



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL
CENTRO DE SALUD CERROPÓN - CHICLAYO**

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

Autora:

Bach. Cordova Cotrina, Naddya Hibet

<https://orcid.org/0000-0003-1688-1490>

Asesora:

Mg. Isabel Graciela Lizarraga de Maguiña

<https://orcid.org/0000-0001-6680-5539>

Línea de Investigación:

Ciencia de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel - Perú

2022



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL
CENTRO DE SALUD CERROPÓN - CHICLAYO**

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

Autora:

Bach. Cordova Cotrina, Naddya Hibet

<https://orcid.org/0000-0003-1688-1490>

Asesora:

Mg. Isabel Graciela Lizarraga de Maguiña

<https://orcid.org/0000-0001-6680-5539>

Línea de Investigación:

Ciencia de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel - Perú

2022

**INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD CERROPÓN - CHICLAYO**

Aprobación de jurado:

DRA. ARIAS FLORES CECILIA TERESA

Presidente del Jurado de Tesis

MG. GONZALES DELGADO LEYLA ROSSANA

Secretario del Jurado de Tesis

MG. LIZARRAGA DE MAGUIÑA ISABEL GRACIELA

Vocal del jurado de tesis

Dedicatoria

A Dios por darme un nuevo día para seguir esforzándome y cumplir mis metas y objetivos; por permitirme haber llegado hasta aquí y por todas las oportunidades que me ha brindado en el camino y llegar hasta aquí, cumpliendo un nuevo sueño.

A mi familia y mi esposo, quienes confiaron plenamente en mí, y me brindaron su apoyo incondicional para seguir adelante en los estudios; porque con esfuerzo y sacrificio se pueden lograr las cosas.

Naddya.

Agradecimiento

A Dios por darme su fortaleza incondicional para seguir adelante y poner todo mi esfuerzo en esta investigación. A mis padres y mi esposo por brindarme la oportunidad de estudiar y de poder finalizar mi meta propuesta.

Al personal docente de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, quienes me brindaron los conocimientos y me dieron la oportunidad de formarme como profesional.

Naddya.

índice

Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Realidad Problemática.	12
1.2. Antecedentes de estudio.	16
A nivel Internacional se encuentran los siguientes estudios:	16
A nivel nacional se encontraron las siguientes investigaciones:	17
A nivel local se encontraron las siguientes investigaciones:	19
1.3. Teorías relacionadas al tema	20
1.4. Formulación del problema	30
1.5. Justificación e importancia del estudio	30
1.6. Hipótesis	31
1.7. Objetivos	31
1.7.1. Objetivo general	31
1.7.2. Objetivos específicos	32
II. MATERIAL Y MÉTODOS	32
2.1. Tipo y diseño de investigación	32
2.2. Población, muestra y muestreo	33
2.3. Variables y operacionalización	33
2.3.1. Definición conceptual	34
2.3.2. Definición operacional:	34
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	37
2.5. Procedimiento de análisis de datos	39
2.6. Criterios éticos	40
2.7. Criterios de rigor científico	41
III. RESULTADOS	43
3.2. Discusión de resultados	46
IV. CONCLUSIONES	48
V. RECOMENDACIONES	49
VI. REFERENCIAS	50
ANEXOS	55
ANEXO 01: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA	55
ANEXO 02: INSTRUMENTO DE FACTORES CULTURALES	57

ANEXO 03: CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	58
ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
ANEXO 05 : MATRIZ DE CONSISTENCIA	60
ANEXO 06: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	61
ANEXO 07: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	63
ANEXO 08: TABLAS Y FIGURAS	66
ANEXO 09 RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO TESIS	94
ANEXO 10: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE JURADO	95
ANEXO 11 RESOLUCIÓN DE ASIGNACIÓN DE ASESOR DE TESIS	95

RESUMEN

La presente investigación titulada “Influencia de los factores culturales en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Cerropon, Chiclayo. Tuvo como objetivo general determinar la influencia de los factores culturales en la calidad de vida del Adulto Mayor que acuden al Centro de Salud Cerropon. La investigación fue de tipo Cuantitativa de diseño Correlacional. El instrumento utilizado para la recolección de datos fueron el cuestionario de Valoración de los factores socioculturales, modificado de la autora: Nilda Elsa Pacci Romero, y el cuestionario Calidad de vida fue SEGÚN WHOQOL – BREF Modificado; aplicados a una población muestral constituida por 68 adultos mayores (60 años a más) de la misma comunidad que acuden al Centro de Salud de Cerropon. Los resultados obtenidos fueron que los factores culturales tienen una influencia significativa con la calidad de vida obteniendo un valor de 0,000 menor a 0,005. Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropon, presentan niveles de calidad de vida baja en un 69.12% y un nivel regular o no muy buena en un 30.88%.

Palabras clave: Factores culturales, calidad de vida, adulto mayor, influencia.

ABSTRACT

This research entitled "Influence of cultural factors on the quality of life of the elderly at the Cerropon Health Center, Chiclayo. Its general objective was to determine the influence of cultural factors on the quality of life of the Elderly who attend the Cerropon Health Center. The research was Quantitative type of Correlational design. The instrument used for data collection was the Sociocultural Factors Assessment Questionnaire, modified by the author: Nilda Elsa Pacci Romero, and the Quality of Life questionnaire was ACCORDING TO WHOQOL – Modified BREF; applied to a sample population consisting of 68 older adults (60 years or older) from the same community who attend the Cerropon Health Center. The results obtained were that cultural factors have a significant influence on quality of life, obtaining a value of 0.000 less than 0.005. Concluding that the majority of older adults who attend the Cerropon health center, have low quality of life levels in 69.12% and a regular or not very good level in 30.88%.

Keywords: Cultural factors, quality of life, older adult, influence.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática.

La población global está envejeciendo de forma acelerada. Se reporta que entre los años 2000 al 2050, la población de 60 años a más, pasará del 11% al 22%. Se calcula que el número de este grupo etario, se trasladara de 900 millones el 2015, a 1400 millones hacia el 2030 y para el 2050 alcanzará los 2100 millones; sin embargo, para el 2100 se indica que alcanzaría los 3200 millones. En 2050, las personas de 60 años o más representan un 34% de los habitantes de Europa, un 25% de América Latina y el Caribe y Asia, y aunque África tienen las estructuras demográficas más jóvenes entre toda la región principal, posiblemente los números de individuos de 60 años o más aumentaran de 46 millones en 2015 a 147 millones en 2050 ⁽¹⁾.

Estos valores son cercanos a los que se observan para las poblaciones mundiales (12%), y esencialmente menores al valor observado en Europa, América del Norte, el Este asiático, y Oceanía (24%, 21%, 17%, y 16%, respectivamente) ⁽²⁾. En cambio, los habitantes de las regiones (América Latina y el Caribe) están envejeciendo a un ritmo sin precedente. En 2030, los habitantes mayores de 60 representan el 17% de la totalidad (ONU 2017), y hacia 2050, en tan sólo 35 años, se considera que uno de cada cuatro personas en ALC serán mayores de 60 años. Europa demora 65 años en concretar un aumento similar, y se considera que les va a demorar alrededor de 75 años a América del Norte ⁽²⁾.

Con relación a la región desarrollada, el envejecimiento en América Latina y el Caribe se han ido desarrollando en plazos más cortos, por ejemplo, los tiempos para que doblen las proporciones de personas de 65 años y más en Francia demora 115 años, mientras que en Brasil y Colombia se evidencian apenas en dos décadas. Cinco países han logrado unas etapas avanzadas (Bahamas, Chile, Costa Rica, Trinidad y Tobago y Uruguay), con una tasa de fecundidad por debajo de los niveles de reemplazos y un índice de

envejecimiento entre 63 y 93 una persona mayor por cada 100 jóvenes menores de 15 años. ⁽³⁾.

Barbados y Cuba están en fase aún más avanzada, tienen una tasa de fecundidad como los grupos anteriores bajo, pero unos habitantes mayores que supera a los menores de 15 años, con un índice de 128 y 111 habitantes de 60 años o más, por cada 100 jóvenes, correspondientes. En el 2017, Barbados, Cuba y Uruguay presentan un porcentaje de los habitantes de 60 años o más del 20 % y, las proporciones de 75 años o más, entre el 6 % y el 7 %. Las islas se convirtieron en las primeras economías envejecidas de las regiones desde 2010 ⁽³⁾.

En México, la dinámica demográfica se refleja principalmente en la composición del grupo de la población, en especial en los individuos con 60 años y más: las proporciones de mujeres y hombres con 60 años o más con relación a la totalidad de los individuos en 1990 eran de 6.6% y 5.1%, respectivamente; mientras que en 2030 se planea que la incidencia de mujeres y hombres con 60 años o más con relación a la totalidad de los individuos será de 15.6% y 13.7%, respectivamente. Un factor relevante que se encuentra vinculado a la dinámica demográfica y el envejecimiento de los habitantes es la esperanza de vida al nacer. ⁽⁴⁾

Este indicador se define como el número de años que se espera que viva en promedio un individuo en un tiempo determinado. La proyección de la Población del CONAPO indica que la esperanza de vida en México incrementa de 75.34 años en 2017 a 76.97 años en 2030. El hombre alcanza una esperanza de vida inferior que las mujeres: para 2017, estas cifras apuntan 72.88 años para ellos, y la esperanza de vida de ellas son de 77.93 años; mientras que para 2030, este indicador asciende a 74.64 y 79.41 años, respectivamente ⁽⁴⁾. En cambio, en una década anterior la percepción que se sostenía de los adultos mayores era como fuentes de sabidurías, conocimientos y fortalezas ⁽⁵⁾.

A 50 días del aislamiento social, encuestadas y entrevistadas la totalidad de la muestra, sigue siendo elegido el valor nuevo de la cultura, pero en

diferentes disposiciones como “gozar de muy buena salud física y mental” y “la familia, hijos y nietos” pasan a ser primordiales y está en primer lugar, después “los amigos”, “gozan de los descansos y tranquilidades”, “realiza una actividad deseada”, “viven de manera segura y sin sobresalto”, “obtener unos proyectos nuevos de vida, una cosa que siempre desee y hasta ahora no lo habían hecho” y “ser amados, las intimidades, los erotismos”. Y vuelve a ser rechazado el valor que tiene enlace con un mito y prejuicio proveniente de una creencia de las culturas de los siglos pasados ⁽⁶⁾.

Diversas investigaciones solicitaron que se reconozca cómo la dimensión cultural de particularismo y colectivismo afecta en el indicador de comodidad. En una cultura individualista se buscan las independencias y las autonomías, y el interés de los grupos es primordial, solo en servicio de cuánto afecta la propia necesidad de los individuos, sin embargo, en una cultura colectivista, se buscan las interdependencias entre los individuos, estando la necesidad orientada a los bienes grupales, la más importante para los individuos. ⁽⁷⁾

Otro factor que diferencia a estos dos tipos de cultura es que la sociedad colectivista es más hermética y el individuo puede llegar a subordinarse y suprimir su emoción y deseo en función del bienestar de los grupos. Un estudio sugiere que la cultura colectivista, con un elevado valor de mantenimiento, busca no alterar la armonía del grupo, por los cuales utiliza un mecanismo de afrontamientos que favorece los autocontroles y restringe la expresión emocional. Se han estado verificando así, que la cultura individualista tiene un mayor bienestar subjetivo y la colectivista, unos mayores bienestar psicológicos. ⁽⁷⁾

La tendencia al colectivismo supone un riesgo para el desarrollo y el bienestar subjetivo, ya que enfrentan a los individuos a una norma y exigencia colectiva que restringe la opción de posesión, de felicidad de su necesidad psicológica y de crecimiento de una meta personal. Mientras, el estilo de afrontamientos de unas culturas colectivistas protege la relación interpersonal y promueve las adaptaciones al rol contextual, los cuales hacen que esta sociedad

tenga un mejor nivel de comodidad. Es indispensable cumplir con los requerimientos ⁽⁷⁾

Gill y Feinstein sugieren que calidad de vida es dar valor al asunto relativo del individuo, a un determinado valor en su vida, y deben venir siempre de los mismos individuos. Cada magnitud de la calidad de vida se puede estar dividiendo, en su momento, en dos, los estudios objetivos de unos estados de salud y la percepción subjetiva de la misma. Se pueden estar afirmando, de modo que, en 2 individuos con los mismos estados de salud puede tener una calidad de vida muy distinta. De tal manera, la calidad de vida consiste en la percepción de comodidad que pueden ser experimentadas por las personas y representan las sumas de sensación subjetiva y personal del “sentirse bien” ⁽⁸⁾.

A nivel nacional, como efecto del gran cambio demográfico experimentado en la última década, las estructuras por edad y sexo de los individuos están experimentando un cambio significativo. En las décadas de los años cincuenta, la estructura del individuo peruano está compuesta fundamentalmente por niñas/os; así de cada 100 individuos 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2020 son menores de 15 años 25 de cada 100 personas. En estos procesos de envejecimiento de los individuos peruanos, aumentan las proporciones de los individuos adultos mayores de 5,7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020 ⁽⁹⁾.

El hecho de que el número de habitantes ancianos vayan en incremento deriva en la necesidad que se desarrolle un plan de acción para la atención adecuada y necesaria en los ámbitos de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garanticen las atenciones médicas y psicológicas de calidad a una agrupación que no los segreguen y estigmaticen, sino a lo opuesto, que lo engrandezca. Y, a la par, que los Estados asuman sus responsabilidades de política real, dirigida a que garantice unos ingresos económicos decorosos permitiendo a estas poblaciones llevar una vida decente y de calidad ⁽¹⁰⁾.

A nivel local, en el centro de salud Cerropon la realidad del adulto mayor que acude a sus citas, se evidencia su calidad de vida muy deteriorada; el

programa adulto mayor brinda actividades como talleres de manualidades, recreativos (como paseos), les evalúa el servicio de psicología, odontología, medicina general, ya que algunos adultos padecen de diabetes e hipertensión. Sumado a ello, que en la actualidad los ancianos son excluidos de muchas actividades, pensando en que su estado senil no les permite caminar, subir las escaleras, trabajar, etc.; lo que ocasiona que el adulto mayor se siente mal y se deprima; así mismo, su entorno familiar es otro factor debido a que muchos no tienen paciencia para cuidar a estos ancianos.

1.2. Antecedentes de estudio.

A nivel Internacional se encuentran los siguientes estudios:

Valencia (2019) en Colombia ⁽¹²⁾, en su estudio titulado “*Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia*”, con el objetivo de Analizar los factores asociados a la calidad de vida en el adulto mayor a través de una revisión sistemática de literatura, tuvo como resultado que: la Red de ayuda, Salud o funcionalidades, Característica sociodemográfica y Percepciones de calidad de vida es un factor fundamental asociado a la calidad de vida de los adultos mayores colombianos. De la misma forma; se evidencian que no solo existen predominios con los factores Salud a la publicación de CV sino además a una investigación colombiana elaborada en el adulto mayor, donde los temas clínicos y funcionales son los principales temas de estudio.

Bustamante (2017) en Colombia ⁽¹³⁾, investigación titulada “*Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador*”, tuvo como objetivo analizar los principales determinantes socioeconómicos de la calidad de vida de los adultos mayores en la provincia del Guayas en Ecuador, empleó una metodología descriptiva, demográfica, en una muestra de 817 encuestados. Teniendo como resultados que, el trabajo y los niveles de educación de los AM muestran asociaciones estadísticamente significativas en las autos-calificaciones de la calidad de vida. Los AM con menores niveles de enseñanza son más propenso a que se sienta menos

complacido con su vida. Una posible alternativa para mejorar la percepción de una satisfacción derivada de la educación, podría ser el incluirlo en un programa de instrucción que, si bien es cierto, no culminaría con la adquisición de títulos oficiales sí contribuiría a un mejorar su auto percepción de calidad de vida. Las ocupaciones inciden de forma inversa en la insatisfacción con la calidad de vida de los AM. En conclusión, aumentarían las satisfacciones siempre que los AM se encuentran en unas situaciones laborales de que trabajen de forma propia o se encuentre jubilado. Existe una variable determinante en la calidad de vida de los AM, tal como: sufrir algunas enfermedades, ser los ingresos principales del hogar, ser jubilados, laborar de forma independiente, habiendo alcanzado unos niveles de educación básica y pertenezcan a la categoría de edad entre 71 y 80 años.

Teyssier (2015) en México ⁽¹⁴⁾, *“Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México”*, con el objetivo de identificar las principales características que conforman la Calidad de Vida de la población de adultos mayores de la ciudad de Puebla, México empleó una metodología de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, una muestra de 400 participantes, tuvo como resultados que, los hombres tienen Alta Calidad de Vida, y se ubican geográficamente al oriente de la ciudad y en menor medida al poniente. Tienen una categoría de edad de 66 a 70 años, viudos, con una escolaridad de primaria y carrera normal, actualmente se desempeñan como comerciantes y residen con su esposo e hijos. Los adultos mayores presentan baja calidad de vida y en su mayoría son de género masculino con edades entre 76 a 80 años, de estado civil casados, con formación educativa básica de primaria. Las féminas con una Baja Calidad de Vida tienen una edad de 66 a 70 años, viudas, con una educación primaria, dedicadas a las labores del hogar.

A nivel nacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Cutipa, y Zamora (2020) en la sierra peruana ⁽¹⁵⁾, realizaron una investigación titulada *“Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL - BREF de Calidad de Vida en Adultos de la Sierra Peruana”*, tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida

WHOQOL - BREF adaptada y traducida en adultos de la sierra peruana. Estudio cuantitativo, de corte transversal, muestra de 203 participantes, a quienes se les aplicó una encuesta, teniendo como resultados que, los 4 factores obtienen una adecuada carga factorial ganando un promedio por magnitud de: Salud Física .58, Salud Psicológica .65, Relaciones Sociales .68 y Relaciones Ambientales .60; y la dimensión obtuvo un adecuado nivel de confiabilidades por consistencias internas variando entre .70 hasta .81 en cuanto al alfa de Cronbach y .71 a .82 con relación al Omega por tamaños.

La Rosa (2017) en Huánuco ⁽¹⁶⁾, en su investigación titulada “*Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al centro de salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis 2016*”, tuvo como objetivo determinar las características de la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2016, empleó un estudio descriptivo,, con una población de 65 participantes, uso la encuesta y entrevista, teniendo como resultados que, el 92,3% tuvieron una regular calidad de vida, el 4,6% presenta una regular calidad de vida, y el 3,1% tuvieron una baja calidad de vida; existiendo estos resultados estadísticos significativos ($p = 0,000$); por lo que rechazan las hipótesis nula y se acepta la hipótesis de estudio en el presente estudio de investigación. Con relación al estudio por dimensión, en las dimensiones de los bienestarres emocionales, predominan los adultos mayores que mantuvieron una regular calidad de vida, representado el 72,3% de entrevistados; existiendo los resultados estadísticos significativos ($p = 0,000$); en conclusión, se rechazan las hipótesis nulas y se aceptan las hipótesis de estudio en estas dimensiones. Con respecto a las dimensiones de los bienestarres emocionales, el 90,6% de adulto mayor considerado en las investigaciones presentan una regular calidad de vida; habiendo estas proporciones estadísticas significativas ($p = 0,000$); además, el 82,9% de adultos mayores tienen una regular calidad de vida en su relación familiar, amical y social; siendo estos resultados estadísticos significativos ($p = 0,000$); por lo que pueden deducir que se niegan las hipótesis nulas y se aceptan las hipótesis de estudio en estas dimensiones.

Mazacón (2017) en Lima ⁽¹⁷⁾, realizó el estudio titulado “*Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida*

con el modelo de atención integral de salud", tuvo como objetivo determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud, empleó una metodología cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, aplicando una encuesta, teniendo como resultados que, las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). Concluyó que, no existen diferencias en la calidad de vida del adulto mayor intervenido por Modelo de Atención integral del Adulto Mayor en la mayor parte de la dimensión relacionada a salud mental (Vitalidades, desempeños emocionales, funciones sociales) se encuentra que la mayor parte de las puntuaciones promedios las obtiene la dimensión desempeños emocionales, en tanto, el puntaje más bajo fue obtenido en la dimensión salud mental, funciones sociales y vitalidades. Reportando que el género no afectó de modo significativo la calidad de vida del adulto mayor.

