



EN LA UAP
TÚ ERES PARTE
DEL CAMBIO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE GERONTOLOGÍA**

TESIS

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MICAELA
BASTIDAS, LIMA – 2021.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE GERONTÓLOGO

PRESENTADO POR: JUDITH MERCEDES ESTELA BEJARANO

ASESOR: Mg. y/o Dr.....

**LIMA, PERÚ
ENERO, 2022**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi tía Carmen Sistina Estela Estela, por haberme forjado sus experiencias, fuerza y valentía para seguir adelante, sobre todo ser la persona que soy en la actualidad; por brindarme esos valores de familia por no impedir lograr mis sueños gracias a su formación con sus reglas y libertades que me brinda. Que Dios siempre la proteja.

Finalmente me dirijo y dedico a todos los adultos mayores del Club Centro de Salud Micaela Bastidas de Ate, por ejercer sus derechos y deberes, ser personas con mucha experiencia, que nos brinda la fortaleza de seguir como profesionales en salud, sobre todo vivir día a día la voluntad que nuestro Dios les brinda.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dar las gracias a Dios por darme, la fuerza necesaria para poder cumplir mis logros, con mucho esfuerzo y dedicación.

Gracias a mi Abuelita Carmen Estela, por ser parte de este camino de mi vida, a mis padres, a mis hermanos, a mis tíos y primos, por ser, mi apoyo incondicional y motivación para culminar mis estudios, por darme ese calor de familia que uno necesita día a día.

Así mismo agradecer a la universidad, por haberme dado los conocimientos y poder formarme como profesional.

Agradecimientos especiales a mis profesores por brindarnos todas sus experiencias y conocimientos profesionales, en esta etapa de vida Adulta Mayor, que es aislada y olvidada; Gracias por ser ese gran aporte, que necesita y requiere nuestro país.

Agradezco infinitamente al Dr. Jesús Cuevas, por tener ese gran corazón de enseñarme y darme el espacio con el Club de Adultos Mayores de Micaela Bastidas, que el señor siempre lo tenga con bien, por ser una maravillosa persona.

Mi amiga Elita Pecho, que siempre está conmigo para darme las ganas de seguir avanzando, sobre todo su gran paciencia y apoyo profesional, le agradezco mucho, durante todo este tiempo que me brinda siempre, en los buenos y malos momentos, agradecida con todo mi ser.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1 <i>Fundamentos teóricos de la investigación</i>	7
1.1.1 Antecedentes.....	7
1.1.2 Bases teóricas.....	11
1.1.3 Definición de términos básicos.....	21
CAPÍTULO II. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	24
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1 <i>Diseño metodológico</i>	27
3.2 <i>Diseño muestral</i>	28
3.3 <i>Técnica de recolección de datos</i>	29
3.4 <i>Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información</i>	30
3.5 <i>Aspectos éticos contemplados</i>	30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	32
4.1. <i>Análisis de resultados</i>	32
4.1.2. Análisis inferencial.....	40
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	47

RECOMENDACIONES.....	48
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	49
ANEXOS.....	87
• Matriz de consistencia (Anexo 1)	
• Instrumentos de recolección de datos (Anexo 2)	
• Procedimiento de Encuesta (Anexo 3)	
• Alfa de CronBach (Anexo 4)	
• Oficio de solicitud para autorización de estudio (Anexo 5)	
• Autorización Institucional (Anexo 6)	
• Resultados del estudio. (Anexo 7)	

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1. Operacionalización de las Variables.....	13
Tabla 2. Dimensión salud	33
Tabla 3. Dimensión seguridad	34
Tabla 4. Dimensión participación.....	35
Tabla 5. Resultados de la Dimensión componente objetivo	36
Tabla 6. Resultados de la Dimensión componente subjetivo	37
Tabla 7. Envejecimiento activo	38
Tabla 8. Calidad de vida	38
Tabla 9. Relación entre envejecimiento activo y calidad de vida	40
Tabla 10. Relación entre la salud del envejecimiento activo y calidad de vida.....	41
Tabla 11. Relación entre la seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida....	42
Tabla 12. Relación entre la participación del envejecimiento activo y calidad de vida	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Principales objetivos del envejecimiento activo. (World Health Organization, 2016)	13
Figura 2. Resultados de la dimensión salud	33
Figura 3. Resultados de la dimensión seguridad	34
Figura 4. Resultados de la dimensión participación.....	35
Figura 5. Resultados de la dimensión componente objetivo.....	36
Figura 6. Resultados de la dimensión componente subjetivo.....	37
Figura 7. Envejecimiento activo	38
Figura 8. Calidad de vida.....	39

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar cuál es la relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021; para lo cual se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo – correlacional y diseño no experimental, donde se empleó la encuesta (cuestionario) como técnica de recolección de datos, para ello, inicialmente se aplicó un instrumento para la medición de las variables envejecimiento activo y calidad de vida, a una muestra de 60 adultos mayores del Centro de Salud Micaela Bastidas. Los resultados del estudio evidenciaron que el 78.3% (n = 47) de los encuestados consideró que la variable envejecimiento es buena, y la calidad de vida fue calificada como alta con el mismo porcentaje; además, se pudo establecer que 68.3% (n = 41) de los encuestados eran mujeres y el 31.7% hombres (n = 19), la mayoría de ellos tenía entre 60 y 70 años de edad (48.3%, n = 29), eran casados (41.7%, n = 25), con estudios de primaria incompleta (33.3%, n = 20) y de ocupación negociante (31.7%, n = 19). Adicionalmente, se determinó que el envejecimiento activo se relaciona de manera positiva, significativa y buena con la calidad de vida (chi-cuadrado = 32.241, tau-b de Kendall = 0.619 y p-valor = 0.000) en los adultos mayores del Centro de Salud Micaela Bastidas – Lima, 2020. De la misma manera, se demostró que las tres dimensiones del envejecimiento activo se relacionan con la calidad de vida, así: salud (chi-cuadrado = 52.673, tau-b de Kendall = 0.654, p = 0.000); seguridad (chi-cuadrado = 23.896, tau-b de Kendall = 0.486, p = 0.000); y participación (chi-cuadrado = 25.950, tau-b de Kendall = 0.403, p < 0.05).

Palabras clave: envejecimiento activo, calidad de vida, adulto mayor

ABSTRACT

The general objective of this study was to determine the relationship between active aging and quality of life of older adults treated at the Micaela Bastidas Health Center, Lima - 2021; for which a quantitative approach study was carried out, descriptive - correlational and non-experimental design, where the survey (questionnaire) was used as a data collection technique, for this, an instrument was initially applied for the measurement of the variables active aging and quality of life, to a sample of 60 older adults from the Micaela Bastidas Health Center. The results of the study showed that 78.3% (n = 47) of the respondents considered that the aging variable is good, and the quality of life was qualified as high with the same percentage; In addition, it was possible to establish that 68.3% (n = 41) of the respondents were women and 31.7% men (n = 19), most of them were between 60 and 70 years old (48.3%, n = 29), they were married (41.7%, n = 25), had not completed primary school (33.3%, n = 20) and had a business occupation (31.7%, n = 19). Additionally, it was determined that active aging is positively, significantly and well related to quality of life (chi-square = 32.241, Kendall's tau-b = 0.619 and p-value = 0.000) in older adults at the Center for Health Micaela Bastidas – Lima, 2020. In the same way, it was shown that the three dimensions of active aging are related to quality of life, as follows: health (chi-square = 52.673, Kendall's tau-b = 0.654, p = 0.000); safety (chi-square = 23.896, Kendall's tau-b = 0.486, p = 0.000); and participation (chi-square = 25.950, Kendall's tau-b = 0.403, p < 0.05).

Keywords: active aging, quality of life, older adult

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la población de adultos mayores ha ido creciendo en los últimos años, observándose que la proporción de personas mayores a 65 años o más, representaba en el año 2010 cerca de un 8% y las proyecciones indican que este porcentaje se duplicará en todo el mundo en el año 2050 (Paúl et al., 2017). Es así, como el envejecimiento de la población se ha transformado en un tema importante en general, por tanto, mantener una buena calidad de vida vinculada con la salud es un reto prioritario (Parra, 2017).

En Perú, como en el resto de Latinoamérica, los adultos mayores (definidos como mayores de 60 años) están creciendo de forma acelerada como parte de la pirámide poblacional, concentrándose un mayor crecimiento entre las mujeres mayores y los ancianos (es decir, mayores de 80 años). En efecto, en 1990 representaban solamente el 6.1% de la población total, hoy en día los adultos mayores son el 9.4%, y las Naciones Unidas prevén un aumento en el año 2030 hasta el 14.5%(Defensoría del Pueblo, 2019).

En este sentido, cabe mencionar que el rápido envejecimiento de la población peruana ha agravado los efectos de lo que los expertos denominan la transición epidemiológica, es decir, el cambio gradual de la carga de morbilidad de un país, que ha pasado de las enfermedades infecciosas y la malnutrición, a las enfermedades crónicas no transmisibles, como la depresión y las cardiopatías. Anudado a esto, es importante mencionar que la sociedad en su mayoría, continúa identificando la vejez y las personas mayores con la falta de productividad, la dependencia y la enfermedad y, por el contrario, envejecer en

el siglo XXI, exige que el individuo pueda mantenerse productivo, saludable, autónomo, actualizado e independiente, indistintamente de su edad (Toledo, 2019).

Es así en este contexto, donde surge el paradigma del envejecimiento activo, que ofrece un modelo basado en la salud, fundamentado en una nueva forma de entender la etapa de la vida denominada vejez, postulado a finales del siglo pasado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual afirma que es el proceso donde se optimiza la participación, salud y seguridad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen, de manera progresiva a medida que van entrando en dicha etapa, permitiendo realzar el potencial mental, social y físico en este ciclo de vida, adaptado a sus capacidades, deseos, y necesidades, desde la perspectiva principalmente de la atención sanitaria, en conjunto con la sociedad. En este sentido, los determinantes principales del envejecimiento activo son los conductuales, transversales, de sistemas sanitarios y sociales, determinantes personales, del entorno físico, social y económico (World Health Organization, 2016; Yen y Lin, 2018).

