarado”, en el distrito de Alto de la Alianza**

#### **Diagnostico situacional**

#### **Visión institucional**

Ser para el año 2020 un establecimiento modelo de salud, equipado totalmente, con una participación activa y sostenida de la comunidad, compartiendo responsabilidades para mejorar las condiciones de salud y vida mediante la promoción de estilos de vida saludable.

### **Misión institucional**

Brindar una atención con calidad, calidez y equidad, llegando a los grupos más necesitados de nuestra población y con la participación activa de los mismos en mejorar sus condiciones de vida saludable.

### **Reseña histórica del puesto de salud “Juan Velasco Alvarado”**

#### **Antecedentes históricos**

El Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado depende administrativamente del C. S. La Esperanza y conforma la Micro Red Cono Norte, fue inaugurado el 22 de Julio de 1995, pero entró en funcionamiento un 1º de Septiembre del mismo año.

La población de la jurisdicción era de 4,060 habitantes comprendidos en cinco Asociaciones: Asentamiento Humano Juan Velasco Alvarado, Asociación San Pedro y San Pablo, Asociación San Juan de Dios, Asociación Intiorko y Asociación 27 de Agosto del Distrito Alto de la Alianza.

Los servicios con los que apertura sus actividades fueron: Medicina General, Enfermería, Obstetricia, Tópico/ Emergencia y Farmacia con un horario de atención de Lunes a Sábado de 07:30 Hrs. a 13:30 Hrs. Posteriormente se implementó el Servicio de Odontología.

El local comunal del Asentamiento Humano Juan Velasco Alvarado ubicado en A. H. JVA Mz. O Lt. 12 Distrito Alto de la Alianza fue acondicionado y cedido en calidad de préstamo para tal fin.



El 1º de octubre de 1998, se ingresa a la modalidad de administración compartida entre el Ministerio de Salud y la comunidad denominado Comité Local de Administración de Salud Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado.

Luego de múltiples gestiones se logra la Cesión en Uso del actual terreno ubicado en Prolongación Av. Tarata s/n Asoc. San Juan de Dios por parte de la Municipalidad del Distrito Alto de la Alianza; y, circunstancialmente a consecuencia del terremoto del 24 de junio del año 2001 se obtiene financiamiento para tal construcción del local gracias a USAID – EE UU, inaugurándose el 16 de octubre del 2002.

Actualmente se cubre a una población de 4717 habitantes y se ha ampliado el horario de atención (lunes, miércoles y viernes de 07:30 a 19:30 horas). Además de ampliar su infraestructura gracias al apoyo de la municipalidad del distrito del Alto de la Alianza. En cuanto al personal, no se ha incrementado y afrontamos serios problemas para cubrir la demanda y las múltiples actividades que solicitan del nivel central. Además se ha implementado los servicios del Seguro Integral de Salud y todos los normados por el Ministerio de Salud.

El Puesto de salud está dirigido por su actual gerente Lic. Enf. Ada Ordoñez Challapa.

### **Ubicación geográfica**

El Puesto de salud se encuentra ubicado en el distrito Alto de la Alianza, Asociación San Juan de Dios, en la Prolongación Av. Tarata s/n que se ubica en el noroeste de nuestra ciudad a 13 km del centro de la ciudad de Tacna.

El área que corresponde al P.S. Juan Velasco Alvarado tiene como límite:

- Por el Norte : Con Asociación San Pedro San Pablo
- Por el Sur : con A.H.M Juan Velasco Alvarado

- Por el Este : con A.H.M Juan Velasco Alvarado
- Por el Oeste : Con Asociación San Juan de Dios

### **Organización de los servicios de atención:**

Los Servicios que brinda el Puesto de Salud Juan Velasco Alvarado se encuentran organizados de la siguiente manera:

Servicios asistenciales intermedios:

- Farmacia.
- Seguro integral de Salud.

Servicios asistenciales finales:

- Medicina
- Odontología
- Enfermería
- Tópico
- Emergencia
- Obstetricia
- Psicología

Atención por etapas de vida:

- Paquete de atención integral del Niño
- Paquete de atención integral del Adolescente
- Paquete de atención integral del Adulto
- Paquete de atención integral del Adulto Mayor

Extramurales:

- Campañas integrales de salud
- Actividades preventivas promocionales

Está conformado por trabajadores nombrados, entre ellos: Médicos (02), Cirujanos dentistas (02), Obstetras (02), Enfermeras (02), Técnicos de

enfermería (03), Técnicos administrativos (03). Además de trabajadores contratados, entre ellos: Psicóloga y Químico farmacéutico

### **2.3. Definición de términos básicos**

#### **A. Calidad de vida:**

La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos.

#### **B. Factores materiales de calidad de vida:**

Los factores materiales son los recursos que uno tiene, los ingresos disponibles, la posición en el mercado de trabajo, la salud, el nivel de educación, etc.

#### **C. Factores ambientales de calidad de vida:**

Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como:

- Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple
- También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.

#### **D. Factores de relacionamiento de calidad de vida**

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de investigación**

De acuerdo con la orientación es una investigación básica; de acuerdo a la técnica de contrastación, es una investigación descriptiva; de acuerdo con la direccionalidad, es prospectiva; de acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos, es retrolectiva; de acuerdo con la evolución del fenómeno, es transversal, de acuerdo con la comparación de las poblaciones, es una investigación de tipo descriptiva-correlacional.

#### **3.2. Diseño de investigación**

Se realizó un estudio no experimental, correlacional, cuantitativo, transversal.

#### **3.3. Población y muestra de investigación**

##### **3.3.1. Población**

Según la Oficina de del Seguro Integral de Salud (SIS-MINSA) fueron un total de 3 286 las personas atendidas por los diversos servicios de salud que brinda el Puesto de Salud “Juan Velasco Alvarado” del distrito de Alto de la

Alianza”. De esta cifra, 360 personas fueron atendidas por el servicio de psicología en los meses de enero a diciembre del año 2015.

### **3.3.2. Muestra**

La muestra fue no probabilística. Se solicitó a los usuarios del servicio de psicología su consentimiento para responder a la escala de Calidad de Vida. Por lo tanto, el muestreo fue de tipo accidental. Se determinó un tamaño de muestra de 100 usuarios - personas adultas. Estos usuarios fueron atendidos entre los meses de junio, julio, agosto y septiembre, del año 2015.

## **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de los datos**

### **3.4.1. Técnica:**

La técnica de recolección de datos se denomina encuesta. Se le define como una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población.

### **3.4.2. Instrumentos:**

Se utilizó la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). Los dominios o factores del instrumento son:

- Hogar y Bienestar Económico: 5 ítems
- Amigos, vecindario y comunidad: 4 ítems
- Vida familiar y familia extensa: 4 ítems
- Educación y ocio. 3 ítems
- Medios de comunicación: 4 ítems
- Religión (2 ítems) y salud: 2 ítems

Los ítems son de tipo Likert. Las opciones de respuestas son:

1 = Insatisfecho

2 = Un poco satisfecho

3 = Más o menos satisfecho

4 = Bastante satisfecho

5 = Completamente satisfecho

Las categorías finales son:

- Baja calidad de vida
- Tendencia a una baja calidad de vida
- Buena calidad de vida
- Tendencia a una óptima calidad de vida
- Óptima calidad de vida.

Se realizó un análisis de la consistencia interna a partir del coeficiente Alfa de Cronbach para la muestra total (0,95); para la muestra de varones (0,95) y para las mujeres (0,94). En conclusión, la escala es confiable.