A nivel local se encontraron las siguientes investigaciones:

Ventura y Zevallos (2019) en Lambayeque⁽¹⁸⁾, realizaron una investigación titulada *Estilos de vida: alimentación*, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de las personas mayores que asisten a los círculos del adulto mayor de los establecimientos de primer nivel de atención del distrito de Lambayeque, estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 100 participantes, a quienes se les aplicó un cuestionario, teniendo como resultados que, el 82% tienen estilos de vida saludable, con respecto a alimentación 99%; en relación a actividad física 49% y 71% en descanso y sueño, finalmente concluyó que, el estilo de actividades físicas tiene unos perfiles no saludables; resaltando que no practica ejercicios físicos semanalmente, las participaciones en actividad recreativa son escasas. El adulto mayor presenta un estilo saludable de reposo y sueño; destacan que no se cuida las cantidades de horas para que duerman, sin la obligación de que consuman medicamento ni infusión para que duerman; se concentra en pensamiento agradable y también se encuentra satisfecho en la actividad que ahora realiza.

1.3. Teorías relacionadas al tema

La teoría de la adaptación, es la fuente teórica del modelo de adaptación de Callista Roy. Su principio filosófico está enraizado en el humanismo, y en las unidades cósmicas. El modelo se basa en 2 pilares teóricos; las adaptaciones y el sistema humano: a) adaptaciones se refieren a los “procesos y a los resultados por lo que, la persona que tiene la facultad de que piensen y sientan como unos individuos o como miembros de un equipo, son sensatos y eligen las integraciones de los seres humanos con su entorno”; b) sistemas humanos definidos como los “conjuntos de la parte conectada a las funciones como un todo y que siguen unos determinados propósitos, procediendo en capacidad de las interdependencias de las partes” ⁽¹⁹⁾.

Sor Callista Roy define a la Enfermería como disciplina profesional de conocimientos científicos, utilizados con la finalidad de que se proporcionen un servicio esencial a los individuos, es decir, de fomentar las capacidades que afecte de maneras positivas la salud. La finalidad de la Enfermería es apoyar a que los hombres se adapten al cambio que se realice en lo referente a su necesidad fisiológica, a la definición de sí mismos, a las funciones que realizan y a su relación de interdependencias en la salud y las enfermedades ⁽²⁰⁾.

Las personas se ven afectados por la rigidez que se describe como un estímulo focal. El estímulo contextual todo el resto de estímulo presente y el residual (otro factor importante) interviene y construye un efecto de los productores de tensiones para que generen la interacción denominada tensión. Los efectos combinados de las 3 clases de estímulos dan por determinado los niveles de adaptación, que establecen las zonas que determinan los rangos de estimulaciones ulteriores que tendrán unas respuestas positivas o de adaptación, del nuevo estímulo que caen unas fuerzas de dichas zonas. Las personas no podrán contestar en forma positiva y se producirá enfrentamientos ineficaces ⁽²⁰⁾.

Los enfrentamientos se refieren al módulo rutinario y habitual de los comportamientos responsables que maneje la situación cotidiana y que se produzca una nueva forma de conducta, aunque cambios drásticos desafían a la

respuesta familiar. Los subsistemas reguladores están constituidos de forma primordial por el elemento neural, endocrino y perceptivo psicomotor. Los subsistemas de cogniciones incluyen psicosocial y hacen posibles los procesamientos perceptuales de estudio, aprendizajes, razonamientos y emociones. Considera que los individuos tienen cuatro modos de adecuación: fisiológicas, auto conceptos, desempeños de función y relación de interdependencias ⁽²⁰⁾.

Sor Callista Roy hace referencia que la adaptación es un proceso a través del cual las personas enfrentan al productor de tensiones y a unos estados finales producidos por los procesos. Si el mecanismo de enfrentamiento es eficaz para resolver las tensiones, se obtienen estados dinámicos de equilibrios que facilitan la conservación de las metas del individuo. Cuando la tensión poco común o el debilitamiento del mecanismo de enfrentamientos hace que resulte ineficaz en la fuerza normal de enfrentamiento a los individuos son necesarios los cuidados de Enfermería los usuarios pueden ser un grupo familiar, comunidades o sociedades, aunque Sor Callista Roy resalta las adaptaciones de los individuos ⁽²⁰⁾.

También la Teoría de desvinculación, hace referencia a los modelos propuestos por Cummings y colaborador hacen énfasis en las necesidades de que se reduzcan las participaciones en diferente tipo de actividad a medida que incrementa la edad. Según Cumming, el envejecimiento activo se determina como el deseo y la capacidad de la persona para que se alejen de una vida activa con los fines de que se preparen para el fallecimiento. Las teorías de las bajas participaciones analizan el envejecimiento a nivel macro (sociedades y poblaciones) y a nivel micro (individuales, familiares y grupales), y además tienen en consideración el cambio fisiológico, psicológico y de las interacciones sociales ⁽²¹⁾.

La Teoría Psicosocial (Integración vs. desesperación) de Erikson, estima que el desarrollo psicosocial, se manifiesta en la relación e interacción que tienen los individuos con relación al resto, igualmente son los conocimientos de toda persona de sí mismos como miembros de una asociación. Para resolver estas crisis los individuos deberán igualar el rasgo positivo y negativo, los resultados desarrollan unas virtudes en especial. Las 2 crisis que proyecta Erikson ocurren

al entorno de la misma edad en las etapas orales y anales. En cambio, las octavas etapas como Integridad versus desesperanza, se encuentra la ancianidad, cuando se habla de integridad esta mencionando cómo se sienten los adultos en todo su desarrollo de vida, dándole unos valores significativos ⁽²²⁾.

Asimismo, la Teoría Sociocultural de Lev Vigotsky es asignada como la contribución más importante con relación a la función de las culturas y las organizaciones sociales en el crecimiento del proceso psicológico superior, focalizando su estudio fundamental al determinante social del crecimiento. Afirma que los individuos son inseparables de la sociedad en la cual viven, las cuales les transmiten modelos de comportamiento y de su planificación de los conocimientos que los sujetos tienen que interiorizarse; de tal manera, el crecimiento de los individuos se producen ligados a las sociedades en las que viven ⁽²³⁾.

Los aprendizajes no se centran en problemas internos de los individuos, sino que poseen 2 apariencias desiguales: unos iniciales y biológicos, fundados en las repeticiones y memorias; y otros referidos a la función superior de los pensamientos de orígenes socioculturales, fundados sobre el idear creativos y simbólicos. Si, aunque los biológicos sientan las bases para los desarrollos generales (líneas naturales), sólo los contextos culturales y sociales (líneas culturales de los desarrollos) posibilitan unos desarrollos superiores de aprendizajes ⁽²³⁾.

La incidencia que el entorno tiene en el crecimiento de los aprendizajes de los sujetos, hace que los lenguajes resulten los principales instrumentos en los planos sociales como medios de información, como en los planos internos como medios de meditación. Este proceso social por lo que el individuo accede a los universos culturales por medio de un diverso canal de información se denomina mediaciones culturales, que realiza el grupo de acción por la cual el sujeto logra ser determinada una capacidad que era potencial, accediendo a una actividad que anteriormente no se podía realizar por sí solo. De tal manera, las influencias e incidencias externas permiten que las personas se apropien de un instrumento cultural para después se proceda a unas reconstrucciones internas ⁽²³⁾.

En este orden de razonamientos sociogenéticos, se introducen conceptos de un *proceso psicológico*, logrando ser *elementales* que consisten en capacidades psicológicas habituales, no es específico de los hombres, consisten en las capacidades psicológicas humanas y se adaptan como productos de la vida social, prosiguiendo unas líneas culturales del desarrollo, basadas en la naturaleza sociocultural de los seres humanos, procesos que requieren unos largos y complejos procesos de internalizaciones culturales. Los procesos psicológicos superiores, suponen construcciones socioculturales, no vienen dados por lo genético, sino que se dan mediante interacciones con los recursos socioculturales, continuando los procesos de crecimiento de los aprendizajes ⁽²⁴⁾.

Por otro lado, la Ley de la persona adulta mayor en el Perú acoge medidas que constituyen marco jurídico institucionales respecto a las PAM. En esas líneas, se puede identificar 2 primeros instrumentos normativos: la Ley de las Personas Adultas Mayor ⁽²⁵⁾ y sus reglamentos ⁽²⁶⁾. El texto se dispone el derecho de las PAM y el deber tanto de los Estados como de las sociedades. También, prescribe y detalla cómo los aparatos estatales se organizarán para que cumplan con su disposición, siendo el MIMP el ente rector en la materia. Que definen el contenido principal de la política pública: (i) envejecimientos saludables; (ii) empleos, provisiones y seguridades sociales; (iii) participaciones e integraciones sociales; y, (iv) enseñanza, conocimientos y culturas sobre envejecimiento y vejez.

Con las nuevas aprobaciones de los Reglamentos, quedan pendientes a que se efectúe la disposición de la Ley como las promociones y creaciones del Centro Integral de Atención a los Adultos Mayores (CIAM) y las acreditaciones del Centro de Atención para Persona Adulta Mayor (CEAPAM). También, con la finalidad de los periodos del PLANPAM 2013-2017, resulta imprescindible la adopción de un nuevo instrumento de políticas públicas que consideren la cifra actual y los marcos normativos-institucionales vigentes. En esas líneas, corresponden a que se inicie el proceso correspondiente para que se implemente, entre otro, las Políticas para las Promociones de los Buenos Tratos o los Planes de Promoción del Empleo para PAM.

Es conveniente recordar que todas las medidas adoptadas deben ser encontradas conforme a la obligación y estándar internacional en asunto del

derecho humano. A la fecha, el Estado peruano todavía no ha confirmado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que son los principales instrumentos convencionales a nivel general en el asunto. Las ratificaciones de estas Convenciones y las adopciones de un mayor instrumento de políticas públicas que permite que se consolide el derecho y deber de unas poblaciones cada vez más visibles.

El propósito general de las investigaciones se presenta una tendencia en los estudios de la actitud a la vejez y las personas viejas en diferentes generaciones y que tienen relación con los factores culturales ^(27,28), cobrando vital importancia en la vejez, propia y ajena, como un proceso natural de la vida y las relaciones existentes entre tales actitudes con la comodidad afectiva, emocional, físicos y psicológicos y que está relacionado con la calidad de vida ⁽⁴⁴⁾. Los estudios relacionados presentan dos perspectivas: i) actitudes positivas sobre la vejez, desde la solidaridad intergeneracional y cultural ⁽²⁹⁾; y ii) actitudes negativas, como rechazo a la vejez, discriminación por razón de edad), estereotipos negativos y maltrato, todas relacionada con la calidad de vida y la cultura ⁽³⁰⁾.

Recientemente Totten ⁽³¹⁾ en una revisión de 19 estudios de AHRQ miden una intervención de atenciones primarias en el domicilio (HBPC). Las evidencias más fuertes fueron que HBPC reducen la hospitalización y estadía hospitalaria. La reducción en la visita a emergencias y a especialidad y en el costo fue apoyado por evidencias. HBPC tuvieron unos impactos positivos en los pacientes y experiencias de los cuidadores, incluido las satisfacciones, calidad de vida y necesidad de los cuidadores.

Adam Kuper antropólogo sudafricano estudió los conceptos de las culturas. En su libro "Culture: The anthropologists' account" y comenta que los orígenes de dichos términos se remontan al siglo XVIII en Europa, precedidos por otros conceptos: civilizaciones. Toda acción contraria que no se encuentra conforme a la denotación cívica eran considerados salvajismos y barbaries ⁽³²⁾. Toda esta idea continúa desarrollándose con el pasar del tiempo y fue conectándose con las tradiciones locales, los espíritus del ciudadano y los territorios. Ya en el siglo XIX se presenta el plural de las palabras culturas, tratando de que se evite la superioridad de una sola cultura y asumen las multiculturalidades ⁽³²⁾.

La cultura es una herramienta mediante la cual el ser humano crece y se desarrolla como persona en diferente ámbito, que se unifique en una determinada época o un grupo social, haciendo que progresen. Eseverri C. indica que: “La inestabilidad de la estructura sociocultural puede ser motivo, principio y fuentes de algún sufrimiento, ya sea de modos físicos como morales”. Después que las personas en sus mundos sociales cuando se sienten enfermos, piensan que no son parte del mundo, por lo cual algunas veces se aísla o huye ⁽³³⁾.

¿Podemos entonces asegurar que la cultura es modificable para lograr el desarrollo de una comunidad o grupo social? Antropológicamente las respuestas en sí, ya que la cultura es dinámica. Pero para transformarlas se necesitan ser conocer sus raíces, sus evoluciones y sus estados actuales adentro de las sociedades. De ahí que a la sociedad moderna se le comprende por sus culturas, sus transformaciones colectivas y su nuevo valor que le ha ido permitiendo su desarrollo. Pero se debe estar teniendo muy claro que las culturas no son la sociedad ⁽³⁴⁾.

Al respecto, entre los factores culturales específicos de la calidad de vida en los adultos mayores, se reconoció algún problema propio de esta etapa de la vida entre ellas el problema económico (46.3%), médico (43%) seguido de aquel relacionado con la soledad (26.6%) y los rechazos familiares (11.5%) ⁽³⁵⁾. Por ello, la calidad de vida como definición tiene una diversa acepción y conforme los contextos en los que se presentan pueden encontrarse determinadas por las percepciones y factor psicológico de la persona. Si se consideran de formas individuales, se refieren a la comodidad, a las obtenciones del logro personal y familiar, unos buenos estados de salud, alimentaciones sanas y todo al respecto con el entorno social y cultural ⁽³⁶⁾.

En estos estudios de la calidad de vida son consideradas como un estado de satisfacción general, derivado de las realizaciones de la potencialidad de las personas. Tienen un aspecto subjetivo y objetivo. En el primero se incluyen unas sensaciones subjetivas de bienestar físico, psicológico y social, incorporándose las intimidades, expresiones emocionales, productividades, seguridades y salud percibidas. En los planos objetivos, los bienestar materiales, la relación

armónica con los ambientes físicos y sociales y con las comunidades y la salud objetiva distinguida ⁽³⁶⁾.

En conexión con el aspecto subjetivo, las intimidades son entendidas como la vida social activa en los marcos de la relación familiar y social; las expresiones emocionales son las formas en que se manifiesta, oculta o regula la diferente reacción afectiva; las productividades, las relaciones que existen mediante el insumo o recurso empleado y el resultado o producto obtenido de los procesos, reflejan el resultado en función de los esfuerzos; las seguridades, percibidas como las sensaciones subjetivas de los sentimientos de protecciones enfrente a una carencia y peligro externo ⁽³⁶⁾.

La OPS propone con una serie de estrategia para que mejore la calidad de vida del adulto mayor. Esta estrategia está basada en una secuencia de principio y lineamiento de las Naciones Unidas que son: las independencias, las participaciones, los cuidados, las autorrealizaciones y las dignidades y consta de 4 zonas críticas que son: instalar a la salud y la persona mayor en la política pública, alcanzar la aptitud del sistema de salud para que afronten el reto asociado al envejecimiento del pueblo, las capacitaciones del recurso humano, primordialmente de las personas de salud, el propio adulto mayor, y persona encargada de su atención, y que generen las informaciones necesarias para que se logre intervenir con bases a una experiencia exitosa ⁽³⁷⁾.

En la sociedad que envejece a un ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en el envejecimiento son los retos más inmediatos de la política social. Los crecientes aumentos de las esperanzas de vida, los descensos sin precedente histórico de las tasas de natalidad, el cambio en las estructuras, en los tamaños, en la forma en las familias, el cambio en el nivel de la mujer, las reducciones crecientes de la tasa de actividades laborales mediante las personas de 55 y más años, han cambiado el envejecimiento de las sucesiones en unas cuestiones de máximos interés ⁽³⁷⁾.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se aseguran a través de infraestructura de apoyos y red

social. Todos ellos promoverán las participaciones de las personas de edad como un miembro activo de las comunidades, uno de cuya función puede ser transmitida su experiencia a la generación más joven, a los tiempos que comprende sus estilos de vida y el desafío que es propio. Todos ellos en unas sociedades inmersas en un proceso que las lleva además a ellas a que aprendan a envejecer ⁽³⁷⁾.

Los estudios de la calidad de vida en la tercera edad, obligan a que se incluya aspecto relacionado con estas etapas del ciclo vital, en las cuales los sujetos no sólo se enfrentan al envejecimiento cronológico sino además al envejecimiento funcional evidenciado por las disminuciones de la capacidad física, psíquica y social para los desempeños de la actividad de la vida a diario (AVD). El investigador con orientaciones clínicas suele definirlos en un término de salud y de discapacidades funcionales. Rivera, contribuye que "no hay dudas que las variables de salud son las de mayores pesos en las percepciones de bienestar del anciano y, que el déficit de salud constituye los primeros problemas para aquellos" ⁽³⁷⁾.

Desde el derecho, se han estado tomando como referencias los valores numéricos para que se determine a quienes se consideran unas personas adultas mayores. En el ámbito internacional, por ejemplo, el artículo 2 de las Convenciones Interamericanas sobre la Protección de los Derechos Humanos de la Persona Mayores define a las personas mayores como: "aquellas de 60 años o más, salvo que las leyes internas determinen unas edades bases menores o mayores, siempre que estas no sean superiores a los 65 años". En los casos peruanos, el artículo 2 de la Ley de la Persona Adulta Mayor establecen que se deben estar entendiendo por personas adultas mayores a "aquellas que tienen 60 o más años" ⁽³⁸⁾.

En consecuencia, de ellos, el reciente estudio social sobre la vejez muestra a la PAM "como unas poblaciones heterogéneas y complejas, activas y capaces de que decidan sobre su vida, como en unas situaciones de peligro y conflictos principales por las grandes cantidades de prejuicio social sobre la vejez, que, al atravesarse con otra variable como la etnia, los géneros o las situaciones

económicas puede ponerse a los individuos en unas situaciones de vulnerabilidades”. De esta manera, se advierten de nuevo que las poblaciones adultas mayores son unos grupos diversos con problema particular y diferente para todos los individuos ⁽³⁸⁾.

El Perú es un país pluricultural, multiétnicos y multilingües, por lo que son necesarios establecen unas convivencias armónicas mediante la distinta comunidad y cultura a través de las implementaciones de una distinta medida. En estos marcos, “las interculturalidades visibilizan la relación de poderes y de reconocimientos que se ha dado entre la cultura durante las historias de las humanidades”. Permitiendo que se reconozca y valore las diversidades culturales en los contextos peruanos, son imprescindibles que se adopte estos enfoques para un grupo considerable como, por ejemplo, las PAM ⁽³⁸⁾.

Respecto a la influencia, lo admirable es que son impredecibles. Los hechos de que unos estímulos influyan en unos sujetos condicionan los comportamientos de esos sujetos la próxima vez que se vean expuestos a esos mismos estímulos que varían la naturaleza de la influencia. En tal sentido, las influencias son las capacidades de que se condiciona a los comportamientos de otras personas. Sin embargo, además puede condicionarse un concepto como la economía, de la moda, del medio ambiente o del desarrollo urbanístico. En el caso de este modelo, estará muy basado en la persona a nombre individual o agregado adulto mayor. Las influencias no son hechos aislados. Se puede manifestar que en la influencia interviene muchos elementos ⁽³⁹⁾.

En las últimas 4 décadas se reconocieron las necesidades de que se construya unos conocimientos de caracteres multidisciplinarios que den cuenta únicamente de cómo interactúa al rededor físicos-social en los procesos de la vejez, los que dieron sitio a los desarrollos de las gerontologías ambientales. Éstos se nutren de una disciplina como las geografías humanas, las psicologías, las sociologías, las antropologías y, desde luego, las gerontologías. De igual manera se reciben unas contribuciones de las economías, las terapias ocupacionales, las planificaciones urbanas y las arquitecturas ⁽⁴⁰⁾.

La adaptación ambiental puede encontrarse comprometidas por un factor físico y social de su entorno, así como por la capacidad de la persona mayor. Generalmente, se puede diferenciar 2 procesos de adaptación: adaptativo y desadaptativo. Con relación, los procesos adaptativos describen unos óptimos ajustes mediante los entornos y las personas que envejecen. En conclusión, las adaptaciones son óptimas, por lo principal en entorno controlado o institucionalizado, donde los procesos de arreglos tienen unas estructuras y secuencias específicas. A lo inverso, los procesos desadaptativos implican un desajuste mediante los ambientes y las personas mayores ⁽⁴⁰⁾.