De esta forma, se postulan además, como pilares básicos del envejecimiento activo, que adicionalmente serán la guía y referente de estudio: la salud (estado total de bienestar), seguridad (asegurar la protección y la dignidad de las personas mayores, abordando las necesidades y los derechos de seguridad física, social y financiera) y la participación (participar de forma activa en la gestión de los diversos aspectos que atañen directamente con su vida, como el

autocuidado y aspectos socioculturales); por lo tanto, envejecer bien significa envejecer activamente en torno a dichos pilares, que a su vez fundamentan la calidad de vida desde su componente objetivo, con el uso de los recursos; y subjetivo, conceptualizándose así, la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Así, dicho concepto expresa que la calidad de vida no es equivalente a su estado de salud, forma de ver la vida o estado mental, sino que conforma un concepto multidimensional que incluye la percepción del individuo sobre los conceptos de la vida (Castillo et al., 2015).

De esta forma, ambos postulados tanto la calidad de vida como el envejecimiento activo, según algunos estudios están relacionados, y destacan que el envejecimiento activo contribuye a una mejor calidad de vida de los adultos mayores, debido a que contribuye a la adopción de comportamientos activos y el logro de un equilibrio en la salud, aspectos sociales y culturales (Azevedo, 2021)

En este contexto, según lo expuesto se trae a colación el caso de los adultos mayores que acuden por atención al Centro de Salud Micaela Bastidas de Lima, donde se ha evidenciado que son un grupo poblacional vulnerable, en consultas médicas destacan sentirse cansados, con sueño, aislados, muchos de ellos refieren falta de cuidado familiar, falta de cariño, no hacen actividades recreativas, a pesar de que el Centro de Salud Micaela Bastidas, formó el Club de Adultos Mayores para que puedan realizar actividades de ocio y tiempo libre,

éstos no asisten, por lo que hay poca participación. En este sentido, causa preocupación de si estarían experimentado síntomas de depresión, ansiedad, falta de autocuidado y disminución en la atención a su salud, visto que, además, algunos no cuentan con los recursos para comprar las medicinas, otros no asisten regularmente a la revisión médica, o se auto medican.

Todo esto trae como consecuencia que su calidad de vida se vea perjudicada y disminuya, colocando en riesgo su equilibrio biopsicosocial y no tienen un envejecimiento activo como ideal de vida. Bajo este contexto, se presenta esta investigación denominada “Envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021” que busca ser un aporte significativo ante la problemática planteada, de manera tal que los gerontos puedan tener la perspectiva del envejecimiento activo, para paulatinamente mejorar su calidad de vida. Cuyo problema principal es, ¿Cuál es la relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021? Mientras que los problemas específicos son:

- ¿Cuál es la relación entre la salud y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas?
- ¿Cuál es la relación entre la seguridad y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas?
- ¿Cuál es la relación entre la participación y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas?

Siendo el objetivo general, Establecer la relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021. Y los objetivos específicos:

- Analizar la relación entre la salud y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
- Analizar la relación entre la seguridad y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
- Analizar la relación entre la participación y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Uno de los retos que enfrenta el desarrollo de la gerontología como ciencia, es poder contar con nuevas investigaciones que ayuden a generar conocimientos emergentes sobre las formas en que se puede obtener mejor calidad de vida en los adultos mayores. En este sentido, los hallazgos de la presente investigación constituyen un aporte significativo, al proporcionar elementos para enriquecer el paradigma del envejecimiento activo, enfoque teórico propuesto por la OMS y que todavía está desarrollándose en muchos países latinoamericanos.

Asimismo, se benefició de forma directa al Centro de Salud Micaela Bastidas y otras dependencias similares, quienes contaron con elementos adicionales para el diseño de actividades de cuidado gerontológico más efectivas. Del mismo modo todo el instrumental metodológico conforma una contribución para investigadores del área que deseen continuar con la línea de desarrollo propuesta.

La presente investigación contó con la asesoría de excelentes docentes universitarios para poder llevar a cabo con éxito su desarrollo, igualmente, los materiales requeridos y exigencias financieras, fueron cubiertas sin problema

alguno por la autora, otorgándole plena viabilidad. De la misma manera, se planificó el desarrollo de las actividades en un escenario temporal viable de tres meses. Por último, la autora tuvo acceso a la información, libros y publicaciones científicas necesarias para desarrollar la tesis.

Una de las principales limitantes para poder cumplir con el objetivo general de determinar la relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores, fue precisamente lograr la mayor participación posible de los adultos mayores del centro de salud evaluado. Por ello, se utilizó un diseño de investigación basado en instrumentos de recolección de datos sencillos y fáciles de entender.

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, de tipo básica, no experimental – transeccional, y de nivel descriptivo – correlacional - causal. La población estuvo compuesta por 71 adultos mayores del Centro de Salud Micaela Bastidas en Lima, y se seleccionó una muestra de 60 personas. Adicionalmente, se estructura en secciones: i) Capítulo I o Marco Teórico, contentivo de los antecedentes, las bases teóricas del estudio y la definición de términos básicos; ii) Capítulo II referido a la formulación de hipótesis general y específicas y la operacionalización de las variables; iii) Capítulo III o Metodología, contentivo del diseño metodológico, las técnicas de recolección de datos, las técnicas estadísticas para procesar la información, el diseño muestral y los aspectos éticos; iv) Capítulo IV o Resultados, donde se presentan los hallazgos del estudio; v) Capítulo V o Discusión de Resultados, donde se discuten los resultados obtenidos y vi) Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Fundamentos teóricos de la investigación

1.1.1 Antecedentes

Azevedo S., Rosa A., y Valcarenghi A. (2021) Objetivo: identificar la producción científica sobre el envejecimiento activo y la promoción de la salud en adultos mayores. **Métodos:** se llevó a cabo una revisión sistémica sin delimitación temporal, realizado a través de búsquedas en las bases de datos LILACS, MEDLINE, CINAHL, Scopus y Biblioteca Virtual SciELO. Sólo se tomaron en cuenta los artículos originales publicados en revistas indexadas y escritos en portugués, español e inglés. Se adoptaron procedimientos descriptivos para el análisis de la muestra final de estudios. Tras eliminar los duplicados y aplicar los criterios de inclusión, se obtuvieron 256 artículos. Tras la lectura de los resúmenes, se excluyeron 155 artículos no relacionados con el tema y, tras la lectura del texto completo texto completo, se excluyeron 35 artículos por no abarcar el envejecimiento activo. La muestra resultante de 66 artículos constituyó el corpus del estudio. Tras este proceso de selección, todos los artículos fueron sometidos a lecturas exhaustivas para la identificación y registro de los elementos de interés. **Resultados:** se identificaron 39 artículos en inglés, 24 en portugués y tres en español. Además, 26 estudios se realizaron en Europa, 26 en América del Sur, siete en América del Norte, cinco en Asia y dos en el Reino Unido. Sobre el envejecimiento activo, se establecieron tres categorías: percepción de los adultos mayores y de los profesionales sobre el envejecimiento activo, promoción de la salud para el envejecimiento activo y determinantes e instrumentos para la evaluación del envejecimiento activo. Se hizo evidente que los contenidos positivos impregnan el envejecimiento activo, sin

embargo, cuando la palabra "activo" no se asocia con el envejecimiento, esta etapa de la vida sigue estando representada por pérdidas y discapacidades, y ausencia de actividad física. Las percepciones más comunes del envejecimiento activo encontradas en los estudios son el mantenimiento de la salud física y el funcionamiento del cuerpo, el ocio, actividades, los contactos sociales, la salud mental, el acto de trabajar, la capacidad funcional, la independencia, la movilidad, el apoyo del entorno y la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de forma independiente. Culturalmente, se señala a la familia como sistema de apoyo y facilitador de la interacción social de las personas mayores. La vida social contribuye al ejercicio de la ciudadanía, la valorización y la inserción de los ancianos en el medio social como entornos seguros y apropiados para los ancianos. **Conclusión:** la revisión sistémica, evidenció el envejecimiento activo como la adopción de comportamientos activos y el logro de un equilibrio en la salud, aspectos sociales y culturales.

Benavides M., et al. (2020). Objetivo: evidenciar la relación entre la calidad de vida y el envejecimiento activo y su influencia en el índice de esperanza de vida.

Métodos: estudio descriptivo basado en revisión sistémica de la literatura científica sobre la relación entre el envejecimiento activo, la calidad de vida y su influencia en el índice de esperanza de vida. Se escogieron 24 artículos científicos y se complementó con libros en idioma inglés y español e indexados en Google Académico, Medline, EBSCO, PubMed, Dynamed Plus, Redalyc, Research Gate, JAMDA y SciELO. **Resultados:** en las publicaciones revisada se destaca que el envejecimiento activo mejora de la calidad de vida, y que a su vez estos son referentes importantes para el diseño de actuaciones a diversos niveles. Las políticas

reconocen tres prioridades: el fomento de la salud, las personas mayores y el bienestar en la etapa de la vejez; así como, la formación de un entorno favorable al envejecimiento activo. Se determinó que la esperanza de vida al ser un índice numérico, no especifica individualidades de cada población y que no está influido de forma directa por el envejecimiento activo o la calidad de vida. **Conclusiones:** si los adultos mayores pueden vivir la vejez con buena salud y en un entorno adecuado, podrán hacer lo que denomina como envejecimiento activo, pero si, por el contrario, los domina el declive de la capacidad mental y física, las implicaciones tanto para ellos como para la sociedad son negativas.

Parra M. (2017). Objetivo: describir el envejecimiento activo y calidad de vida, desde el análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años

Métodos: estudio cuantitativo, con un nivel descriptivo y un diseño no experimental, la muestra estuvo constituida por 397 participantes, para la recolección de datos se emplearon tres cuestionarios auto-administrado, para valorar la actividad física se aplicó el Cuestionario Internacional de Actividad Física, IPAQ., para valorar la calidad de vida se usó el Cuestionario Breve de Calidad de Vida, CUBRECAVI y para la satisfacción con la vida se usó el Life Satisfaction Index. **Resultados:** 64.7% de la muestra eran mujeres y el 35.3% hombres, siendo la edad media 69 años, se identificó que el 46.1% de los adultos mayores realiza una actividad física alta, un 41.6% moderada y el 12.3% baja. Sobre el nivel de satisfacción, el 50.4% dice tener mucha satisfacción con su vida y en cuanto a la calidad de vida, el 39% de los integrantes de la muestra tiene alta calidad, un 58.2% media y un 2.8% baja calidad, destaca que los participantes afirmaron que los determinantes de la calidad de vida, son tener buena salud, mantener buenas relaciones familiares y sociales, y

mantenerse activo. **Conclusión:** la mayoría de los participantes tiene alta actividad física, mucha satisfacción con su vida y una calidad de vida media.