### **3.5. Procedimientos estadísticos**

Se llevaron a cabo las siguientes acciones que garantizaron el éxito de la investigación:

- a. Se revisó el instrumento de recojo de datos teniendo en cuenta los objetivos planteados en la presente investigación y con las sugerencias de docentes psicólogos que conocen la variable a investigar.
- b. Se llevó a cabo una prueba piloto para determinar la fiabilidad del instrumento de recojo de datos (escala). La prueba piloto se llevó a cabo durante los meses de prácticas y se solicitó la colaboración de 25 usuarios del servicio de psicología.
- c. Luego de la aplicación de las encuestas se procedió a la tabulación y tratamiento estadístico de los datos. La contrastación de las hipótesis se realizó mediante el estadístico chi cuadrado de Pearson.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

##### 4.1.1. Factores asociados a la calidad de vida de la población encuestada

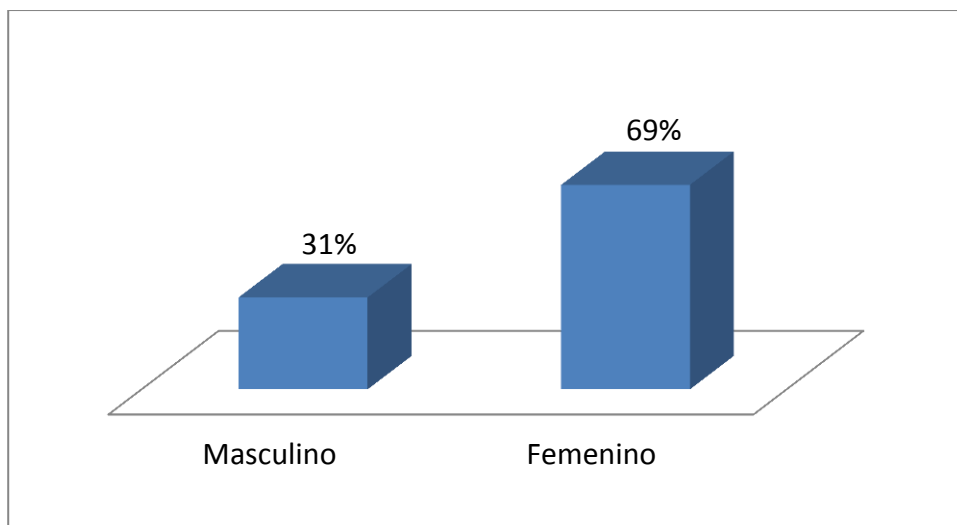
**Tabla 1:** Género de los usuarios

| Género    | f   | %       |
|-----------|-----|---------|
| Masculino | 31  | 31.00   |
| Femenino  | 69  | 69.00   |
| Total     | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de JVA/ 2015.

**Gráfico 1:** Género de los usuarios



Elaboración propia

Fuente: Tabla 1

**Interpretación:**

La mayoría de los encuestados en la presente investigación pertenecen al género femenino (69%), mientras que el 31% de los encuestados pertenecen al sexo masculino.

Estas diferencias pueden explicarse por el hecho de que son las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia a los centros de salud, y no representan necesariamente una mayoría proporcional del género femenino respecto al masculino, en la población en general, pues como bien se sabe, existe equidad entre la distribución de varones y mujeres en la población en general.

Por otro lado, es posible que muchos varones que presentan problemas de salud no acudan a los centros hospitalarios, y ello es probablemente generado por actitudes machistas y tradicionales, que reafirman una identidad masculina que no se queja, que no busca ayuda a sus problemas y malestares.



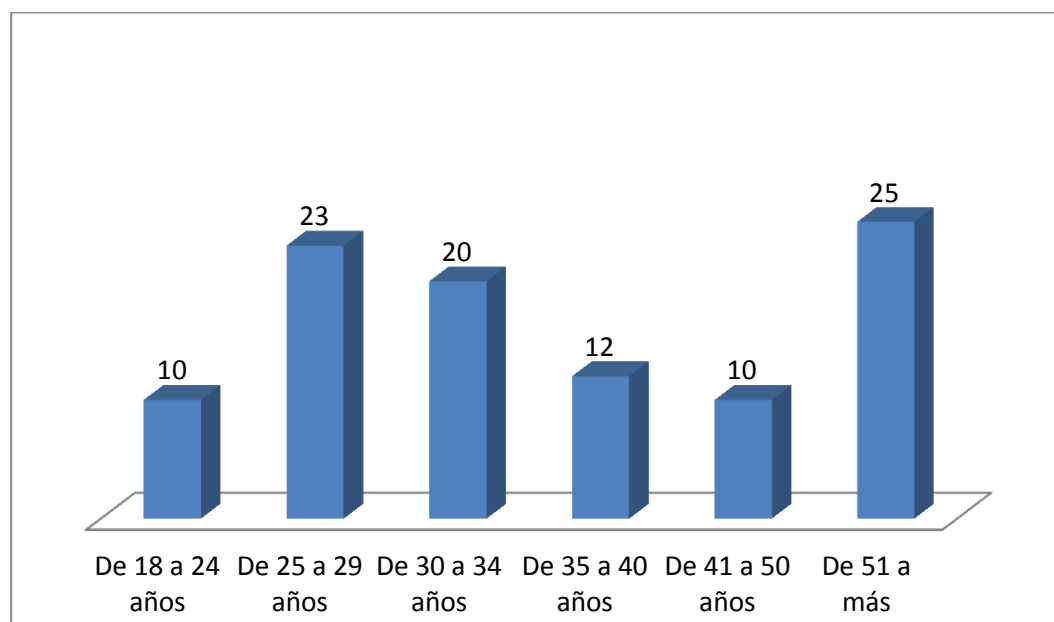
**Tabla 2:** Edad de los usuarios

| Edades          | f   | %       |
|-----------------|-----|---------|
| De 18 a 24 años | 10  | 10.00   |
| De 25 a 29 años | 23  | 23.00   |
| De 30 a 34 años | 20  | 20.00   |
| De 35 a 40 años | 12  | 12.00   |
| De 41 a 50 años | 10  | 10.00   |
| De 51 a más     | 25  | 25.00   |
| Total           | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 2:** Edad de los usuarios



Elaboración propia

Fuente: Tabla 2

**Interpretación:**

La mayoría de los encuestados tienen menos de 34 años de edad (53%). Los encuestados mayores de 35 años a más están representados por el 47% del total de la muestra.

Se observa también que los individuos de 51 años a más, está representado por el 25% de la muestra. Este rango de edad es el que más acude a los centros hospitalarios, pues como bien se sabe, a mayor edad, es más probable que surjan dificultades en la salud de las personas, debido al envejecimiento natural y por otros factores asociados al estilo de vida, condiciones de trabajo y calidad del servicio de salud.

Llama la atención encontrar que el 23% de la muestra está representado por individuos cuyas edades están entre el 25 y 29 años. Pues las personas de estas edades no se caracterizan precisamente por padecer de dolencias sanitarias.