A partir de estos enfoques, el trabajo indica que las personas de edades avanzadas tienen una menor capacidad de adaptarse para que enfrenten la presión de los ambientes residenciales y urbanos. Además, se tiene conocimiento que la vejez humana llevan implícitas unas pérdidas progresivas de capacidad física y psicológica, como discapacidades y dependencias los que condicionan sus procesos de adaptaciones para que enfrenten la creciente presión del ambiente, ante todo en una ciudad con un problema grave de habitabilidades ⁽⁴¹⁾.

Sobre el adulto mayor en la sociedad, es factible que se diga que el lazo social y familiar es un elemento que se nutre de la perspectiva e imagen que tienen las poblaciones sobre la vejez y que proviene de una construcción social e histórica alimentada de un valor y precepto cultural, discurso político y social, posición de los medios de comunicación, y la mercadotecnia ⁽⁴²⁾. Un fenómeno que se ha hecho evidente en los estudios de la vejez del pueblo: son los maltratos y abusos que vive una buena parte de la persona mayor. Diferentes labores han justificado el abuso físico, psicológico, económico y sexual que sufren dichos grupos poblacionales por parte del familiar y amigo, actor de los sectores médicos e institucionales, y programa público y privado. ⁽⁴²⁾.

Maltrato, abuso, discriminación y descuido, todos son problemas que apunta a la falta de conocimiento social de los que pasa con la edad como población y como individuo, que implica que lleguen a *ser viejos*, de lo que la sociedad y el Estado debe producirse para que toda la población viva en su nueva condición

demográfica ⁽⁴²⁾. Por último, lo que la sociedad piensa y percibe con relación del envejecimiento, el procedimiento de la vejez y la persona mayor además van siendo plasmada en la decisión pública, el programa, la política y la estrategia de acciones para que apoyen a estas poblaciones, es decir, el contenido, enfoque y alcance de dicha planeación es definido por los papeles sociales que se les dan a estas etapas de la vida y a quien la viva. ⁽⁴²⁾.

1.4. Formulación del problema

¿Cómo influyen los factores culturales en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Cerropón, Chiclayo?

1.5. Justificación e importancia del estudio

La calidad de vida está determinada por factores como: Estado mental, nivel de salud, capacidades funcionales, nivel de actividad y de ocio, la integración social, satisfacción con la vida, servicios sociales y de salud y calidad del medio ambiente. Además, se debe añadir un estudio sociodemográfico que considere las condiciones económicas, culturales y educativas. Asimismo, es esencial mencionar que el estudio es importante debido que, conocer la calidad de vida de las personas mayores es fundamental puesto que interviene, tanto la perspectiva subjetiva o condiciones internas del sujeto, como la perspectiva objetiva o condiciones externas del mismo.

El rasgo característico de nuestra sociedad actualmente es la vejez de su pueblo, los cuales generan fenómenos que forman parte de una realidad mundial, aunque con característica y ritmo diferente para todas las regiones. De tal manera, el crecimiento proporcional de la población adulta mayor no permite que se brinde una buena salud para que aseguren una vida larga y de calidad, por lo menos que el sistema de salud y el sistema social estén preparados de manera adecuada, siendo capaz de que responda a una nueva y mayor demanda de este grupo de habitantes. Para que los habitantes de la mencionada tercera edad gocen de una calidad de vida idónea debe brindarse especial atención al estado de salud de este grupo.

En el sector salud es primordial que se investigue y se desarrolle las áreas de las gerontologías, para que den unas respuestas a las realidades demográficas en nuestro país y por sus compromisos sociales con el adulto mayor, para que proponga un modelo de intervenciones más participativo y realista, en los marcos del valor y creencia de la persona adulta mayor que tiene una característica singular sobre todo el que tiene una calidad de vida no adecuada.

Es fundamental incursionar en la temática de una calidad de vida sana, y no es factible que se haga por medio de un listado de comportamiento individual y colectivo que define lo que hace o no hace para que vivan más o menos años, de manera independiente de cómo se vive. El estilo y la calidad de vida es determinado además por la aparición de un factor cultural, el cual debe ser visto como unos procesos dinámicos que no únicamente se componen de acción o comportamiento individual, sino además de una acción de naturalezas sociales ⁽⁴³⁾. Por lo tanto, nace el interés de la investigadora de realizar el estudio sobre influencia de factores culturales en la calidad de vida de los adultos mayores del Centro De Salud Cerropón.

1.6. Hipótesis

H₁: Existe influencia entre los factores culturales y la calidad de vida del Adulto Mayor del Centro de Salud Cerropón, Chiclayo.

H₀: No existe influencia entre los factores culturales y la calidad de vida del Adulto Mayor del Centro de Salud Cerropón, Chiclayo.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la influencia de los factores culturales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Centro de Salud Cerropón, Chiclayo.

1.7.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores culturales del Adulto Mayor del centro de salud Cerropón, Chiclayo.
- Identificar la calidad de vida del Adulto Mayor del centro de salud Cerropón, Chiclayo.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

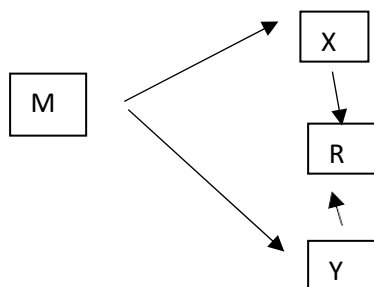
2.1. Tipo y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue cuantitativa, debido que se obtuvo los resultados mediante datos en porcentajes, el cual ayudó a determinar el problema de estudio. En tanto, este estudio tiene como fin esclarecer mejor la problemática y está se apoya de métodos numéricos que arrojan porcentajes y fundamentos teóricos de lo que se pretende investigar para ello, se utiliza las encuestas para poder determinar el problema. ⁽⁴⁴⁾

2.1.2. Diseño de investigación

El presente estudio tuvo un diseño correlacional, el cual tiene como finalidad determinar la correlación de las variables de estudio. ⁽⁴⁵⁾



Dónde:

M = Muestra de adultos mayores del pueblo joven Cerropón.

X = Factores culturales.

Y = Calidad de vida del adulto mayor.

R= Relación

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1. Población

La población es el conjunto de todos los casos que tengan relación con diversas características. En consecuencia, es el total de los fenómenos a analizar, donde la entidad de las poblaciones tiene características comunes los cuales se estudian y dan origen a la información de la investigación ⁽⁴⁵⁾. Por lo tanto, la población fue conformada 68 adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud de Cerropón.

2.2.2. Muestra

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población, es decir, pertenecen al conjunto definido en sus características”. el cual se considera para medir las variables, estas pueden ser personas, animales, cosas, etc. ⁽⁴⁵⁾. Por lo tanto, la muestra está conformada por 68 adultos mayores según registro del Centro de Salud Cerropón. Los Criterios de Inclusión fueron: Todos los Adultos mayores de 63 años, de ambos sexos que se atiendan en el Centro de Salud Cerropon. Y los criterios de Exclusión: Adulto mayor que no acepta ser partícipe de este estudio. Adulto mayor que presenta algunas dificultades mentales y/o de comunicación. Adulto mayor que presente alguna alteración patológica.

2.3. Variables y operacionalización

Variable dependiente: Calidad de vida del adulto mayor.

Variable independiente: Factores culturales del adulto mayor.

2.3.1. Definición conceptual

Factores Culturales: Es el rasgo que hace diferente a un grupo humano y asentamiento poblacional dentro de unos mismos espacios geográficos y sociales. Es una condición determinante mientras reporta una esencialidad del comportamiento humano, como las religiosidades, costumbre y tradición aportan un grupo de significados que se puede estar midiendo en los estudios de la comunidad.

Calidad de vida: la OMS se precisa como las percepciones que unos individuos tienen de sus lugares en las existencias, en los contextos de las culturas y de los sistemas del valor en el que viven y en relación con su objetivo, su expectativa, su norma, su inquietud.

2.3.2. Definición operacional:

Factores Culturales: Los factores culturales son aspectos importantes en la vida de los adultos mayores. Por ende, para medir la variable se aplicó como instrumento el cuestionario.

Calidad de vida: La calidad hace referencia a la estabilidad física como emocional en la que se encuentra una persona. En consecuencia, para medir la presente variable también se aplicó como instrumento el cuestionario.

2.3.3. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumentos de recolección de datos
Variable Independiente: Factores Culturales	Lugar de procedencia	Costa Sierra Selva	Técnica: Entrevista Instrumento: Cuestionario
	Grado de instrucción	Primaria	
		Secundaria	
		Sin instrucción	
	Religión	Católico	
		Evangélico	
		Otros	
Enfermedad o accidente	Establecimiento de salud Curandero, huesero Automedicación: remedios caseros, medicamentos		
alimentación	Carbohidratos Proteínas Vitaminas		
	Bienestar emocional	Satisfacción, Autoconcepto, Ausencia de estrés	

Variable Dependiente:	Relaciones interpersonales	Interacciones, Relaciones, Apoyos.	Técnica: Entrevista Instrumento: Cuestionario De Medición de Calidad de vida Whoqol – Bref Modificado
	Bienestar material	Estatus económico	
		Empleo	
Calidad de Vida		Vivienda	
	Desarrollo personal	Integración y participación en la Comunidad, Roles Comunitarios, Apoyos Sociales.	

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica de investigación o de recolección de datos, como el conjunto de procedimiento coherente con los hechos estudiados y con el recurso disponible, conducente a que generen informaciones pertinentes para la investigación. Para el propósito de la investigación se utilizan las técnicas de investigaciones de campos, denominadas encuestas ⁽⁴⁵⁾. Las encuestas constituyen las aplicaciones de unos procedimientos estandarizados que permiten que se consigan informaciones de formas orales o escritas sobre unas muestras amplias de un sujeto; focalizándose característicamente en informaciones sobre las conductas, valores, actitudes, y circunstancia social del individuo, incluye además informaciones más allá de los individuos, es decir sobre su relación o actividad con otras personas ⁽⁴⁵⁾. Por otro lado, las encuestas aplicadas fueron dos: la primera que corresponde a la variable calidad de vida que cuenta con cuatro tipos de alternativas, con un promedio de 20 ítems, asimismo, para la variable factores culturales se aplicó preguntas con un promedio de 6 ítems.(ver anexo 01, anexo 02)

2.4.1 Confiabilidad de los instrumentos:

Consistió en que se determina si los instrumentos son confiables y se realicen a través de un coeficiente de fiabilidades que oscilan entre 0 y uno.

De modo que, en este estudio se calcula la confiabilidad a través de una prueba piloto tomando en cuenta un total de 18 adultos mayores del Centro de Salud Cerropón a quienes se les aplicó los cuestionarios, y después se calcularon los coeficientes de alfa de Cronbach.

Por lo tanto, la confiabilidad del cuestionario que mide la CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL – BREF. Tuvo un resultado de alfa de Cronbach igual a 0,875 señalando un nivel bueno de confiabilidad de los cuestionarios. Así mismo, el instrumento que mide los factores culturales tuvo un resultado de 0.867, siendo también bueno. Es decir, factible para su aplicación.(referencia anexo 03)

2.4.2 Validación de los instrumentos:

Los instrumentos que son los cuestionarios, serán contruidos y/o generados por la investigadora, los cuales cumplieron con los criterios de calificación bajo el juicio de expertos y las pruebas estadísticas de confiabilidad para poder ser aplicados como tal.(Anexo 04 y 05)

Se aplicó dos cuestionarios una para medir la variable calidad de vida, que constó de 20 ítems, con escala de Likert, y otro instrumento para medir la variable factores culturales que tuvo un total de 6 ítems, con alternativas múltiples.

Por otro lado, los instrumentos fueron validados por dos expertos que a continuación se mencionan:

Mg. Yanet Marisol Benavides Fernández, es licenciada en enfermería quien trabaja en el C.S QUIÑONES, con maestría en docencia universitaria, tiene 10 años de experiencia en la docencia, fue docente de la Universidad Señor de Sipan, quien también en su larga trayectoria como docente ha sido asesora de tesis y jurado. Tiene a cargo el programa adulto mayor desde hace 8 años en el C.S. QUIÑONES.

Mg. Daly Margot Torres Saavedra, es licenciada en enfermería quien trabaja en el C.S “JOSE OLAYA”, con maestría en docencia universitaria y gerencia educativa, con especialidad en Nefrología, actualmente es docente de la Universidad Señor de Sipan, en su trayectoria como docente ha sido asesora de tesis y

jurado. Tiene a cargo el programa de adulto mayor desde hace 10 años en centro de salud donde trabaja.

2.5. Procedimiento de análisis de datos

Los pasos que se sigue para que procedan las informaciones recopiladas son:

Codificación de las respuestas: Codifica la respuesta fue asignar unos números, los cuales sirven para que se registren las informaciones de formas resumidas para sus posteriores estudios. Las codificaciones de la respuesta se hicieron desde el instante en que se diseñan los instrumentos ⁽⁴⁵⁾.

Vaciado de la información: Consistió en que se haga utilidad de la respuesta codificada recopilada, con la finalidad de que se construyan unas bases de dato, que puedan tomarse las formas de unas tablas o matrices. “En estas tablas se observan las frecuencias con que el sujeto selecciona una u otra respuesta, y dieron lugar a los cálculos de medidas de tendencias centrales mediante la utilidad de estadísticas descriptivas” ⁽⁴⁵⁾.

Presentación de resultados: Una vez que el dato fue vaciado en la tabla general, que fue las bases de los datos a partir de las cuales se generan informaciones, fueron importantes que se orden en categorías (la respuesta); después se procedieron a que se elabore, ya sean tablas de frecuencias o gráfica de diferente tipo, el cual se muestra de maneras visuales y sintéticas las informaciones recopiladas. Los objetivos de que se agrupe el dato en una categoría (de respuesta) fueron para que los investigadores detecten una característica que ayuden a que se explique los comportamientos de la variable que se está estudiando ⁽⁴⁵⁾.

Las variables que son categorías se expresaran en forma de frecuencias absolutas, así como de porcentajes. Se usará el

programa estadístico IBM SPSS versión 25; posteriormente se procedió a procesar los datos en una matriz general, utilizando el programa Microsoft Excel 2020, el cual me permitió en análisis y la interpretación de los datos.

Para el análisis cuantitativo se calcularon los porcentajes para las variables categorizadas y para el análisis correlacional entre la variable dependiente y la independiente se procesaron por medio del T de Student, según el caso. Clasificándolos en Influencia Significativa, Medianamente significativa y No Significativa.

2.6. Criterios éticos

Se utilizaron los siguientes criterios éticos ⁽⁴⁵⁾:

Consentimiento informado:

El uso del consentimiento informado responde a la ética kantiana donde los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismo y nunca como un medio para conseguir algo. Así, los participantes del estudio deben estar de acuerdo con ser informantes y, deben conocer tanto sus derechos como sus responsabilidades dentro de la investigación. La finalidad del consentimiento es que los individuos acepten participar en la investigación cuando esta concuerda tanto con sus valores y principios como con el interés que les despierta el aportar su experiencia frente al fenómeno estudiado, sin que esta participación les signifique algún perjuicio moral. (Ver anexo 04)

La confidencialidad

Reserva o privacidad de la información obtenida, la cual será revisada solo en condición de investigar por parte del personal investigador, contando con el acceso restringido a estos. Se refiere tanto al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio, como a la privacidad de la información que es revelado

por los mismos, por tanto, para mantenerla se asigna un número o un pseudónimo a los entrevistados. Es importante reconocer que la información suministrada se convierte en un elemento que influye en la autenticidad del estudio debido a que, al tener el informante conocimiento de la intencionalidad de la recolección de los datos, puede dar respuestas socialmente aceptables.

Beneficencia:

Acto ético de hacer bien utilizando a las personas para un fin que beneficiara a ambas partes, tanto investigador como investigado, y no como un medio para conseguir algo que perjudique a este grupo de personas. Para que así no se sientan solo como sujetos utilizados con fines propios del investigador sino como participantes de un trabajo que contribuirá con el desarrollo de la carrera profesional.

Justicia:

Desarrollar el proyecto de investigación tratando en todo momento y en todos los procesos del mismo, a los participantes y demás personas involucradas por igual, teniendo un trato equitativo, fomentando de esta manera un entorno mutuo de respeto, con la finalidad de lograr el máximo de objetivos elaborados.

2.7. Criterios de rigor científico

Se utilizaron los siguientes criterios de rigor científico basando los siguientes puntos por Licia Noreña ⁽⁴⁶⁾.

Confiabilidad o valorización de la veracidad. Los criterios de confiabilidad o valorización de la veracidad, además denominados

como validez, son unos requisitos importantes debido a que permiten que se evidencie el fenómeno y la experiencia humana, tal y como es percibido por el sujeto ⁽⁴⁶⁾.

Confiabilidad y validez. La Confiabilidad se relaciona a las posibilidades de que repliquen un estudio, es decir, que unos investigadores empleen el mismo método o estrategia de recojo de datos que otro, y obtengan el resultado similar. Estos criterios aseguran que el resultado representa algo verdadero e inequívoco, y que la respuesta que da el participante es independiente de la circunstancia de las investigaciones. La validez concierne a las interpretaciones correctas del resultado y se convierten en unos soportes fundamentales de la investigación cuantitativa ⁽⁴⁶⁾.

Relevancias que permiten que se evalué los logros del objetivo planeado en los proyectos y dan cuenta de si al final se obtuvieron unos mejores conocimientos de los fenómenos o hubo algunas repercusiones positivas en los contextos estudiados, por ejemplo, unos cambios en las actividades desarrolladas o en la actuación del sujeto participante ⁽⁴⁶⁾.

III. RESULTADOS

3.1. Presentación de resultados

Tabla 1 *Influencia de los factores culturales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Centro de Salud Cerropón, Chiclayo.*

Correlaciones

			Factores culturales	Calidad de vida
Rho de Spearman	Factores culturales	Coeficiente de correlación	1,000	,901**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	68	68
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,901**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	68	68

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

INTERPRETACIÓN

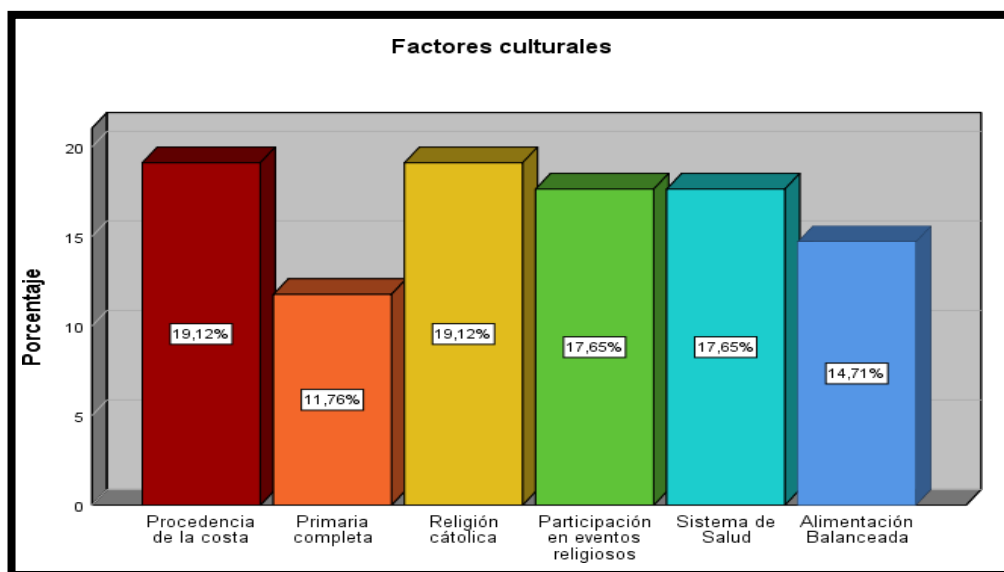
De acuerdo los resultados de la Tabla 1, se observa que los factores culturales y la calidad de vida mantienen una relación porque ambas obtuvieron una significación bilateral menor a 0.05, presentando un valor de ,000, y una correlación de Spearman de ($r = ,901$), significando que esta correlación es alta y significativa.