Sopla L. (2020). Objetivo: determinar la calidad de vida de los adultos mayores del distrito de Huancas - Chachapoyas, 2019. **Métodos:** estudio cuantitativo, con un nivel descriptivo y un diseño no experimental, la muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores, para la recolección de datos se empleó el cuestionario de salud SF36. **Resultados:** 47.5% de los adultos mayores reportó una calidad de vida en promedio, un 22.5% un nivel bajo, el 20% un nivel alto y el 10% un nivel muy bajo. En las dimensiones de función física tienen una calidad de vida alta; y en las dimensiones de salud general, tienen una calidad de vida baja. **Conclusión:** A nivel general casi la mitad de los adultos mayores reportó una calidad de vida promedio, seguida de una baja calidad de vida.

Durand M. (2018). Objetivo: determinar la relación entre calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. **Métodos:** estudio cuantitativo, con un nivel correlacional y un diseño no experimental, la muestra estuvo constituida por 70 adultos mayores, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario para cada variable. **Resultados:** se encontró una relación positiva débil ($\rho = 0.493$, $p < 0.05$), entre calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula. **Conclusión:** existe relación positiva entre la calidad de vida y el proceso de envejecimiento.

Condo J., y Roque Y. (2017). Objetivo: analizar la influencia de las relaciones sociales en el envejecimiento activo de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma. **Métodos:** estudio cuantitativo,

con un nivel descriptivo y un diseño no experimental, la muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores, para la recolección de datos se empleó un cuestionario. **Resultados:** el 65% de adultos mayores reportó estar integrados en las actividades sociales y familiares, teniendo la mayor interacción con los nietos, destaca que un 35% de los ancianos se sienten deprimidos y abandonados. El estudio encontró que 65% de los participantes gozan de un óptimo envejecimiento activo. **Conclusión:** las relaciones sociales influyen en el envejecimiento activo de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma.

1.1.2 Bases teóricas

Envejecimiento activo

La vejez es un proceso natural que se inicia con la vida intrauterina, continúa hasta la muerte y es causada por la degeneración irreversible de células y sistemas del organismo (Özel et al., 2014). Este proceso conlleva cambios fisiológicos, psicológicos, sociológicos y cronológicos; por lo tanto, la definición de la vejez es bastante amplia y compleja, debido a que constituye un proceso multidimensional de las personas que se especifica por ser intrínseco, irreversible y heterogéneo que representando a su vez, una construcción biográfica y social del último momento del curso de vida del ser humano, donde surgen entre otros aspectos, oportunidades, necesidades, limitaciones, pérdidas, cambios, fortalezas y capacidades humanas (Türker, 2017).

Según la OMS, la vejez denota cronológicamente a los individuos de 60 años o más y se clasifica como: de 60-75 años es la vejez joven y el periodo de transición de la vida laboral a la jubilación; de 75-85 años es la vejez avanzada y un periodo en el

que comienzan a observarse pérdidas funcionales; 85 años y más definen la vejez muy avanzada y es un periodo que requiere cuidados y apoyo especiales (World Health Organization, 2016).

Esta etapa del ciclo vital, es una parte normal de la vida de cualquier ser humano, cabe destacar que resulta muy difícil especificar cuándo inicia la vejez, debido a que hay numerosas diferencias individuales en el proceso de envejecer, por lo que, no es simétrico cada uno de ellos y como se mencionó, los cambios que influyen y conforman la etapa del envejecimiento son complejos. En la esfera biológica, el envejecimiento está vinculado con la acumulación de una diversidad de daños celulares y moleculares, debido a que con el pasar de los años disminuyen de forma gradual las reservas fisiológicas, aumentando los riesgos del padecimiento de muchas patologías y disminuyendo en general la capacidad de la persona, pero dichos cambios no son uniformes, ni lineales y, solamente, se asocian vagamente con los años que tenga una persona. De esta manera, mientras que algunos individuos de 70 años tienen un buen funcionamiento mental y físico, otros tienden a presentar fragilidad y necesitan apoyo para poder satisfacer sus necesidades básicas (Petretto et al., 2016).

Más allá de las afectaciones biológicas, la vejez también con frecuencia trae otros importantes cambios en la esfera social, observándose que los adultos mayores también suelen replantearse sus metas, se relacionan diferente y tienen perspectivas menos materialistas y más trascendentales y adquieren otros roles. En este sentido, se manifiestan cambios psicosociales que determinan la forma en que se vivirá esta etapa, observándose que muchos mecanismos del envejecimiento son aleatorios y

los cambios que conlleva están influenciados fuertemente por el entorno y el comportamiento que asuma la persona (Limón, 2018).

Es así que, en este contexto de la etapa de la senectud, donde surge el paradigma del envejecimiento activo, que ofrece un modelo fundamentado en la salud que traza una forma nueva de entender la etapa de la vida denominada vejez, el cual se originó a finales del siglo en manos de la OMS, la cual afirma que es el proceso donde se optimiza la participación, salud y seguridad con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, de manera progresiva a medida que van entrando en dicha etapa. Esto permite al adulto mayor realzar el potencial mental, social y físico en este ciclo de vida, adaptado a sus capacidades, deseos, y necesidades, desde la perspectiva principalmente de la atención sanitaria, en conjunto con la sociedad (World Health Organization, 2016). Los principales objetivos del envejecimiento activo son los que se muestran en la figura 1:



Figura 1. Principales objetivos del envejecimiento activo. (World Health Organization, 2016)

Dichos objetivos, van de la mano con la búsqueda de la autonomía de los adultos mayores, el apoyo social, el afrontamiento de las limitaciones propias de la vejez y el control en referencia de su salud. Otros objetivos que destacan son:

- La prevención y reducción de enfermedades crónicas, de la discapacidad y de la mortalidad prematura.
- La reducción de factores de riesgo vinculados con las causas de patologías importantes y aumento de los factores que resguardan la salud durante esta etapa de la vida.
- El desarrollo continuo de servicios de salud accesibles y de calidad, que se fundamente en los derechos y necesidades de las personas a medida que van envejeciendo.
- El fomento de la educación y formación a los cuidadores.

De esta manera, el envejecimiento activo no forma parte de una definición reduccionista o simplista sobre la senectud y los mayores, sino de una conceptualización empírica y realista, que incluye igualmente el crecimiento personal y el declive; así como, los cambios en la estabilidad de la persona. En este sentido, funge como un concepto multidimensional, que toma en cuenta factores biopsicosociales como el funcionamiento físico, la salud, la participación social, el funcionamiento afectivo y psicológico, entre otros. Así, el interés se concentra en abarcar ámbitos múltiples y diferentes niveles de la persona, independientemente de sus condiciones (Ramos, 2016).

Ante este hecho, se plantea el reto de lograr una mayor supervivencia con una adecuada calidad de vida, para que el envejecimiento pueda ser vivido con plenitud.

Por lo tanto, el envejecimiento activo está relacionado con el bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida, así como la participación en la sociedad de acuerdo con las necesidades deseos y capacidades del individuo. La política de acciones para el envejecimiento viene determinada por la estrategia de envejecimiento activo, que implica aspectos que evalúan a fondo todo el contexto de la vida de las personas, como el entorno físico y social los servicios sanitarios y los determinantes conductuales, personales, sociales y económicos (World Health Organization, 2016; Yen y Lin, 2018).

Todo esto se basa en que hoy en día, la población de la tercera edad también puede concebirse como activa, lo que señala la necesidad de promover acciones dirigidas a las personas mayores en un enfoque integral, valorando su inserción en la sociedad, el autocuidado, la autonomía e independencia funcional. De esta forma, se postulan como pilares básicos del envejecimiento activo: la salud, aprendizaje permanente, seguridad y participación, por lo tanto, envejecer bien significa envejecer activamente en torno a dichos pilares los cuales se detallan a continuación (World Health Organization, 2016; Yen y Lin, 2018):

- **Salud:** se reconoce como el principio fundamental de la calidad de vida de la población y se entiende como un estado total de bienestar mental, social y físico, y no únicamente como la ausencia de enfermedades. La salud se encuentra influenciada por varios factores que son determinantes y afectan al proceso de envejecimiento impactando en el logro de un envejecimiento activo. Destaca como factores, la cultura que es la base del aprendizaje de hábitos y costumbres; así como, el género que en algunas culturas influye

incluso en el hecho de recibir atención médica, es así como, estos dos factores pueden condicionar la vida y salud de una persona.

Otros determinantes, son los servicios sociales y de salud, los cuales son fundamentales, que sean inclusivos y de calidad, a lo largo de la vida de la población, para garantizar una salud adecuada durante el envejecimiento. No se puede dejar de lado, la importancia del entorno físico, social y la adopción de estilos de vida saludables que ayuden y contribuyan al buen desarrollo de una cultura de envejecimiento exitoso o activo.

- **Seguridad:** es fundamental para garantizar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, basada en asegurar la protección y la dignidad de las personas mayores, abordando las necesidades y los derechos de seguridad física, social y financiera de las personas a medida que van envejeciendo.
- **Participación:** se refiere a la participación desde dos perspectivas, la primera es de las personas en las cuestiones sociales, culturales, cívicas, económicas y espirituales. sin concentrarse solamente en la capacidad para estar laboral o físicamente activo; y desde la perspectiva de participar de forma activa y en la gestión de los diversos aspectos que atañen directamente con su vida, como el autocuidado y el cuidado de su salud.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida es un término que no escapa de controversia y se ha convertido en un criterio clave para evaluar los resultados de los sistemas de transferencia en los distintos modelos de protección social. Existe cierto consenso

sobre el hecho que la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye aspectos materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos del bienestar. Históricamente, existen dos puntos de vistas en la conceptualización y medición del bienestar y la calidad de vida. Un enfoque basado en el nivel de vida en el cual la calidad se define como la capacidad de un individuo de utilizar los medios disponibles para controlar y dirigir intencionadamente sus condiciones (von Kondratowitz et al., 2003).

Por otra parte, el segundo enfoque postula que no son las condiciones objetivas las que tienen consecuencias reales, sino la interpretación subjetiva que el individuo hace de ellas. Así, el bienestar subjetivo incluye los aspectos cognitivos y emocionales. Por tanto, el bienestar psicológico va más allá de la satisfacción de los medios vitales para incluir, entre otras cosas, la realización personal, el sentido de la vida, la auto-aceptación y las relaciones positivas (Lüscher y Lettke, 2000).