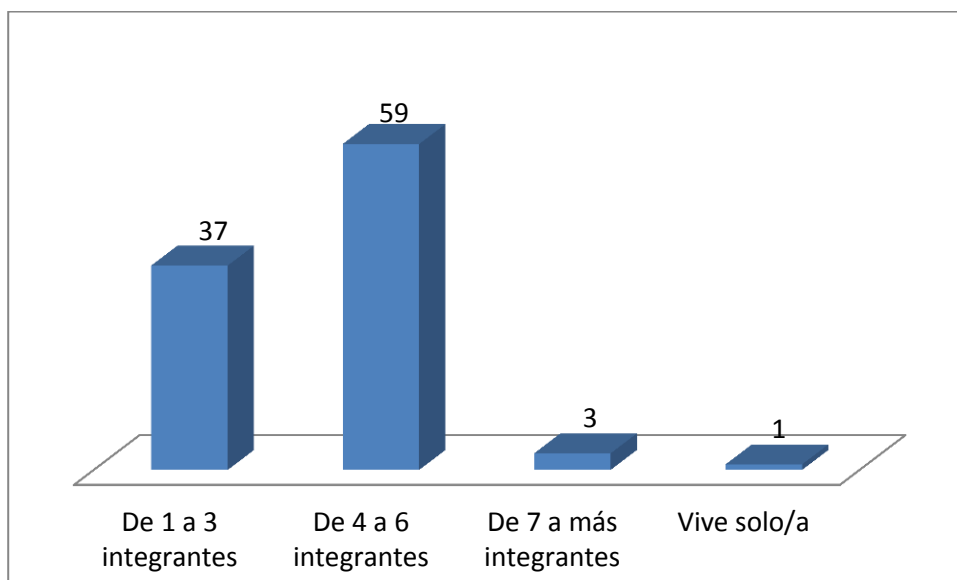
**Tabla 3: Tamaño familiar**

| Opciones               | f   | %       |
|------------------------|-----|---------|
| De 1 a 3 integrantes   | 37  | 37.00   |
| De 4 a 6 integrantes   | 59  | 59.00   |
| De 7 a más integrantes | 3   | 3.00    |
| Vive solo/a            | 1   | 1.00    |
| Total                  | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 3: Tamaño familiar**



Elaboración propia

Fuente: tabla 3

**Interpretación:**

La mayoría de los sujetos de la muestra pertenecen a hogares con 4 a 6 integrantes (59%). En segundo lugar, se halló que el 37% pertenecen a hogares con 1 a 3 integrantes. Luego se encontró que el 3% de los sujetos de la encuesta pertenecen a hogares con 7 a más integrantes. Solo el 1% respondió que vive solo/a.

Hasta hace dos décadas, las familias peruanas se caracterizaban por tener entre 5 a 8 integrantes; es decir, cada familia estaba compuesto por 4 a 6 hijos. Sin embargo, las sucesivas crisis económicas y la influencia de estilos de vida familiar que provienen del extranjero donde se resalta las ventajas de familias con pocos hijos.

La revisión bibliográfica ha permitido determinar que mientras mayor es el número de hijos, se incrementa el estrés entre los padres, aumenta la carencia de recursos económicos y se incrementa el riesgo de padecer problemas de salud mental y/o física.

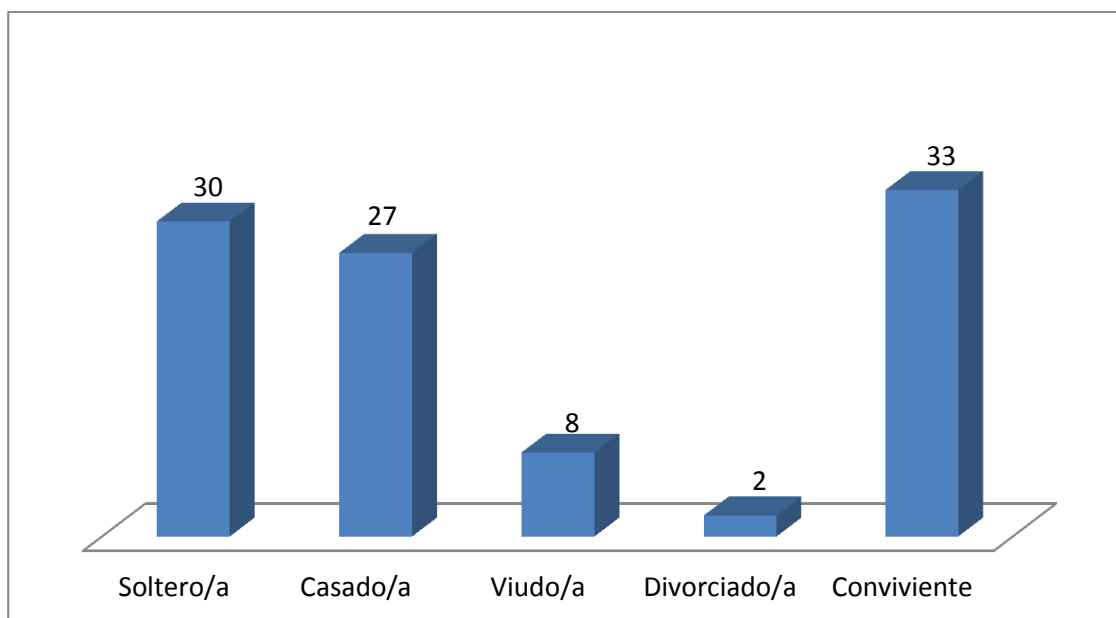
**Tabla 4:** Estado civil

| Opciones     | f   | %       |
|--------------|-----|---------|
| Soltero/a    | 30  | 30.00   |
| Casado/a     | 27  | 27.00   |
| Viudo/a      | 8   | 8.00    |
| Divorciado/a | 2   | 2.00    |
| Conviviente  | 33  | 33.00   |
| Total        | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 4:** Estado civil



Elaboración propia

Fuente: Tabla 4

### **Interpretación:**

Se halló que la mayoría de los individuos pertenecientes a la muestra son convivientes (33%). En segundo lugar, se encontró que el 30% de la muestra es solero/a. En tercer lugar, se halló que el 27% de la muestra es casado/a. Se encontró también que el 8% es viudo/a.

Respecto de los convivientes, se debe señalar que hasta hace pocos años los convivientes eran víctimas de discriminación en nuestro país. Los hijos/a de parejas convivientes también eran discriminados en la escuela, pues la norma social imperante en esas épocas era que toda pareja que compartía un hogar y mantenían vínculos conyugales deberían estar casados por la vía civil y/o religioso. Sin embargo, los cambios que se han producido en el Perú, en los aspectos culturales, sociales y religiosos, han modificado esta norma y ahora se puede constatar que son más las uniones de hecho (convivientes) que aquellas uniones de derecho (matrimonio).

Respecto a la calidad de vida y su relación con el estado civil, existen numerosas evidencias sobre el mayor bienestar psicológico de las personas casadas en relación con las que no se han casado (Simon, 2002, citado en Simó-Noguera, et al, 2015) y como señalan Lamb et al (2003, citados en Simó-Noguera, et al, 2015), se han formulado dos tipos de razonamientos a la hora de explicar la ventaja relativa en salud que disfrutaban las personas casadas en relación con las que nunca se han casado (Lamb et al., 2003, citados en Simó-Noguera, et al, 2015). Por un lado, estaría el efecto de selección, según el cual las personas con mejor salud tendrían una mayor probabilidad de contraer matrimonio.

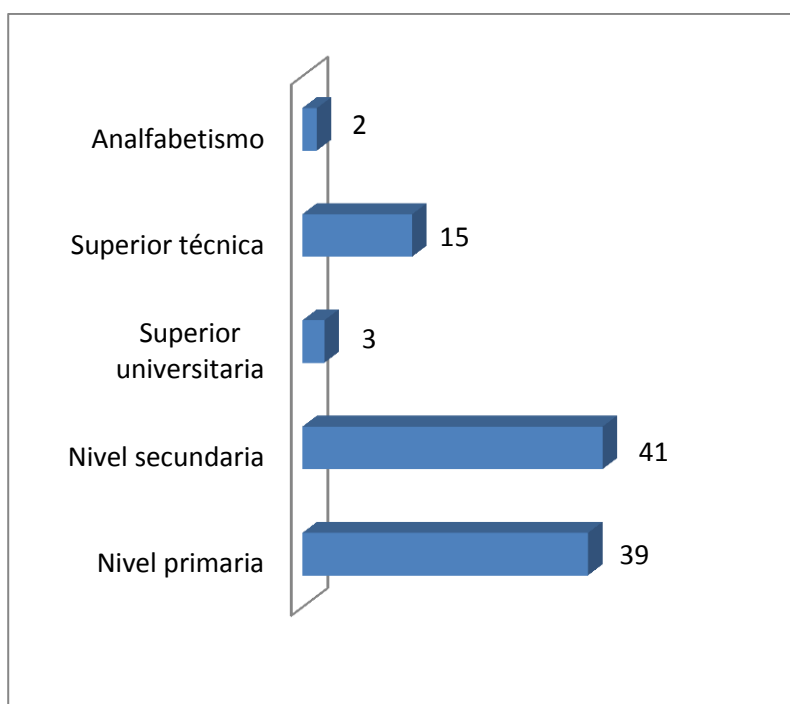
**Tabla 5:** Nivel educativo

| Opciones               | f   | %       |
|------------------------|-----|---------|
| Nivel primaria         | 39  | 39.00   |
| Nivel secundaria       | 41  | 41.00   |
| Superior universitaria | 3   | 3.00    |
| Superior técnica       | 15  | 15.00   |
| Analfabetismo          | 2   | 2.00    |
| Total                  | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 5:** Nivel educativo



Elaboración propia

Fuente: Tabla 5

**Interpretación:**

Se observa que la mayoría de los individuos de la muestra pertenecen al nivel secundario (41%). Le sigue, el 39% que sólo presenta estudios de nivel primario (concluidos e inconclusos). En tercer lugar, se halló que el 15% de la muestra pertenecen al nivel de educación superior técnica.

Según el Instituto Nacional de Estadística de España, en su informe sobre Calidad de Vida de la población española: “La educación no tiene sólo un valor intrínseco en sí misma, como una de las aspiraciones más básicas de las personas la necesidad de aprender, sino que indirectamente influye en aumentar su bienestar y calidad de vida. Las personas se ven beneficiadas a medida que alcanzan mayores niveles de educación: se incrementan los salarios y el nivel de empleo, su estado de salud es mejor al seguir estilos de vida más saludables, la participación política y cívica es más alta y proporciona las habilidades necesarias para una mayor integración en la sociedad”.



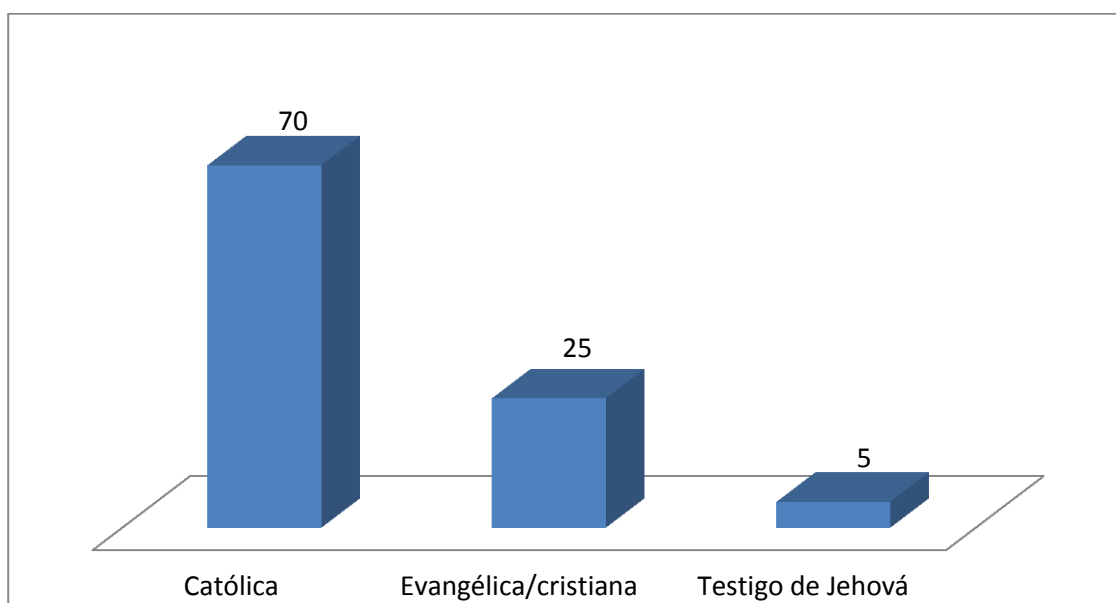
**Tabla 6:** Religión

| Opciones             | f   | %       |
|----------------------|-----|---------|
| Católica             | 70  | 70.00   |
| Evangélica/cristiana | 25  | 25.00   |
| Testigo de Jehová    | 5   | 5.00    |
| Total                | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 6:** Religión



Elaboración propia

Fuente: Tabla 6

**Interpretación:**

Puede afirmarse que la religión católica es la predominante en la muestra (70%). Esta cifra coincide con la correspondiente con las otras regiones del país. En efecto, la religión católica es, según todas las estadísticas, la religión predominante del país. A pesar que en los últimos años se ha incrementado la afluencia de ciudadanos adultos y menores a otras religiones (Testigos de Jehová, Evangélicos, Adventistas, Mormones, etc.).

Se afirma que la vida religiosa de un individuo mejora su calidad de vida en general, tanto material como espiritual, pero existen opiniones contradictorias al respecto, pues mientras algunos afirman que mientras más religioso es un individuo, mejor es su calidad de vida; otros autores opinan que mientras menos religioso sea un individuo, es más probable que alcance mejores niveles de vida, tanto material como espiritual. Los últimos defensores de esta opinión ponen como ejemplo la existencia de altos niveles de calidad de vida de los habitantes de países como: Suecia, Dinamarca, Estonia, Noruega, etc.

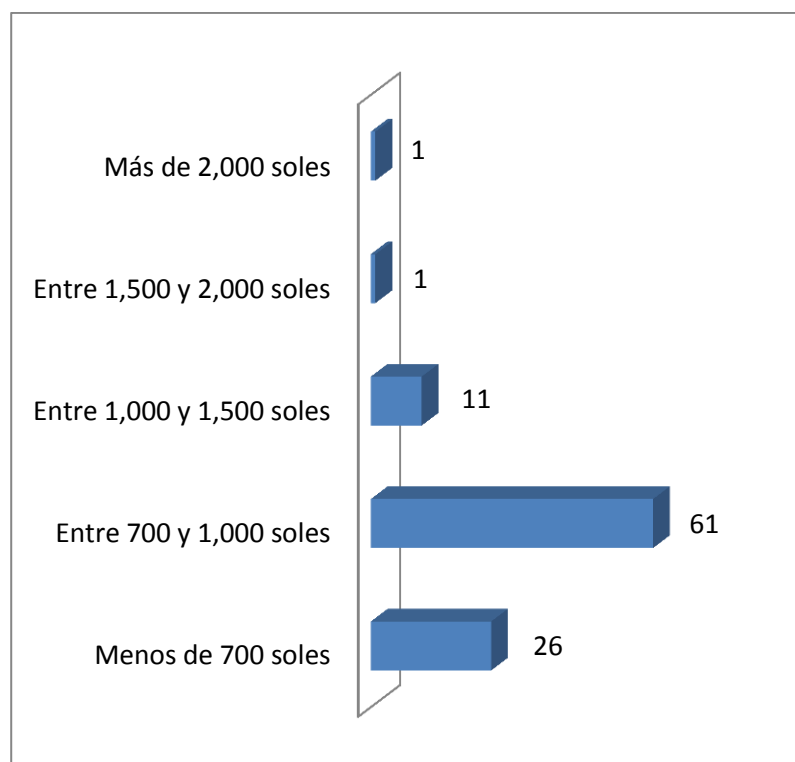
**Tabla 7:** Nivel de ingresos mensuales

| Opciones                  | f   | %       |
|---------------------------|-----|---------|
| Menos de 700 soles        | 26  | 26.00   |
| Entre 700 y 1,000 soles   | 61  | 61.00   |
| Entre 1,000 y 1,500 soles | 11  | 11.00   |
| Entre 1,500 y 2,000 soles | 1   | 1.00    |
| Más de 2,000 soles        | 1   | 1.00    |
| Total                     | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 7:** Nivel de ingresos mensuales



Elaboración propia

Fuente: Tabla 7

**Interpretación:**

Los ingresos económicos es un aspecto fundamental de la calidad de vida de las personas. Pues no es sólo el poseer recursos, sino que con aquellos recursos, el individuo puede pagar una buena atención en salud, disfrutar de ocio y esparcimiento, mejor alimentación, financiar estudios superiores, y cohabitar en mejores condiciones de vivienda, entre otras ventajas que aporta el hecho de poseer mayores recursos financieros.

Sin embargo, también existen expertos que señalan que tener mayores ingresos económicos no incrementa la calidad de vida de las personas, necesariamente. Se afirma, en ese sentido, que algunas personas con mayores ingresos se estresan más que aquellos con menores ingresos, y que la preocupación por pagar impuestos, no perder privilegios que ofrece el dinero, cuidar sus bienes, etc., lo que produce es una reducción de la calidad de vida, más que incrementarla.

Se halló que el 61% de la muestra obtiene ingresos económicos entre los S/. 700 y los S/. 1,000. Mientras que el 26% obtiene ingresos menores a S/. 700 al mes. Debe tenerse en cuenta que la investigación se realizó en una zona periférica de la ciudad, con habitantes que en su mayoría son pobres y con escasos ingresos económicos. Los individuos de la muestra con ingresos mayores a S/. 1,500 apenas representa el 2%.

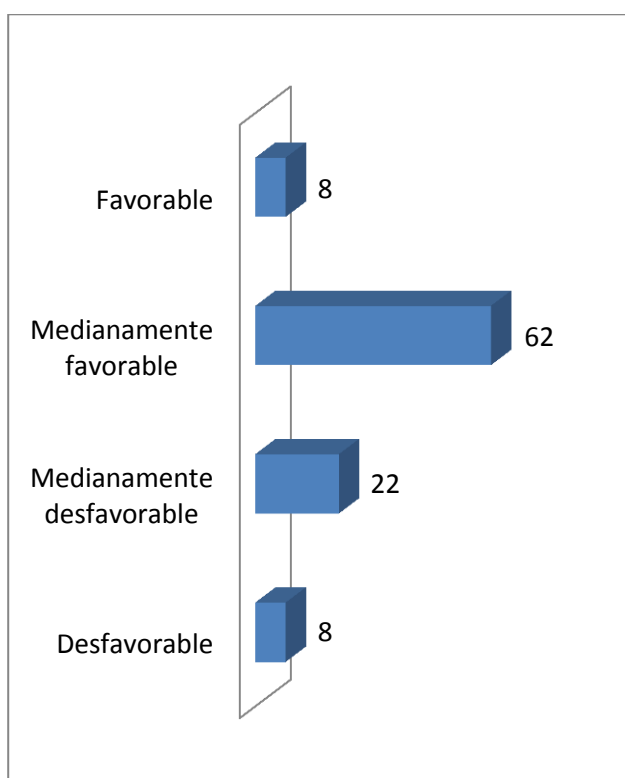
**Tabla 8:** Niveles de calidad de vida

| Opciones                  | f   | %       |
|---------------------------|-----|---------|
| Desfavorable              | 8   | 8.00    |
| Medianamente desfavorable | 22  | 22.00   |
| Medianamente favorable    | 62  | 62.00   |
| Favorable                 | 8   | 8.00    |
| Total                     | 100 | 100.00% |

Elaboración propia

Fuente: Factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del puesto de salud de Juan Velasco Alvarado, en el año 2015.

**Gráfico 8:** Niveles de calidad de vida



Elaboración propia

Fuente: tabla 8

**Interpretación:**

Se halló que el 62% de la muestra se ubican en el nivel Medianamente Favorable (lo que equivaldría a un nivel Regular), mientras que el 22% se ubica en el nivel Medianamente Desfavorable. Sólo el 8% de la muestra presenta un nivel Favorable, y finalmente, el 8% pertenece al nivel Desfavorable.

Como puede observarse en la tabla y gráfico N° 8, la percepción de la calidad de vida se agrupa porcentualmente en el nivel Medio o Regular. Ello significa que más de la mitad de los encuestados considera que posee regulares condiciones en las dimensiones: bienestar económico, amistades, comunidad, vecindario, vida familiar, educación y ocio, medios de comunicación, religión y salud. Es decir, este porcentaje mayoritario de encuestados no presenta niveles óptimos de calidad de vida, pero tampoco presenta niveles pésimos en esta variable.

No ha sido posible comparar estos resultados con otros estudios llevados a cabo de nivel nacional e internacional. La razón es que existen pocos estudios de calidad de vida en población que asisten a un centro de salud.

## 4.2. CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS

### Prueba de Hipótesis 1:

Existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Formulación de la Hipótesis

|         |  |
|---------|--|
| $H_0 =$ | No existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia

|                 |                           | Genero    |          | Total |
|-----------------|---------------------------|-----------|----------|-------|
|                 |                           | Masculino | Femenino |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 1         | 7        | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 6         | 16       | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 19        | 43       | 62    |
|                 | Favorable                 | 5         | 3        | 8     |
| Total           |                           | 31        | 69       | 100   |

### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )
- Si el Valor de Sig.  $\geq$  0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

## Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida y Genero.

### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor              | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                    |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                    |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 5,138 <sup>a</sup> | 3  | ,162                           | ,120                            | ,056                          | ,184            |
| Razón de verosimilitudes     | 5,012              | 3  | ,171                           | ,210                            | ,130                          | ,290            |
| Estadístico exacto de Fisher | 4,618              |    |                                | ,160                            | ,088                          | ,232            |
| Asociación lineal por lineal | 3,466 <sup>c</sup> | 1  | ,063                           | ,040                            | ,002                          | ,078            |
| N de casos válidos           | 100                |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,48.

c. El estadístico tipificado es -1,862.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.120 es mayor que 0.05, entonces no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que No existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.



## Prueba de Hipótesis 2:

Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Formulación de la Hipótesis

|         |  |
|---------|--|
| $H_0 =$ | No Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia Calidad de Vida \* Edad

|                 |                           | Edad            |                 |                 |                 |                  | Total |
|-----------------|---------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------|
|                 |                           | De 18 - 28 años | De 29 - 39 años | De 40 - 50 años | De 51 - 65 años | De 66 años a mas |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 0               | 0               | 0               | 6               | 2                | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 4               | 7               | 2               | 5               | 4                | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 21              | 23              | 10              | 8               | 0                | 62    |
|                 | Favorable                 | 4               | 4               | 0               | 0               | 0                | 8     |
| Total           |                           | 29              | 34              | 12              | 19              | 6                | 100   |

### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

- Si el Valor de Sig.  $\geq 0.05$ , entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

### Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida y edad.

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                     |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                     |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 41,968 <sup>a</sup> | 12 | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Razón de verosimilitudes     | 44,768              | 12 | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Estadístico exacto de Fisher | 33,861              |    |                                | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Asociación lineal por lineal | 27,971 <sup>c</sup> | 1  | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| N de casos válidos           | 100                 |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 14 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

c. El estadístico tipificado es -5,289.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Prueba de Hipótesis 3:

Existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Formulación de la Hipótesis

|         |   |
|---------|---|
| $H_0 =$ | No existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia

|                 |                           | Tamaño Familiar      |                      |                        |             | Total |
|-----------------|---------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-------------|-------|
|                 |                           | De 1 a 3 integrantes | De 4 a 6 integrantes | De 7 a más integrantes | Vive solo/a |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 6                    | 1                    | 1                      | 0           | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 11                   | 10                   | 0                      | 1           | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 17                   | 43                   | 2                      | 0           | 62    |
|                 | Favorable                 | 3                    | 5                    | 0                      | 0           | 8     |
| Total           |                           | 37                   | 59                   | 3                      | 1           | 100   |

### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )
- Si el Valor de Sig.  $\geq$  0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

### Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida y tamaño familiar.

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                     |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                     |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 17,288 <sup>a</sup> | 9  | ,044                           | ,080                            | ,027                          | ,133            |
| Razón de verosimilitudes     | 17,330              | 9  | ,044                           | ,020                            | ,000                          | ,047            |
| Estadístico exacto de Fisher | 18,111              |    |                                | ,020                            | ,000                          | ,047            |
| Asociación lineal por lineal | 2,266 <sup>c</sup>  | 1  | ,132                           | ,150                            | ,080                          | ,220            |
| N de casos válidos           | 100                 |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

c. El estadístico tipificado es 1,505.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.080 es mayor que 0.05, entonces no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que No existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

#### Prueba de Hipótesis 4:

Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

#### Formulación de la Hipótesis

|         |  |
|---------|--|
| $H_0 =$ | No existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia

|                 |                           | Estado Civil |          |         |              |             | Total |
|-----------------|---------------------------|--------------|----------|---------|--------------|-------------|-------|
|                 |                           | Soltero/a    | Casado/a | Viudo/a | Divorciado/a | Conviviente |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 0            | 4        | 3       | 0            | 1           | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 4            | 9        | 3       | 1            | 5           | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 20           | 12       | 2       | 1            | 27          | 62    |
|                 | Favorable                 | 6            | 2        | 0       | 0            | 0           | 8     |
| Total           |                           | 30           | 27       | 8       | 2            | 33          | 100   |

#### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

#### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

- Si el Valor de Sig.  $\geq 0.05$ , entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

### Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida y Estado Civil.

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                     |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                     |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 32,942 <sup>a</sup> | 12 | ,001                           | ,030                            | ,000                          | ,063            |
| Razón de verosimilitudes     | 33,358              | 12 | ,001                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Estadístico exacto de Fisher | 29,036              |    |                                | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Asociación lineal por lineal | ,634 <sup>c</sup>   | 1  | ,426                           | ,430                            | ,333                          | ,527            |
| N de casos válidos           | 100                 |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 14 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

c. El estadístico tipificado es -,796.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.030 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

## Prueba de Hipótesis 5:

Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Formulación de la Hipótesis

|         |   |
|---------|---|
| $H_0 =$ | No existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia

|                 |                           | Nivel Educativo    |                      |                                  |                            |               | Total |
|-----------------|---------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------|-------|
|                 |                           | Educación primaria | Educación secundaria | Educación superior universitaria | Educación superior técnica | Analfabetismo |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 8                  | 0                    | 0                                | 0                          | 0             | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 12                 | 8                    | 0                                | 1                          | 1             | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 19                 | 31                   | 1                                | 10                         | 1             | 62    |
|                 | Favorable                 | 0                  | 2                    | 2                                | 4                          | 0             | 8     |
| Total           |                           | 39                 | 41                   | 3                                | 15                         | 2             | 100   |

### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

- Si el Valor de Sig.  $\geq 0.05$ , entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

### Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida y Nivel Educativo.

Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                     |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                     |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 43,018 <sup>a</sup> | 12 | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Razón de verosimilitudes     | 39,508              | 12 | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Estadístico exacto de Fisher | 33,185              |    |                                | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Asociación lineal por lineal | 16,951 <sup>c</sup> | 1  | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| N de casos válidos           | 100                 |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 15 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

c. El estadístico tipificado es 4,117.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.



## Prueba de Hipótesis 6:

Existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Formulación de la Hipótesis

|         |   |
|---------|---|
| $H_0 =$ | No existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia

|                 |                           | Religión |                                 |                   | Total |
|-----------------|---------------------------|----------|---------------------------------|-------------------|-------|
|                 |                           | Católica | Evangélica-Cristiana-Adventista | Testigo de Jehová |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 6        | 1                               | 1                 | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 15       | 4                               | 3                 | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 41       | 20                              | 1                 | 62    |
|                 | Favorable                 | 8        | 0                               | 0                 | 8     |
| Total           |                           | 70       | 25                              | 5                 | 100   |

### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )
- Si el Valor de Sig.  $\geq$  0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

### Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida y Religion

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                     |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                     |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 11,420 <sup>a</sup> | 6  | ,076                           | ,140                            | ,072                          | ,208            |
| Razón de verosimilitudes     | 12,932              | 6  | ,044                           | ,100                            | ,041                          | ,159            |
| Estadístico exacto de Fisher | 10,416              |    |                                | ,130                            | ,064                          | ,196            |
| Asociación lineal por lineal | 1,725 <sup>c</sup>  | 1  | ,189                           | ,230                            | ,148                          | ,312            |
| N de casos válidos           | 100                 |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

c. El estadístico tipificado es -1,314.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.140 es mayor que 0.05, entonces no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que No existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

## Prueba de Hipótesis 7:

Existe asociación entre la calidad de vida e ingreso económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### Formulación de la Hipótesis

|         |   |
|---------|---|
| $H_0 =$ | No existe asociación entre la calidad de vida e ingreso económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. |
| $H_1 =$ | Existe asociación entre la calidad de vida e ingreso económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.    |

Tabla de contingencia

|                 |                           | Nivel de Ingresos  |                         |                           |                           |                    | Total |
|-----------------|---------------------------|--------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|-------|
|                 |                           | Menos de 700 soles | Entre 700 y 1,000 soles | Entre 1,000 y 1,500 soles | Entre 1,500 y 2,000 soles | Más de 2,000 soles |       |
| Calidad de Vida | Desfavorable              | 7                  | 1                       | 0                         | 0                         | 0                  | 8     |
|                 | Medianamente desfavorable | 13                 | 8                       | 0                         | 1                         | 0                  | 22    |
|                 | Medianamente favorable    | 6                  | 49                      | 7                         | 0                         | 0                  | 62    |
|                 | Favorable                 | 0                  | 3                       | 4                         | 0                         | 1                  | 8     |
| Total           |                           | 26                 | 61                      | 11                        | 1                         | 1                  | 100   |

### Nivel de Significancia:

Se trabajó con el nivel de significancia Alfa = 0,05 ó 5%

### Regla teórica para toma de decisión

- Si el Valor de Sig. < 0.05, entonces se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )
- Si el Valor de Sig.  $\geq$  0.05, entonces no se Rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ )

### Estadística de contraste de Hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson para determinar la asociación entre las variables Calidad de vida e ingresos económicos

#### Pruebas de chi-cuadrado

|                              | Valor               | gl | Sig. asintótica<br>(bilateral) | Sig. de Monte Carlo (bilateral) |                               |                 |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                              |                     |    |                                | Sig.                            | Intervalo de confianza al 95% |                 |
|                              |                     |    |                                |                                 | Límite inferior               | Límite superior |
| Chi-cuadrado de Pearson      | 68,052 <sup>a</sup> | 12 | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Razón de verosimilitudes     | 58,047              | 12 | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Estadístico exacto de Fisher | 54,658              |    |                                | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| Asociación lineal por lineal | 32,060 <sup>c</sup> | 1  | ,000                           | ,000                            | ,000                          | ,030            |
| N de casos válidos           | 100                 |    |                                |                                 |                               |                 |

a. 15 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

c. El estadístico tipificado es 5,662.

### Interpretación:

Como el valor sig. = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida e ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

Los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de Psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza, son los siguientes: la edad, el estado civil, el nivel educativo y los ingresos económicos mensuales. Es decir, a mayor edad, menor calidad de vida; a mayor nivel educativo, mayor calidad de vida; el vivir en situación de convivencia, mejor calidad de vida, y mientras más altos sean los ingresos económicos mensuales, mejor calidad de vida.

### SEGUNDA:

Se halló que el 62% de la muestra se ubican en el nivel Medianamente Favorable (lo que equivaldría a un nivel Regular), mientras que el 22% se ubica en el nivel Medianamente Desfavorable. Sólo el 8% de la muestra presenta un nivel Favorable, y finalmente, el 8% pertenece al nivel Desfavorable.

### TERCERA:

No existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.120 es mayor que 0.05, entonces no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que No existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

#### **CUARTA:**

Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

#### **QUINTA:**

No existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.080 es mayor que 0.05, entonces no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que No existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

#### **SEXTA:**

Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.030 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### **SÉPTIMA:**

Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### **OCTAVA:**

No existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.140 es mayor que 0.05, entonces no se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que No existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

### **NOVENA:**

Existe asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza. Como el valor sig. = 0.000 es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula; por lo tanto podemos afirmar con un 95% de probabilidad que Existe asociación entre la calidad de vida e ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.

## RECOMENDACIONES

### **PRIMERA:**

El presente estudio de factores asociados a la calidad de vida debe replicarse en muestras de adolescentes, estudiantes universitarios, madres adolescentes, trabajadores de todos los sectores (públicos y privados), amas de casa, etc. trabajadores de la calle, etc., con un enfoque cuanti-cualitativo. Dichos estudios pueden ampliar el número de factores (sociales, familiares, económicos, culturales, etc.) para así determinar su asociación con la calidad de vida. Tratándose de una variable poco estudiada en la región Tacna, hace falta llevar a cabo un mayor número de investigaciones.

### **SEGUNDA:**

Las autoridades de la región Tacna, deben considerar que el bienestar y la felicidad de la población tacneña dependen de factores objetivos, tales como: Bienestar material, salud, la productividad, la seguridad, la presencia en la comunidad y el ocio. Es decir, si las autoridades quieren incrementar los niveles de calidad de vida de la población de la región Tacna deberían atender las necesidades que la población tiene acerca de mejores condiciones de vivienda, mejores centros de salud, mejorar los niveles de seguridad y lugares donde disfrutar de ocio y entretenimiento.

### **TERCERA:**

Un sector importante de la población tacneña presenta niveles preocupantes de ansiedad y depresión, además de niveles significativos de alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas (especialmente en la población adolescente). Es por esta situación que la sensación de bienestar subjetivo de un sector importante de la población tacneña presenta niveles deficientes. Por ello, las autoridades de salud de la región Tacna deben priorizar la atención en salud mental de la población.



#### **CUARTA:**

La calidad de vida de la población también puede incrementarse si se aplica una correcta educación en aspectos psicológicos sobre todo en la población infantil y adolescente. Es decir, existe un importante sector de la población que desarrolla ideas irracionales, pensamientos negativos, ideas “tóxicas” y hábitos inadecuados en su forma de pensar, percibir y actuar. La aplicación de programas de psicología social y comunitaria, puede contribuir a que la población infantil y adolescente cambie sus formas de pensar, percibir la realidad y asumir actitudes negativas, por otras formas y estilos de pensamientos que influirán en sus sentimientos y en su comportamiento. Y ello, finalmente, mejorará la percepción de calidad de vida en el futuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTAMIRANO, Z. (2008). *Calidad de vida y satisfacción familiar en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP*. Tesis para optar el grado de Magister. UNMSM. Lima
- ARRIAGADA, I. (2005). *Estructuras familiares, trabajo y bienestar en América Latina*. División de Desarrollo Social-CEPAL. Recuperado de: [http://www.familis.org/conferences/VIFamilia2005Cuba/lostrabajos/conferencia\\_magistral.pdf](http://www.familis.org/conferences/VIFamilia2005Cuba/lostrabajos/conferencia_magistral.pdf)
- ARTOLA, A. y PIEZZI, R. (2004). *La familia en la sociedad pluralista*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Espacio.
- BARON, R. (2002). *Psicología*. México: Prentice Hall
- BERGER, T. (2006). *Aportes de la perspectiva sistémica y la terapia familiar al trabajo en educación especial*. Recuperado de: <http://www.upaep.mx/IntegracionEducativa/WEB%20CONGRESO>
- BLANCO, A. (1985). *La calidad de vida: supuestos psicosociales*. En: MORALES, J., BLANCO, A., HUICI, C. y FERNÁNDEZ, J. (Eds.), *Psicología social aplicada* (159-182). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- BOTELLA, L. y VILAREGUT, A. (s.f.). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Universitat Ramon Llull. Recuperado de: <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>
- CIBANAL, L. (2004). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Recuperado de: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_terap\\_famil\\_4.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm)
- BULNES, M., PONCE, C., HUERTA, R., SANTIBÁÑEZ, R., ALIAGA, J. y HIDALGO, J. (2012). *Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes*. Instituto de Investigaciones Psicológicas –

UNMSM. *Revista de Investigación en Psicología* Año II No. 2. Lugar: Lima – Perú.

DIENER, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542 – 575.N Citado en: ALTAMIRANO, Z. (2008). *Calidad de vida y satisfacción familiar en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Central FAP*. Op. Cit.

FERNÁNDEZ, R., ZAMARRÓN, M. y MACIÁ, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Inersso

GARCÍA, J. (2005). *Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife*. Tesis Doctoral. Universidad de la Laguna. España

GRIMALDO, M. (2012). Calidad de vida en estudiantes de Secundaria de la ciudad de Lima. *Informes Psicológicos* 12(11) 2009, de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia).

GRIMALDO, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *LIBERABIT*, 17(2): 173-185, 2011. Lima – Perú.

GRIMALDO, M. y AGUIRRE, M. (2010). Calidad de vida en estudiantes de una universidad particular de Lima. *Revista de Investigaciones Psicológicas* de la Universidad Federico Villarreal, 1 (1), 79-86.

GRIMALDO, M. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15) ,17-38. Recuperado de:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648003>

GUIL A. (Universidad de Sevilla). *Introducción a los principios sistémicos de comunicación en su aplicación a la organización educativa*. Recuperado de: [http://www.ieev.uma.es/edutec97/edu97\\_c5/2-5-01.htm](http://www.ieev.uma.es/edutec97/edu97_c5/2-5-01.htm)

- HERRERA, P. (2006). *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*. Recuperado de:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_6\\_97/mgi13697.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE ESPAÑA (2008). *Informe sobre Calidad de Vida de la población española*. Recuperado de:  
<http://www.ine.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1259936854013&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&L=0>
- KHAVOUS, E. (s.f.). *Los modelos de estructura familiar. Congreso Europeo: Aprender a ser, aprender a vivir juntos*. Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d198.pdf>
- LEVI, L. y ANDERSON, L. (1980). *La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual moderno.
- LUCAS, R. (1998). *La versión española del WHOQOL*. Madrid: Ergón.
- MARTÍNEZ, I. (2005). *La familia funcional*. Recuperado de:  
[http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f\\_ffuncionales/ffuncio\\_1.htm](http://sepiensa.org.mx/contenidos/2005/f_ffuncionales/ffuncio_1.htm)
- MEJÍA, R. (2005). *¿Qué es una familia disfuncional?* Recuperado de:  
<http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=2195>
- MINUCHIN, S. (2000). *Familias y terapia familiar*. Madrid: Ediciones Gedisa
- MORRISON, V., BENNETT, P. (2008). *Psicología de la salud*. España: Pearson.
- ORTEGA, T., CUESTA, D. y DIAZ, C. (1999). *Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales*. Revista Cubana Enfermería [online]. 1999, vol. 15, nº. 3. Recuperado de:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-0319.
- PAPALIA, D. y WENDKOS, R. (1998). *Desarrollo humano*. Bogotá: D'Vinni Editorial LTDA.

- PORTILLA, L. (2011). *Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*. Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de psicología. E.A.P. de psicología. Lima – Perú
- RICE, P. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital* (2° Ed.). México DF: Prentice Hall.
- RODRÍGUEZ, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis
- SALINAS, T. (COPRE-Bolivia). *Familia, violencia y abuso de drogas*. Recuperado de:  
[http://www.cicad.oas.org/Reduccion\\_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/violenciaintrafam.doc](http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/esp/documentos/DocumentosB/violenciaintrafam.doc)
- SIMÓ-NOGUERA, C., HERNÁNDEZ-MONLEÓN, A., MUÑOZ-RODRÍGUEZ, D. y GONZÁLEZ-SANJUÁN, M. (2015). *El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 151: 141-166. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>)
- YATACO, A. (2008). *Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. Tesis para optar el título de especialista en Salud Mental y Psiquiatría. UNMSM.

## **ANEXOS**

## ANEXO Nº 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Estimado/a usuario/, en el marco de la realización de nuestra Tesis, venimos a solicitarle su colaboración respondiendo a la presente encuesta que tiene por objeto conocer aspectos familiares, sociales, académicos y personales.

Sus respuestas serán tratadas de manera estrictamente **Confidencial** por lo cual no se le solicita colocar sus nombres y apellidos. Sólo deseamos conocer sus respuestas para desarrollar nuestra investigación de Tesis y de esta manera incrementar el conocimiento acerca de la CALIDAD DE VIDA. Estaremos profundamente agradecidos por su gentil colaboración.

Antes de responder a las siguientes preguntas, favor coloque los siguientes datos que se le solicitan:

**Género:** Masculino (  ) Femenino (  )                      **Edad:** \_\_\_\_\_

**Tamaño familiar:** ¿Cuántas personas integran su hogar?

1. De 1 a 3 integrantes
2. De 4 a 6 integrantes
3. De 7 a más integrantes
4. Vive solo/a

**Estado civil:**

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Conviviente

**Nivel educativo:**

1. Educación primaria
2. Educación secundaria

3. Educación superior universitaria
4. Educación superior técnica
5. Analfabetismo

**¿Cuál es su filiación religiosa?**

1. Católica
2. Evangélica-Cristiana-Adventista
3. Testigo de Jehová
4. Agnóstico (Ateo)
5. Mormones

**Ingresos mensuales en su hogar:** (de todos los integrantes de la familia)

1. Menos de 700 soles
2. Entre 700 y 1,000 soles
3. Entre 1,000 y 1,500 soles
4. Entre 1,500 y 2,000 soles
5. Más de 2,000 soles

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA**

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

1. Insatisfecho
2. Un poco satisfecho
3. Más o menos satisfecho
4. Bastante satisfecho
5. Completamente satisfecho

| <b>Hogar y bienestar económico</b>                                    | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tus actuales condiciones de vivienda                               |          |          |          |          |          |
| 2. Tus responsabilidades en la casa                                   |          |          |          |          |          |
| 3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas |          |          |          |          |          |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. La capacidad de tu familia para darte lujos                                   |  |  |  |  |  |
| 5. La cantidad de dinero que tienes para gastar                                  |  |  |  |  |  |
| <b>Amigos, vecindario y comunidad</b>  |  |  |  |  |  |
| 6. Tus amigos  |  |  |  |  |  |
| 7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad                            |  |  |  |  |  |
| 8. La seguridad en tu comunidad  |  |  |  |  |  |
| 9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.)              |  |  |  |  |  |
| <b>Vida familiar y familia extensa</b>   |  |  |  |  |  |
| 10. Tu familia   |  |  |  |  |  |
| 11. Tus hermanos   |  |  |  |  |  |
| 12. El número de hijos en tu familia   |  |  |  |  |  |
| 13. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)                     |  |  |  |  |  |
| <b>Educación y ocio</b>  |  |  |  |  |  |
| 14. Tu actual situación escolar  |  |  |  |  |  |
| 15. El tiempo libre que tienes   |  |  |  |  |  |
| 16. La forma como usas tu tiempo libre   |  |  |  |  |  |
| <b>Medios de comunicación</b>  |  |  |  |  |  |
| 17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión |  |  |  |  |  |
| 18. Calidad de los programas de televisión                                       |  |  |  |  |  |
| 19. Calidad del cine   |  |  |  |  |  |
| 20. La calidad de periódicos y revistas  |  |  |  |  |  |
| <b>Religión</b>  |  |  |  |  |  |
| 21. La vida religiosa de tu familia  |  |  |  |  |  |
| 22. La vida religiosa de tu comunidad  |  |  |  |  |  |
| <b>Salud</b>   |  |  |  |  |  |
| 23. Tu propia salud  |  |  |  |  |  |
| 24. La salud de otros miembros de la familia                                     |  |  |  |  |  |

**Gracias por su colaboración**

## ANEXO Nº 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMAS  | OBJETIVOS   | HIPÓTESIS  |
|--|---|--|
| <p><b>Problema general:</b><br/>¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p><b>Problemas secundarios:</b></p> <p>1. ¿Cuáles son los niveles de calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>3. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>4. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la</p> | <p><b>Objetivo general:</b><br/>Identificar los factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>1. Determinar los niveles de calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>2. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>3. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>4. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los</p> | <p><b>Hipótesis general:</b><br/>Existen factores asociados a la calidad de vida de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p><b>Hipótesis secundarias:</b></p> <p>1. El nivel de calidad de vida que predomina en los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza, es medianamente favorable.</p> <p>2. Existe asociación entre la calidad de vida y el género de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>3. Existe asociación entre la calidad de vida y la edad de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>4. Existe asociación entre la calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>calidad de vida y el tamaño familiar de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>5. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>6. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>7. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> <p>8. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza?</p> | <p>usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>5. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>6. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>7. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>8. Determinar el nivel de asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> | <p>de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>5. Existe asociación entre la calidad de vida y el estado civil de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>6. Existe asociación entre la calidad de vida y el nivel educativo de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>7. Existe asociación entre la calidad de vida y la filiación religiosa de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> <p>8. Existe asociación entre la calidad de vida y los ingresos económicos mensuales de los usuarios del servicio de psicología que acuden al Puesto de Salud de Juan Velasco Alvarado de Alto de la Alianza.</p> |
|--|--|---|