Tabla 2 Factores culturales de los adultos mayores en el Centro de Salud de Cerropon, Chiclayo.

Factores culturales	Frecuencia	Porcentaje
Procedencia de la costa	44	19,12
Primaria completa	27	11,76
Religión católica	43	19,12
Participación en eventos religiosos	43	17,65
Sistema de Salud	43	17,65
Alimentación Balanceada	38	14,71
Total	68	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Centro de Salud de Cerropon. 2018

Figura 2. Factores culturales de los adultos mayores en el Centro de Salud de Cerropon, Chiclayo.



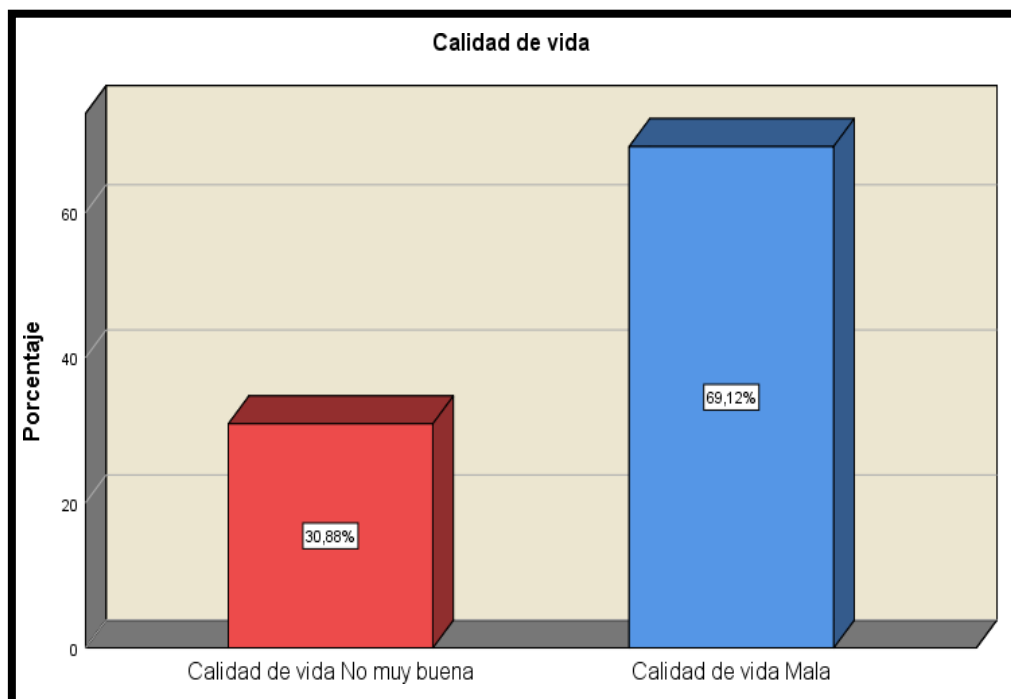
Interpretación. Se muestra que 44 adultos mayores (19,12%) son procedentes de la costa; de religión católica; 43 (17,65%) participan en eventos religiosos de la comunidad; así como 43 adultos mayores (17,65%) utilizan el seguro integral de salud, acudiendo al centro de salud cuando se sienten enfermos o se accidentan; 38 adultos mayores (14,71%) refieren tener una alimentación balanceada, consumiendo diariamente carnes, cereales, frutas y verduras, leche, menestras; y solo 27 adultos mayores (11,76%) cuentan con primaria completa.

Tabla 3 Calidad de vida del Adulto Mayor en el Centro de Salud de Cerropon, Chiclayo.

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Buena	0	0
Regular	21	30.88
Mala	47	69,12
Total	68	100,0

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Centro de Salud de Cerropon.2018

Figura 3. Calidad de vida del adulto mayor del Centro De Salud Cerropon, Chiclayo.



Interpretación. De los 68 adultos mayores observamos que 47 adultos mayores (69%) tienen una mala calidad de vida; y otros 21 adultos mayores (31%) viven regularmente o su calidad de vida no es muy buena.

3.2. Discusión de resultados

En el presente estudio se empleó como instrumento el cuestionario con el fin de recolectar datos para responder a los objetivos. Por ende, estos hallazgos permiten realizar la discusión de resultados que a continuación se expone:

Respecto al objetivo general (ver tabla 1) se puede evidenciar que, los factores culturales y la calidad de vida mantienen una relación porque ambas obtuvieron una significación bilateral menor a 0.05, presentando un valor de ,000. Estos hallazgos tienen similitud con el estudio de Cachique y López (2021) quien concluyó también que, existe relación significativa ($p=0.01$) entre estilos de vida y los factores socioculturales de los adultos mayores.

Según los estudios determinaron que, los factores culturales específicos de la calidad de vida en los adultos mayores, presentan algún problema propio de esta etapa de la vida entre ellas el problema económico con un (46.3%), médico (43%) seguido de aquel relacionado con la soledad (26.6%) y los rechazos familiares (11.5%) ⁽³⁵⁾. Por ello, la calidad de vida como definición tiene una diversa acepción y conforme los contextos en los que se presentan pueden encontrarse determinadas por las percepciones y factor psicológico de la persona. Si se consideran de formas individuales, se refieren a la comodidad, a las obtenciones del logro personal y familiar, unos buenos estados de salud, alimentaciones sanas y todo al respecto con el entorno social y cultural ⁽³⁶⁾.

Respecto al primer objetivo específico (ver tabla 2) se puede evidenciar que, el 19,12% son procedentes de la costa; el 17.65% son de religión católica, es decir, participan en eventos religiosos de la comunidad, el 17.65% utilizan el seguro integral de salud, acudiendo al centro de salud cuando se sienten enfermos o se accidentan, el 14,71% refieren tener una alimentación balanceada, consumiendo diariamente carnes, cereales, frutas y verduras, leche, menestras; y el 11,76% cuentan con primaria completa. Estos hallazgos tienen similitud en parte con el estudio de Teyssier (2015) quien determinó que, entre sus categorías presenta

participantes con edad entre 66 a 70 años, son viudos, tienen escolaridad de primaria y carrera normal, y en su mayoría se desempeñan como comerciantes y residen con su esposo e hijos.

Respecto al segundo objetivo específico (ver tabla 3) se puede evidenciar que, el 69% tienen una mala calidad de vida; y el 31% de adultos mayores viven regularmente o su calidad de vida no es muy buena. Estos hallazgos difieren del estudio de La Rosa (2017) quien determinó que, el 92,3% tuvieron una regular calidad de vida, el 4,6% presenta una regular calidad de vida, y el 3,1% tuvieron una baja calidad de vida. Asimismo, Ventura y Zevallos (2019) determinaron que, el 82% tienen estilos de vida saludable, con respecto a alimentación 99%; en relación a actividad física 49% y 71% en descanso y sueño.

En consecuencia, la calidad de vida es considerada como un estado de satisfacción general, derivado de las realizaciones de la potencialidad de las personas. Tienen un aspecto subjetivo y objetivo. En el primero se incluyen unas sensaciones subjetivas de bienestar físico, psicológico y social, incorporándose las intimidades, expresiones emocionales, productividades, seguridades y salud percibidas. En los planos objetivos, los bienestar materiales, la relación armónica con los ambientes físicos y sociales y con las comunidades y la salud objetiva distinguida ⁽³⁶⁾.

IV. CONCLUSIONES

Respecto al objetivo general, se concluye que, existe influencia significativa entre los factores culturales y la calidad de vida del adulto mayor obteniendo una relación alta con un valor menor a 0.05, es decir, 000, con una correlación de Spearman de ($r = ,901$).

Respecto al primer objetivo específico, se concluye que, se ha identificado los factores culturales del adulto mayor el cual son: procedencia de la costa en un 19.12%, primaria completa con un 11.76%, religión católica con un 19.12%, participación en eventos religiosos con un 17.65%, sistema de salud con un 17.65% y alimentación balanceada con un 14.71%.

Respecto al segundo objetivo específico, se concluye que, se ha identificado que existe una mala calidad de vida del adulto mayor con un 69.12% (47).

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Universidad que impulse en los estudiantes continuar en este tipo de investigaciones, con la finalidad de conocer los problemas de la realidad local, para acercarlos de la teoría a la práctica profesional y de esta manera vayan familiarizándose con su mundo real de trabajo.
- Al Centro de Salud, evaluar de manera integral y periódicamente a los adultos mayores, logrando mejorar el servicio brindando actualmente, de esta manera obteniendo progresivamente mejoras en la calidad de vida de los mismos, y así puedan alcanzar una vida saludable y digna en función a su etapa de vida que atraviesan.
- Al personal de enfermería estar más atentos y dar respuesta a las necesidades que evidencien en pacientes adultos mayores, con la finalidad de proporcionarles cuidados adecuados y que estos se sientan a gusto con la atención brindada.
- Finalmente, a la investigadora que continúe con este tipo de estudios con la finalidad de conocer las diferentes deficiencias que presentan las entidades de salud, para plantear alternativas de solución y mejorar la atención de los usuarios.

VI. REFERENCIAS

1. OMS. *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. 2016. [citado 5 mar 2021]. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf?ua=1
2. Aranco, N. Stampini, M. Ibararán, Medellín, N. *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. 2018. [citado 6 mar 2021]. URL: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
3. García, R. y Alfonso, A. El envejecimiento en cuba Políticas, progresos y desafíos. 2020. [citado 6 mar 2021]. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/17127.pdf>
4. SEDESOL. Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. 2017. [citado 6 mar 2021]. URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblacion_de_60_a_os_en_adelante.pdf
5. Soria, Z. y Montoya, B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. 2017. [citado 6 mar 2021]. URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
6. Burestein, M. y Santillán, L. Los Nuevos Parámetros Culturales de los Adultos Mayores y Pandemia. 2020. [citado 6 mar 2021]. <http://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/277>
7. Muratori, M., Zubieta, E., Ubillo, S., González, J., & Bobowik, M. Felicidad y bienestar psicológico: estudio comparativo entre Argentina y España. 2015. [citado 7 mar 2021]. <https://doi.org/10.7764/psykhe.24.2.900>
8. Robles, A., Rubio. B., De la Rosa, E., y Nava, A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. 2016. [citado 7 mar 2021]. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
9. INEI. Situación de la población adulta mayor. 2020. [citado 7 mar 2021]. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor.pdf

10. Aponte, V. Calidad de vida en la tercera edad. 2015. [citado 7 mar 2021].
<http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
11. Savigne, J., Pérez, J., y Gonzáles, Y. El adulto mayor en cuba y la calidad de vida. 2021. [citado 7 mar 2021].
<https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsienero21/adulto-mayor-cuba>
12. Valencia, D. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia. 2019. [citado 7 mar 2021].
https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8451/1/2019_factores_calidad_vida.pdf
13. Bustamante, M. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. 2017. [citado 7 mar 2021]. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/infotec/v28n5/art17.pdf>.
14. Teyssier, M. Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México. 2015. [citado 7 mar 2021].
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/13936>
15. Cutipa, L., y Zamora, K. Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL - BREF de Calidad de Vida en Adultos de la Sierra Peruana. 2020. [citado 7 mar 2021].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/50917/Cutipa_NLM%20-%20Zamora_GKJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. La Rosa, S. Caracterización de la calidad de vida del adulto mayor que acude al centro de salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis. 2017. [citado 7 mar 2021].
<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/601;jsessionid=791A89276EFB418F3F6291372B81E918>
17. Mazacón, B. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. 2017. [citado 7 mar 2021].
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6561/Mazacon_rb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Ventura, A. y Zevallos, A. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. 2019. [citado 7 mar 2021].
<http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/218>

19. Hernández, J., Jaimes, M., Carvajal, Y., Suárez, D., Medina, P., y Fajardo, S. Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. 2016. [citado 12 mar 2021]. <http://www.unilibre.edu.co/pereira/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>
20. Naranjo, Y., Machado, N., y Gonzáles, L. Análisis de algunas teorías de Enfermería y su vigencia de aplicación en Cuba. 2018. [citado 12 mar 2021]. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n2/amc130218.pdf>
21. Petretto, R., Pilib, R., Gaviano, L., Matos, C. y Zuddas, C. Envejecimiento activo y de éxito saludable: una breve historia de modelos conceptuales. 2016. [citado 12 mar 2021]. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X1500205X>
22. Arcos, J. Teorías que sustentan el desarrollo socio afectivo en la infancia. 2018. [citado 12 mar 2021]. <https://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/3281/MONOGRAF%C3%8DA%20-%20ARCOS%20VELASQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. De Rosa, P. Enfoque psicoeducativo de Vigotsky y su relación con el interaccionismo simbólico: Aplicación a los procesos educativos y de responsabilidad penal juvenil. 2018. [citado 12 mar 2021]. <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v6n2/a13v6n2.pdf>
24. Cepeda, J. Una aproximación al concepto de identidad cultural a partir de experiencias: el patrimonio y la educación. 2018. [citado 12 mar 2021]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6448230.pdf>
25. Ley N° 30490, publicada el 21 de julio de 2016 en el diario oficial *El Peruano*.
26. Árraga, M., Sánchez, M., Pirela, L., & Mariotti, L. Actitud de adultos venezolanos hacia la vejez. 2016. *Espacio Abierto*, 25(4), 299-313.
27. Granadillo, L., Árraga, M., & Sierraalta, B. Actitud hacia la vejez de estudiantes de Gerontología. 2015. *Revista de la Universidad del Zulia*, 3a época, Ciencias Exactas, Naturales y de la Salud, Año 6(15), 43-57.
28. Castellano, C. Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. 2014. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(3), 108-114.

29. Vauclair, M., Lima, M., Abrams, D., Swift, A. & Bratt. C. What Do Older People Think That Others Think of Them, and Does It Matter? The Role of Meta-Perceptions and Social Norms in the Prediction of Perceived Age Discrimination. *Psychology and Aging*, 31(7), 699-710.
30. Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, Morgan E, Kansagara D, Davis-O'Reilly C, Goodlin S. HomeBased Primary Care Interventions. (Prepared by the Pacific Northwest Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00014-I.) AHRQ Publication No. 15(16)-EHC036-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2016.
31. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación. 2014. Editorial: Interamericana editores. Sexta edición. México.
32. Cepeda, J. Una aproximación al concepto de identidad cultural a partir de experiencias: el patrimonio y la educación. 2018. [citado 12 mar 2021]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6448230.pdf>
33. Zapata, S. Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el servicio de geriatría del hospital almenara. 2013. [citado 13 mar 2021]. <https://docplayer.es/23511749-Escuela-de-enfermeria-padre-luis-tezza-afiliada-a-la-universidad-ricardo-palma.html>
34. Rivas, R. Cultura: factor determinante del desarrollo humano. 2015. [citado 13 mar 2021]. <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/6236>
35. Corrales, Z. y Crespín, K. Depresión y su asociación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León. 2012. [citado 13 mar 2021]. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/6845>
36. Ruiz, N., Illesca, M. y González, L. Calidad de vida percibida durante los estudios de posgrado por profesionales egresados. 2020. [citado 18 mar 2021]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000200010&lng=es&tlng=es.
37. Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., y González, F. Calidad de vida en el adulto mayor. 2015. [citado 18 mar 2021]. <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
38. Blouin, C. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Lima, Per. 2018. [citado 18 mar 2021].

- <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
39. Lazcano, E. Una Teoría sobre la Influencia en las personas. 2020. [citado 18 mar 2021]. <http://www.eduardolazcano.com/wp-content/uploads/2020/04/Teoria-de-la-Influencia-2004010515.pdf>
 40. García, M., Sánchez, D. y Román, R. Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. [citado 19 mar 2021]. <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v34n1/2448-6515-educm-34-01-101.pdf>
 41. García, A. y Jiménez, B. Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. 2016. [citado 19 mar 2021]. <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v34n1/2448-6515-educm-34-01-101.pdf>
 42. Gutiérrez, P. Percepciones, imágenes y opiniones sobre la vejez desde la mirada de los adultos y jóvenes en México. [citado 19 mar 2021]. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/138/13860286006/html/index.html>
 43. Savigne, J., Pérez, J., y Gonzáles, Y. El adulto mayor en cuba y la calidad de vida. 2021. [citado 7 mar 2021]. <https://www.eumed.net/es/revistas/observatorio-de-las-ciencias-sociales-en-iberoamerica/ocsienero21/adulto-mayor-cuba>
 44. Tresierra, A. *Metodología de la investigación científica*. 2010. Biociencias. Trujillo.
 45. Declaracion de Helsinki de la AMM, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Human y Fluss* 2010. https://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_Helsinki
 46. Suárez, M. El saber pedagógico de los profesores de la Universidad de Los Andes Táchira y sus implicaciones en la enseñanza, 2007. <https://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8922/10CapituloXEIcaracterCientificoDelainvestigaciontfc.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=En%20este%20cap%C3%ADtulo%20se%20expresa,de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20conjunto.>

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL – BREF Modificado

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de la calidad de vida y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Valore sus sentimientos.

Leyenda:

siempre	4
frecuente	3
Algunas veces	2
nunca	1

FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ITEMS	Siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca
1. ¿Interactuar con otras personas en su vida cotidiana?				
2. ¿Disfruta interactuar con otras personas en su vida cotidiana?				
3. ¿Está satisfecho con sus relaciones personales en la comunidad?				
4. ¿Acostumbra Ud. a reunirse con amigos (Trabajo, barrio)?				
5. ¿Siente el apoyo de los amigos cuándo los necesita (Pérdida de familiar)?				
6. ¿Asiste o participa a la iglesia o grupo religioso?				
7. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?				
8. ¿Siente que su bienestar físico y				

emocional es bueno?				
9. ¿Siente seguridad y confianza para realizar sus actividades en su vida diaria?				
10. ¿Realiza actividades recreativas (Pasear, caminar, Yoga)?				
11. ¿Participa de las actividades recreativas de algún grupo social de apoyo?				
12. ¿Es visitado por su familia (Hermanos, Hijos, Nietos)?				
13. ¿Se siente contento cuando es visitado en casa por su familia?				
14. ¿Le cuesta aceptar los cambios físicos y emocionales por los que pasa?				
15. ¿Se siente satisfecho con la salud que presenta?				
16. ¿Tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?				
17. ¿Se siente seguro en su vivienda y en las condiciones del lugar donde vive?				
18. ¿El ingreso económico mensual es suficiente para cubrir sus necesidades?				
19. ¿Utiliza su seguro integral de salud cuando se siente enfermo?				
20. ¿Participa de las campañas de salud o actividades preventivas que realiza el E.S, o programa adulto mayor.				

GRACIAS

¡MUCHAS



ANEXO 02: INSTRUMENTO DE FACTORES CULTURALES

INSTRUCCIONES:

Estimado Sr. (a), estoy llevando a cabo una investigación para el cual pido Por favor, conteste a todas las preguntas. Anticipadamente gracias por su colaboración.

1 LUGAR DE PROCEDENCIA?

- a. costa
- b. sierra
- c. selva

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a. Secundaria
- b. Primaria
- c. Sin instrucción

3. ¿A QUE RELIGIÓN PERTENECE?

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Otra

4. ¿PARTICIPA EN EVENTOS RELIGIOSOS DE SU COMUNIDAD?

- a. Si
- b. A veces
- c. Nunca

5. EN CASO DE ENFERMEDAD, ACCIDENTES, ¿DÓNDE ACUDE?

- a. Establecimiento de salud
- b. Curandero, huesera
- c. Automedicación: Remedios caseros - medicamentos

6. ¿QUE TIPO DE ALIMENTOS CONSUME DIARIAMENTE?

- a. consume carne, legumbres, cereales, y granos
- b. consume frutas y verduras
- c. consume leche, yogurt o queso
- d. todas las anteriores

ANEXO 03: CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Cálculo del coeficiente de alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \left(1 - \frac{\sum vi}{Vk} \right)$$

Donde:

N=Número de ítems

Vi= Varianza de Ítem i

Vk=Varianza de los puntajes brutos de los sujetos.

Se muestra la varianza de los Ítems, y se basa en los siguientes valores:

Valores de confiabilidad

<u>Valores de alfa</u>	<u>Confiabilidad</u>
≥ 0.9	Excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Bueno
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Cuestionable
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Malo
$0.5 > \alpha$	Inaceptable

Resultados obtenidos en el Software estadístico SPSS.