De esta manera, la combinación de condiciones de vida adecuadas y bienestar subjetivo puede describirse simplemente como calidad de vida y allí, es donde pretende focalizarse la acción del Estado (Castillo et al., 2015). En este contexto, la idea de calidad de vida ha sido acercada por diversos enfoques (ciencias humanas, economía, medicina, etc.), y si bien, cada uno de ellas ha ofrecido puntos de vistas interesantes, todavía persiste un significado inequívoco y operativo de la idea. No obstante, autores como Ann Bowling proponen que la calidad de vida se reconoce como una idea que aborda las reacciones singulares a los impactos físicos, mentales y sociales asociados a la vida cotidiana, lo que repercute en el grado en que se puede lograr la satisfacción individual con las condiciones de vida (Castillo et al., 2015).

Desde otra perspectiva similar, la OMS define la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Así, dicho concepto expresa que la calidad de vida no es equivalente a un estado de salud, forma de ver la vida o estado mental, sino que conforma un concepto multidimensional que incluye la percepción del individuo sobre los conceptos de la vida (Castillo et al., 2015).

Dimensiones de la calidad de vida

Componente objetivo

Son condiciones de la calidad de vida medibles objetivamente en una persona. Este tipo de parámetros permiten comparar desde indicadores estrictamente objetivos a una persona con otra, de forma no influenciada por las percepciones e independiente de las evaluaciones personales. En este sentido, el uso de indicadores objetivos parte del supuesto de que las condiciones de vida pueden ser juzgadas como favorables o desfavorables, comparando las condiciones reales con criterios normativos externos como los valores o los objetivos (Romero et al., 2016) es una dimensión que envuelve fundamentalmente los siguientes indicadores.

- **Bienestar material:** se relaciona con la disponibilidad de recursos materiales y la satisfacción de necesidades, es así como, la correspondencia entre calidad de vida y el bienestar material se ha profundizado sobre todo en el contexto de la felicidad, encontrando que, aunque la felicidad y el ingreso económico directamente no se relacionan, y que dicha relación fluctúa con el nivel de ingreso, la insatisfacción o satisfacción de las necesidades. Existen

comparaciones diversas que buscan analizar estas variables en distintos contextos y en diferentes naciones, y aunque se menciona que el dinero no compra la felicidad, se conoce que la no satisfacción de las denominadas necesidades básicas es incompatible con la felicidad en gran parte de las circunstancias. Por este motivo, los recursos materiales constituyen un fundamento de la calidad de vida objetiva (Boelhouwer y Noll, 2014).

- **Salud general (objetivamente considerada):** se conceptualiza como el principio fundamental de la calidad de vida de la población y se entiende como un estado total de bienestar mental, social y físico y no, únicamente, como la ausencia de enfermedades, cuando se hace referencia a que es objetivamente considerada, se hace referencia a que engloba aspectos observables y reales (World Health Organization, 2016).
- **Relaciones armónicas:** hace referencia a la interacción de la persona con la comunidad, con el ambiente físico y social, es así como, uno de los factores que determina la calidad de vida de los individuos se relaciona en gran medida con el sentimiento propio de felicidad y de satisfacción personal con la realidad propia en relación con la interacción armónica con el contexto y sus integrantes (Urzúa y Caqueo, 2012).

Componente subjetivo

Se refiere a los sentimientos y pensamientos de las personas sobre su vida y a las conclusiones afectivas y cognitivas que ellos consiguen cuando evalúan su existencia, a su vez se considera un juicio general retrospectivo, que en la mayoría

de los casos se construye solamente cuando se pregunta al respecto y es determinado en gran medida por el estado de ánimo (Romero et al., 2016).

También se considera que, la calidad de vida (vista desde el cristal del espectador) se le categoriza como satisfacción con la vida, dicha satisfacción está representada por los resultados internos de la vida; a medida que pasa el tiempo para muchas personas, esta calidad se ve reducida al bienestar subjetivo, la satisfacción subjetiva con la vida, o como también se conoce la felicidad (Urzúa y Caqueo, 2012). Las dimensiones de la calidad de vida en su componente subjetivo son las siguientes:

- **Seguridad percibida:** es la sensación subjetiva de estar libre de las condiciones y los peligros que pueden ocasionar daños de tipo psicológico, material o físico, en otras palabras, es la percepción de ausencia de riesgos y de tal forma la seguridad de que tiene salud y el bienestar (Romero et al., 2016).
- **Salud percibida:** es la percepción personal y subjetiva que posee una persona sobre su estado de salud general, frecuentemente esta se contrasta con la salud objetiva debido a que, una persona puede sentirse saludables y no estarlo, o viceversa estarlo (salud objetiva) y no sentirse saludables (Pérez et al., 2015).
- **Satisfacción con la vida:** es una apreciación personal sobre el bienestar general, según estándares internos o referentes que posea la persona, lo que

crea un grado individual de satisfacción específicamente con la vida y que suele identificarse con la sensación de felicidad (Urzúa y Caqueo, 2012).

1.1.3 Definición de términos básicos

Adulto mayor: denota cronológicamente a los individuos de 60 años o más y se clasifica como se señala de 60-75 años es la vejez joven y el periodo de transición de la vida laboral a la jubilación; de 75-85 años es la vejez avanzada y un periodo en el que comienzan a observarse pérdidas funcionales; 85 años y más definen la vejez muy avanzada y es un periodo que requiere cuidados y apoyo especiales (World Health Organization, 2016).

Calidad de vida: es un término que no escapa de controversia y se ha convertido en un criterio clave para evaluar los resultados de los sistemas de transferencia en los distintos modelos de protección social. Existe cierto consenso sobre el hecho que la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye aspectos materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos del bienestar (von Kondratowitz et al, 2003).

Componente objetivo de la calidad de vida: son condiciones de la calidad de vida medibles objetivamente en una persona. Este tipo de parámetros permiten comparar desde indicadores estrictamente objetivos a una persona con otra, de forma no influenciada por las percepciones e independiente de las evaluaciones personales (Romero et al., 2016).

Componente subjetivo de la calidad de vida: Se refiere a los sentimientos y pensamientos de las personas sobre su vida y a las conclusiones afectivas y cognitivas que ellos consiguen cuando evalúan su existencia, a su vez se considera

un juicio general retrospectivo, que en la mayoría de los casos se construye solamente cuando se pregunta al respecto y es determinado en gran medida por el estado de ánimo (Romero et al., 2016).

Envejecimiento activo: es un modelo fundamentado en la salud que traza una forma nueva de entender la etapa de la vida denominada vejez, afirma que es el proceso donde se optimiza la participación, salud y seguridad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, de manera progresiva a medida que van entrando en dicha etapa (World Health Organization, 2016).

Felicidad: Es el estado de ánimo que experimenta un individuo que se siente plenamente satisfecho por tener y gozar de lo que desea o por disfrutar de algo bueno para su vida (Romero et al., 2016).

Participación: se refiere a la participación desde dos perspectivas, la primera es de las personas en las cuestiones sociales, culturales, cívicas, económicas, y espirituales sin concentrarse solamente en la capacidad para estar laboral o físicamente activo y desde la perspectiva de participar de forma activa y en la gestión de los diversos aspectos que atañen directamente con su vida, como el autocuidado (World Health Organization, 2016).

Salud: se reconoce como el principio fundamental de la calidad de vida de la población y se entiende como un estado total de bienestar mental, social y físico y no, únicamente, como la ausencia de enfermedades (World Health Organization, 2016).

Seguridad: es fundamental para garantizar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, basada en asegurar la protección y la dignidad de las personas

mayores, abordando las necesidades y los derechos de seguridad física, social y financiera de las personas a medida que van envejeciendo (Yen y Lin, 2018).

Vejez: es un proceso natural que se inicia con la vida intrauterina, continúa hasta la muerte y es causada por la degeneración irreversible de células y sistemas del organismo (Özel et al., 2014).

CAPÍTULO II. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de la hipótesis principal y específicas

Hipótesis general

La relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.

Hipótesis específicas

- La relación entre la dimensión salud del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
- La relación entre la dimensión seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
- La relación entre la dimensión participación del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

2.2 Variables y definición operacional

Variable independiente

Envejecimiento activo: Es un modelo fundamentado en la salud, que traza una forma nueva de entender la etapa de la vida denominada vejez, afirma que es el proceso donde se optimiza la participación, salud y seguridad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, de manera progresiva

a medida que van entrando en dicha etapa (World Health Organization, 2016). Esta variable será medida mediante la técnica de la encuesta y un cuestionario como instrumento.

Variable dependiente

Calidad de vida: Es un término que no escapa de controversia y se ha convertido en un criterio clave para evaluar los resultados de los sistemas de transferencia en los distintos modelos de protección social. Existe cierto consenso sobre el hecho que la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye aspectos materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos del bienestar (Von Kondratowitz et al, 2003). Esta variable será medida mediante la técnica de la encuesta y un cuestionario como instrumento. A continuación, se presenta la operacionalización de las variables.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

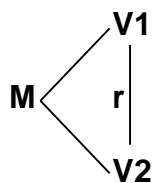
VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Envejecimiento activo	Salud	Actividad física
		Control Médico
		Acceso a la atención de salud
		Padecimiento de enfermedades
	Seguridad	Seguridad social
		Seguridad económica
	Participación	Participación social
Participación en el autocuidado		
Calidad de vida	Componente objetivo	Bienestar material
		Salud general (objetivamente considerada)
		Relaciones armónicas
	Componente subjetivo	Seguridad percibida
		Productividad personal
		Salud percibida

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño metodológico

El enfoque de la investigación fue cuantitativo, de tipo básica, visto que no tuvo fines prácticos, solo busca profundizar en el conocimiento de un fenómeno, en este caso la relación causal existente entre el envejecimiento activo (variable independiente) y calidad de vida (variable dependiente) de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021 (Hernández et al., 2014).