La confiabilidad del instrumento de medición de CALIDAD DE VIDA SEGÚN WHOQOL – BREF

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.875	20

El resultado del alfa de Cronbach igual a 0,875 indica un nivel de buena confiabilidad del cuestionario para medir el nivel de la Calidad de Vida.

La confiabilidad del instrumento de medición de los FACTORES CULTURALES

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.867	6

El resultado del alfa de Cronbach igual a 0,867 indica un nivel de buena confiabilidad del cuestionario para medir el nivel de la presencia de los Factores Culturales.

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Yo.....; identificado(a)

con DNI.....Declaro haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna

de los fines que busca la presente investigación Titulada : “INFLUENCIA DE FACTORES

CULTURALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE

SALUD CERROPON, CHICLAYO” Que tiene como objetivo principal determinar la influencia

de los factores culturales en la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud Cerropón.

Los datos obtenidos de mi participación, serán fielmente copiados por los investigadores, además

procesados en secreto y en estricta confidencia respetando mi intimidad. Por lo expuesto otorgo

mi consentimiento a que se me realice la encuesta, así como respetando mis derechos para

responder con una negativa.

INVESTIGADORES RESPONSABLES
PARTICIPANTE

USUARIO(A)

ANEXO 05 : MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Tipo y diseño de investigación	Población y Muestra
Influencia de factores culturales en la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud cerropon, Chiclayo.	Existe influencia entre factores culturales y la calidad de vida del adulto mayor del centro de salud Cerropon, Chiclayo.	Determinar la influencia de los factores culturales en la calidad de vida del Adulto Mayor del centro de salud Cerropón, Chiclayo.	Existe influencia estadísticamente significativa, entre los factores culturales y la calidad de vida del Adulto Mayor del centro de salud Cerropón, Chiclayo.	Calidad de vida	Bienestar emocional Relaciones interpersonales Bienestar material Desarrollo personal	Tipo de investigación: aplicada, cuantitativa Diseño: no experimental, transeccional correlacional.	La población estuvo constituida por todos los adultos mayores que se atienden en el centro de salud de Cerropón. estuvo constituida por 68 adultos mayores del centro de salud Cerropón,
			No existe influencia estadísticamente significativa, entre los factores culturales y la calidad de vida del Adulto Mayor del centro de salud Cerropón, Chiclayo.	Factores culturales	Lugar de procedencia.		

ANEXO 06: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

GUÍA, JUICIO DE EXPERTOS

1. Identificación del Experto

Nombre y Apellidos: Daly Margott Torres Saavedra

Centro laboral: Centro de Salud "José Olaya"

Título profesional: Enfermera

Grado: Maestró

Mención: Docencia Universitaria y Gerencia Educativa

Institución donde lo obtuvo: Universidad de Chiclayo

Otros estudios: Especialista en Neftrología

2. Instrucciones

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar (con criterio ético y estricto científico, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al esperado 2: Básica 3: Intermedia 4: Satisfactoria 5: Muy sobresaliente

3. Juicio de experto

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido					X
8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la confirmación de las respuestas (control de sesgo)				X	
8. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	

10. Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (incómodos)				X
12. Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X
13. Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X
14. Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X
15. Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X
Puntaje parcial				36 / 36
Puntaje total			66	

Nota: Índice de validación del jurado de expertos (IVJE) = $(\text{puntaje obtenido} / 75) \times 100 = 88 \%$.

4. Escala de validación

Muy Baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación está observado			El instrumento de investigación requiere ajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: Cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado): el instrumento de investigación está apto para su aplicación. Muchos de instrumentos parecen ser sencillos de aplicar al momento de hacer investigación. Sin embargo, a pesar de su aparente simplicidad requieren de precisión y rigor metodológico antes de aplicarlos.

6. Constancia de Juicio de experto

El que suscribe, Mg. Liny Margot Torres Saavedra, identificado con DNI. N° 18512092, Certifica que realizó el juicio de experto al instrumento diseñado por el (los) testista:

1. CORDOVA COTRANA NADHYA HIRI, en la investigación denominada: INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD CERROPON, CHICLAYO.


 Liny Margot Torres Saavedra
 Psicóloga - Psicopedagoga
 C.O.P.S. 01010001

Firma del experto

ANEXO 07: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

GUÍA, JUICIO DE EXPERTOS

1. Identificación del Experto

Nombre y Apellidos: YANET MARISOL BENAVIDES FERNÁNDEZ
 Centro laboral: C.S. QUIJONES
 Título profesional: LIC. ENFERMERIA
 Grado: MAESTRO Mención: DOCENCIA UNIVERSITARIA
 Institución donde lo obtuvo: UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
 Otros estudios:

2. Instrucciones

Estimado(a) especialista, a continuación se muestra un conjunto de indicadores, el cual tienes que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 2). Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa(x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1: Inferior al básico 2: Básico 3: Intermedio 4: Sobresaliente 5: Muy sobresaliente

3. Juicio de experto

INDICADORES	CATEGORIA				
	1	2	3	4	5
1. Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma(visión general)					X
2. Coherencia entre dimensión e indicadores(visión general)				X	
3. El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada(visión general)					X
4. Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades(claridad y precisión)				X	
5. Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables(coherencia)					X
6. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto(pertinencia y eficacia)				X	
7. Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido					X

8. Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas(control de sesgo)					X	
9. Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular(orden)					X	
10. Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad(extensión)					X	
11. Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado(inocuidad)					X	
12. Calidad en la redacción de los ítems(visión general)					X	
13. Grado de objetividad del instrumento (visión general)						X
14. Grado de relevancia del instrumento (visión general)						X
15. Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X	
Puntaje parcial						3630
Puntaje total					66	

Nota: Índice de validación del juicio de experto (lvje) = [puntaje obtenido / 75] x 100 = ...88%

4. Escala de validación

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80%	81-100%
El instrumento de investigación está observado		El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación		El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: Cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado):

El instrumento de investigación está apto para su aplicación.

.....

.....

6. Constancia de Juicio de experto

El que suscribe, YANET MARISLA BENAVIDES FERNANDEZ identificado con DNI. N° 42514260

Certifico que realicé el juicio del experto al instrumento diseñado por el (los) tesistas

1. Cordova Cotrina Naddya Hibet

2.

, en la investigación denominada: Influencia de Factores culturales en la calidad de vida del adulto Mayor del Centro de Salud Cerropon, Chiclayo.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Mg. Yanet M. Benavides Fernández
C.E.P. 62864

ANEXO 08: TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Edad

Edades	Frecuencia	Porcentaje
60 - 65 años	21	30,9
66 - 70 años	19	27,9
71 - 75 años	9	13,2
76 - 79 años	11	16,2
80 años a más	8	11,8
Total	68	100,0

Edad

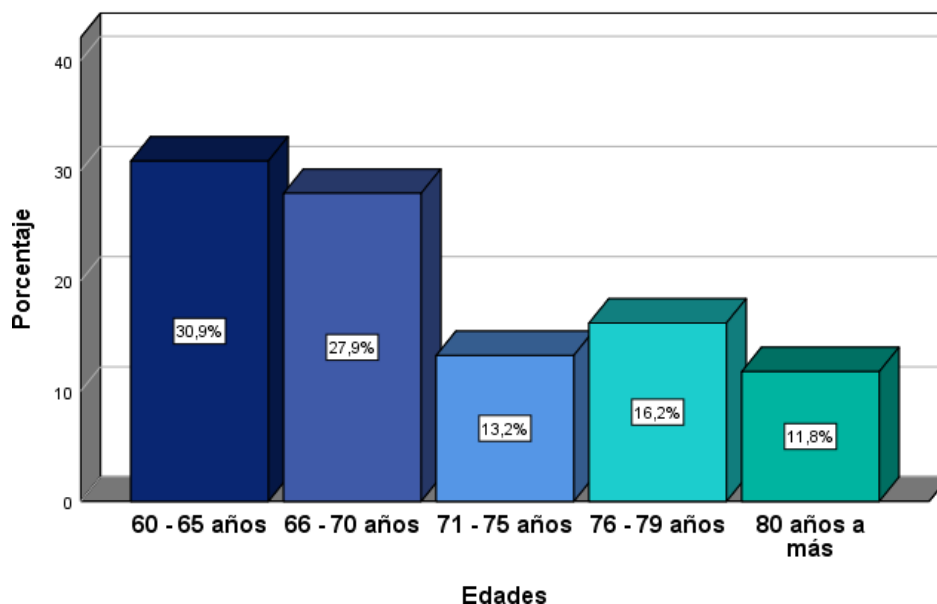


Figura 1. Edad

Interpretación. En la tabla 1 y figura 1, se muestra los resultados por grupos etarios de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que hay 21 adultos mayores (30,9 %) que tienen edades que oscilan de los 60 a 65 años de edad; 19 tienen entre 66 a 70 años (27,9%); 11 adultos mayores (16,2%) entre 76 a 79 años; otros 9 adultos mayores (13,2%) comprenden edades de 71 a 75 años; y solo 8 adultos mayores (11,8%) tienen más de 80 años.

Tabla 2. Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	34	50,0
Mujer	34	50,0
Total	68	100,0

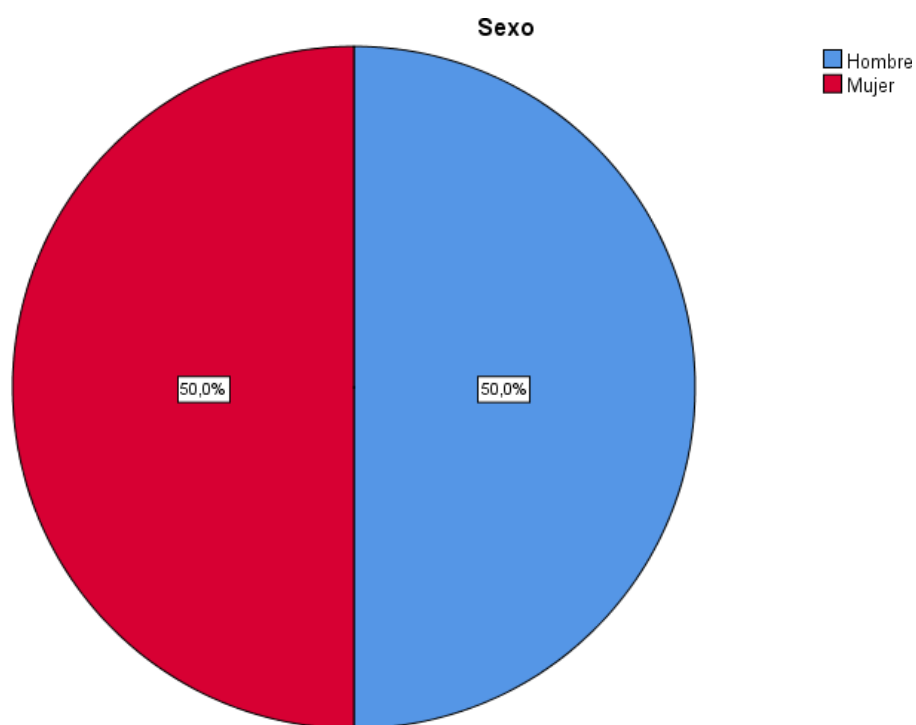


Figura 2. Sexo

Interpretación. En la tabla 2 y figura 2, se muestra los resultados según sexo de los adultos mayores del centro de salud Cerropón, donde observamos que hay 34 adultos mayores (50%) de sexo masculino y 34 adultos mayores (50%) son de sexo femenino.

Tabla 3. Interacción con otras personas

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	10,3
Algunas veces	36	52,9
Frecuentemente	18	26,5
Siempre	7	10,3
Total	68	100,0

Interacción con otras personas

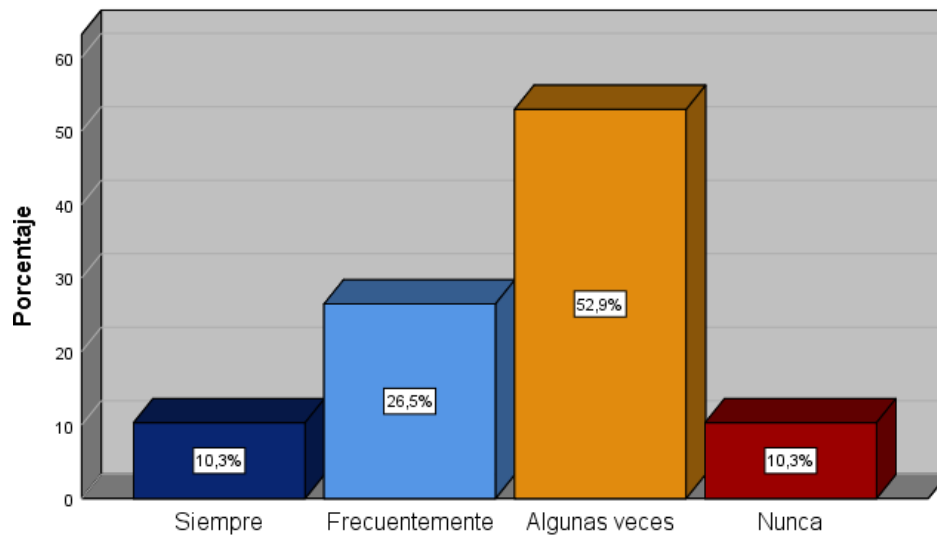


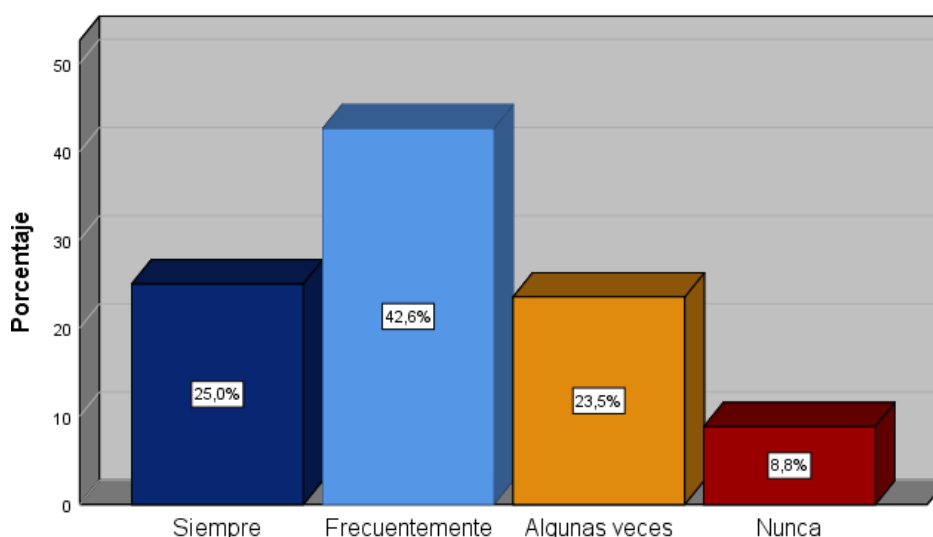
Figura 3. Interacción con otras personas

Interpretación. En la tabla 3 y figura 3, se muestra los resultados sobre la interacción de los adultos mayores con otras personas del centro de salud Cerropón, donde observamos que 36 adultos mayores (53,9%) respondieron que solo algunas veces interactúan con otras personas en su vida cotidiana; 18 adultos mayores (26,5%) respondieron interactuar con frecuencia con otras personas en su vida cotidiana; por otro lado, 7 adultos mayores (10,3%) respondieron que nunca interactúan con otras personas; y otros 7 adultos mayores (10,3%) afirman siempre estar en interacción con otras personas.

Tabla 4. Disfruta interactuar con otras personas

Escala	Frecuenci a	Porcentaj e
Nunca	6	8,8
Algunas veces	16	23,5
Frecuentemente	29	42,6
Siempre	17	25,0
Total	68	100,0

Disfruta interactuar con otras personas



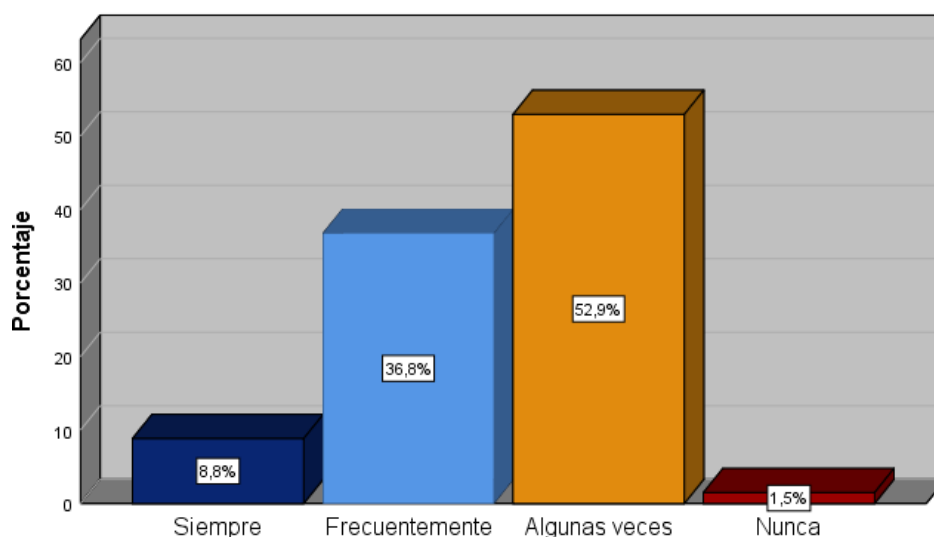
Disfruta interactuar con otras personas
Figura 4. Disfruta interactuar con otras personas

Interpretación. En la tabla 4 y figura 4, observamos que 29 adultos mayores (42,6%) que acuden al centro de salud Cerropón respondieron que frecuentemente disfrutaban interactuar con otras personas; otros 17 adultos mayores respondieron que siempre disfrutaban interactuar con otras personas; por otro lado, 16 adultos mayores (23,5%) solo algunas veces disfrutaban interactuar con otras personas; y solo 6 adultos mayores (8,8%) respondieron nunca disfrutar interactuar con otras personas.

Tabla 5. Satisfacción con sus relaciones personales en la comunidad

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1,5
Algunas veces	36	52,9
Frecuentemente	25	36,8
Siempre	6	8,8
Total	68	100,0

Satisfacción con sus relaciones personales en la comunidad



Satisfacción con sus relaciones personales en la comunidad
Figura 5. Satisfacción con sus relaciones personales en la comunidad

Interpretación. En la tabla 5 y figura 5, se muestra los resultados sobre la satisfacción de los adultos mayores con sus relaciones personales en la comunidad del centro de salud Cerropón, donde observamos que 36 adultos mayores (53,9%) respondieron que solo algunas veces sienten satisfacción con sus relaciones personales en la comunidad; 25 adultos mayores (36,8%) respondieron que se sienten frecuentemente satisfechos con sus relaciones personales en la comunidad; que 6 adultos mayores (8,8%) afirmaron siempre sentirse satisfechos con sus relaciones personales en la comunidad; y que solo 1 adulto mayor (1,5%) respondió nunca sentir satisfacción con sus relaciones personales en la comunidad.

Tabla 6. Reunión con amigos de trabajo o barrio

Escala	Frecuenci a	Porcentaj e
Nunca	0	0
Algunas veces	52	76,5
Frecuentemente	16	23,5
Siempre	0	0
Total	68	100,0



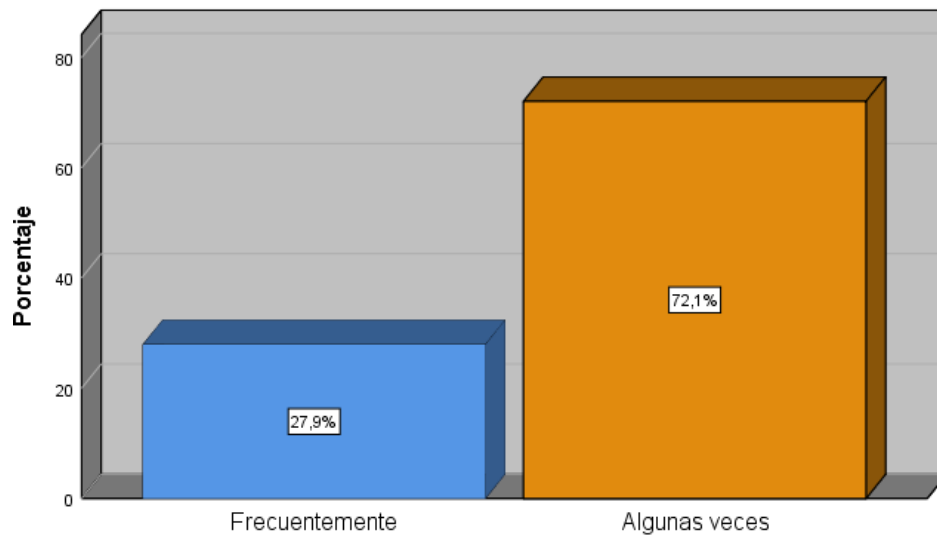
Figura 6. Reunión con amigos de trabajo o barrio

Interpretación. En la tabla 6 y figura 6, observamos que 52 adultos mayores (76,5%) que acuden al centro de salud Cerropón respondieron que algunas veces acostumbran a reunirse con amigos del trabajo o del barrio y los otros 16 adultos mayores más (23,5%) respondieron reunirse con amigos con frecuencia.

Tabla 7. Apoyo de amigos ante la pérdida de un familiar

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	49	72,1
Frecuentemente	19	27,9
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Apoyo de amigos ante la pérdida de un familiar



Apoyo de amigos ante la pérdida de un familiar

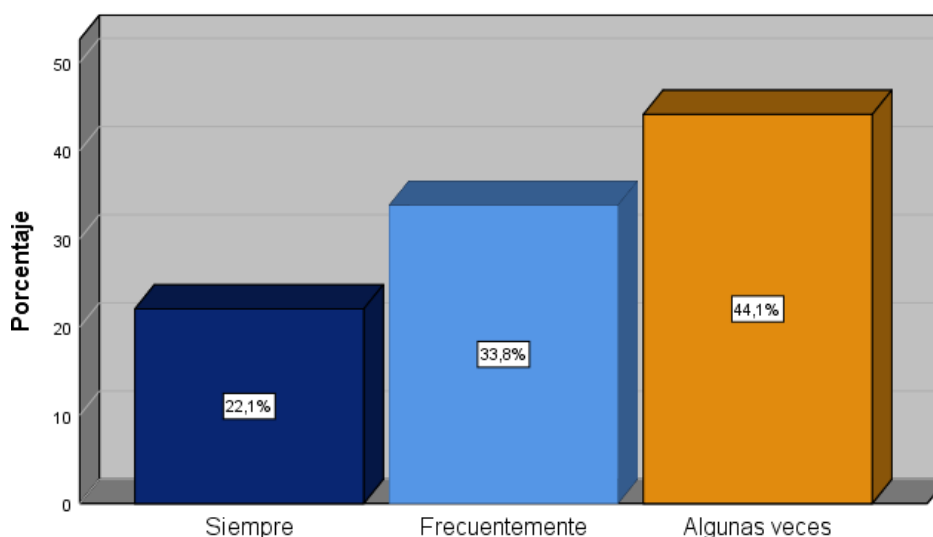
Figura 7. Apoyo de amigos ante la pérdida de un familiar

Interpretación. En la tabla 7 y figura 7, observamos que 49 adultos mayores (72,1%) que acuden al centro de salud Cerropón respondieron que solo algunas veces reciben el apoyo de amigos ante la pérdida de algún familiar; y que 19 adultos mayores (27,9%) respondieron que frecuentemente ante la pérdida de un familiar reciben el apoyo de los amigos.

Tabla 8. Asistencia o participación a la iglesia

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	30	44,1
Frecuentemente	23	33,8
Siempre	15	22,1
Total	68	100,0

Asistencia o participación a la iglesia



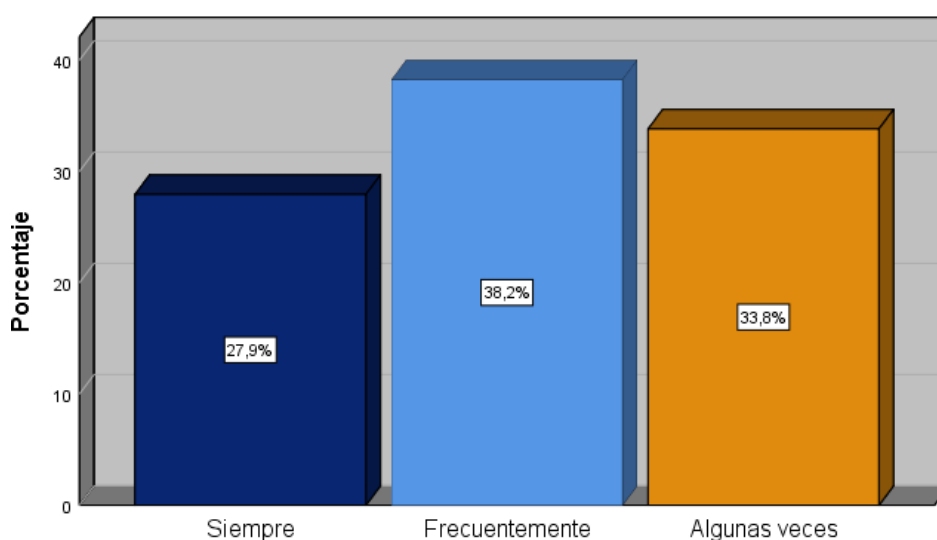
Asistencia o participación a la iglesia
Figura 8. Asistencia o participación a la iglesia

Interpretación. En la tabla 8 y figura 8, se muestra los resultados sobre la participación religiosa de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 30 adultos mayores (44,1%) respondieron que algunas veces asisten y participan a la iglesia; otros 23 adultos mayores (33,8%) respondieron que asisten y participan con frecuentemente a la iglesia; y otros 15 adultos mayores (22,1%) afirmaron siempre asistir a la iglesia.

Tabla 9. Capacidad de desplazarse de un lugar a otro

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	23	33,8
Frecuentemente	26	38,2
Siempre	19	27,9
Total	68	100,0

Capacidad de desplazarse de un lugar a otro



Capacidad de desplazarse de un lugar a otro

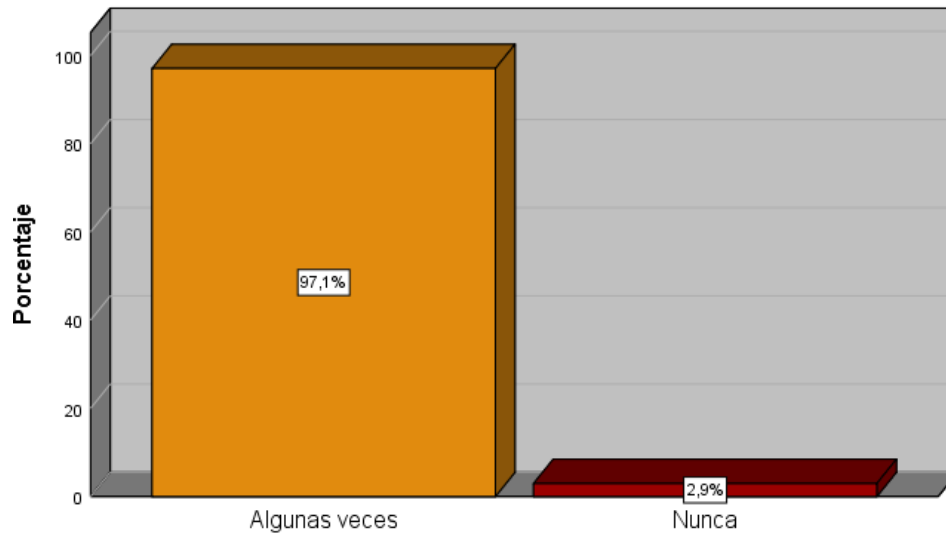
Figura 9. Capacidad de desplazarse de un lugar a otro

Interpretación. En la tabla 9 y figura 9, observamos que 26 adultos mayores (38,2%) que acuden al centro de salud Cerropón respondieron que frecuentemente son capaces de desplazarse de un lugar a otro; 23 adultos mayores (33,8%) solo algunas veces se sienten capaces de desplazarse de un lugar a otro; y otros 19 adultos mayores (27,9%) siempre se sienten capaces de desplazarse de un lugar a otro.

Tabla 11. Seguridad y confianza para realizar actividades diarias

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	28	41,2
Frecuentemente	40	58,8
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Bienestar físico y emocional

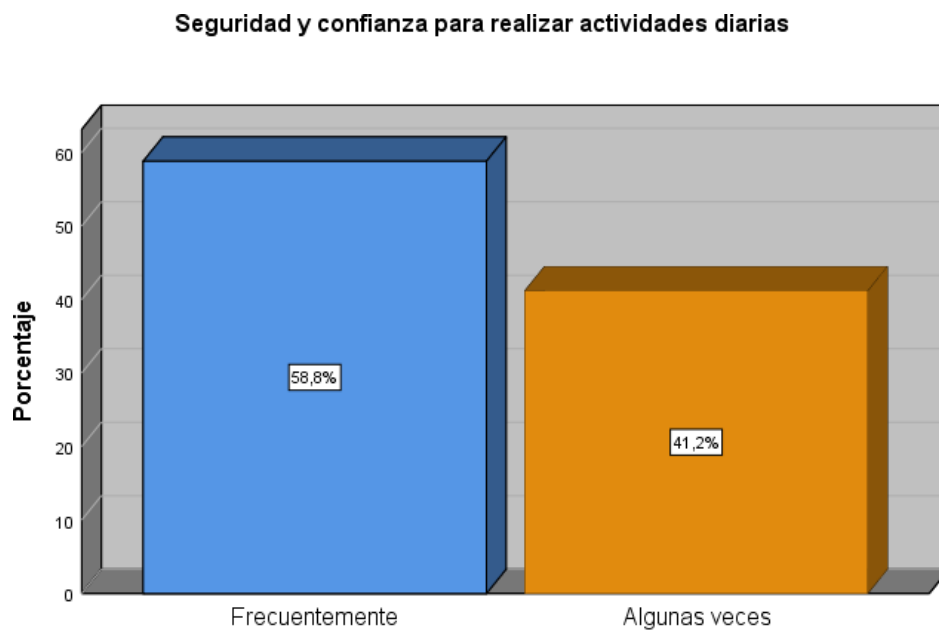


Bienestar físico y emocional
Figura 10. Bienestar físico y emocional

Interpretación. En la tabla 10 y figura 10, se muestra los resultados sobre el bienestar físico y emocional de los adultos mayores del centro de salud Cerropón, donde observamos que 66 adultos mayores (97,1%) respondieron sentir algunas veces que su bienestar físico y emocional es bueno; por otro lado, solo 2 adultos mayores (2,9%) respondieron que nunca sienten que su bienestar físico y emocional es bueno.

Tabla 11. Seguridad y confianza para realizar actividades diarias

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	28	41,2
Frecuentemente	40	58,8
Siempre	0	0
Total	68	100,0



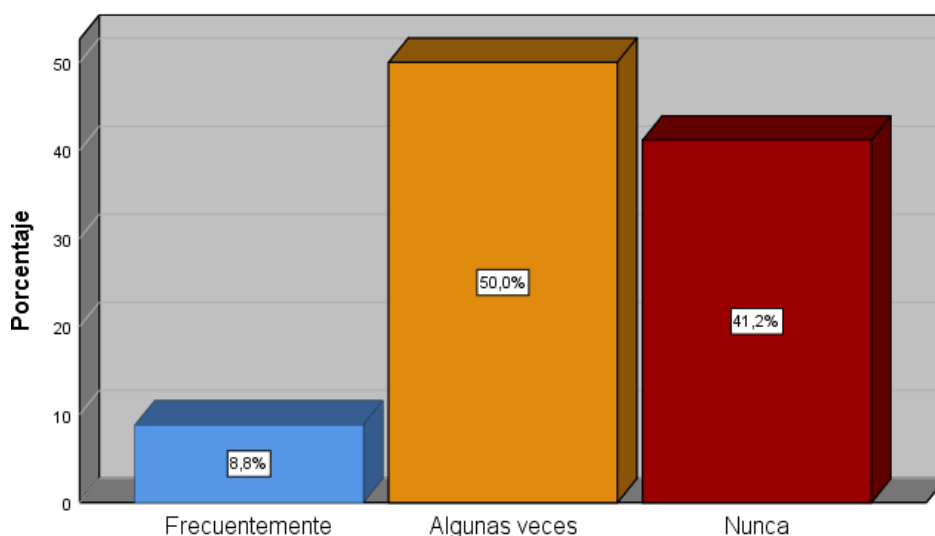
Seguridad y confianza para realizar actividades diarias
Figura 11. Seguridad y confianza para realizar actividades diarias

Interpretación. En la tabla 11 y figura 11, se muestra los resultados sobre la seguridad y confianza que tienen los adultos mayores para realizar sus actividades diarias, donde observamos que 40 adultos mayores (58,8%) respondieron que con frecuencia se sienten seguros y confiados para realizar sus actividades diarias; mientras que 28 adultos mayores (41,2) respondieron que solo algunas veces tienen la seguridad y la confianza para realizar sus actividades diarias.

Tabla 12. Realiza actividades recreativas como pasear, caminar o yoga

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	28	41,2
Algunas veces	34	50,0
Frecuentemente	6	8,8
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Realiza actividades recreativas como pasear, caminar o yoga



Realiza actividades recreativas como pasear, caminar o yoga

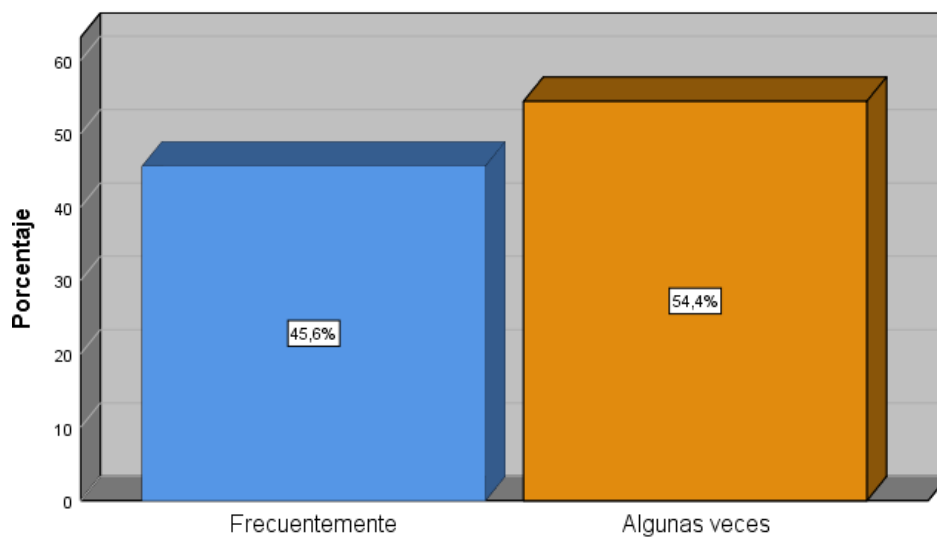
Figura 12. Realiza actividades recreativas como pasear, caminar o yoga

Interpretación. En la tabla 12 y figura 12, se muestra los resultados sobre las actividades recreativas que realizan los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 34 adultos mayores (50%) respondieron realizar algunas veces actividades recreativas como paseas, caminar o hacer yoga; que otros 28 adultos mayores (41,2) respondieron que nunca realizan actividades recreativas; y 6 adultos mayores más (8,8%) respondieron realizar frecuentemente actividades recreativas como el pasear o caminar.

Tabla 14. Visita de familiares como hermanos, hijos o nietos

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	29	42,6
Frecuentemente	39	57,4
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Participa de actividades recreativas de algún grupo social de apoyo



Participa de actividades recreativas de algún grupo social de apoyo

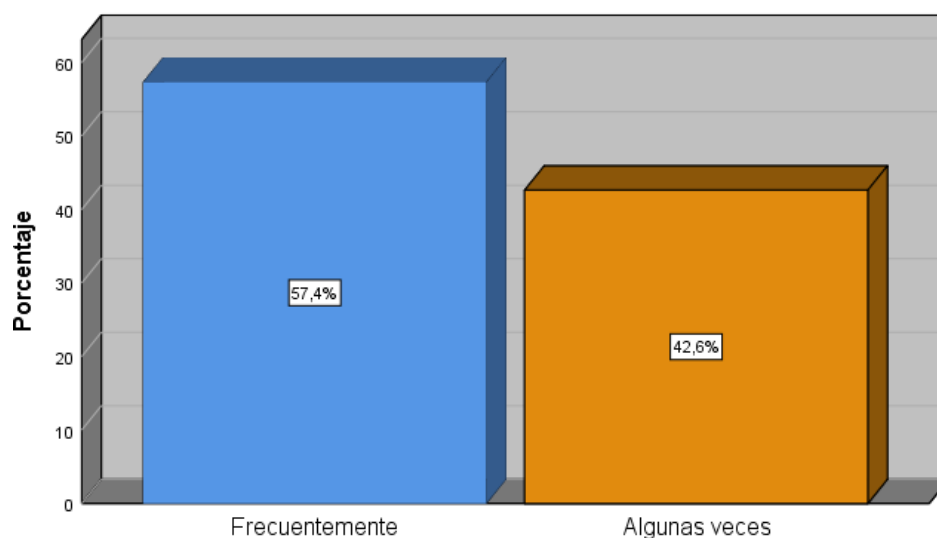
Figura 13. Participa de actividades recreativas de algún grupo social de apoyo

Interpretación. En la tabla 13 y figura 13, observamos que 37 adultos mayores (54,4%) que acuden al centro de salud Cerropon, respondieron participar algunas veces en actividades recreativas de algún grupo social de apoyo; y que otros 31 adultos mayores (45,6%) si participan con frecuencia de las actividades recreativas de algún grupo social de apoyo.

Tabla 14. Visita de familiares como hermanos, hijos o nietos

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	29	42,6
Frecuentemente	39	57,4
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Visita de familiares como hermanos, hijos o nietos



Visita de familiares como hermanos, hijos o nietos

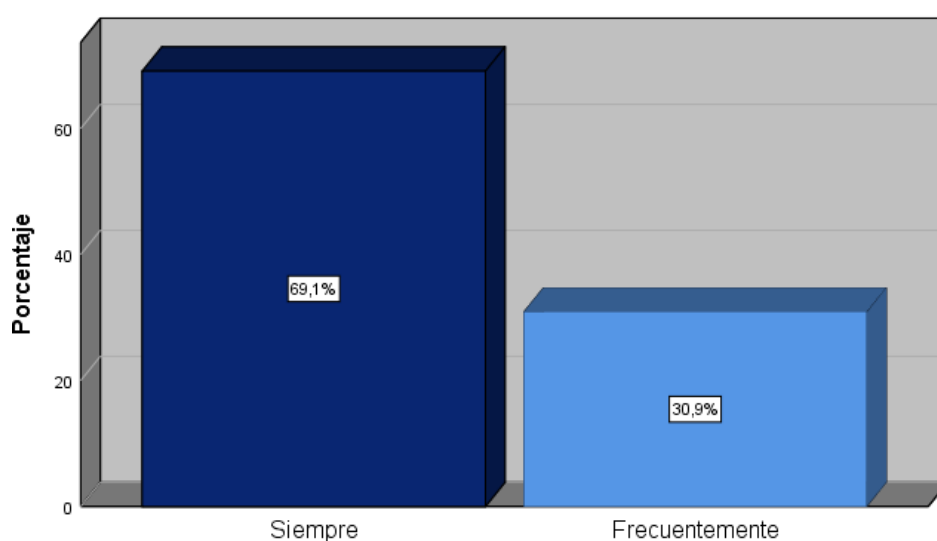
Figura 14. Visita de familiares como hermanos, hijos o nietos

Interpretación. En la tabla 14 y figura 14, observamos que 39 adultos mayores (57,4%) respondieron que son visitados con frecuencia por hermanos, hijos o nietos; por otro lado, 29 adultos mayores (42,6%) contestaron que solo algunas veces son visitados por la familia.