Se destaca, además, que el estudio fue de nivel descriptivo – correlacional, tal como lo plantean Palomino et al. (2015). Ya que estos se caracterizan porque el investigador solo observa y mide las variables en una población determinada, de igual forma fue de tipo no experimental porque no involucra la manipulación de variables; tanto así que la presente investigación pretendió describir la relación entre el envejecimiento activo y la calidad de vida de los adultos mayores del referido centro de salud. El esquema de diseño es el siguiente:



- M = Muestra
V1 = Variable envejecimiento activo
V2 = Variable calidad de vida
r = relación entre variables

El estudio fue desarrollado en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima, aplicado a adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión. Para ello, previamente, se solicitó la autorización del director del establecimiento de salud, para:

- Seleccionar los adultos mayores que participarían en el estudio
- Aplicar los instrumentos de recolección de datos, apoyando a aquellos que tenían dificultad para escribir o leer.
- Elaborar una base de datos para el análisis estadístico correspondiente.

3.2 Diseño muestral

Población

La población es el conjunto de casos de los que se disponen, con especificaciones análogas en cuanto a tiempo, contenido y lugar. Se ha designado como participantes del estudio a los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima año 2021, de esta manera, la población está compuesta por 71 personas mayores a 60 años (Hernández et al., 2014).

Muestra

La muestra es definida como un subconjunto de la población que constituye una representatividad de las particularidades de la población, pudiéndose realizar inferencias a partir de ella. Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula probabilística destinada a las poblaciones finitas que tengan menos de 100,000 elementos (Palomino et al., 2015).

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

En la cual n representa el tamaño de la muestra, N la cantidad de elementos que compone la población, Z es la desviación estándar que permite lograr el nivel de confianza que se desea, E representa el error máximo permitido en la precisión y p la probabilidad de éxito. En este sentido, considerando N = 71; Z = 1.96; E = 0.05 y p = 0.5, se tiene que:

$$n = \frac{71 * 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}{(71 - 1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)} = 60.05 \approx 60$$

Con base a este cálculo, la muestra del estudio estuvo compuesta por 60 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, en el año 2021, dicha muestra fue definida, por muestreo no probabilístico intencional.

3.3 Técnica de recolección de datos

Técnicas

Se empleó la encuesta como técnica, para conocer el fenómeno a estudiar (Hernández et al., 2014).

Instrumentos

En cuanto al instrumento diseñado, se utilizó un cuestionario para valorar cada una de las variables de análisis, con sus respectivas dimensiones e indicadores (descrito en el Anexo 2), con un total de 18 preguntas, el mismo fue validado por criterio de expertos, con la participación de tres especialistas en el área, que validaron el contenido del cuestionario (Hernández et al., 2014).

Para la confiabilidad del instrumento, se realizó la prueba KR20 de Kuder Richardson, la cual se aplica para la evaluación de instrumentos dicotómicos, y se calcula con la siguiente fórmula:

$$r = \frac{k}{k-1} * 1 - \frac{\sum p * q}{Vt}$$

Donde:

k = número de ítems del instrumento

p = total de respuestas correctas / número total de participantes

q = 1 – p

Vt = varianza total

En esta investigación el coeficiente obtenido fue $r = 0.896$, el cual es bueno, lo que indica que el instrumento es confiable (Hernández et al., 2014).

3.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Una vez disponible la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes de frecuencias) e inferencial. En el caso del análisis inferencial, se empleó la prueba estadística de dependencia χ^2 (Chi-cuadrado) con un nivel de significancia del 5% (Palomino et al., 2015) y la prueba Tau-b de Kendall, con 5% de significancia (Hernández et al., 2014).

3.5 Aspectos éticos contemplados

Para la ejecución de la presente investigación se tuvo la autorización del Centro de Salud Micaela Bastidas, previa explicación de los objetivos y resolución de las dudas al director y en su momento a los participantes (Hernández et al., 2014). Además, se consideraron los siguientes principios bioéticos:

- Respeto a la dignidad humana: derecho del adulto mayor a participar de forma voluntaria, por lo que no se obligó a la participación.
- Beneficencia: se prescindieron los daños en la integridad psicológica o física del anciano.
- Autonomía: se respetó a los adultos mayores reconociendo sus decisiones tomadas según sus valores y convicciones propias.
- Equidad: trato equitativo y justo según las necesidades de los participantes.
- Veracidad: no se engañó a los participantes de la investigación, se informó a detalle el fin del estudio.
- Confidencialidad: se salvaguardó el anonimato en la presentación de los resultados.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

Tabla 1. Datos generales

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	60 – 70	29	48.3	48.3
	71 – 80	12	20.0	68.3
	81 – 90	18	30.0	98.3
	91 a más	1	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0
Edad	Mujer	41	68.3	68.3
	Hombre	19	31.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0
Estado civil	Soltero	11	18.3	18.3
	Casado	25	41.7	60.0
	Viudo	19	31.7	91.7
	Divorciado	5	8.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0
Nivel educativo	Iltrado	12	20.0	20.0
	Primaria completa	12	20.0	40.0
	Primaria incompleta	20	33.3	73.3
	Secundaria completa	4	6.7	80.0
	Secundaria incompleta	2	3.3	83.3
	Superior técnica	2	3.3	86.7
	Superior universitaria	8	13.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Ocupación	Negociante	19	31.7	31.7
	Ama de casa y cuidad de nietos	18	30.0	61.7
	Educación	3	5.0	66.7
	Salud	2	3.3	70.0
	Ocio	11	18.3	88.3
	Otros	7	11.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Tal como se desprende de la tabla 1, el 48.3% (n = 29) de los encuestados se encuentra en un rango de edades entre 60 – 70 años. El 68.3% (n = 41) de los encuestados eran mujeres. El 41.7% (n = 25) casados. Se observa que la mayoría de los entrevistados el 80.0% (n = 48) tenía algún nivel de estudio y la mayoría de ellos 33.3% (n = 20) no completó la primaria. El 31.7% (n = 19) de los encuestados tiene como ocupación negociante y el 30.0% (n = 18) ama de casa.

Parte II. Variable envejecimiento activo.

Tabla 2. Dimensión salud

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mala	1	1.7	1.7
Regular	23	38.3	40.0
Buena	36	60.0	100.0
Total	60	100.0	100.0



Figura 2. Resultados de la dimensión salud

De acuerdo a lo observado en la tabla 17 y figura 2, la dimensión salud de la variable envejecimiento activo, puede calificarse como buena en un 60.0%, ya que la mayoría de las respuestas fueron afirmativas, 38.3% regular y 1.7% mala.

Tabla 3. Dimensión seguridad

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mala	5	8.3	8.3
Regular	13	21.7	30.0
Buena	42	70.0	100.0
Total	60	100.0	100.0

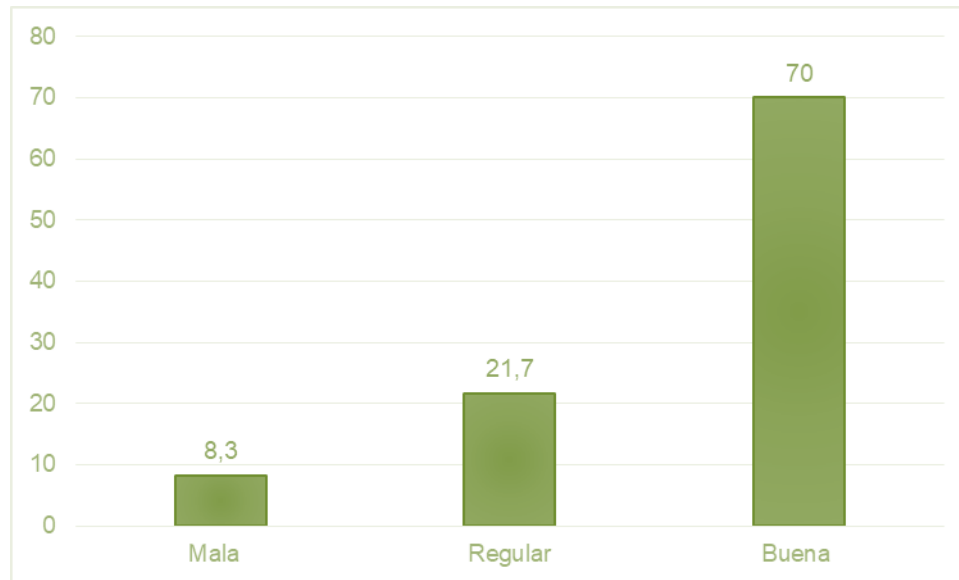


Figura 3. Resultados de la dimensión seguridad

Tal como se desprende de la tabla 22 y figura 3, la dimensión seguridad se califica como buena, ya que el 70.0% (n = 42) de los entrevistados dieron respuestas afirmativas a ambas preguntas de la dimensión, el 21.7% (n = 13) regular y el 8.3% (n = 5) mala, ya que las respuestas fueron negativas para ambas preguntas.

Tabla 4. Dimensión participación

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mala	5	8.3	8.3
Regular	1	1.7	10.0
Buena	54	90.0	100.0
Total	60	100.0	100.0



Figura 4. Resultados de la dimensión participación

Se desprende de la tabla 28 y figura 4, que la dimensión participación se califica como buena con 90.0% (n = 54), ya que obtuvo un alto porcentaje de respuestas afirmativas a ambas preguntas, 1.7% (n = 1) regular y 8.3% (n = 5) mala.

Parte III: Variable calidad de vida

Tabla 5. Dimensión componente objetivo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	3	5.0	5.0
Medio	12	20.0	25.0
Alto	45	75.0	100.0
Total	60	100.0	100.0

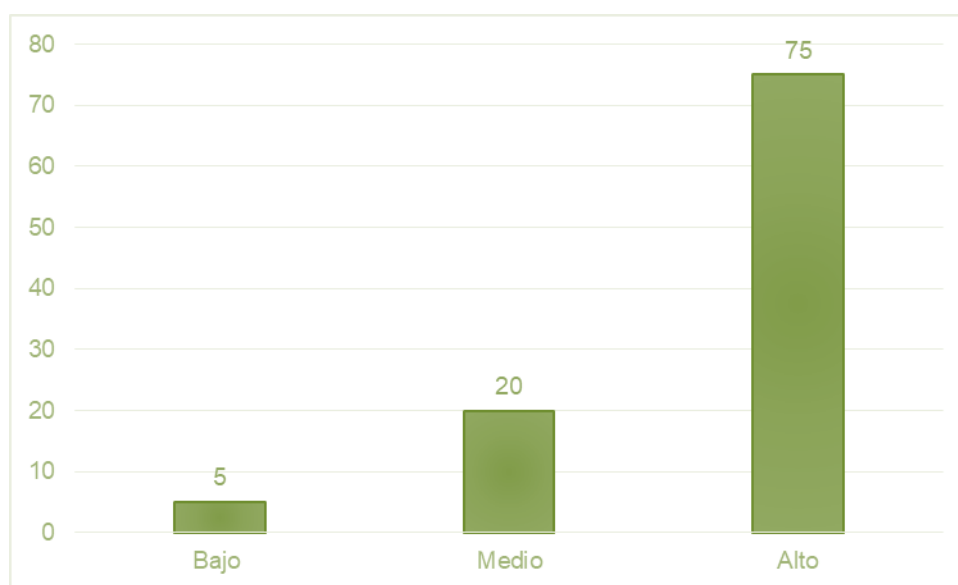


Figura 5. Resultados de la dimensión componente objetivo

Tal como se desprende de la tabla 43 y figura 5, la dimensión seguridad se califica como buena, ya que el 75.0% de los entrevistados dieron respuestas afirmativas a más de 5 preguntas de la dimensión, el 20.0% regular y el 5.0% mala.

Tabla 6. Dimensión componente subjetivo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	4	6.7	6.7
Medio	5	8.3	15.0
Alto	51	85.0	100.0
Total	60	100.0	100.0

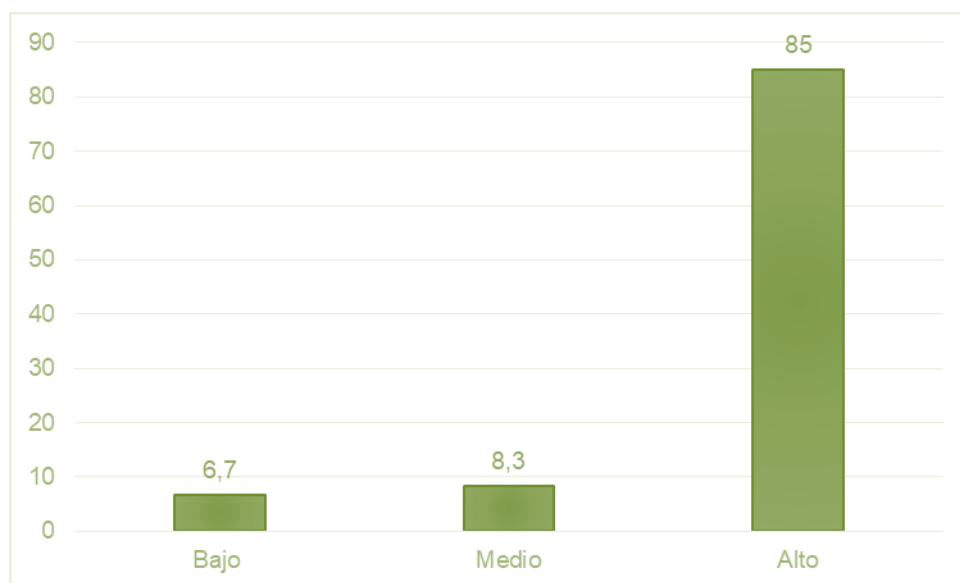


Figura 6. Resultados de la dimensión componente subjetivo

Como se puede observar en la tabla 50 y la figura 6, la dimensión componente subjetivo tuvo una calificación alta con un 85%, por la cantidad de respuestas afirmativas que hubo en sus 3 preguntas, nivel medio en un 8.3% y bajo en un 6.7%.

Resultados de las variables

Tabla 7. Variable Independiente *Envejecimiento activo*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mala	2	3.3	3.3
Regular	11	18.3	21.7
Buena	47	78.3	100.0
Total	60	100.0	100.0

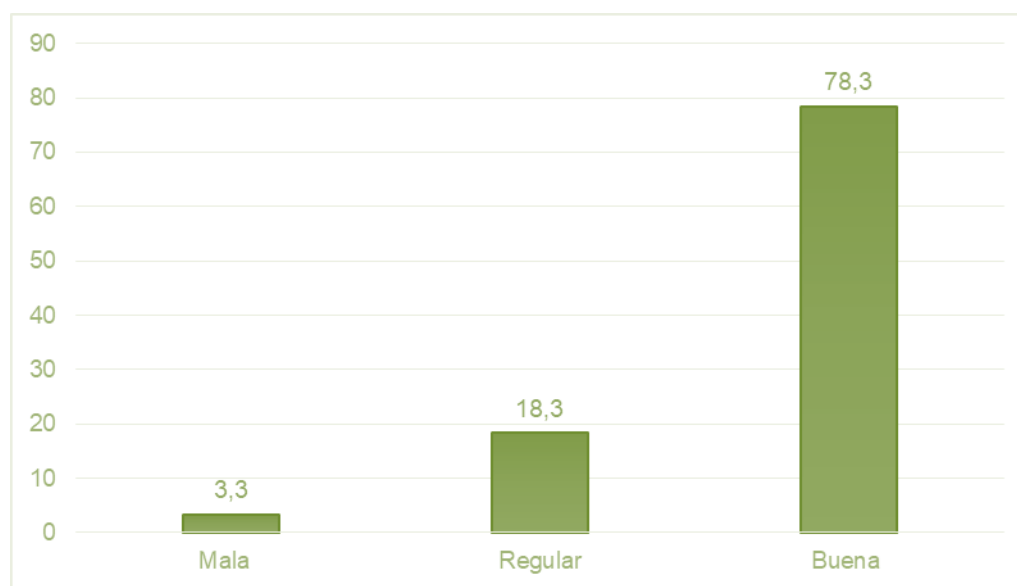


Figura 7. *Envejecimiento activo*

Se puede observar en la tabla 51 y la figura 7, que la variable envejecimiento activo tuvo una calificación buena con un 78.3%, por la cantidad de respuestas afirmativas que hubo en sus 8 preguntas, nivel regular en un 18.3% y mala en un 3.3%.

Tabla 8. Variable dependiente calidad de vida

Categorías	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	2	3.3	3.3
Medio	11	18.3	21.7
Alto	47	78.3	100.0
Total	60	100.0	100.0

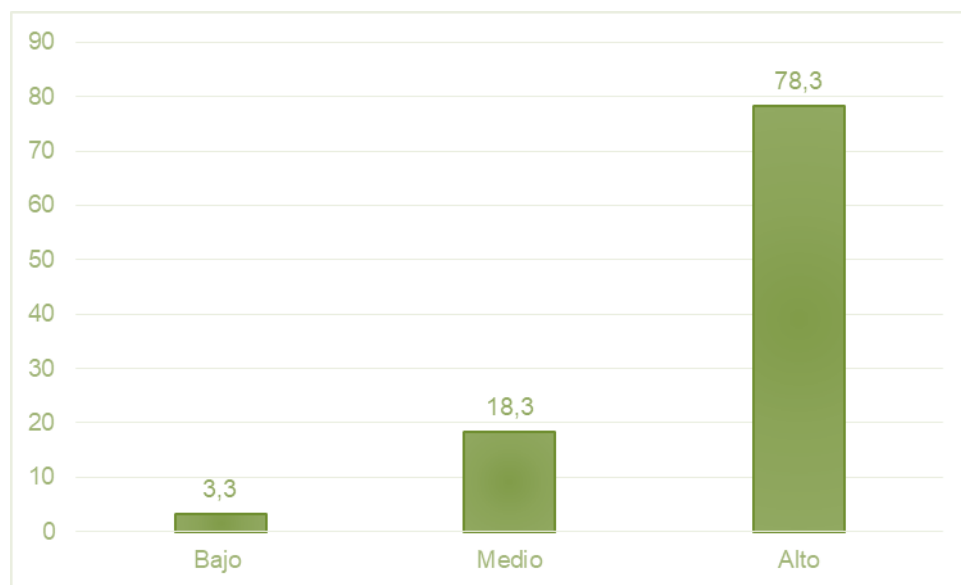


Figura 8. Calidad de vida

Tal como se desprende de la tabla 52 y la figura 8, la dimensión variable calidad de vida tuvo una calificación alta con un 78.3%, por la cantidad de respuestas afirmativas que hubo en sus preguntas, nivel medio en un 18.3% y bajo en un 3.3%.

4.1.2. Análisis inferencial.

Planteamiento de la hipótesis general

H₀: La relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida no es positiva y significativa en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.

H_a: La relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.

Regla de decisión:

Se acepta H₀, si el nivel de significación es mayor a 0.05 (5%); el coeficiente de correlación de Chi cuadrado no es estadísticamente significativo; mientras que si el nivel de significación es menor a 0.05 (5%), se aceptará H_a.

Resultados:

Tabla 9. *Relación entre envejecimiento activo y calidad de vida*

Calidad de vida \ Envejecimiento activo	Bajo		Medio		Alto		Total		Chi - cuadrado	Tau b de kendall
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Mala	1	1.7	1	1.7	0	0.0	2	3.3	Chi = 32.241 Sig. = 0.000 N = 60	Tau b = 0.619 Sig. = 0.000 N = 60
Regular	1	1.7	6	10.0	4	6.7	11	18.3		
Buena	0	0.0	4	6.7	43	71.6	47	78.3		
Total	2	3.3	11	18.3	47	78.3	60	100.0		

Con base a los resultados de la tabla 53, se comprueba la hipótesis general del estudio, si existe relación entre el envejecimiento activo y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021; la cual es positiva y significativa, ya que $p < 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. El coeficiente de correlación Tau-b de Kendall 0.619 indica que dicha relación es buena y positiva, con $p < 0.05$ es significativa, es decir, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y se confirma la alternativa.

Hipótesis específica 1.

H₀: La relación entre la dimensión salud del envejecimiento activo y calidad de vida no es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

H_a: La relación entre la dimensión salud del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Regla de decisión:

Se acepta H₀, si el nivel de significación es mayor a 0.05 (5%); el coeficiente de correlación de Chi cuadrado no es estadísticamente significativo; mientras que si el nivel de significación es menor a 0.05 (5%), se aceptará H_a.

Tabla 10. Relación entre la salud del envejecimiento activo y calidad de vida

Calidad de vida \ Salud	Bajo		Medio		Alto		Total		Chi - cuadrado	Tau b de kendall
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Mala	1	1.7	0	0.0	0	0.0	1	1.7	Chi = 52.673 Sig. = 0.000 N = 60	Tau b = 0.654 Sig. = 0.000 N = 60
Regular	1	1.7	11	18.3	11	18.3	23	38.3		
Buena	0	0.0	0	0.0	36	60.0	36	60.0		
Total	2	3.3	11	18.3	47	78.3	60	100.0		

En base a los resultados de la tabla 54, se comprueba la primera hipótesis específica del estudio, si existe relación entre la dimensión salud del envejecimiento activo y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021; la cual es positiva y significativa, ya que $p < 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. El coeficiente de correlación Tau-b de Kendall 0.654 indica que dicha relación es buena y positiva, con $p < 0.05$ es significativa, es decir, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y se confirma la alternativa.

Hipótesis específica 2

H₀: La relación entre la dimensión seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida no es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

H_a: La relación entre la dimensión seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Regla de decisión:

Se acepta H₀, si el nivel de significación es mayor a 0.05 (5%); el coeficiente de correlación de Chi cuadrado no es estadísticamente significativo; mientras que si el nivel de significación es menor a 0.05 (5%), se aceptará H_a.

Tabla 11. *Relación entre la seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida*

Calidad de vida \ Seguridad	Bajo		Medio		Alto		Total		Chi - cuadrado	Tau b de kendall
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Mala	1	1.7	4	6.7	0	0.0	5	8.3	Chi = 23.896 Sig. = 0.000 N = 60	Tau b = 0.486 Sig. = 0.000 N = 60
Regular	0	0.0	4	6.7	9	15.0	13	21.7		
Buena	1	1.7	3	5.0	38	63.3	42	70.0		
Total	2	3.3	11	18.3	47	78.3	60	100.0		

Considerando los resultados de la tabla 55, se comprueba la segunda hipótesis específica del estudio, si existe relación entre la dimensión seguridad del envejecimiento activo y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021; la cual es positiva y significativa, ya que $p < 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. El coeficiente de correlación Tau-b de Kendall 0.486 indica que dicha relación es moderada y positiva, con $p < 0.05$ es significativa, es decir, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y se confirma la alternativa.

Hipótesis específica 3.

H₀: La relación entre la dimensión participación del envejecimiento activo y calidad de vida no es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

H_a: La relación entre la dimensión participación del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Regla de decisión:

Se acepta H₀, si el nivel de significación es mayor a 0.05 (5%); el coeficiente de correlación de Chi cuadrado no es estadísticamente significativo; mientras que si el nivel de significación es menor a 0.05 (5%), se aceptará H_a.

Tabla 12. *Relación entre la participación del envejecimiento activo y calidad de vida*

Calidad de vida \ Participación	Bajo		Medio		Alto		Total		Chi - cuadrado	Tau b de kendall
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Mala	2	3.3	2	3.3	1	1.7	5	8.3	Chi = 25.950 Sig. = 0.000 N = 60	Tau b = 0.403 Sig. = 0.002 N = 60
Regular	0	0.0	0	0.0	1	1.7	1	1.7		
Buena	0	0.0	9	15.0	45	75.0	54	90.0		
Total	2	3.3	11	18.3	47	78.3	60	100.0		

Con base a los resultados de la tabla 56, se comprueba la tercera hipótesis específica del estudio, si existe relación entre la dimensión participación del envejecimiento activo y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021; la cual es positiva y significativa, ya que $p < 0.05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. El coeficiente de correlación Tau-b de Kendall 0.403 indica que dicha relación es moderada y positiva, con $p < 0.05$ es significativa, es decir, se confirma el rechazo de la hipótesis nula y se confirma la alternativa.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en este estudio, se pudo determinar que la variable calidad de vida fue calificada como alta por un 78.3% (n = 47) de los entrevistados y la variable envejecimiento activo tuvo una calificación buena por un 78.3%, considerando el número de respuestas afirmativas dadas por los encuestados en el instrumento. Se determinó que 68.3% (n = 41) de los encuestados eran mujeres y el 31.7% hombres (n = 19), la mayoría de ellos tenía entre 60 y 70 años de edad (48.3%, n = 29), eran casados (41.7%, n = 25), con estudios de primaria incompleta (33.3%, n = 20) y de ocupación negociante (31.7%, n = 19). Se confirmó la hipótesis general del estudio, por medio de la prueba chi-cuadrado y tau-b de Kendall, las cuales arrojaron valores de $\chi^2 = 32.241$ y $\tau_b = 0.619$, con p-valor = 0.000 en ambos casos, por lo que sí existe una relación directa, positiva y buena, entre el envejecimiento activo y calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.

Los resultados de Parra (2017) determinó en su estudio, resultados descriptivos similares: mayoría de mujeres (64.7%), edad media 69 años, una calidad de vida alta en 39.0% de los encuestados, 58.2% media y 2.8% baja; y concluyó que los participantes tenían alta actividad física, mucha satisfacción con su vida y una calidad de vida media. Afirmó que los determinantes de la calidad de vida son: buena salud, buenas relaciones familiares y sociales y mantenerse activo, lo que coincide con las dimensiones de la variable calidad de vida en este estudio.

Por su parte, Sopla (2020) en su estudio descriptivo, encontró porcentajes más bajos a los determinados en la presente investigación para calidad de vida: alta 20.0%, medio

47.5%, 22.5% bajo y 10.0% muy bajo. Por lo que concluyó que el nivel de calidad de vida fue promedio y bajo para la mayoría de la muestra.

Adicionalmente, Condo y Roque (2017) entre sus resultados determinaron que el 65.0% de los participantes gozan de un envejecimiento activo y concluyeron que las relaciones sociales, indicador objetivo de la calidad de vida, influyen en el envejecimiento activo de los adultos mayores en el centro objeto de su estudio.

Estos resultados contrastan con los obtenidos por Sopla (2020), quienes determinaron valores de calidad de vida alta en la dimensión de función física, pero baja en la dimensión de salud en general, lo que determinó finalmente una calidad de vida baja. Pero este resultado, permite deducir que existe una relación positiva y directa entre salud y calidad de vida, lo cual si coincide con el hallazgo de esta investigación.

También Azevedo y Valcarengi (2021), coincidieron con el resultado de este estudio al establecer la salud física y el funcionamiento del cuerpo como un factor determinante para el envejecimiento activo.

Cabe mencionar a Parra (2017), que en su investigación encontró resultados similares, 46.1% de los adultos mayores realiza una actividad física; y concluye que una buena salud es determinante de la calidad de vida.

También Parra (2017), destacó que los participantes de su estudio afirmaron que los determinantes de la calidad de vida son buena salud y mantener buenas relaciones familiares y sociales. En este estudio se determinó que los adultos mayores que no se encontraban satisfechos con su vida, la mayoría de ellos especifica como motivo que

no tiene a las personas que quiere a su lado, demostrándose así la importancia de las relaciones familiares y sociales, como indicadores subjetivos de la calidad de vida.

Otro estudio que coincide con esta investigación, es el realizado por Condo y Roque (2017), quienes encontraron que el 65.0% de los adultos mayores reportó participar en actividades sociales y familiares, y quienes no lo hacen se sienten deprimidos y abandonados. El 65.0% gozan de un óptimo envejecimiento activo. Lo que le permitió concluir que las relaciones sociales influyen en el envejecimiento activo, y por supuesto en la calidad de vida de los adultos mayores.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, se realizan las siguientes conclusiones:

1. La relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.
2. La relación entre la dimensión salud del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
3. La relación entre la dimensión seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.
4. La relación entre la dimensión participación del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud Micaela Bastidas:

1. Organizar encuentros, charlas y/o foros dirigidos a los familiares de los adultos mayores que asisten al centro, para brindarles información sobre la importancia del cuidado y atención que deben brindar a sus adultos mayores, demostrándoles que el envejecimiento activo coadyuva a mejorar su calidad de vida.
2. Organizar eventos donde se difunda lo que significa el envejecimiento activo en sus diferentes dimensiones: salud, seguridad y participación.
3. Realizar jornadas permanentes de control de salud física y psicológica, donde se les brinde asesoría en materia de ejercitación y alimentación, de manera que establezcan rutinas de ejercicios y dietas sanas y acordes a sus condiciones particulares de salud.
4. Apoyarlos para que lleven a cabo sus iniciativas y ofrecer espacios de voluntariado, donde tengan la oportunidad de ayudar a otros.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Azevedo, S., Rosa, A., y Valcarenghi, A. (2021). Active aging and health promotion. *J Nurs UFPE* 15 (1), 1-18. DOI: 10.5205 / 1981-8963.2021.245188
- Benavides, M., Fallas, P., Guzman, A., Cyrus, E., Roselló M. (2020). Calidad de vida y envejecimiento activo, su influencia en el índice de esperanza de vida. *Rev.Ter.* 14(2), 10-21.
- Boelhouwer, J., y Noll, H.-H. (2014). Objective Quality of Life. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 4436–4438. doi:10.1007/978-94-007-0753-5_1987
- Castillo, I., Jiménez-Lerma, J, Vázquez, M. (2005). *Análisis de las características psicométricas del índice de salud SF-36 como indicador de resultados en drogodependencias.* Recuperado de: <https://psiquiatria.com/article.php?ar=adiccionesywurl= analisis-de-las-caracteristicas-psicometricas-del-ÍNDICE-de-salud-sf-36-como-indicador-de-resultados-en-drogodependencias>
- Condo, J., y Roque, Y. (2017). Las relaciones sociales y su influencia en el envejecimiento activo de los adultos mayores atendidos en el centro integral del adulto mayor de la municipalidad distrital de Cayma- Arequipa 2016. [Tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5755/TScopajs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Defensoría del Pueblo (2019). *Envejecer en el PERÚ: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores.* <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/IA-n%c2%b0-006-2019-dpaae-envejecer-en-el-per%c3%9a.pdf>
- Durand, M. (2018). Calidad de vida y proceso de envejecimiento en adultos mayores del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote – 2018. [Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/22590/Durand_M M..pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú-INEI. (2021). Población adulta mayor. <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú-INEI. (2017). Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2017. https://webinei.inei.gov.pe/anda_inei/index.php/catalog/613/datafile/F2
- Limón, R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta* 47 (1), 45-54.
- Lüscher K., Lettke F., (2000), Dealing with Ambivalences : Toward a New Perspective for the Study of Intergenerational Reactions among Adults, Arbeitspapier 36, Part 1, Universität Konstanz-Humboldt Transcoop Network on Intergenerational Ambivalences.
- OMS (1996). ¿Qué es calidad de vida?. Foro Mundial de la Salud; 17: 385-387
- OMS (2018). *Mental health: strengthening our response*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Özel, F.; Yıldırım, Y.; Fadiloğlu, Ç. (2014). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ağrı 423 Yönetimi. *Ağrı*. 26 (2), 57-64.
- Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. [Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20M%20aria%20Antonia.pdf>
- Paúl, C., Teixeira, L., y Ribeiro, O. (2017). Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. *Frontiers in Medicine*, 4(1)1-7. doi:10.3389/fmed.2017.00181
- Pérez, M., Molero, M., Mercader, I., Soler, F., Barragán, A., Calzadilla, Y., y Gázquez, J. (2015). Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enfermería universitaria*, 12(2), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.002>
- Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de

- modelos conceptuales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(4), 229–241. doi:10.1016/j.regg.2015.10.003
- Ramos, A., Yordi, M., y Miranda, M. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.
- Romero, N., Peña, B., Escobedo, J., y Macías, A. (2016). *Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla*. *Estudios Sociales* 48; 279- 303.
- Sopla, L. (2020). Calidad de vida de los adultos mayores del distrito de Huancas - Chachapoyas, 2019. [Tesis de grado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/2116/Sopla%20Wilca%20Loidi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Toledo, A. (2019). *Envejecimiento activo y calidad de vida: El gran desafío del siglo XXI*. <https://www.geriaticarea.com/2019/06/05/envejecimiento-activo-y-calidad-de-vida-el-gran-desafio-del-siglo-xxi/>
- Türker, P. (2017). Kıbrıs Gazimağusa’da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 45 (1), 44-52.
- Urzúa, A., y Caqueo, a. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Von Kondratowitz, H., Tesch-Römer, C. y Motel-Klingebiel, A. (2003). La qualité de vie des personnes âgées dans les États-providence européens. *Retraite et société*, 1(1), 133-169. <https://doi.org/10.3917/rs.038.0133>
- Ware J. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- World Health Organization (2016). Physical Activity and Older Adults. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/
- Yen, H., y Lin, L. (2018). Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *Journal of Exercise Science y Fitness*, 16(2), 49–54. doi:10.1016/j.jesf.2018.06.001

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Dimensiones	
<p>PP: ¿Cuál es la relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021?</p> <p>PS: ¿Cuál es la relación entre la salud y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la seguridad y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la participación y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas</p>	<p>OG: Determinar la relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.</p> <p>OE: Identificar la relación entre la salud y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.</p> <p>Identificar la relación entre la seguridad y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.</p> <p>Identificar la relación entre la participación y calidad de vida de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.</p>	<p>HG: La relación entre el envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima – 2021.</p> <p>HE: La relación entre la dimensión salud del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.</p> <p>La relación entre la dimensión seguridad del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.</p> <p>La relación entre la dimensión participación del envejecimiento activo y calidad de vida es positiva y significativa en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Micaela Bastidas.</p>	<p>Envejecimiento activo</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Salud Seguridad Participación</p> <p>Componente objetivo Componente subjetivo</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: Descriptivo - correlacional</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Población: 71 adultos mayores</p> <p>Muestra: 60 adultos mayores</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Procesamiento de datos: Análisis descriptivo e inferencial con la prueba estadística χ^2 (Chi-cuadrado)</p>

Sí____ No____ ¿Cada cuánto tiempo? _____ en el caso de no llevarlo cual es el motivo: _____

3) ¿Tiene acceso gratuito a la salud?

Sí____ No____ ¿En el caso de que no, indique por qué? _____

4) ¿Padece de alguna enfermedad?

Sí____ No____ ¿En el caso de padecerla, indique cuál? _____

Dimensión: Seguridad

5) Es beneficiario de alguna política para el adulto mayor

Sí____ No__ ¿En el caso de ser beneficiario, indique cuál? _____

6) Percibe ingresos económicos regulares

Sí____ No____ ¿En el caso de percibirlos, indique su origen por ejemplo por trabajo o ayuda de hijos, entre otros ? _____

Dimensión: Participación

7) Participa en actividades sociales y familiares

Sí____ No__ ¿Cuáles? _____ ¿En el caso de no indique por qué? _____

8) Participa en su autocuidado

Sí____ No__ ¿En el caso de no indique por qué? _____

Parte III: Variable calidad de vida

Dimensión: Componente objetivo

9) Tus ingresos económicos son suficientes para cubrir tus necesidades básicas y de recreación.

Sí____ No__ ¿En el caso de no indique por qué? _____

10) ¿ha sido diagnosticado con alguna enfermedad (diabetes, hipertensión, EPOC, entre otros)?

Sí_____ No_____ ¿Cuál?_____

11) ¿Por motivos de salud debe recurrir constante al médico?

Sí_____ No_____ Especifique_____

12) ¿Debe tomar algún medicamento frecuentemente?

Sí_____ No_____ ¿Cuál?_____

13) ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Sí_____ No_____ ¿Cuál?_____

14) ¿Habitualmente interactúa con las personas de la comunidad, y familiares?

Sí_____ No_____ ¿Especifique qué personas y la frecuencia en la que interactúa?_____

15) ¿Considera que tiene relaciones armoniosas con las otras personas?

Sí_____ No_____ ¿En el caso de que no, especifique por qué?_____

Dimensión: Componente subjetivo

16) ¿En su vida constantemente tiene sensación de seguridad y bienestar?

Sí_____ No_____ ¿En el caso de que no, especifique por qué?_____

17) ¿Se siente saludable?

Sí____ No____ ¿En el caso de que no, especifique por qué?_____

18) ¿Se siente satisfecho con su vida?

Sí____ No____ ¿En el caso de que no, especifique por qué?

Quedamos agradecidos por su disposición y participación en el llenado de este cuestionario.

ANEXO 3: PROCEDIMIENTO DE LA ENCUESTA

El instrumento fue diseñado, se utilizó un cuestionario para valorar cada una de las variables de análisis, con sus respectivas dimensiones e indicadores (descrito en el Anexo 2), con un total de 18 preguntas, el mismo fue validado por criterio de expertos, con la participación de tres especialistas en el área, que validaron el contenido del cuestionario (Hernández et al., 2014).

VARIABLE INDEPENDIENTE: ENVEJECIMIENTO ACTIVO

1 – 3 Mala

4 – 6 Regular

7 – 10 Buena

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

1 – 3 Baja

4 – 6 Media

7 – 10 Alta

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – ALFA DE CRONBACH

Para la confiabilidad del instrumento, se realizó la prueba KR20 de Kuder Richardson, la cual se aplica para la evaluación de instrumentos dicotómicos, y se calcula con la siguiente fórmula:

$$r = \frac{k}{k-1} * 1 - \frac{\sum p * q}{Vt}$$

Donde:

k = número de ítems del instrumento

p = total de respuestas correctas / número total de participantes

q = 1 – p

Vt = varianza total

En esta investigación el coeficiente obtenido fue $r = 0.896$, el cual es bueno, lo que indica que el instrumento es confiable (Hernández et al., 2014).

RANGO	CONFIABILIDAD
0.53 a menos	Confiabilidad nula
0.54 a 0.59	Confiabilidad baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.99	Excelente confiabilidad
1	Confiabilidad perfecta

Una vez disponible la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo (frecuencias y porcentajes de frecuencias) e inferencial. En el caso del análisis inferencial, se empleó la prueba estadística de dependencia χ^2 (Chi-cuadrado) con un nivel de significancia del 5% (Palomino et al., 2015) y la prueba Tau-b de Kendall, con 5% de significancia (Hernández et al., 2014).

ANEXO 5: OFICIO DE SOLITUD PARA AUTORIZACIÓN DE ESTUDIO



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Gerontología

Lima, 06 de Agosto de 2021

OFIC N° 036-2021-EPG-FMHyCS-UAP

Dr.

JESÚS CUEVAS VELAZCO

**Responsable de la Etapa de Vida Adulto Mayor del C.S. Micaela Bastidas - UBG
ATE - Dirección de Salud de Redes Integradas Lima Este**

Presente.-

ASUNTO: CARTA DE PRESENTACIÓN

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial saludo de parte de la Universidad Alas Peruanas y de la Escuela Profesional de Gerontología que me honro en dirigir y a la vez expreso lo siguiente:

La Universidad Alas Peruanas preocupada por el desarrollo de sus estudiantes y egresados, promueve la culminación de todas las etapas de su formación académica, en este caso, la obtención de su Título Profesional de Gerontóloga.

Concedores de su alto valor de colaboración, recorro a usted para presentarle a la **Bach. ESTELA BEJARANO JUDITH MERCEDES** con Cód. UAP N° **2009186307** y DNI N° **47565890**, egresada de la Escuela Profesional de Gerontología y a la vez solicitarle, se le permita desarrollar su estudio de investigación denominado **"ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS, LIMA - 2021"** en la institución que usted muy bien dirige.

Esperando contar con su valiosa colaboración para este fin académico, me despido, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi consideración y estima.


Atentamente,



Mg. Flor de Maria Escalante Celis
DIRECTORA (E)
Escuela Profesional de Gerontología

FEC/gya

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

 **PERÚ** **MINISTERIO DE SALUD** **DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE - DIRIS LE.** "Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Respuesta a la carta de presentación

De: Dr. Jesús Cuevas Velazco
Responsable del Curso de Vida Adulto Mayor del C.S. Micaela Bastidas

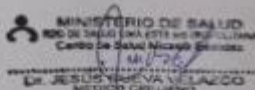
A: Mg. Flor De María Escalante Celis
Directora de la escuela profesional de Gerontología de la UAP

Referencia: Oficio N° 036-2021- EPG – FMHYCS – UAP

Por la presente lo saludamos muy respetuosamente, y en relación al documento de referencia, nuestra institución de Salud Pública comunitaria también preocupado por la calidad de vida de los adultos mayores accede a su solicitud para que la bachillera Estela Bejarano Judith Mercedes pueda desarrollar su trabajo de investigación sobre el tema gerontológico elegido, lo cual contribuirá en el desarrollo profesional integral de la bachiller.

Sin otro Particular, nos despedimos con estima y consideración.

Atentamente


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE - DIRIS LE
Centro de Salud Micaela Bastidas
DR. JESÚS CUEVAS VELAZCO
MEDICINÓLOGO
C.M.P. 72812

FECHA: 18 DE OCTUBRE 2021

Av. Cesar Vallejo s/n alt. Cdra. 13 - El Agustino - Tel: 013610909 - anexo 300
www.dirislimate.gob.pe

Anexo N° 7 – RESULTADOS DEL ESTUDIO