Tabla 15. Se siente contento cuando es visitado por su familia

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	0	0
Frecuentemente	21	30,9
Siempre	47	69,1
Total	68	100,0

Se siente contento cuando es visitado por su familia



Se siente contento cuando es visitado por su familia

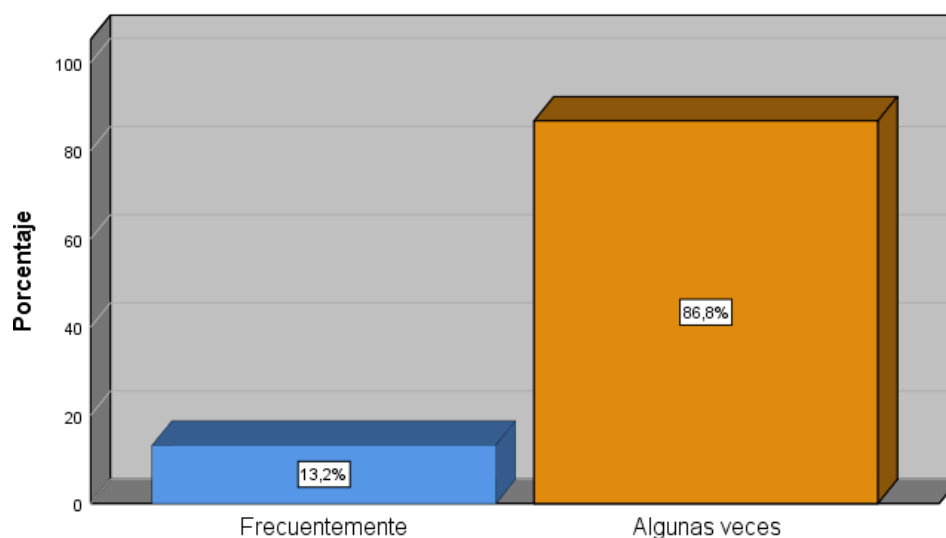
Figura 15. Se siente contento cuando es visitado por su familia

Interpretación. En la tabla 15 y figura 15, se muestra los resultados sobre la emoción que sienten los adultos mayores visitados por sus familiares, donde observamos que 47 adultos mayores (69,1%) respondieron sentir siempre contentos cuando son visitados en casa por la familia; y que 21 adultos mayores (30,9%) frecuentemente se sienten contentos al ser visitados por sus familiares.

Tabla 16. Aceptación de los cambios físicos y emocionales de la edad

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	59	86,8
Frecuentemente	9	13,2
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Aceptación de los cambios físicos y emocionales de la edad



Aceptación de los cambios físicos y emocionales de la edad

Figura 16. Aceptación de los cambios físicos y emocionales de la edad

Interpretación. En la tabla 16 y figura 16, se muestra los resultados sobre la adaptación de los adultos mayores a los cambios físicos y emocionales, donde observamos que 59 adultos mayores (86,8%) respondieron que solo algunas veces les cuesta aceptar sus cambios físicos y emocionales por los que pasan; por otro lado, solo 9 adultos mayores (13,2%) frecuentemente les cuesta aceptar sus cambios físicos y emocionales por los que pasan.

Tabla 17. Satisfacción con su estado de salud

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	33	48,5
Frecuentemente	35	51,5
Siempre	0	0
Total	68	100,0

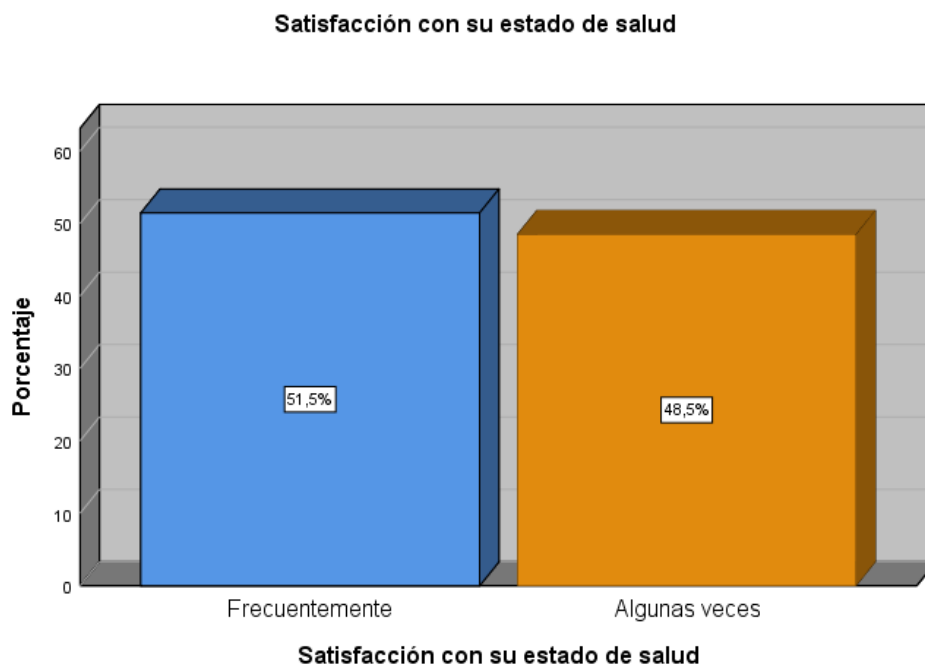


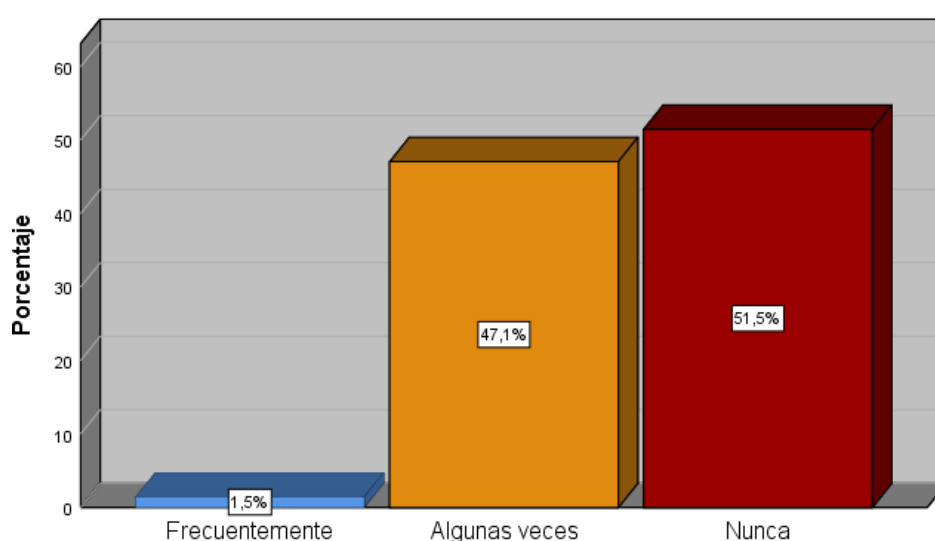
Figura 17. Satisfacción con su estado de salud

Interpretación. En la tabla 17 y figura 17, se muestra los resultados sobre la satisfacción del estado de salud de los adultos mayores del centro de salud Cerropón, donde observamos que 35 adultos mayores (51,5%) respondieron que frecuentemente se sienten satisfechos con la salud que presenta, y 33 adultos mayores más (48,5%) solo algunas veces sienten satisfacción con su salud.

Tabla 18. Sentimientos negativos como tristeza, ansiedad o depresión

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	35	51,5
Algunas veces	32	47,1
Frecuentemente	1	1,5
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Sentimientos negativos como tristeza, ansiedad o depresión



Sentimientos negativos como tristeza, ansiedad o depresión

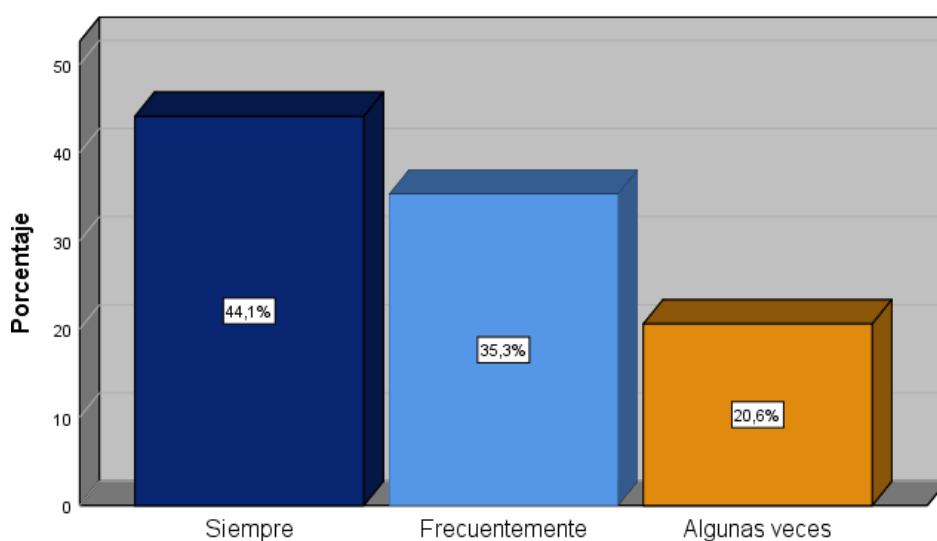
Figura 18. Sentimientos negativos como tristeza, ansiedad o depresión

Interpretación. En la tabla 18 y figura 18, se muestra los resultados sobre los sentimientos negativos que presentan los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 35 adultos mayores (51,5%) respondieron que nunca han tenido sentimientos negativos como la tristeza, la ansiedad o depresión; 32 adultos mayores (47,1%) respondieron que algunas veces se sienten tristes, ansiosos o con depresión; y solo 1 adulto mayor (1,5%) frecuentemente tiene sentimientos negativos de tristeza y depresión.

Tabla 19. Seguridad en su vivienda y en las condiciones donde vive

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	14	20,6
Frecuentemente	24	35,3
Siempre	30	44,1
Total	68	100,0

Seguridad en su vivienda y en las condiciones donde vive



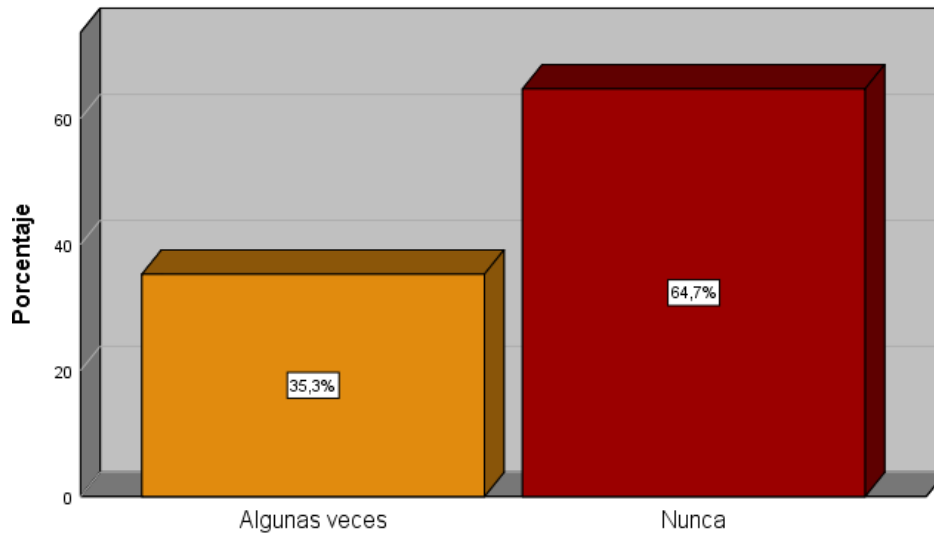
Seguridad en su vivienda y en las condiciones donde vive
Figura 19. Seguridad en su vivienda y en las condiciones donde vive

Interpretación. En la tabla 19 y figura 19, se muestra los resultados sobre la vivienda y las condiciones donde viven de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 30 adultos mayores (44,1%) respondieron que siempre se sienten seguros en sus viviendas y en las condiciones del lugar donde viven; unos 24 adultos mayores (35,3%) frecuentemente sienten seguridad de su vivienda; y 14 adultos mayores sienten seguridad de su vivienda y en las condiciones del lugar donde viven algunas veces.

Tabla 20. Ingreso económico mensual suficiente para cubrir necesidades

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	44	64,7
Algunas veces	24	35,3
Frecuentemente	0	0
Siempre	0	0
Total	68	100,0

Ingreso económico mensual suficiente para cubrir necesidades



Ingreso económico mensual suficiente para cubrir necesidades

Figura 20. Ingreso económico mensual suficiente para cubrir necesidades

Interpretación. En la tabla 20 y figura 20, se muestra los resultados sobre el ingreso económico de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 44 adultos mayores (64,7%) respondieron que su ingreso económico nunca es suficiente para cubrir sus necesidades; por otro lado, 24 adultos mayores (35,3%) respondieron que su ingreso económico solo algunas veces les alcanza para cubrir sus necesidades.

Tabla 21. Utilización del seguro integral de salud cuando está enfermo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	45	66,2
Frecuentemente	23	33,8
Siempre	0	0
Total	68	100,0

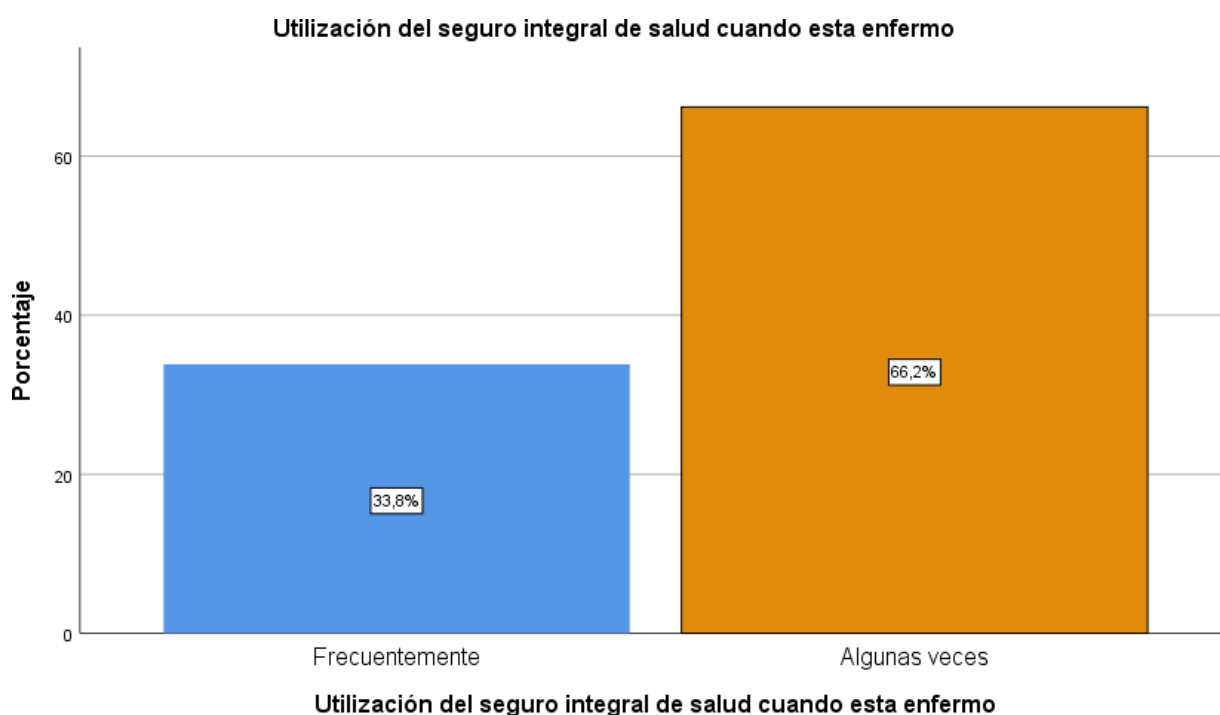


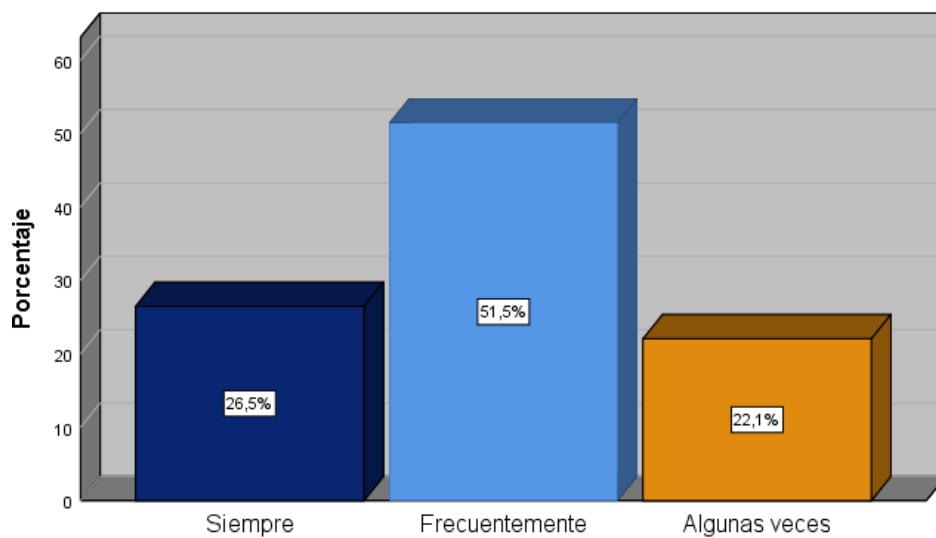
Figura 21. Utilización del seguro integral de salud cuando está enfermo

Interpretación. En la tabla 21 y figura 21, se muestra los resultados sobre la utilización del seguro integral de salud de los adultos del centro de salud Cerropón, donde observamos que 45 adultos mayores (66,2%) respondieron que solo algunas veces hacen uso de su seguro integral de salud cuando se sienten enfermos; y otros 23 adultos mayores (33,8%) respondieron que usan su seguro integral de salud con frecuencia cuando se sienten enfermos.

Tabla 22. Participa de campañas de salud del E. S. o Programa del adulto mayor

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0
Algunas veces	15	22,1
Frecuentemente	35	51,5
Siempre	18	26,5
Total	68	100,0

Participa de campañas de salud del E. S. o Programa del adulto mayor



Participa de campañas de salud del E. S. o Programa del adulto mayor

Figura 22. Participa de campañas de salud del E. S. o Programa del adulto mayor

Interpretación. En la tabla 22 y figura 22, se muestra los resultados sobre la participación en campañas de salud de los adultos mayores del centro de salud Cerropón, donde observamos que 35 adultos mayores (51,5%) respondieron que frecuentemente participan de las campañas de salud que realiza el establecimiento de salud de su jurisdicción o del programa del adulto mayor; que 18 adultos mayores más (26,5%) siempre participan de las campañas de salud que realizan el programa del adulto mayor; y otros 15 adultos mayores (22,1%) solo participan algunas veces en las campañas de salud o actividades preventivas que realiza el establecimiento de salud,

Tabla 23. Lugar de procedencia

Regiones geográficas	Frecuencia	Porcentaje
Costa	44	64,7
Sierra	19	27,9
Selva	5	7,4
Total	68	100,0

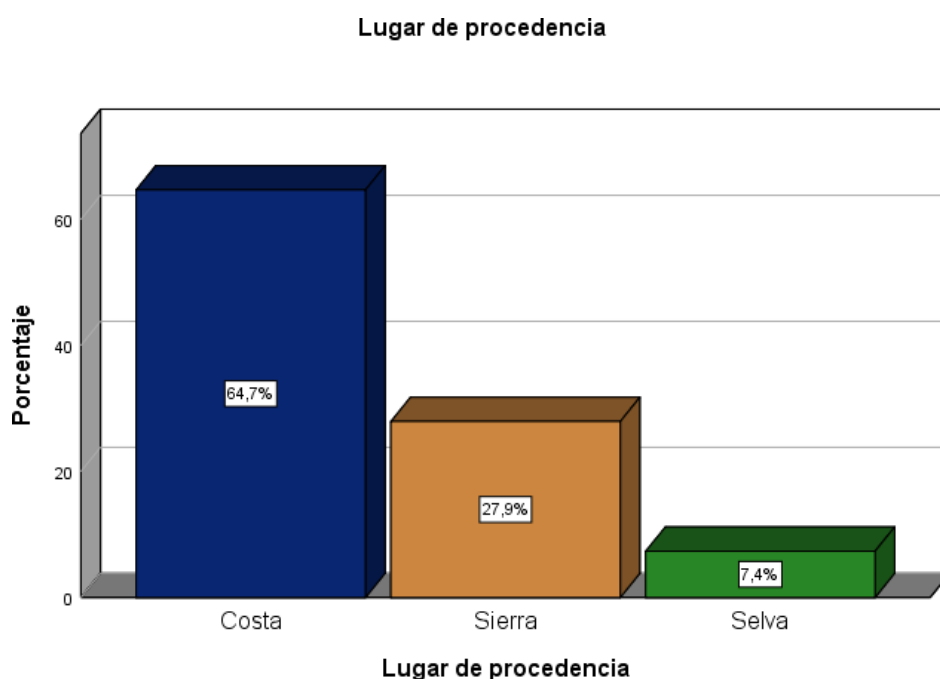


Figura 23. Lugar de procedencia

Interpretación. En la tabla 23 y figura 23, se muestra los resultados sobre el lugar de procedencia de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 44 adultos mayores (64,7%) pertenecen a la región geográfica de la costa; 19 adultos mayores (27,9%) pertenecen a la sierra; y otros 5 adultos mayores (7,4%) provenientes de la selva.

Tabla 24. Grado de instrucción

Educación	Frecuencia	Porcentaje
	a	e
Secundaria	25	36,8
Primaria	27	39,7
Sin Instrucción	16	23,5
Total	68	100,0

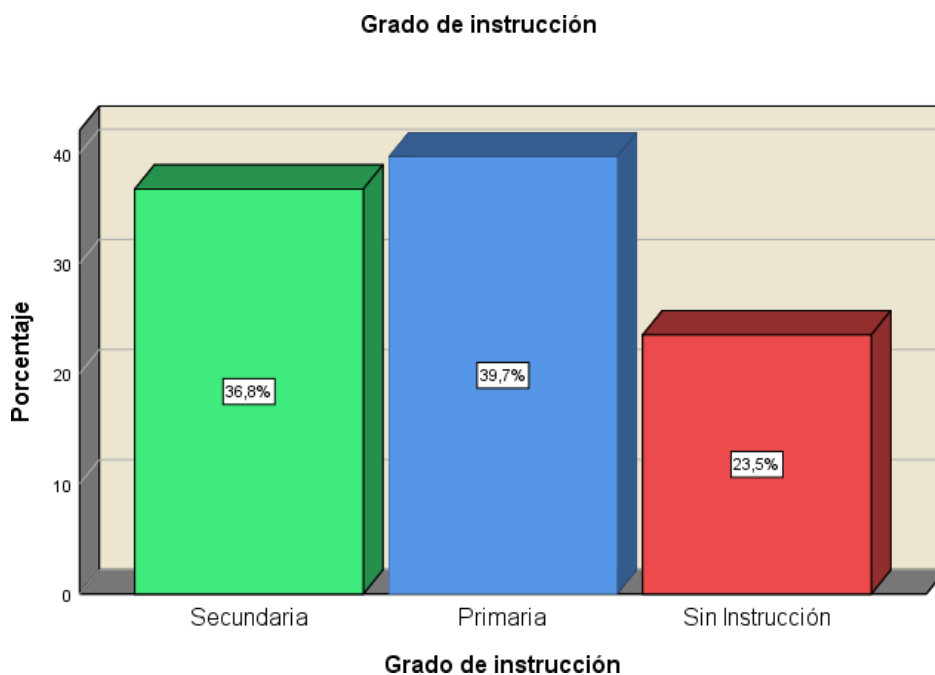


Figura 24. Grado de instrucción

Interpretación. En la tabla 23 y figura 23, se muestra los resultados sobre el nivel de educación de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 27 adultos mayores (39,7%) cuentan con primaria; que solo 25 adultos mayores (36,8%) cuentan con secundaria completa; y que 16 adultos mayores (23,5%) son analfabéticos.

Tabla 25. Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	44	64,7
Evangélica	10	14,7
Otra	14	20,6
Total	68	100,0

Religión

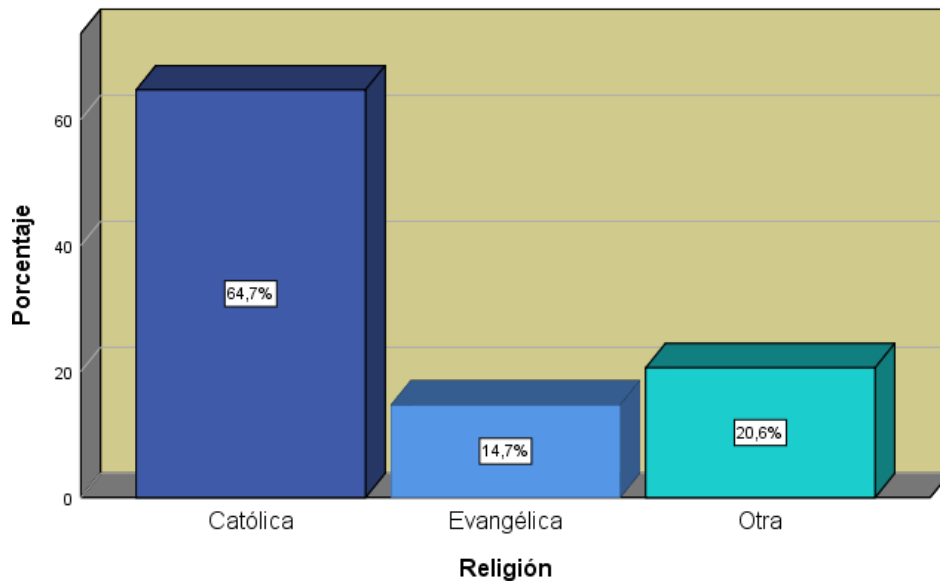


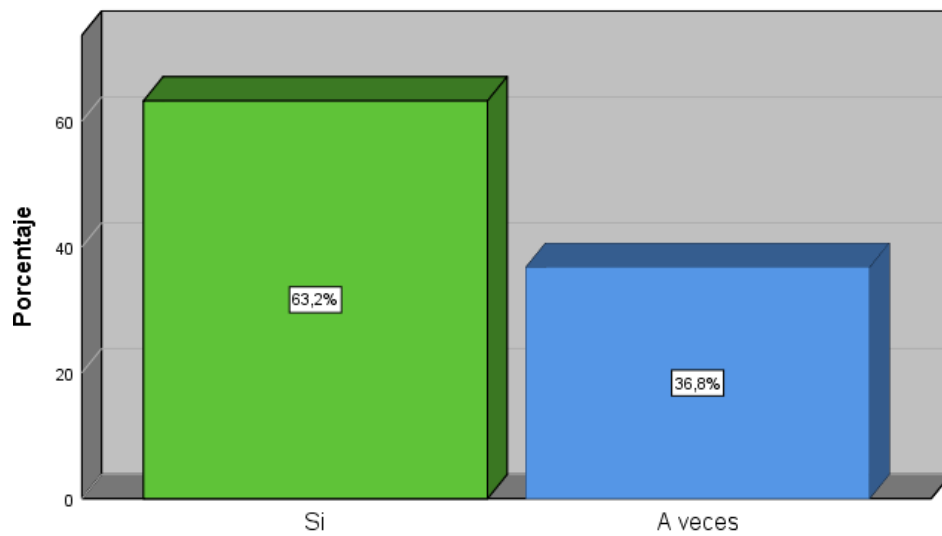
Figura 25. Religión

Interpretación. En la tabla 25 y figura 25, se muestra los resultados la posición religiosa de los adultos mayores que acuden al centro de salud Cerropón, donde observamos que 44 adultos mayores (64,7%) respondieron que son de religión católica; 14 adultos mayores (20,6%) pertenecen a otras religiones como adventistas y mormones; y otros 10 adultos mayores (14,7%) son evangelistas.

Tabla 26. Participación en eventos religiosos de la comunidad

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	63,2
No	0	0
A veces	25	36,8
Total	68	100,0

Participación en eventos religiosos de la comunidad



Participación en eventos religiosos de la comunidad

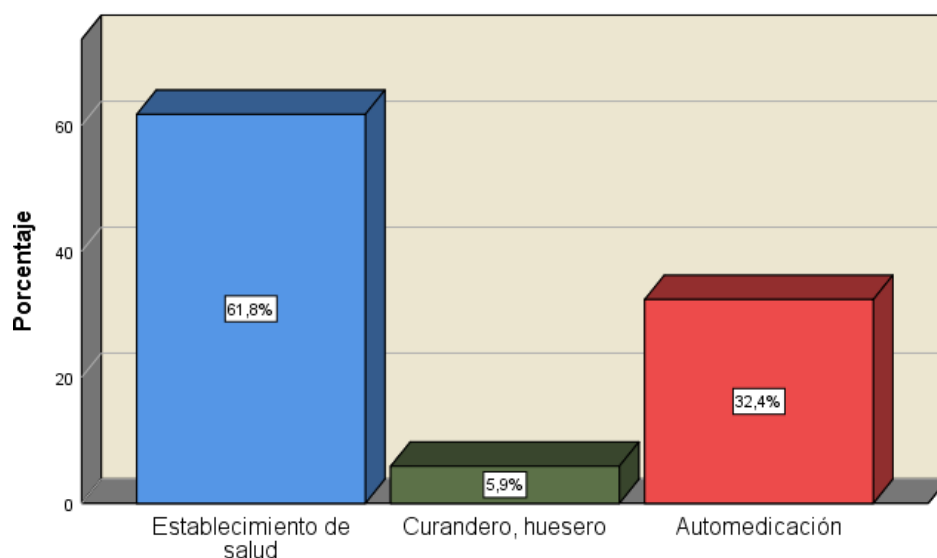
Figura 26. Participación en eventos religiosos de la comunidad

Interpretación. En la tabla 26 y figura 26, observamos que 43 adultos mayores (63,2%) que acuden al centro de salud Cerropón participan de los eventos religiosos que organizan en la comunidad; y por otro lado 25 adultos mayores (36,8%) solo a veces participan de los eventos religioso en su comunidad.

Tabla 27. Donde acude en caso de enfermedad o accidentes

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Establecimiento de salud	42	61,8
Curandero, huesero	4	5,9
Automedicación	22	32,4
Total	68	100,0

Donde acude en caso de enfermedad o accidentes



Donde acude en caso de enfermedad o accidentes

Figura 27. Donde acude en caso de enfermedad o accidentes

Interpretación. En la tabla 27 y figura 27, observamos que 42 adultos mayores (61,8%) del centro de salud Cerropón acuden al establecimiento de salud de su jurisdicción cuando están enfermos; unos 22 adultos mayores (32,4%) se automedican cuando están enfermos; y otros 4 adultos mayores (5,9%) van al curandero cuando están enfermos y al huesero cuando se accidentan.

Tabla 28. Alimentos que consume diariamente

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
	a	e
Carnes, legumbres, cereales y granos	16	23,5
Frutas y verduras	9	13,2
Leche, yogurt o queso	5	7,4
Todas las anteriores	38	55,9
Total	68	100,0

Alimentos que consume diariamente



Tabla 28. Alimentos que consume diariamente

Interpretación. En la tabla 28 y figura 28, observamos que 38 adultos mayores (55,9%) que acuden al centro de salud Cerropón respondieron en su dieta diaria consumen una alimentación variada de carnes, cereales, frutas y verduras, leche, etc.; 16 adultos mayores (23,5%) solo consumen carnes, legumbres, cereales y granos; otros 9 adultos mayores más (13,2%) consumen diariamente frutas y verduras; y que solo 5 adultos mayores (7,4%) consumen leche, yogurt o queso en su alimentación diaria.

ANEXO 09 RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO TESIS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD RESOLUCION N° 100- 2021/FCS-USS

Pimentel, 09 de abril del 2021

VISTO:

El proveído del decano de la Facultad de Ciencias de la Salud al oficio N° 0042-2021/DO-USS de fecha 07 de abril del 2021, mediante el cual se remiten los **PROYECTOS DE TESIS**, correspondiente a la asignatura del Curso – Taller de Actualización de tesis de pregrado y Posgrado, periodo 2021-I, para aprobación.

CONSIDERANDO:

Que la ley Universitaria N° 30220, establece en su artículo 48° que la investigación constituye una función esencial y obligatoria de la Universidad, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional. Los docentes, estudiantes y graduados participan en la actividad investigadora en su propia institución o en redes de investigación nacional o internacional, creadas por las instituciones públicas o privadas.

Que, el Artículo 36° del reglamento de investigación V7 USS, establece que: "El comité de investigación de la escuela profesional aprueba el tema del proyecto de investigación y del trabajo de investigación acorde a las líneas de investigación institucional".

Que, mediante documento de vistos se solicita la APROBACIÓN de los **PROYECTOS DE TESIS**, de la escuela de **Enfermería**, para obtener el **Título Profesional**.

Estando dispuesto en el Reglamento de la Universidad Señor de Sipán y en mérito a las atribuciones conferidas.

SE RESUELVE:

Artículo N°01: **APROBAR** los **PROYECTOS DE TESIS**, para obtener el **Título Profesional**, correspondiente a la asignatura de Curso – Taller de Actualización de tesis de pregrado y Posgrado, periodo 2021-I, que a continuación se detallan:

Título	Autor
INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD CERROPÓN - CHICLAYO	CORDOVA COTRINA NADDYA HIBET
RIESGOS ERGONOMICOS PARA ASEGURAR LA SALUD OCUPACIONAL EN LAS LICENCIADAS DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE LAS MERCEDES 2019	PALOMINO TISNADO HANNY MARICRIS

REGISTRÉSE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



Mg. Santos Leopoldo Acuña Peralta
Decano Facultad de Ciencias de la Salud



Mg. Jimena Palomino Malca
Secretaria Académica Facultad de Ciencias de la Salud

Cc: EAP, interesado (s), Archivo

ADMISIÓN E INFORMES
074 481610 - 074 481632
CAMPUS USS
Km. 5, carretera a Pimentel
Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe

ANEXO 10: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE JURADO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCIÓN N°0607-2022/FCS-USS

Pimentel, 21 de octubre 2022

VISTO:

El Acta de Reunión N°010-2022/FCS-EE- USS, del Comité de investigación de la Escuela profesional de ENFERMERÍA remitida el 12 de octubre de 2022 mediante solicitud N°0057-2022/EE-USS de la Dirección de Escuela profesional de ENFERMERÍA, a través del cual informan acuerdo de modificación del Jurado evaluador de egresados del Programa de estudios de ENFERMERÍA, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley Universitaria N° 30220 en su artículo 48° que a la letra dice: "La investigación constituye una función esencial y obligatoria de la universidad, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional. Los docentes, estudiantes y graduados participan en la actividad investigadora en su propia institución o en redes de investigación nacional o internacional, creadas por las instituciones universitarias públicas o privadas.";

Que, de conformidad con el Reglamento de Grados y Títulos, en su artículo 28° establece: " El jurado evaluador será designado mediante resolución emitida por la facultad o por la Escuela de Posgrado, el mismo que estará conformado por tres docentes, quienes cumplirán las funciones de presidente, secretario y vocal. El presidente será el docente de la especialidad que ostente el mayor grado académico.";

Que, mediante documento de vistos, el Comité de investigación de la Escuela profesional de ENFERMERÍA, informa acuerdo de modificación del Jurado evaluador de la Tesis a cargo de los egresados que se detallan en el anexo de la presente Resolución, por motivo de renuncia de los docentes previamente designados.

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas y de conformidad con las normas y reglamentos vigentes;

SE RESUELVE:


ARTÍCULO 1°: MODIFICAR, la Resolución de designación de los miembros del Jurado Evaluador de la Tesis presentada por los egresados del programa de estudios de ENFERMERÍA, en la forma que se detalla en el anexo de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°: DISPONER, que los Miembros del Jurado, así como al aspirante al Título Profesional, deberán ajustarse a lo normado en el Reglamento de Grados y Títulos de la USS.

ARTÍCULO 3°: DEJAR SIN EFECTO, toda Resolución emitida por la Facultad que se oponga a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


Mg. Carlos Alberto Chirinos Rios
Decano (e) Facultad de Ciencias de la Salud


Mg. Ing. María Noelia Sialer Rivera
Secretaria académica Facultad de Ciencias de la salud

Cc: Interesados, Archivo



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

RESOLUCIÓN N°0607-2022/FCS-USS

Chiclayo, 21 de octubre 2022

ANEXO

N°	AUTOR (ES)	TEMA DE TESIS	JURADO EVALUADOR		RESOLUCIÓN DE DESIGNACIÓN DE JURADO EVALUADOR
1	BECCERRA TORRES LUCERO KATERINE	VIOLENCIA DE PAREJA Y LA SALUD MENTAL EN JÓVENES EN UN CENTRO DE SALUD COMUNITARIO, REQUE - 2020	Presidente Secretario Vocal	DRA. ARIAS FLORES CECILIA TERESA MG. MANUEL ANTONIO VILLEGAS PUESCAS DRA. RIVERA CASTAÑEDA PATRICIA MARGARITA	0004- 2022/FCS-USS
2	CORDOVA COTRINA NADDYA HIBET	INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD CERROPÓN - CHICLAYO	Presidente Secretario Vocal	DRA. ARIAS FLORES CECILIA TERESA MG. GONZALES DELGADO LEYLA ROSSANA MG. LIZARRAGA DE MAGUIÑA ISABEL GRACIELA	102- 2021/FCS-USS



ANEXO 11 RESOLUCIÓN DE ASIGNACIÓN DE ASESOR DE TESIS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD RESOLUCION N° 101- 2021/FCS-USS

Pimentel, 09 de abril del 2021

VISTO:

El proveído del decano de la Facultad de Ciencias de la Salud al oficio N° 0042-2021/DO-USS de fecha 07 de abril del 2021, mediante el cual se remiten los **PROYECTOS DE TESIS**, correspondiente a la asignatura del Curso – Taller de Actualización de tesis de pregrado y Posgrado, periodo 2021-I, para asignación de **ASESOR**.

CONSIDERANDO:

Que la ley Universitaria N° 30220, establece en su artículo 48° que la investigación constituye una función esencial y obligatoria de la Universidad, que la fomenta y realiza, respondiendo a través de la producción de conocimiento y desarrollo de tecnologías a las necesidades de la sociedad, con especial énfasis en la realidad nacional. Los docentes, estudiantes y graduados participan en la actividad investigadora en su propia institución o en redes de investigación nacional o internacional, creadas por las instituciones públicas o privadas.

Que, el Artículo 36° del reglamento de investigación V7 USS, establece que: "El comité de investigación de la escuela profesional aprueba el tema del proyecto de investigación y del trabajo de investigación acorde a las líneas de investigación institucional".

Que, mediante documento de vistos se solicita la designación de la **Mg. Isabel Lizárraga de Maguiña**, como **ASESORA** de la escuela de **Enfermería**, a cargo del trabajo de investigación que se indica en la parte resolutive de la presente resolución.

Estando dispuesto en el Reglamento de la Universidad Señor de Sipán y en mérito a las atribuciones conferidas.

SE RESUELVE:

Artículo N°01: **APROBAR** el **PROYECTOS DE TESIS**, para obtener el **Título Profesional**, correspondiente a la asignatura de Curso – Taller de Actualización de tesis de pregrado y Posgrado, periodo 2021-I, que a continuación se detallan:

Título	Autor
INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD CERROPÓN – CHICLAYO.	CORDOVA COTRINA NADDYA HIBET
RIESGOS ERGONOMICOS PARA ASEGURAR LA SALUD OCUPACIONAL EN LAS LICENCIADAS DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE LAS MERCEDES 2019.	PALOMINO TISNADO HANNY MARICRIS

REGISTRÉSE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



Mg. Santos Leopoldo Acuña Peralta
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Cc: EAP, interesado(s), Archivo



Mg. Jimena Palomino Malca
Secretaria Académica Facultad de Ciencias de la Salud

ADMISIÓN E INFORMES
074 481610 - 074 481632
CAMPUS USS
Km. 5, carretera a Pimentel
Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe