



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

TESIS

**EFFECTIVIDAD DE VISITAS DOMICILIARIAS CON
ENFOQUE PROMOCIONAL EN LA CALIDAD DE
VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE
SALUD ATUSPARIA-2019**

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

Autora:

Bach. Cerdán Salcedo Mayra Lisset
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4081-0919>

Asesor:

MSc. Juan Miguel Velásquez Caro
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7869-5031>

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2022

**EFFECTIVIDAD DE VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE
PROMOCIONAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL
CENTRO DE SALUD ATUSPARIA-2019**

PRESENTADA POR

Bach. Cerdán Salcedo Mayra Lisset

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR



Mg. AVALOS HUBECK JANET
PRESIDENTA



Mg. FERNÁNDEZ CRUZADO ANGELA
BLANCA FLOR
SECRETARÍA



MSc. VELÁSQUEZ CARO JUAN MIGUEL
VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios por brindarme un día más de vida, por ser el inspirador y darme la fuerza para seguir con este proceso de obtener uno de los anhelos mis más deseados.

A mis padres Milagros Salcedo Regalado y Segundo Cerdán Vásquez por su amor, trabajo y sacrificio en todo este tiempo de mi carrera profesional y gracias a ellos he logrado llegar hasta esta etapa de mi vida.

En especial a mi abuelita Julia Elena Regalado Zorrilla quien me motivo día a día dándome sus consejos, enseñándome valores y acompañándome en cada paso que daba para tomar buenas decisiones tanto en mi vida personal como en mi camino de profesional.

A todas las personas que me apoyaron y han hecho que este trabajo se realice con éxito en especial a aquellas personas que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Mayra

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme durante toda mi vida, por guiarme por un buen camino y por ser mi fortaleza en aquellos momentos de incertidumbre y debilidad.

A todas las personas que me acompañaron en este camino de mi formación profesional, por su apoyo incondicional, por la motivación que me dieron para no rendirme, que me enseñaron a luchar en los momentos más difíciles de mi vida y a lograr mis objetivos planteados.

A mi novio Julio César Aguilar Sánchez por haber estado presente conmigo en todo momento, por tenerme paciencia en mis estados de ánimo y su amor incondicional que siempre me demostró día a día.

Agradezco de manera especial al MSc. Juan Miguel Velásquez Caro asesor del curso de Investigación II, quien me ha guiado con paciencia y rectitud y a todos nuestros docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, por haber compartido sus conocimientos y quienes encaminaron mi educación.

La autora

RESUMEN

La investigación titulada “Efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019”, cuyo objetivo fue “Determinar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia – 2019”; vio la relevancia de la visita domiciliaria como importante herramienta de enfermería para el cuidado adulto mayor. Estudio cuantitativo, de diseño pre experimental; utilizó un cuestionario de 2 partes (datos personales y el cuestionario de Whoqol-Old) validado por Alpha de Cronbach 0.862, aplicado a 79 adulto mayores. Resultados: La población adulta mayor presento como características personales que en su mayoría los adultos mayores tenían 60-74 años; eran del sexo femenino, su estado civil viudos; con grado de instrucción primaria; viven con sus hijos y tenían como patología hipertensión. Antes de iniciar las visitas domiciliarias se encuentra una calidad de vida global alta (51.9%) y después se incrementa a (89.9%); Se concluye que las visitas domiciliarias fueron efectivas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (P=0.00); por lo que el personal de enfermería debe reforzar estas actividades para mejorar el autocuidado y con ello la calidad de vida de este grupo poblacional.

Palabras clave: Calidad de vida, visita domiciliaria, efectividad, enfoque promocional.

ABSTRACT

The research entitled "Effectiveness of home visits with a promotional focus on the quality of life of the elderly at the Atusparia Health Center-2019", whose objective was "To determine the effectiveness of home visits with a promotional focus on the quality of life of the elderly of the Atusparia Health Center - 2019"; saw the relevance of home visits as an important nursing tool for elderly care. Quantitative study, pre-experimental design; used a 2-part questionnaire (personal data and the Whoqol-Old questionnaire) validated by Cronbach's Alpha 0.862, applied to 79 older adults. Results: The older adult population presented as personal characteristics that most of the older adults were 60-74 years old; they were female, their marital status was widowed; with a grade of primary education; They live with their children and had hypertension as a pathology. Before starting home visits, a high overall quality of life was found (51.9%) and afterwards it increased to (89.9%); It is concluded that home visits were effective in improving the quality of life of the elderly. (P = 0.00); therefore, the nursing staff must reinforce these activities to improve self-care and thus the quality of life of this population group.

Keywords: Quality of life, home visit, effectiveness, promotional approach.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	3
Agradecimiento.....	4
Resumen.....	5
Palabras clave.....	5
Abstract.....	6
Keywords.....	6
Índice.....	7
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Realidad Problemática.....	9
1.2 Trabajos previos.....	12
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	15
1.4 Formulación del problema.....	19
1.5 Justificación e importancia del estudio.....	19
1.6 Hipótesis.....	20
1.7 Objetivos.....	20
1.7.1 Objetivo general.....	20
1.7.2 Objetivos específicos.....	20
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	21
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	21
2.1.1. Tipo de investigación.....	21
2.1.2. Diseño de investigación.....	21
2.2 Población y Muestra.....	21
2.2.1. Población.....	21
2.2.2. Muestra.....	21
2.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	23
2.3 Variables y operacionalización.....	23
2.3.1 Variables.....	23
2.3.2 Operacionalización de variables.....	24
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	26
2.4.1 Técnicas.....	26
2.4.2 Instrumentos.....	26
2.4.3 Validez y confiabilidad.....	27

2.5	Procedimientos de análisis de datos.....	27
2.6	Criterios éticos.....	27
2.7	Criterios de rigor científico.....	28
III.	RESULTADOS.....	29
3.1	Tablas y figuras.....	29
3.2	Discusión de resultados.....	28
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
4.1	Conclusiones.....	43
4.2	Recomendaciones.....	43
	REFERENCIAS.....	44
	ANEXOS.....	51
	ANEXO 01: Matriz de Consistencia.....	52
	ANEXO 02: Consentimiento informado.....	53
	ANEXO 03: Instrumento.....	54
	ANEXO 04: Prueba de normalidad.....	58

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala, “el prolongar la esperanza de vida y disminuir la tasa de fecundidad en la población, ha traído como consecuencia el envejecimiento de la sociedad” (2), registrando a partir del año 2000 unos 590 millones de adultos mayores (70 años a más) lo cual al 2025 se llegará a tener 1100 millones de personas de la tercera edad; requiriendo que los países con éstas características demográficas incrementen de manera urgente la cobertura de este grupo poblacional” (3).

América Latina y el Caribe (ALC) no es ajena a esta realidad y según estadísticas mostradas por las Naciones Unidas, en nuestra región, la población mayor de 60 años en 35 años se incrementará de 11% a 25%, casi la mitad de tiempo de lo que tardó Europa; mientras en Costa Rica se ha estimado que la población adulta mayor (AM) se duplicará cada 15 años y en los próximos 20 años las personas de 65 años a más pasarían de 278 mil a más de 600 mil y la población de 80 años se duplicaría, sumando 121 mil personas (4). En Colombia el 2017 la población mayor de 60 años fue el 9% de su población total proyectándose para el 2060 que alcanzara el 23%” (4). Esto significa que el proceso de envejecimiento que se da en todo el mundo se presenta de manera acelerada en aquellos países con un desarrollo creciente (5).

En relación a los problemas que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores un estudio en Colombia ha reportado que de 30,000.00 adultos mayores el 9,3% de ellos viven solos, mientras en Bogotá es el 11%, padeciendo el 40% de esta población estados depresivos, porque a esa edad no son útiles para la sociedad (6), componentes que influyen negativamente en la calidad de vida de estas personas; mientras en Chile el 2018, se encontró en una investigación que sólo el 45% de adultos mayores tenían condiciones vitales excelentes, los cuales el 77% estaban satisfechos con su vida, 75% pensaban que las cosas se pondrían cada vez peor a medida que envejecen; y el 54% manifestaron que a mayor edad se sentían más inútiles; así mismo se encontró que el 77% de ellos requerían medicación para realizar sus actividades diarias. (7)

Ante los problemas a nivel mundial que atraviesan los adultos mayores; la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) con los lineamientos de las Naciones Unidas elaboró estrategias y planes de acción para la población mayor de 60 años, los cuales buscan el envejecimiento activo y saludable, basándose en los principios de independencia, participación, autocuidado, autorrealización, y dignidad que el personal de salud deberá implementar dentro de su visión promotora de salud (8); dentro de estas estrategias se encuentra la visita domiciliaria la cual tiene como objetivo “atender prioridades de salud con sistemas de atención en el hogar e involucrando a la familia, así como, capacitar al medio donde vive el adulto mayor” (9).

A nivel internacional, Aravena P., nos muestra evidencias de este tipo de intervención en su estudio realizado el año 2016, donde se señala los cuidados y las acciones de enfermería en el marco promocional dentro de la visita domiciliaria integral realizada a un adulto mayor de Vichuquén; descubriendo la necesidad de retomar acciones para la incorporación al programa de visitas domiciliarias a paciente con dependencia severa y acompañar en este desafío a la familia para poder asegurar que el adulto mayor mantenga su funcionalidad y se la adapte a su nueva vida (10).

Así mismo, en Ecuador, Barragán G y Ortiz C, el 2019, evidenciaron que a los adultos mayores con problemas de enfermedad crónica como la hipertensión arterial no se les realizaba la visita domiciliaria (47.1%); y que sólo el 23.52% recibió una visita por año, mientras 17.64% recibió una visita cada 6 meses, y 8.81% una visita al mes; así mismo constataron que el 55,88% de los adultos mayores no reciben ningún tipo de orientación preventiva-promocional y que el 55.88% del personal de enfermería no realizan el control de peso y la tensión arterial a estos pacientes (11); cifras preocupantes teniendo en cuenta que solo mediante las acciones preventivas promocionales podremos lograr que los mayores de 60 años puedan tener una vejez activa y saludable.

El Perú según el Ministerio de Salud (MINSA) presenta cambios en su pirámide poblacional, los cuales se vienen dando de manera progresiva pero acelerada en la etapa de 60 años a más junto a Cuba, Uruguay y Argentina (12); este crecimiento es evidenciado en las estadísticas del 2018 donde los adultos mayores representan el 10.4% (13), en el 2025 que llegará al 12% (14), y para el 2050 al 25% (15); proyección que nos lleva a la reflexión sobre si realmente estamos preparados para asumir la atención de este

grupo etario en el futuro, de tal manera que se pueda garantizar su calidad de vida; concluyendo que la sociedad peruana no cuenta con la inversión necesaria para que los diferentes sectores involucrados se preparen para enfrentar los problemas de salud y sociales que son propios de este grupo poblacional.

Según lo expresado por la presidenta de la Organización No Gubernamental (ONG) “Red Perú de Help-Age International”, nuestro país no cuenta con las condiciones básicas para envejecer (16); pues la problemática que enfrenta esta población es seria, sustentando esta afirmación en algunos reportes dados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encontró que el 82.6% de las mujeres y el 69.9% de los varones adultos mayores tiene alguna enfermedad crónica como: “*la artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, entre otros*” (17); patologías que se caracterizan por alterar su fisiología, al afectar su capacidad de autocuidado por la discapacidad que suelen provocar; así encontramos como evidencia que en el 2016 en nuestro país existían 794 mil 294 personas de 65 a más años con alguna discapacidad, de los cuales “38,6 % tenía una limitación, el 30,3 % dos limitaciones y el 31.2% más de tres limitaciones, incrementándose con ello su grado de dependencia en sus actividades diarias” (18).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática de Lambayeque, existe aproximadamente unos 133,333.00 personas mayores de 60 años o más (Chiclayo; 92,254; Lambayeque: 30,345 y Ferreñafe: 10,734) (19). La Gerencia Regional de Salud – GERESA Lambayeque (20) refiere que Chiclayo tiene aproximadamente 34,049 adultos mayores (AM); siendo su principal problemática que el “5.9% *presentan enfermedades cardiacas, de los cuales el 65.5% tienen acceso al tratamiento; 8.7% tienen diabetes y el 78.7% tratamiento médico para mejorar su calidad de vida, mientras el 21,3% no reciben tratamiento relacionándose a complicaciones complejas de su salud*” (21); factores que condicionan a presentar dificultades para su bienestar.

El Centro de Salud Atusparia nivel I-3, ubicado en el distrito José Leonardo Ortiz, Chiclayo, que pertenece a la Gerencia Regional de Salud, Lambayeque, Red Chiclayo, Micro red José Leonardo Ortiz, del Ministerio de Salud, tiene una población asignada de 53834 pacientes que se atienden en los diversos consultorios y estrategias; de los cuales

5210 personas son adultos mayores entre mujeres y hombres, sin embargo, solo 200 se han atendido en los tres últimos meses. A la entrevista con la encargada del programa Adulto Mayor, Lic. Ela Gonzales Bustamante, nos manifiesta que se reúnen una vez por semana y que usualmente no llegan todos; en las visitas realizadas para evidenciar la problemática de este grupo pudimos apreciar que no acuden al programa y por tanto son más vulnerables a sufrir riesgos por no tener los conocimientos necesarios que les permitan ejercer su autocuidado, teniendo en cuenta que la mayoría de adultos mayores tienen enfermedades crónicas y requieren entrenamiento o recuperación de las actividades degeneradas por la patología, algunos incluso muestran daño cognitivo.

Así mismo, en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparia, encontramos que las acciones de enfermería hacia los adultos mayores son limitadas, no se realizan visitas domiciliarias, ni los seguimientos para identificar su calidad de vida, por la alta necesidad y pocos recursos humanos, por ello las visitas también son limitadas, no se evidencia una adecuada atención y gran parte de la atención es solo para el adulto mayor más no para toda la familia, por tanto refieren educación e información insuficiente. Los gerontos manifiestan encontrarse solos en casa sin compañía de sus familiares, algunos con diferentes tipos de enfermedades de las cuales no tienen conocimiento de los efectos que producen, se encuentran en mal estado de higiene, manifiestan sentirse solos o abandonados con culpabilidad por ser una carga para sus familias, los adultos mayores refieren que la orientación promocional por parte del profesional de enfermería es escasa y no se evidencia que realicen sesiones educativas de prevención de enfermedades, de cómo debe de ser la calidad de vida que deben llevar, de su alimentación e higiene personal y menos aún reciben visitas en sus casas. Problemática que motiva la realización de este estudio.

1.2 Trabajos previos

Pulido L., el 2019, en la ciudad de Colombia, ejecutó el trabajo de investigación “Efecto de la visita domiciliaria interdisciplinaria en la adherencia terapéutica de personas adultas mayores que presentan enfermedades crónicas en Colombia” indicando, que la visita domiciliaria puede generar oportunidades de mejorar la atención y cuidado de las personas con enfermedades crónicas, pues permite abordar acciones preventivas promocionales; concluyendo, que la visita interdisciplinaria a domicilio modifica positivamente la

adherencia a la terapia, comprobando su efectividad en la promoción de comportamientos saludables (22).

Puchi C. y Jara, P., el 2015 en la ciudad de México, desarrolló su trabajo “Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización”, indicando que los cuidados brindados en domicilio deben ser fomentados en el adulto mayor, pues disminuyen las secuelas de la hospitalización tradicional incrementando el autocuidado; siendo necesario que el enfermero(a) fortalezca sus pericias en la interacción con el paciente y familiares; concluyendo que se debe incrementar las destrezas de los cuidadores, favoreciendo la mejora sanitaria durante las atenciones en casa y desenvolverse en los diferentes roles propios de enfermería (23).

Santos F., et al., el 2015 en la ciudad de Brasil, en su trabajo “Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud” tuvo como resultados, una edad media de la población maestra de 71 años (DE: 7,2), 84.6% fueron del sexo femenino, tenían menos de 4 años de escolaridad, 84.6% vive con alguien, 42.3% vive con hijos y nietos, 61.5% vive con más de tres personas, 65.4% percibe retiro, 76.9% recibe menos del salario mínimo, 80.8% contribuye con los gastos de la familia, 96.1% vive en casa propia, con una “calidad de vida buena o muy buena” (76.9%), aunque “no estaban satisfechos con su salud” (92.4%). Sobre el WHOQOL-OLD se evidenció en “*habilidades sensoriales*” *score medio de (70-DP= 18.1)*, “*autonomía*” (58.4 DP= 14.9), “*actividades pasadas, presentes y futuras*” (69.7-DP= 11,7), “*participación social*” (72.4-DP= 11.2). Concluyendo, la calidad de vida permite identificar en mayores de 60 años elementos afectados por el envejecimiento, permitiendo que se implemente acciones para cubrir las carencias de esta población de manera efectiva (24).

Chinguel K., Peredo B. y Torres C, el 2018 en la ciudad de Lima, en su trabajo “Efectividad del cuidado domiciliario de enfermería en la adherencia al tratamiento según la teoría de Swanson en pacientes con hipertensión arterial en un Centro de Salud de Puente Piedra -2017”, tuvo como resultados que al principio del estudio la adherencia era baja en el grupo muestral, con un 62,50%, y en el grupo de control, un 55%. Posterior a 3 meses de atención domiciliaria, el grupo de intervención mostró una elevada tasa de adherencia del 52,50%, mientras no teniendo cambios significativos en el grupo de control.

Se concluyó, la atención domiciliaria era eficaz para aumentar la adherencia en el grupo objetivo. (25).

Mazacón, B., el 2017 en la ciudad de Lima, en su investigación “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud”, encontró que no se observó diferencias entre las dimensiones intervenidas y no intervenidas por el modelo de atención integral de salud, teniendo como promedio del cuestionario SF-36 en los intervenidos de $92,3 \pm 10,7$, en comparación con los no intervenidos de $93,0 \pm 10,5$ (Prueba t de Student; $p=0,554$). Concluyendo que las personas mayores que se han sometido a la intervención conservan casi la misma calidad de vida de aquellas que no se han sometido a ella. (26).

Hernández, J., Chávez S. y Yhuri, N., el 2016, en la ciudad de Lima, desarrolló el trabajo de investigación “Salud y calidad de vida en adultos mayores de una área rural y urbana del Perú”, El estudio demostró que, 447 personas mayores, el mayor porcentaje era de 69 años (+ 6,46 años)-, 207 personas de zonas rurales, la mayoría de las cuales estaban empleadas y tenían menos años de educación, tenían una calidad de vida más alta en las dimensiones “Habilidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades del pasado, presente y futuro”, “Participación social” y en la puntuación global del WHOQoL-OLD; mientras que las personas de zonas urbanas tenían una calidad de vida alta sólo en la dimensión “Intimidad”. Concluyendo, el lugar de residencia influye en diferentes dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores. (27).

Pérez V., el 2018, en la ciudad de Chiclayo, ejecutó su tesis “Efectividad de un programa educativo para mejorar los conocimientos sobre el cuidado del pie diabético en el adulto mayor, Chongoyape-2018”. En los resultados se aprecia un aumento de los conocimientos sobre el cuidado del pie diabético antes y después del programa, pero en principio los adultos de mayor edad tenían un mayor porcentaje de nivel bajo (40%) y después del programa éste se redujo al 16%, del mismo modo, en un inicio sólo el 10% de las personas mayores tenían un nivel alto, la cifra aumentó al 54%. Se concluye, existe diferencia significativa entre las puntuaciones medias antes y después del programa educativo, lo que determina ampliar los conocimientos del cuidado del pie diabético en las personas mayores (80).

1.3 Teorías relacionadas al tema.

El trabajo tuvo en cuenta La Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem, para el análisis del autocuidado que debe ejercer los adultos mayores para prevenir y afrontar cualquier patología; esta teoría se divide en tres sub teorías relacionadas: “*Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería*”; las cuales al momento de ser aplicadas deberán en primer lugar verificar los indicadores, alteraciones de salud y aspectos que denoten un problemas de autocuidado, recoger características relevantes de hallazgos y valorar conocimientos, habilidades e información a las personas, para posteriormente evaluar la información y conocer si existe falta de atención, que nos conducirá a plantear políticas en salud, así como organizar capacitaciones y motivar al paciente en su autocuidado. Así mismo, se tendrá en cuenta que las actividades de autocuidado son aprendidas por las personas con el transcurrir del tiempo y que además depende de la madurez alcanzada, así como de las creencias, hábitos y costumbres del entorno; así mismo puede verse afectado por el estado de salud del individuo ya que puede causarle cierto grado de limitación para ejecutar su autocuidado. (28).

Promoción de la Salud

Henry E., sostuvo que la salud de las poblaciones no requiere medicina, sino de especialistas de salud involucrados de la promoción sanitaria y de trabajo, así como medios adecuados de reposo y recreación (29); por ello mediante la promoción de la salud se realizan acciones para fortificar habilidades y capacidades de las personas, familias y la comunidad misma, con el fin de reducir el impacto de las patologías y sus complicaciones en la sociedad (30).

La promoción de la salud dirige sus esfuerzos a lograr una óptima salud para las poblaciones, por lo que considera que siempre hay algo que cambiar en un individuo para mejorar su salud; siendo una estrategia que relaciona al ser humano en su complejidad holística con su entorno; para que asuma su responsabilidad social y ejerza un mejor control sobre su propia salud, mejorando las condiciones de su medio asegurándole una adecuada calidad de vida (31).

Entre las actividades propuestas se encuentra la visita domiciliaria donde el personal de salud tiene contacto con el individuo, familia y comunidad. Las visitas domiciliarias permiten un contacto más personalizado e individualizado en favor de los usuarios o prestatarios de los servicios de salud. Este tipo de atención permite identificar, valorar, descubrir los problemas de salud que aquejan al adulto mayor y que involucra también a su familia, para así de esta manera buscar alternativas de solución que permitan incentivar y garantizar una calidad de vida que sirvan como directrices para ayudarlo a alimentar su autoconfianza, autonomía frente a la acogida de los servicios (12).

La visita a domicilio tiene como uno de sus objetivos brindar Atención que son actividades que se desarrollan y que proporcionan una atención primaria de la salud al adulto mayor desde la comodidad de su hogar, que permiten satisfacer las necesidades del adulto mayor, Asumiendo de manera conjunta la responsabilidad del cuidado que sea lo más humanizado posible.

En la visita también el profesional brinda asistencia sanitaria, individualizada. Casi siempre el paciente es quien lo pide, y se da con o sin la atención familiar e integrantes de especialistas de salud. La asistencia domiciliaria cumple un papel muy importante ya que permite mantener un control constante de los usuarios del servicio de salud, fomentando el autocuidado, dinámica y apoyo en equipo (3).

Los objetivos que asume la visita domiciliaria, buscan promover el autocuidado y buen estado sanitario; así como fomentar independencia, integración con el entorno, evitando el aislamiento y el desarraigo; beneficiándolo porque en ella también se fomentará la participación y responsabilidad familiar para el cuidado del geronto, dándoles seguridad al incrementar sus habilidades en el cuidado, realizando una monitorización y tutoría constante, para que se logre cumplir con los tratamientos (12).

Tipos de visitas domiciliarias:

Monsalve clasifica de la siguiente manera: (32)

Visitas domiciliarias de demanda y/o de emergencia: se dan cuando las visitas son pedidas por la persona o la familia, al presentarse alguna limitación que impida el desplazamiento

del paciente a los servicios de salud. Ejemplo: el empeoramiento de un problema crónico, dolencia aguda, amputación, cirugía reciente, heridas por presión.

Visita domiciliaria de rehabilitación: este tipo de visitas va dirigido preferencialmente a pacientes crónicos, inmovilizados, personas con trastornos mentales. Se realizan a personas o familias que requieren acompañamiento periódico.

Internaciones domiciliarias: específicamente son indispensables para pacientes con enfermedades terminales, que necesitan ser tratadas en casa, dónde los cuidados deben ser realizados por los familiares. El profesional de salud apoya y promueve la calidad de vida a través de cuidados paliativos.

Búsqueda activa: funciona como aquella búsqueda de personas y familias que no se presentan ante el equipo de salud familiar para recibir algún tipo de tratamiento, control o vacuna. De la misma manera involucra la búsqueda de distintos síntomas, enfermedades, vigilancia de la salud.

Diagnóstico: busca identificar problemas de salud causados por las condiciones ambientales, psicosociales o culturales, que probablemente sean causa de otros: como alergias (asma), enfermedades infecciosas, hábitos alimenticios, condiciones de vivienda que casi siempre están vinculadas a riesgos de accidentes, saneamiento, etc.

Consejería: se utiliza para solucionar los distintos problemas del equipo en la adhesión de los individuos a generar su autocuidado.

Educación: ejecución de actividades educativas en busca concientizar sobre la salud. Es sumamente importante para los miembros del equipo de salud, pacientes y familiares se involucren en las actividades de educación pues permitirá reducir la desinformación y crear una cultura en salud (33).

En la visita domiciliaria se busca lograr la adherencia al cuidado del paciente especialmente de la tercera edad, pues al lograr el autocuidado en las personas están serán capaces de asumir voluntariamente el cuidado de su salud y con ello mejorar su calidad de vida, asumiendo conductas saludables, evitando enfermedades, sobre todo favoreciendo su independencia y funcionalidad (21).

Si bien es importante el compromiso del adulto mayor en su autocuidado también la familia es un recurso relevante en el cuidado del geronto, pues en su mayoría de veces es quien se encarga de su cuidado cuando este tiene limitaciones. Para las personas mayores es necesario sentir que cuentan con alguien cercano para ayudarlos a satisfacer sus necesidades de salud, y prodigarles además de seguridad, amor, autoestima, confianza y apoyo social (22).

Cuando el ser humano envejece se producen un sin número de cambios en todas las dimensiones del ser humano, en la medida que una persona envejece, cambia su cuerpo, su peso, pérdida de musculatura y gana grasa corporal incrementado el peso en un 25% en hombres y 18% en mujeres. Dichos cambios se producen por una reducción del volumen sanguíneo, la cantidad de potasio puede disminuir debido a la pérdida de masa muscular, pero los niveles de potasio sérico siguen siendo normales (34); cambios que empiezan a afectar la salud.

Sobre la calidad de vida, muchos autores lo asumen como un término subjetivo, asociado al carácter de la persona, su comodidad y la satisfacción con la vida que tiene, así como, a sus experiencias, interacciones sociales y su ambiente; (35) para Velandía, la calidad de vida de las personas mayores es la relación con los diversos factores (casa, vestimenta, alimentación y educación), necesarias para el bienestar, evolución del envejecimiento, la adaptación de la persona al entorno holístico cambiante, el cual es individual y diferente (36).

Para Krzeimen, la calidad de vida del adulto, es el reconocimiento de sus relaciones con su entorno (familia, trabajo, comunidad, iglesia etcétera; debiendo asumir los cambios como parte secuencial de vida de lo contrario conducirá al adulto mayor a una disfuncionalidad y aislamiento social (36), para Martín la calidad de vida del AM debe mantener una participación activa con la sociedad (37); mientras Eamon O'Shea indica que es la realización de una vida plena, satisfacción subjetiva y psicológica, mejora individual, generando un buen desarrollo, indagando con el adulto mayor cómo se siente y cuáles son sus objetivos de vida (38).

1.4 Formulación del Problema.

¿Cuál es la efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019?

1.5 Justificación e importancia del estudio.

Tener actualmente evidencias del cambio de la pirámide poblacional en la cual las personas de 60 a más años viene incrementándose de manera considerable, los profesionales de la salud entre los cuales se encuentra el enfermero (a), debe asumir diferentes acciones que permita reducir los factores de riesgo y la aceptación de conductas saludables del adulto mayor a mantener una calidad de vida adecuada en esta fase del desarrollo humano, considerada la más larga; teniendo en cuenta que en esta fase el ser humano se enfrenta al envejecimiento natural de su organismo, presentando diferentes problemas de salud como las enfermedades crónicas degenerativas (hipertensión, diabetes mellitus, osteoartritis, enfermedades respiratorias crónicas, etcétera); y al no ser monitoreadas y controladas pueden llegar a afectar al adulto mayor a tal extremo de causarle discapacidad continua, convirtiéndolo en una persona totalmente dependiente, afectando su calidad de vida. Por ello, existe un aumento de adultos mayores de 60 años con indicadores de salud prematuros como diabetes, hipertensión, sedentarismo que proyectan desórdenes complejos a futuro; por lo tanto, es urgente se identifique los vacíos sanitarios en nuestra región Lambayeque respecto a la investigación propuesta.

Considerando lo expuesto este trabajo es importante porque permite revalorar la visita domiciliaria como instrumento para la fomentación de la salud, orientación y monitoreo de las conductas que asumen las personas (adulto mayor) para contribuir con su autocuidado y mejora de su salud; acciones que repercutirán en la disminución de los indicadores de morbimortalidad del adulto mayor.

Así mismo, procura incentivar al equipo de salud para la ejecución de las visitas domiciliarias como parte del programa de atención de salud y herramienta de gran valor para motivar al adulto mayor en el ejercicio de la autonomía de su cuidado, así mismo, favorecer al familiar cuidador teniendo en cuenta que mediante las visitas cada integrante de la familia incrementan sus saberes que lo conducirán a realizar prácticas de hábitos y conductas saludables, que influirán en su calidad de vida.

El aporte práctico permitirá reflexionar sobre nuevas acciones que permitan a los enfermeros (a) y estudiantes redescubrir la importancia de las acciones sobre el cuidado de los adultos mayores, monitorizando su actuar en situ, y viendo cómo se desarrolla su vida al lado de su familia, y como ejecuta su autocuidado.

El presente trabajo beneficia a todos los adultos mayores del Centro de Salud Atusparia, por facilitar datos importantes y actualizados de la efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en su calidad de vida, beneficiando a la universidad y a los estudiantes al compartir los resultados obtenidos que favorecerán el desarrollo de futuras investigaciones; a su vez se espera la socialización de los resultados en el ámbito de estudio permitiendo la sensibilización del equipo profesional y proyección de programas de mejora para enfrentar la problemática identificada, asumiendo acciones correctivas para fortalecer la continuidad de las vistas domiciliarias.

1.6 Hipótesis.

H₁: Las visitas domiciliarias con enfoque promocional son efectivas en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019.

H₀: Las visitas domiciliarias con enfoque promocional no son efectivas en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019.

1.7 Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia - 2019.

1.7.2. Objetivos específicos

Describir las características personales del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia – 2019.

Identificar la calidad de vida del adulto mayor antes de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019.

Identificar la calidad de vida del adulto mayor después de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019.

II. MATERIAL Y MÉTODO

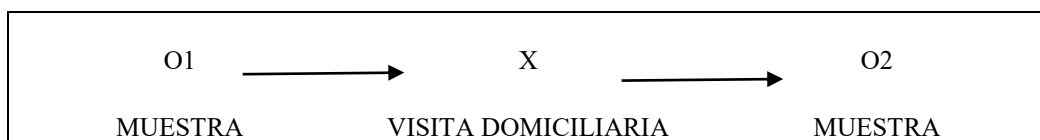
2.1. Tipo y diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

Investigación cuantitativa, que buscó medir la efectividad de la visita domiciliaria con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia (39).

2.1.2. Diseño de investigación

Con diseño preexperimental, consistiendo en una pre visita domiciliaria y post visita domiciliaria a un solo grupo (39); se implementó tres fases de ejecución: 1) una medición previa de la calidad de vida del adulto mayor, 2) visita domiciliaria con alcance promocional y 3) una medición posterior a la 5 visita domiciliaria de la muestra. Representándose con el siguiente diseño.



2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

Fueron 200 adultos mayores del Centro de Salud Atusparia, 2019.

2.2.2. Muestra

Muestreo tipo no probabilístico por conveniencia, obteniéndose 79 adultos mayores.

Se obtuvo con la fórmula para población finita: (39)

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

Donde

n = tamaño de la muestra;

Z= nivel de confianza;

p= proporción estimada;

q= variabilidad negativa;

N= tamaño de la población;

E= precisión o el error.

Se tendrá una población de 200 adultos mayores, considerando una confianza del 95%, error del 5% y proporción del valor esperado, p= 0.5

Entonces:

$$n = \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * (200)}{(200 - 1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = \frac{0.9604 * 200}{199 * 0.0025 + 0.9604}$$

$$n = \frac{192.08}{1.4579} = 131.75 = 132$$

Reemplazando:

$$F = \frac{n}{N} * 100\%$$

$$F = \frac{132}{200} * 100\% = 65.87\%$$

Uno de los puntos fundamentales de una investigación es la obtención de una muestra representativa que permita optimizar recursos en todos los sentidos, por ende, esta muestra debe asegurar confiabilidad y estar lo más cerca posible al valor de la muestra poblacional (40). Se ha creído conveniente utilizar la muestra ajustada, considerando que para llegar a influir en las conductas saludables de la población se

deben realizar más de una visita por cada familia y al tener una muestra grande no se podrá optimizar los recursos.

Cálculo de muestra ajustada

$$\text{Muestra ajustada (n.a)} = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

$$n.a = \frac{132}{1 + \frac{132}{200}} = \frac{132}{1.37} = 79.43 = 79$$

La fracción muestral es mayor al 5% se hizo el cálculo de muestra ajustada.

2.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Adultos del programa adulto mayor en el Centro de Salud Atusparia, 2019.

Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.

Adultos que no tengan problemas en el habla, audición, ni cognitivo

Criterios de exclusión:

Adultos mayores que se encuentren postrados.

Adultos mayores que tengan problemas en el habla, audición, y sistema cognitivo.

2.3. Variables y operacionalización

2.3.1. Variables:

Variable Independiente: Visitas domiciliarias con enfoque promocional.

Definición conceptual: Logro del incremento de la calidad de vida de los adultos mayores obtenido luego de la intervención del profesional de enfermería mediante la visita domiciliaria.

Definición operacional: Existencia de efectividad cuando el $p < 0.05$

Variable dependiente: Calidad de vida del adulto mayor

Definición conceptual: Factores objetivos y subjetivos ligados a la mejora y calidad por la vida, siendo evidenciados intrínsecamente y relacionados con la experiencia del individuo, su salud, relación social y ambiental (41).

Definición operacional: Visión personal de la vida, en el contexto de cultura y sistema de valores que practica; cómo se relaciona con sus objetivos, proyectos, normas y complejidades, con dimensiones de evaluación como: sensorial, individualidad, participaciones anteriores, actuales, a futuro, en lo social, intimidad y muerte.

2.3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
Visitas domiciliarias con enfoque promocional	Planificación	Edad Sexo Estado civil Grado de instrucción Con quién vive Padecimiento de enfermedades	(1,2, 3, 4, 5, 6)	Encuesta Cuestionario
	Ejecución	Número de visitas domiciliarias al inicio del proceso Número de visitas domiciliarias al final del proceso		
	Evaluación	Efectividad de las visitas domiciliarias		
Calidad de vida del adulto mayor	Capacidades sensoriales	Funcionamiento sensorial Impacto de la pérdida de habilidades sensoriales en la calidad de vida	(1,2,10,20)	Encuesta Cuestionario WHOQOL – OLD 1. = 1- 48 Mala 2. = 49 - 72 Medianamente Buena 3. = 73 - 120 Buena
	Autonomía	Independencia del anciano. Ser capaz o libre para vivir con autonomía Tomar sus propias decisiones	(3,4,5,11)	
	Actividades pasadas, presentes y futuras	Satisfacción con los logros a lo largo de la vida. Objetivos pendientes por ejecutar	(12,13,15,19)	
	Participación social	Participación en las actividades cotidianas en la comunidad	(14,16,17,18)	
	Muerte y morir	Dudas con respecto a la muerte Preocupaciones con respecto a la muerte Miedos con respecto a la muerte	(6,7,8,9)	
	La intimidad	Posibilidad de mantener relaciones personales Posibilidad de mantener relaciones íntimas	(21,22,23,24)	

Fuente: Elaboración propia.

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

2.4.1. Técnicas.

Se aplicó la encuesta como técnica, la cual perseguirá indagar la opinión sobre la efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019.

Esta técnica busca tener contacto directo con el adulto mayor que es quien proporcionara la información requerida, de manera espontánea y abierta.

2.4.2. Instrumentos.

Para ello se utilizó un instrumento para evaluar la calidad de vida del adulto mayor el cual consta de dos partes:

La primera parte contiene un cuestionario de indicadores sociodemográficos y de morbilidad, conformado por 6 ítems, de opción múltiple para marcar, que permitirá caracterizar a los adultos mayores.

La segunda parte contiene el cuestionario WHOQOL – OLD; que contiene 24 ítems en escala Likert de 5 opciones, con 6 dimensiones: “habilidades sensoriales” (1,2,10,20), “Autonomía” (3,4,5,11), “Actividades pasadas, presentes y futuras” (12,13,15,19), “Participación Social” (14,16,17,18), “Muerte y morir” (6,7,8,9) y “La intimidad” (21,22,23,24). La puntuación de la suma de cada dimensión se encuentra entre 5 y 20 puntos, siendo el puntaje total de 24 a 120 puntos para la calidad de vida global (alta: 73-120, medianamente buena: 49-72 y baja: 1-48); y por cada dimensión el puntaje C.V. alta: 16-20, C.V. medianamente buena: 10-15, C.V. baja: 4-9 (42).

Con el aval de aprobación del estudio, se realizaron las coordinaciones con representantes del C.S Atusparia, Chiclayo, a través del permiso emitido por la Dirección Profesional de Enfermería de la USS, luego se coordinó con la enfermera encargada del programa adulto mayor, las fechas y hora en que se recolectó la información.

La información se recogió a través de los instrumentos aplicados en el adulto mayor en la primera visita y al cumplir 5 visitas domiciliarias. Se solicitó la firma del

consentimiento informado del adulto mayor. Posteriormente se ejecutaron las visitas tal cual se planificaron, debiéndose reprogramar algunas teniendo en cuenta la disponibilidad del adulto mayor.

2.4.3. Validez y confiabilidad

Cuestionario WHOQOL – OLD: en la elaboración del instrumento participaron estudios pilotos de Inglaterra, España, Francia, Japón, Brasil y otros quedando la versión en 24 ítems. Este instrumento logró una consistencia interna, por Alpha de Cronbach en la versión 24 preguntas: habilidades sensoriales (0.84), autonomía (0.72), actividades pasadas, presentes y futuras (0.74), participación social (0.79), muerte (0.84) e intimidad (0.88) (43).

2.5. Procedimiento de análisis de datos.

Se utilizó el software SPSS versión 24. La verificación de hipótesis se evaluó mediante la Prueba de Friedman de muestras relacionadas que no presentan normalidad, siendo los resultados presentados en tablas y gráfico, acorde con los objetivos y la base teórica.

2.6. Criterios éticos

Se aplicaron los criterios de Belmont (44):

Beneficencia. Esto garantizo que los adultos mayores serán tratados siempre con respeto y su bienestar fue protegido, asegurando que cualquier acción tomada no les haya causado daño, sino que maximizo el beneficio.

Justicia. A los adultos mayores se les trato de forma equitativa, justa, indistinta y honesta; se respetaron sus derechos y se defendió su credibilidad en todo momento (45).

Respeto a la dignidad humana. Tratados como individuos por derecho propio y protegiéndolos en todo momento, asegurándose de que son conscientes de las implicaciones de la investigación y de que firman un formulario de consentimiento informado, porque fue su decisión participar en la investigación.

2.7. Criterios de rigor científico

Credibilidad: tiene en consideración la base teórica y la validez del instrumento, lo que permite la validez de las variables (46).

Confiabilidad: Es creíble porque utiliza el cuestionario ampliamente utilizado y cuya validez ha sido confirmada por varios estudios.

Transferibilidad o aplicabilidad: Los datos son transferibles a otros escenarios con parámetros similares y utilizando idéntico diseño (46).

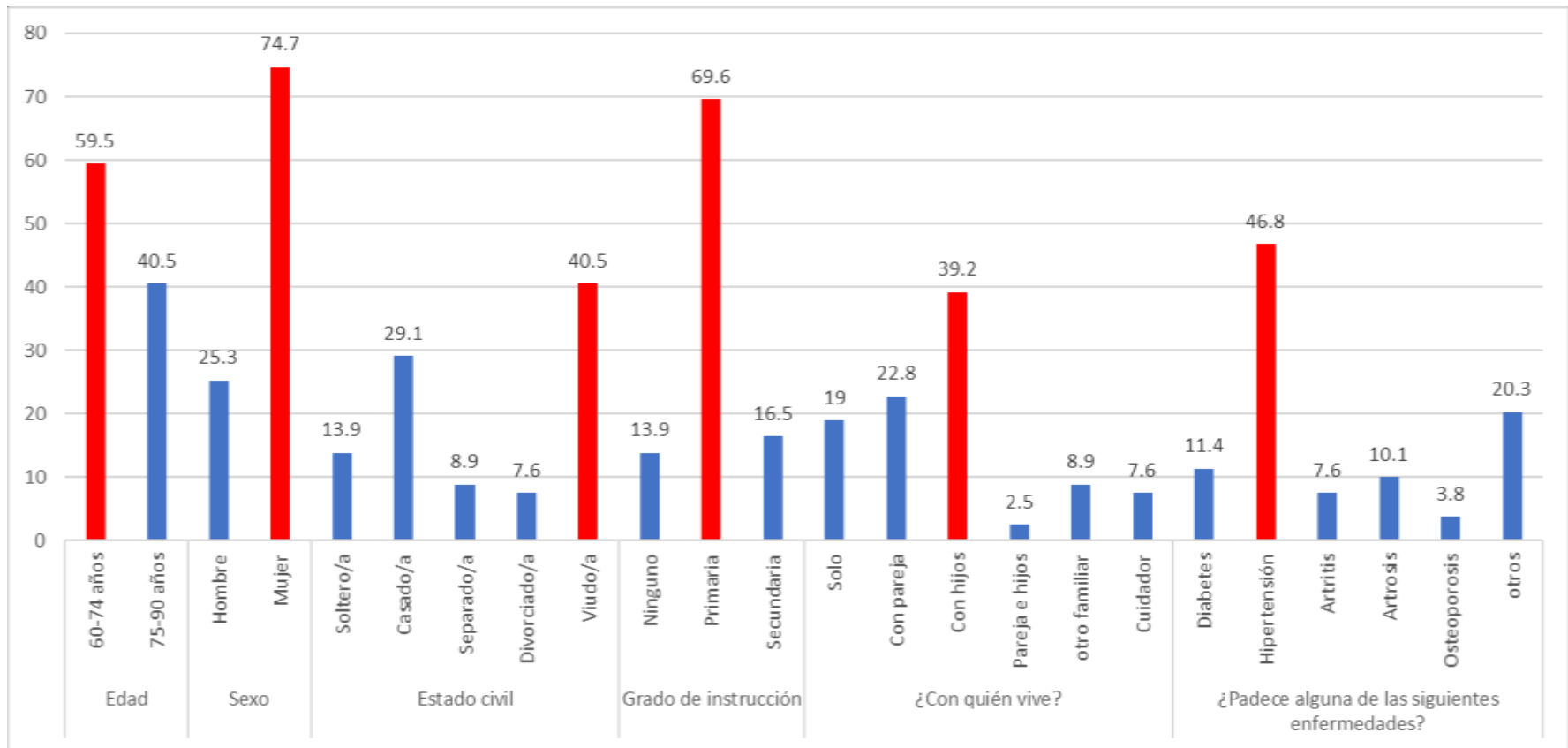
III. RESULTADOS

3.1. Tablas y figuras

Tabla 1. Características personales del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia – 2019.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	60-74 años	47	59,5
	75-90 años	32	40,5
Sexo	Hombre	20	25,3
	Mujer	59	74,7
Estado civil	Soltero/a	11	13,9
	Casado/a	23	29,1
	Separado/a	7	8,9
	Divorciado/a	6	7,6
	Viudo/a	32	40,5
Grado de instrucción	Ninguno	11	13,9
	Primaria	55	69,6
	Secundaria	13	16,5
¿Con quién vive?	Solo	15	19,0
	Con pareja	18	22,8
	Con hijos	31	39,2
	Pareja e hijos	2	2,5
	otro familiar	7	8,9
	Cuidador	6	7,6
¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	Diabetes	9	11,4
	Hipertensión	37	46,8
	Artritis	6	7,6
	Artrosis	8	10,1
	Osteoporosis	3	3,8
	otros	16	20,3
Total		79	100,0

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

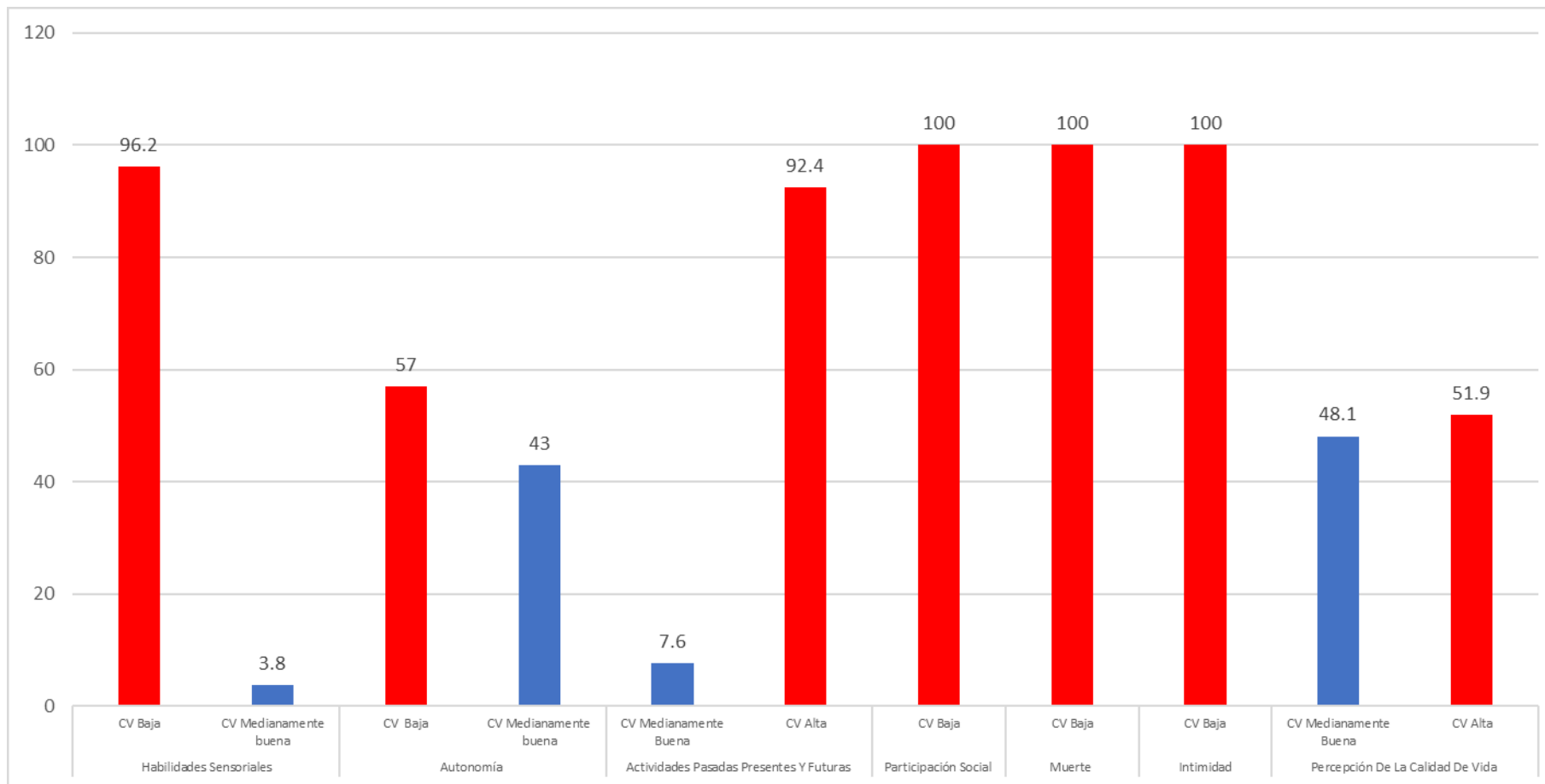
Figura 1. Características personales del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia – 2019.

Interpretación: En la tabla y figura 1, se evidenció, el 59.5% de adultos mayores en su mayoría tenían 60-74 años, seguido de un 40.5% con 75-90 años; 74.5% pertenecían al sexo femenino; en relación a su estado civil el 40.5% eran viudos y 29.1% eran casados; sobre el grado de instrucción 69.6% estudio el nivel primaria y 16.5% secundaria; en relación con quien vive la población en estudio, el 39.2% viven con sus hijos, 22.8% viven con su pareja; finalmente sobre patologías crónicas que padecen se encontró que el 46.8% tenía hipertensión.

Tabla 2. Calidad de vida del adulto mayor antes de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019.

		Frecuencia	Porcentaje
Habilidades sensoriales	CV baja	76	96,2
	CV medianamente buena	3	3,8
Autonomía	CV baja	45	57,0
	CV medianamente buena	34	43,0
Actividades pasadas, presentes y futuras	CV medianamente buena	6	7,6
	CV alta	73	92,4
Participación social	CV baja	79	100,0
Muerte	CV baja	79	100,0
Intimidad	CV baja	79	100,0
Percepción de la calidad de vida	CV medianamente buena	38	48,1
	CV alta	41	51,9
Total		79	100,0

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

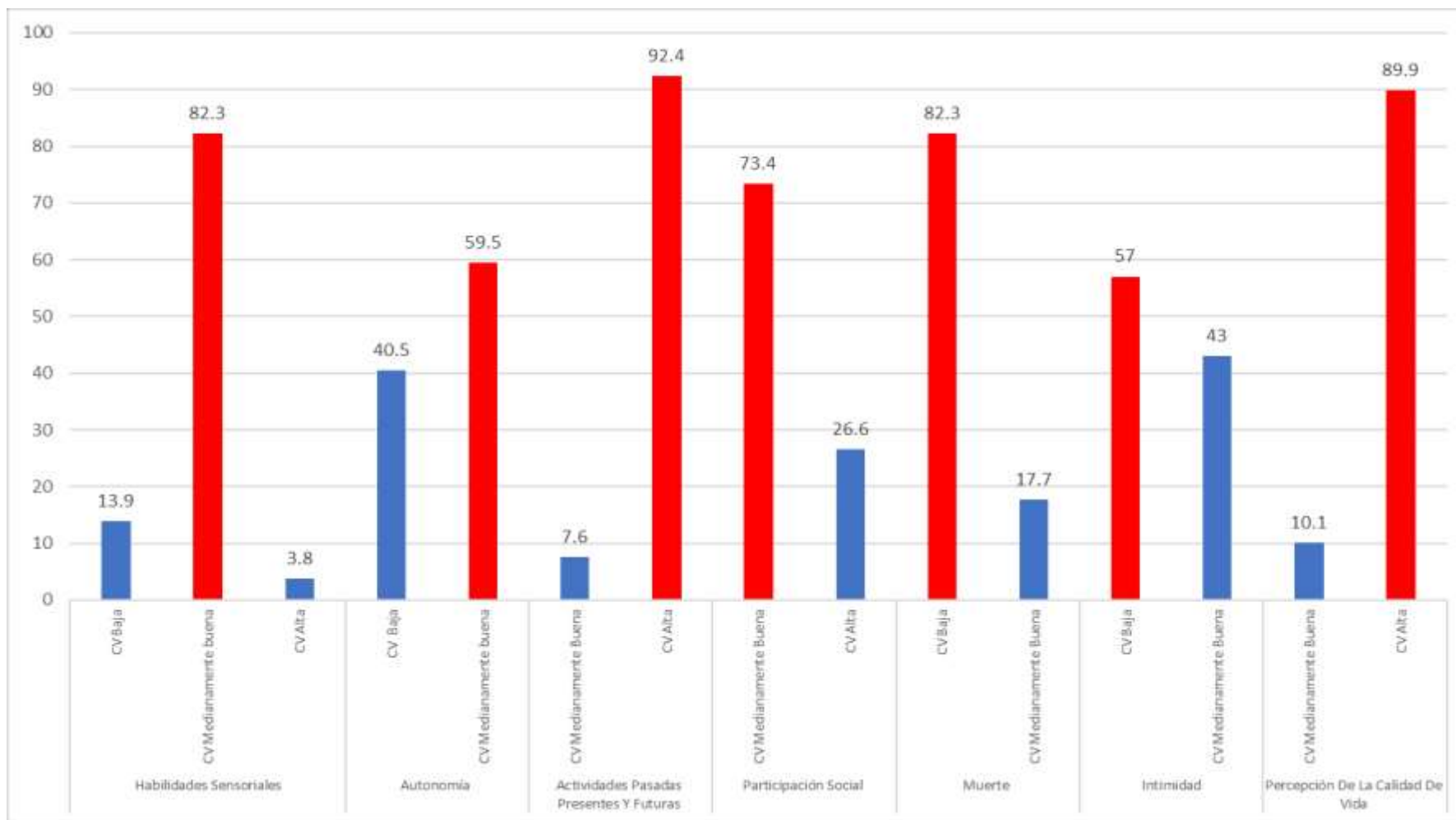
Figura 2. Calidad de vida del adulto mayor antes de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019.

Interpretación: La tabla y figura 2, evidencia, el adulto mayor antes de iniciar las visitas domiciliarias promocionales percibe una calidad de vida global alta (51.9%) y medianamente buena (48.1%); sin embargo al evaluar las dimensiones se encontró una calidad de vida baja en: habilidades sensoriales (96.2%), autonomía (57%), participación social (100%), muerte (100%), intimidad (100%), y una percepción de la calidad de vida alta en la dimensión actividades pasadas presentes y futuras (92.4%).

Tabla 3. Calidad de vida del adulto mayor después de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019.

		Después de visitas domiciliarias	
		Frecuencia	Porcentaje
Habilidades sensoriales	CV baja	11	13,9
	CV medianamente buena	65	82,3
	CV alta	3	3,8
Autonomía	CV baja	32	40,5
	CV medianamente buena	47	59,5
Actividades pasadas Presentes y futuras	CV medianamente buena	6	7,6
	CV alta	23	92,4
Participación social	CV medianamente buena	58	73,4
	CV alta	21	26,6
Muerte	CV baja	65	82,3
	CV medianamente buena	14	17,7
Intimidad	CV baja	45	57
	CV medianamente buena	34	43
Percepción De La Calidad De Vida	CV medianamente buena	8	10,1
	CV alta	71	89,9
Total		79	100,0

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Calidad de vida del adulto mayor después de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia –2019.

Interpretación: La tabla y figura 3, evidencian, el adulto mayor después de haber ejecutado las 5 visitas domiciliarias con enfoque promocional percibe una calidad de vida global alta (89.9%) y medianamente buena (10.1%); al evaluar las dimensiones se tuvo una calidad de vida baja en: muerte (82.3%) e intimidad (57%); así mismo se encontró una calidad de vida medianamente buena en: Habilidades sensoriales (82.3%), autonomía (59.5%), participación social (73.4%), y una percepción de la calidad de vida alta en la dimensión actividades pasadas presentes y futuras (92.4%).

Tabla 4. Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia - 2019.

		Antes de visitas domiciliarias		Después de visitas domiciliarias	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Habilidades sensoriales	CV baja	76	96,2	11	13,9
	CV medianamente buena	3	3,8	65	82,3
	CV alta	0	0	3	3,8
Autonomía	CV baja	45	57	32	40,5
	CV medianamente buena	34	43	47	59,5
	CV alta	0	0	0	0
Actividades pasadas Presentes y futuras	CV baja	0	0	0	0
	CV medianamente buena	6	7,6	3	3,8
	CV alta	73	92,4	76	96,2
Participación social	CV baja	79	100	0	0
	CV medianamente buena	0	0	58	73,4
	CV alta	0	0	21	26,6
Muerte	CV baja	79	100	65	82,3
	CV medianamente buena	0	0	14	17,7
	CV alta	0	0	0	0
Intimidad	CV baja	79	100	45	57
	CV medianamente buena	0	0	34	43
	CV alta	0	0	0	0
Percepción De La Calidad De Vida	CV baja	0	0	0	0
	CV medianamente buena	38	48,1	8	10,1
	CV alta	41	51,9	71	89,9
Total		79	100	79	100

Fuente: Elaboración propia

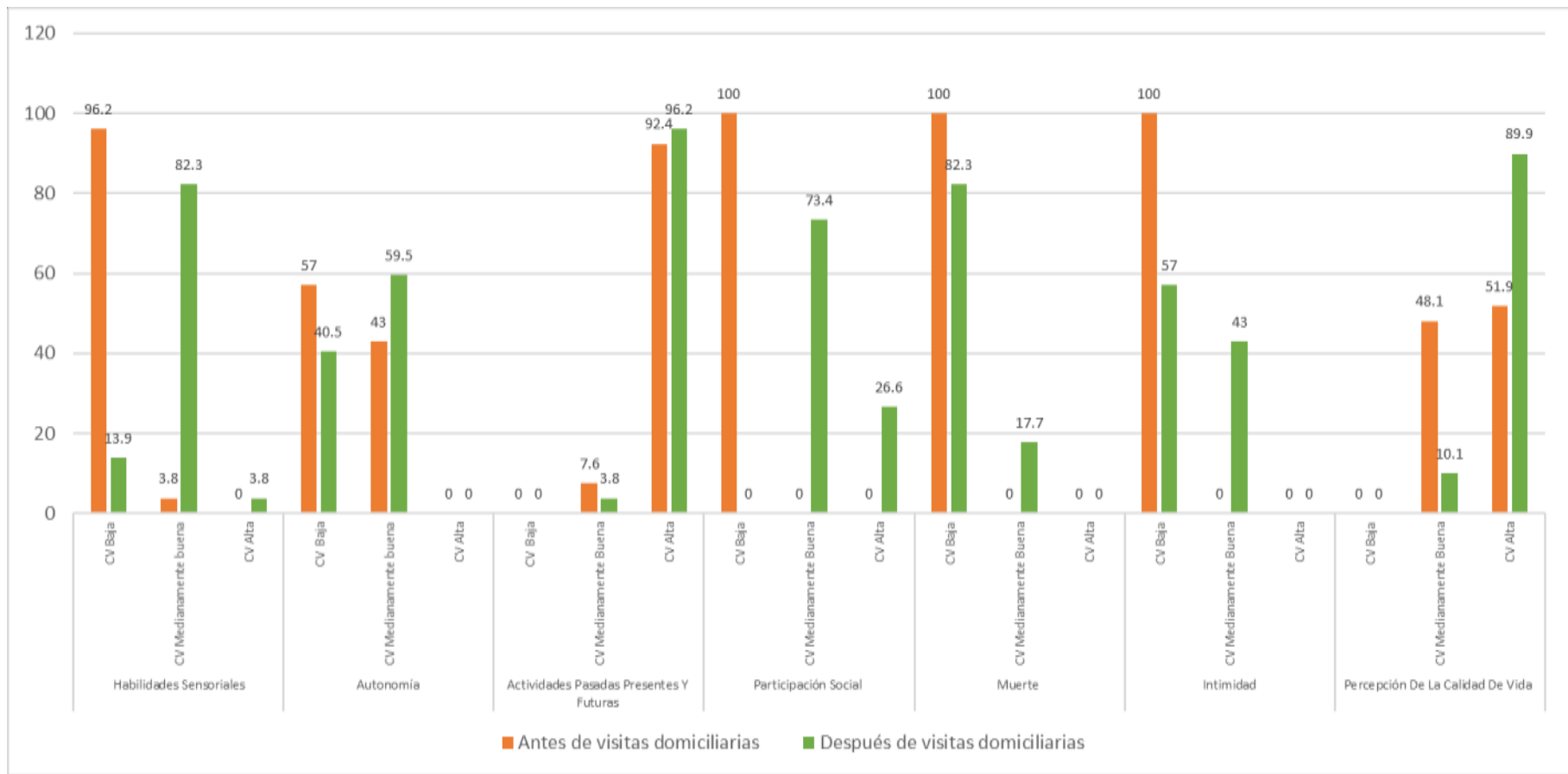
Prueba de Friedman

Rangos	
	Rango promedio
Calidad de vida pre visita	1,01
Calidad de vida post visita	1,99

Estadísticos de prueba^a

N	79
Chi-cuadrado	77,000
gl	1
Sig. asintótica	,000

Según la prueba estadística de Friedman, esto es claramente muy significativo ($p < 0,01$) para las muestras vinculadas. Esto indica que las visitas a domicilio antes y después fueron eficaces para la calidad de vida de los adultos mayores en el C.S Atusparia.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia - 2019.

Interpretación: la tabla y figura 4, evidencian los cambios que presentan la calidad de vida del adulto mayor después de haber ejecutado las 5 visitas domiciliarias con enfoque promocional mostrando que el adulto mayor antes de iniciar las visitas percibe una calidad de vida global alta (51.9%) y después de las visitas se incrementa este porcentaje hasta (89.9%). Al evaluar cada dimensión en el antes y después se encontró:

Calidad de vida baja para habilidades sensoriales (96.2%) y posteriormente medianamente buena (82.3%); para autonomía una calidad de vida baja (57%) y posteriormente medianamente buena (59.5%); para participación social una calidad de vida baja (100%) y después medianamente buena (73.4%); para muerte una calidad de vida baja (100%) y posteriormente se reduce a (82.3%); para intimidad una calidad de vida baja (100%) la cual disminuye a (57%); finalmente se obtuvo al inicio una calidad de vida alta en la dimensión actividades pasadas presentes y futuras (92.4%) y posterior a las visitas se mantiene en el mismo porcentaje. Comprobándose la hipótesis que las visitas domiciliarias fueron efectivas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (P=0.00)

3.2. Discusión de resultados

Actualmente existen muy pocas evidencias científicas que demuestren la efectividad de las visitas domiciliarias para abordar no solo problemas y/o necesidades reales, potenciales o de riesgo sentidas por el individuo, familia o comunidades, las existentes refieren que el logro de objetivos de la visita domiciliaria dependerá de muchos factores entre los cuales está la patología de la persona, comorbilidad, grado de dependencia, actitud del paciente y familiar ante la visita, creencia y costumbres de la población (47).

El presente estudio logró identificar como características personales del adulto mayor que acude al C.S Atusarías que: el 59.5% tenían 60-74 años y el 40.5% 75-90 años; 74.5% eran mujeres, 40.5% viudos y 29.1% casados; 69.6% tienen como grado de instrucción primaria y 16.5% secundaria; el 39.2% viven con sus hijos, 22.8% viven con su pareja; el 46.8% tenía hipertensión. Similares resultados se obtuvieron en las investigaciones de Santos F. y et al., quienes encontraron que la edad media de la población muestral fue 71 años (DE: 7,2), 84.6% fueron del sexo femenino y tenían menos de 4 años de escolaridad, 84.6% vive con alguien, 42.3% vive con hijos y nietos, 61.5% vive con más de tres personas (24).

Los resultados que ha mostrado la investigación nos permite concentrar a la población en el rango de adulto mayor de edad avanzada y ancianos; lo que significa que los adultos mayores recién están en las dos primeras etapas según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud del adulto mayor; permitiendo identificar que los problemas de salud que están presentando recién, son el inicio de su proceso de envejecimiento, por lo que debemos suponer que si no realizamos acciones de intervención preventivas promocionales su condición de salud puede llegar a abordar patologías complejas que incrementarían el costo de salud y que afectarían su calidad de vida tal como lo enfatiza Prado cuando se refiere al envejecimiento y lo conceptualiza como un proceso el cual se presentará con calidad si se satisface las necesidades del individuo; las cuales no deben reducirse tan solo a los problemas relacionados a la dimensión biológica del ser humano, sino que además deberá analizarse desde la naturaleza compleja del hombre (bio-psico-social-cultural-espiritual) y en su relación con su entorno (48).

Así mismo, el estudio evidencia que el adulto mayor presenta factores que influyen negativamente en su calidad de vida: en primer lugar, sólo el 22.8% vive con su pareja, teniendo en cuenta la evidencia mostrada por investigaciones donde se concluye que contar con la pareja representa para el adulto mayor beneficios como: *“satisfacción sentimental y psicológica de la compañía, la posibilidad de atención y cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral”*. Comprobándose además que la soledad es un factor que causa depresión en esta etapa de vida. También, los estudios han demostrado que *“el depender de otros miembros de la familia en el cuidado no es constante ni confiable como cuando este cuidado se da en pareja”*; como segundo factor que en su mayoría tiene como nivel de instrucción primaria lo cual afecta directamente sus ingresos, y por ende, muchos de ellos podrían ser dependientes económicamente de algún familiar, afectando su calidad de vida ya que estarían supeditados a la predisposición de un tercero para satisfacer cualquier necesidad (41) y como tercer factor la presencia de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que según las evidencias, muchas de éstas llevan al fracaso de la calidad de vida, al afectar diferentes esferas de la vida laboral y social, pudiendo incluso incrementar la dependencia y provocar constantes y extensas hospitalizaciones del adulto mayor (49).

Se evaluó la calidad de vida antes de iniciar las visitas domiciliarias con enfoque promocional, con el fin de identificar la problemática más resaltante del adulto mayor y poder enfocar la temática que abordaría al momento de ejecutar las visitas, encontrando

que los adultos mayores percibían una calidad de vida global alta (51.9%) y medianamente buena (48.1%); sin embargo al evaluar la calidad de vida según dimensiones se encontró una calidad de vida baja en las dimensiones: habilidades sensoriales (96.2%), autonomía (57%), participación social (100%), muerte (100%), intimidad (100%), y una percepción de la calidad de vida alta en la dimensión actividades pasadas presentes y futuras (92.4%).

A diferencia de los resultados mostrados por Santos F. y et al., encontraron que la calidad de vida global fue “buena o muy buena” (76.9%) y en relación a las dimensiones se encontró en “habilidades sensoriales” un escore medio de (70-DP= 18.1), “autonomía” (58.4 DP= 14.9), “actividades pasadas, presentes y futuras” (69.7-DP= 11,7), “participación social” (72.4-DP= 11.2) (24), así mismo, en el estudio de Flores, B., Catillo, Y., Ponce, D., Miranda, C., Peralta, E. y et al., se evidenció que la calidad de vida de los adultos mayores fue deficiente en el 45.5%; fue aceptable en el 44.4% y solo en el 10.1% alta (50).

Si bien, el estudio de manera global muestra una calidad de vida alta en los adultos mayores, al momento de evaluar cada dimensión nos percatamos que cinco dimensiones de seis evaluadas presentaban calidad de vida baja, y si consideramos la relación directa que tiene la calidad de vida con la salud y viceversa (49), se hace relevante realizar este tipo de evaluaciones en esta población por su utilidad en la identificación y priorización de los aspectos negativos y positivos que pueden estar influyendo en la presencia de problemas en la salud de esta población, y los cuales a ser identificados se les podrá priorizar para su adecuada atención, impulsando con ello el logro del objetivo de tener una población adulta mayor activa y saludable.

La investigación aplicó un grupo de 5 visitas domiciliarias en cada participante, en las cuales se brindaron sesiones educativas, y al termino de las mismas se evaluó la calidad de vida encontrando que el adulto mayor percibe una calidad de vida global alta (89.9%) y medianamente buena (10.1%); y al evaluar las dimensiones se encontró algunos cambios, como la reducción del número de dimensiones con calidad de vida baja (la dimensión: muerte = 82.3% e intimidad =57%), así como la presencia de dimensiones con calidad de vida medianamente buena (Habilidades sensoriales= 82.3%, autonomía=59.5%, participación social=73.4%), y una percepción de la calidad de vida alta en la dimensión actividades pasadas presentes y futuras (92.4%).

Si bien no existen muchas evidencias científicas que muestren la relación de la visita domiciliaria en la calidad de vida de las poblaciones, especialmente en este grupo etario, se tienen algunas evidencias como la sustentada por Brugerolles, M., Dois, A. y Mena, C., quienes concluyen que las visitas domiciliarias son una intervención costo efectiva que beneficia a los adultos mayores en las actividades de promoción de la salud como en las de prevención, tratamiento y recuperación, ya que facilitan su autocuidado mejorando su salud (51).

Los resultados de éste estudio, permiten observar un incremento en las dimensiones de la calidad de vida, sustentando la importancia de asumir la visita domiciliaria como mejora actual de la población adulta mayor, desde una visión no solo recuperativa sino también preventivo promocional considerando la importancia de cuidar y proteger la calidad de vida de este grupo poblacional, ya que como es conocido, con el pasar de los años sus capacidades biológicas, cognitivas y sociales se van deteriorando, afectando su autonomía y relaciones sociales, siendo una población que tiende a sufrir discriminación de cualquier tipo.

El estudio logra evidenciar la efectividad de las visitas domiciliarias ejecutadas, pues al comparar los datos encontrados de la calidad de vida antes y después de las visitas, existe un incremento de la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores entre el antes de iniciar las visitas y el después; mostrando una calidad de vida global alta (51.9%) en un inicio y después de las visitas se incrementa este porcentaje hasta (89.9%). Comprobándose la hipótesis que las visitas domiciliarias fueron efectivas en la optimización de la calidad de vida del adulto mayor ($P=0.00$).

Reforzando este hallazgo Pulido L., en su trabajo concluye que la visita domiciliaria puede generar oportunidades de fortalecer la atención y cuidado de enfermedades crónicas, además de modificar de manera positiva la adherencia terapéutica en los adultos mayores, comprobándose su efectividad en la promoción de comportamientos saludables (22). Sin embargo, también se ha encontrado evidencia opuesta a este resultado en el trabajo de Mazacón B., quien concluye que los adultos mayores recibieron la atención preventiva promocional en relación a los no intervenidos (52).

Brugerolles M. sobre las visitas domiciliarias como intervención preventiva para los adultos mayores, indica, una actividad que genera el desarrollo de propuestas educativas

dirigidas a fortalecer la salud y a elevar la competencia del autocuidado de la salud, aumentando la seguridad, contribuyendo directamente a mantener o recuperar la salud e indirectamente a mejorar las condiciones que les permiten tener una buena calidad de vida. (51).

Para concluir, se desea exponer que al estar en crecimiento la población adulta mayor por la mejora en las expectativas de las sociedades, el estado peruano desde sus diferentes ministerios entre ellos, el de Salud, debe invertir en mejorar la infraestructura y equipos de sus establecimientos de salud, así como, la capacitación de su persona y la reducción de la brecha de profesionales que permitan atender la problemática de salud, que es parte del envejecimiento poblacional, entre las cuales tenemos la presencia de enfermedades no transmisibles, que con el tiempo generaran en los adultos mayores discapacidad funcional grave, incrementando la demanda de los servicios asistenciales y la carga financiera para las instituciones de salud, por la complejidad de las patologías y la prolongación de los tratamientos al ser crónicos.

El perfeccionamiento e implementación en los niveles de salud sobre el proceso de la visita domiciliaria, son un logro para la consolidación del modelo completo de salud basado en la persona, núcleo familiar y sociedad, considerando que este estudio se suma a otros que sustentan el beneficio de la visita domiciliaria para mejorar la salud de la poblaciones, ya que aprueba obtener información real y de manera sencilla mediante la observación directa y preguntas simples, sobre el paciente- enfermedad- adherencia al tratamiento, y el apoyo que recibe de su familia, entorno próximo y sociedad, que conducirá al profesional de salud a una adecuada toma de decisiones para lograr un envejecimiento saludable.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Las características personales del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia, indican, el mayor porcentaje son, mayores de 60 a 74 años, en su mayoría son mujeres, viudos (as), tienen nivel primario, viven con sus hijos y presentan enfermedades como la hipertensión.

Antes de iniciar las visitas domiciliarias con enfoque promocional percibe una calidad de vida global alta; pero, al evaluar las dimensiones se encontró una calidad de vida baja en: habilidades sensoriales, autonomía, participación social, muerte, intimidad y una percepción de la calidad de vida alta en actividades pasadas presentes y futuras.

Después de haber ejecutado las 5 visitas domiciliarias se percibe una calidad de vida global alta y al evaluar las dimensiones, se encontró una calidad de vida baja en muerte e intimidad; una calidad de vida medianamente buena en la dimensión: habilidades sensoriales, autonomía y participación social; y una percepción de la calidad de vida alta en la dimensión actividades pasadas presentes y futuras.

El adulto mayor antes de iniciar las visitas domiciliarias percibe una calidad de vida global alta y después de las visitas se incrementa este porcentaje, comprobándose la hipótesis que las visitas domiciliarias fueron efectivas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor ($P=0.00$).

4.2 Recomendaciones

A las autoridades de la Gerencia Regional de Salud (Geresa) de Lambayeque, a planificar y organizar actividades preventivas promocionales ligados al adulto mayor con intervención de profesionales especializados.

Al profesional de enfermería del C.S Atusparia, continuar con el trabajo de visita domiciliaria, teniendo en cuenta que permite valorar de manera holística las necesidades del adulto mayor, así como involucrar a sus familiares en el apoyo sostenible que requiere el AM.

Al profesional de enfermería del C.S Atusparia, coordinar con otros profesionales parte del equipo de salud como psicólogos y médicos, realizar una evaluación y monitoreo del adulto mayor para poder mejorar las dimensiones intimidad, muerte, donde no se mostró un cambio considerable.

A las universidades y escuelas de enfermería de nuestra región, promover la realización de estudios de casos propositivos, comparativos y/o con enfoque cualitativo sobre este tema que permita profundizar los hallazgos encontrados y conducir el monitoreo de la calidad de vida de estas personas, con el fin de identificar la problemática, posibles soluciones y preparar a los servicios de salud para la resolución de problemas de este grupo poblacional.

A las Redes de Salud del MINSA y colegio de enfermeros, capacitación constante al profesional de enfermería, que le permita tener las competencias necesarias para solucionar los problemas de salud que presenten los adultos mayores en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS.

1. Blouin C. La situación de la población adulta mayor en el Perú. primera edición ed. Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.; 2018.
2. Falque L. El envejecimiento en Latinoamérica: retos y compromisos. ALAN:Archivos Latinoamericanos de nutrición. 2015; 65(1).
3. MINSA. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. Lima: Ministerio De Salud; 2018.
4. Araos F VI. Older. Pre grado. Bogotá, DC: Universidad de la Sabana; 2019.
5. Acosta L. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores. Córdoba, Argentina. REv. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015; 18(1): p. 107-118.
6. Semana. Ser adulto mayor en Colombia, todo un Karma. 2017 Jan 6..
7. Direccion de estudio previsoires. Sub Secretaria de prevision social. [Online].; 2018 [cited 2019 9 12. Available from: [HYPERLINK "https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-](https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-)

previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf"

https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/encuesta-de-proteccion-social/documentos-eps/documentos-eps-2018/encavidam_resultados_junio2018.pdf.

8. Montesano R. Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. [Online].; 2015 [cited 2019. Available from: HYPERLINK "https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255"
https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255 .
9. MINSA. Boletín Institucional Iniciativas Estratégicas en Salud DISA II Lima Sur. 2014..
10. Aravena P. Cuidados de enfermería en el contexto de visita domiciliaria integral en un adulto mayor de la comuna de Vichuquén. Horiz_Enfermería. 2016;(27.2.41).
11. Barragán G OC. Intervención de enfermería y su relación en el control de la hipertensión arterial en pacientes adultos mayores del Centro de Salud "Puerta Negra" Babahoyo. los rios. Octubre 2018-abril 2019. Pre grado. Babahoyo, Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de ciencias de la Salud - Escuela de salud y bienestar - Carrera de enfermería; 2019.
12. MINSA. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores". Lima: Ministerio De Salud; 2016.
13. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. 2018 Junio.
14. Manrique G. Situación del Adulto Mayor en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. .
15. Garay K. OPS señala que urge colocar temas del envejecimiento en las políticas públicas. Diario El Peruano. 2017 Jun 7.
16. Silva L. Adulto Mayor: ¿Qué tan difícil es envejecer en Perú? Diario El Comercio. 2015 Oct 9.
17. Comercio. Más del 80% de mujeres mayores de 60 años padecen enfermedad crónica. Diario El Comercio. 2018 Oct 1.
18. CONADIS. Encuesta Nacional Especializada sobre la discapacidad. Lima;; 2016 Feb 10.
19. INEI. Población estimada por edades simples y grupos de edad, según provincia y distrito poblacion estimada por edades simples y grupos de edad, según provincia y distrito . [Online].; 2017 [cited 2019 04 20. Available from: HYPERLINK "http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?14"

<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Poblacion/PoblacionMarcos.asp?14> .

- 20 Gerencia Regional de Salud. Lambayeque: población de pam por grupos quinquenales de edad, según departamento, provincia y distrito. [Online].; 2017 [cited 2019 04 12. Available from: HYPERLINK "https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/lambayeque2015.pdf"
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/lambayeque2015.pdf> .
- 21 MIMP. Estimaciones y Proyecciones PAMS 2015. 2015..
- 22 Pulido Castañeda LF. Efecto de la visita domiciliaria interdisciplinaria en la adherencia terapéutica de personas adultas mayores que presentan enfermedades crónicas en Colombia. Bogotá: Universidad de La Sabana, Bogotá; 2019.
- 23 Puhia C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Enfermería Universitaria. 2015 octubre-diciembre; 12(4): p. 219-225.
- 24 Santos F, Oliveira L, Barbosa M, Nunes P, Brasil V. Calidad de Vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. Revista Enfermería Global. 2015;(48): p. 1-11.
- 25 Chinguel K, Peredo B, Torres Deza CC. Efectividad del cuidado domiciliario de enfermería en la adherencia al tratamiento según la teoría de Swanson en pacientes con hipertensión arterial en un Centro de Salud de Puente Piedra -2017. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2018.
- 26 Mazacón RBN. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. Tesis Doctoral. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2017.
- 27 Hernandez J, Chávez S y Yhuri N. Salud y Calidad de vid en adultos mayores de una área rural y urbana del Perú. Revista Perú Medicina. Exp. Salud Pública. 2016; 33(4).
- 28 Orem D. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. Mac Graw-Hill Book Com-pany SL(), editor.: Mosby; 2001.
- 29 Puello E. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Universidad y Salud. 2017; 19(2): p. 152-162.
- 30 Carhuatanta C. Estrategias de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo del adulto mayor del Centro de Salud Quiñones. Chiclayo - 2017. Informe de Tesis para obtener el título de enfermera. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán, Facultad de ciencias de la salud; 2017.
- 31 Machaca S. Actividades preventivo promocionales que realiza la enfermera en en la estrategia sanitaria cred RSS SJM-VMT según opinión de los usuarios. Tesis para obtener el título de licenciado

- en enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 32 Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería España: Mosby; 2015.
- 33 Rivera R. Programa de gestión en visitas domiciliarias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en la Comunidad del Cebollar Cantón Colta. Maestría en gerencia de servicio de la salud tesis previa la obtención del grado académico de magister en servicios de salud. Ambato: Universidad Regional Autónoma de Los Andes UNIANDES, Facultad de ciencias médicas; 2014.
- 34 Ocaña L. Influencia del autocuidado, en la calidad de vida del adulto mayor desde la teoría de Dorothea Orem, del Pueblo Joven Gonzales Prada, Ferreñafe 2014. Para optar el título profesional de licenciado en enfermería. Universidad Señor de Sipán; 2014.
- 35 Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1st ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994.
- 36 Krzemien D. Calidad de vida y participación. 2001..
- 37 Martín E. La prevención comunitaria. Revista sobre igualdad y calidad de vida. 1994;(7): p. 7.
- 38 O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. 2003..
- 39 Hernandez Sampieri Rea. Metodología de la Investigación Científica. In. México: MCGRAW-HILL; 2014. p. 244-259.
- 40 Codejon I, Cunnin M, Garay A, García N, al. e. Factor de corrección para poblaciones finitas Intervalo de confianza para muestras pequeñas. 2016. Universidad de Cuenca.
- 41 Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población. 2017; 23(93): p. 59-93.
- 42 Nunes V, Menezes R, Alchieri J. Administración del test WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en centros de larga estancia. Revista Psicogeriatría. 2011; 3(4): p. 177-185.
- 43 Salcedo J. Percpción de la calidad de vida mediante formato WHOQOL-OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UMF N° 1 de la delegación IMSS, Aguas Calientes, AGS. Tesis Especialidad. Aguas Calientes: Universidad Autónoma de Aguas Calientes; 2018.
- 44 Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont rincipios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Online].; 2003 [cited 2015 11 12. Available from: HYPERLINK "http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html" <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>.

- 45 Adrianzén MF. Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia - Hospital Almanzir Aguinada Asenjo - 2011. Chiclayo - Perú.; 2012.
- 46 Guba EyLY. Una evaluación eficaz: La mejora de la evaluación de los resultados de la evaluación a través de los enfoques de respuesta y naturalista. San Francisco. : Jossey- Bass; 1981.
- 47 Dios C. Estudio del efecto de la visita domiciliaria programada y protocolizada de la enfermera de atención primaria en la morbilidad en pacientes de 65 ó más años pluripatológicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 May-Jun; 23(3).
- 48 Aponte Daza VC. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. 2015; 13(2).
- 49 García C, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos / Quality of life and chronic diseases. Rev. habanera cienc. méd. 2007 oct-dic.; 6(4).
- 50 Flores B CYPDMCPE. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018; 26(2): p. 83-88.
- 51 Brugerolles M, Dois A, Mena C. Beneficio de la visita domiciliaria para adultos mayores. .
- 52 Mazacón B. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del Cantón Ventanas - Los Rios intervenida con el modelo de atención integral de salud. Post grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
- 53 Sgreccia E. La Bioética Personalista. Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética. 2001.;(Año 2, N° 2,).
- 54 BIREME. Descriptores en Ciencias de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 4. Available from: HYPERLINK "<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>" <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> .
- 55 Olazo F. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2016; 8:2.
- 56 Galeón. Dorothea E. Orem. Ambito Enfermería Galeón. 2010.
- 57 González A. Instituto de Geriátrica. [Online].; 2012 [cited 2014 5 24. Available from: HYPERLINK "<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>" <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf> .
- 58 Leitón Z. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Lima: Editorial OMS; 2005.

- 59 Acuña P. Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Revista Horizonte Medico*. 2012; 12(3): 20-24).
- 60 Zavala G. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de enfermería; 2009.
- 61 Peña B. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Rev. de Especialidades Médico. Quirúrgicas. Chile.* ; Vol n° 14.
- 62 Olivety M. Cuidados de Enfermería al adulto mayor hospitalizado y su satisfacción con el cuidado recibido. *Enfermería , Gestion Sanitaria , Geriatria y Gerontologia*. 2012.
- 63 Pérez J. Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería. II Congreso Virtual de Neurocirugía. 2002.
- 64 Jara M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*. Costa Rica. 2013.
- 65 Sanhueza M. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*. 2012; XXX (1): 23-31.
- 66 Barrientos R. Evaluación de cambios en la función cognitiva, emocional y capacidad funcional en adultos mayores del hogar de Cristo mediante la implementación de un programa de educación física. Tesis para optar el grado de Kinesiología. Punta Arenas. Chile: Universidad de Magallanes, Departamento de Kinesiología; 2010.
- 67 Sepúlveda C,RE,BL,IM. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre las Casas y Nueva Imperial. [Tesis en Línea]. [Online].; 2010 [cited 25 06 2014. Available from: HYPERLINK
["https://d.docs.live.net/7221531dd11eb6a8/Escritorio/ARCHIVOS%202021/Disponible%20en%20http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95"](https://d.docs.live.net/7221531dd11eb6a8/Escritorio/ARCHIVOS%202021/Disponible%20en%20http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95) Disponible en
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95.
- 68 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Lima: INEI; 2017.
- 69 Yanchapanta M. Atención y acciones de enfermería para el mejoramiento del autocuidado bienestar físico y social del adulto mayor en el centro integral del adulto mayor del municipio del Cantón Ambato. Requisito previo para optar por el Título de Licenciado de Enfermería. Ambato, Ecuador:

Universidad técnica de Ambato; 2018.

- 70 Rojas A. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 25(3-4).
- 71 Cabanillas K. Capacidad funcional y su relación con el autocuidado de la salud del adulto mayor en un centro de salud de Independencia, Lima, 2019. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Escuela Profesional de Enfermería ; 2019.
- 72 Polo A. Conocimiento y acciones de autocuidado del adulto mayor Hospital Leoncio Prado Huamachuco. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería; 2019.
- 73 Ellen KyPK. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry 2015. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería; 2016.
- 74 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación Científica México: Mcgraw-Hill; 2006.
- 75 Hernandez Sampieri Rea. Metodología de la Investigación Científica. In. México: MCGRAW-HILL ; 1997. p. 244-259.
- 76 Pender N. La promoción de la salud en la práctica de enfermería.. 4th ed.: Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2012.
- 77 Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2015. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina E.A.P. de enfermería; 2015.
- 78 Condemarin L. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del “Adulto Mayor” del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015. *Salud & Vida Sipanense*. 2015; 2(2).
- 79 Rodríguez G GJGE. Metodología Granada: Aljibe; 1996.
80. Pérez E. Efectividad de un programa educativo para mejorar los conocimientos sobre el cuidado del pie diabético en el adulto mayor, Chongoyape – 2018. Chiclayo. 2018. Tesis en línea para optar el

título profesional de enfermería. Universidad Señor de Sipán. Disponible en:
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5025>

ANEXOS

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL/ESPECIFICO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
Efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro De Salud Atusparia -2019.	¿Cuál es la Efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro De Salud Atusparia -2019?	<p>Objetivo general Determinar la efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro De Salud Atusparia -2019.</p> <p>Objetivos específicos Describir las características personales del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia – 2019. Identificar la calidad de vida del adulto mayor antes de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019. Identificar la calidad de vida del adulto mayor después de la visita domiciliaria con enfoque promocional del Centro de Salud Atusparia – 2019.</p>	<p>H₁: Las visitas domiciliarias con enfoque promocional son efectivas en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019.</p> <p>H₀: Las visitas domiciliarias con enfoque promocional no son efectivas en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019.</p>	<p>Efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional</p> <p>Calidad de vida del adulto mayor</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Con quién vive</p> <p>Padecimiento de enfermedades</p> <p>Capacidades sensoriales</p> <p>Autonomía</p> <p>Actividades pasadas, presentes y futuras</p> <p>Participación Social</p> <p>Muerte y morir</p> <p>La intimidad</p>	<p>Técnica: entrevista directa</p> <p>Instrumento: cuestionario</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>WHOQOL – OLD</p> <p>1. = 1- 48 Mala</p> <p>2. = 49 - 72 Medianamente Buena</p> <p>3. = 73 - 120 Buena</p>

ANEXOS N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos invitando (a usted) a participar en un estudio llamado: Efectividad de visitas domiciliarias con enfoque promocional en la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Atusparia-2019.

Le podemos garantizar que la información que (usted brinde) es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora, Cerdán Salcedo Mayra Lisset, estudiante de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, quien manejará la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Si usted decide (participar) en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo el que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante:

Nombre:

DNI:

Investigador (a):

Nombre:

DNI:

Fecha:

Fecha:

ANEXO N° 3:

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

INSTRUCCIONES

Ayúdanos a conocer cómo Ud. percibe su calidad de vida en la actualidad. La información que Ud., proporcione será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer SU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por su colaboración.

I. Datos Personales

Código: (Asignado por investigadores) _____

1. ¿Qué edad tiene? 60-74 años () 75-90 años () 90 a más ()

2. ¿Cuál es su sexo? Hombre () Mujer ()

3. Marque su estado civil:

Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Separado/a () Divorciado/a () Viudo/a ()

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción? (marque el último que haya completado)

Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior ()

5. ¿Con quién vive?

Solo () Con pareja () Con hijos () Pareja e hijos () Otro familiar () Cuidador ()

6. ¿Qué enfermedades tiene?

Diabetes () Hipertensión () Cáncer () Artritis () Artrosis () Osteoporosis ()

Hipo/hipertiroidismo () Otros () ¿Cuáles? _____

II. INSTRUMENTO: CUESTIONARIO WHOLQ OLD

A continuación, se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con su calidad de vida. Por lo que se le pide Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a lo que Ud. siente o percibe:

Nº	ITEM	Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	En qué medida la disminución de algún sentido (como, por ejemplo;	1	2	3	4	5

	escuchar, ver, saborear, oler, tocar) podría afectar su vida diaria?					
2	En qué medida la pérdida de algún sentido como el oído, la vista, el gusto, el olfato, o el tacto, podría afectar su participación en algunas actividades	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias Decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto miedo siente de no poder controlar su muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto teme sentir dolor antes de morir?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las						

últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderadament e	En su mayoría	Totalmente
10	¿ En qué medida los problemas con sus sentidos) escuchar, ver, saborear, oler, tocar) afecta su relación con los demás)?	1	2	3	4	5
11	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto reconocimiento siente usted que ha recibido en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas le piden que diga cuan satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.						
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Qué tan satisfecho está usted con lo que ha logrado en la vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho está usted con la manera en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho está usted con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5

18	¿Qué tan satisfecho está usted con las oportunidades de participar en actividades de su comunidad?	1	2	3	4	5
		Muy infeliz	Infeliz	Ni infeliz ni feliz	Feliz	Muy feliz
19	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?	1	2	3	4	5
		Muy poco	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (Por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta se refiere a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero cercano u otra persona cercana con quien pueda compartir intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.						
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
21	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?	1	2	3	4	5

ANEXO 4: Prueba de normalidad

Resumen de procesamiento de casos						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad de vida post visita	79	100,0%	0	0,0%	79	100,0%
Calidad de vida pre visita	79	100,0%	0	0,0%	79	100,0%

Descriptivos				
		Estadístico	Error estándar	
Calidad de vida post visita	Media	78,70	,700	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	77,30 80,09	
	Media recortada al 5%	78,28		
	Mediana	78,00		
	Varianza	38,753		
	Desviación estándar	6,225		
	Mínimo	66		
	Máximo	115		
	Rango	49		
	Rango intercuartil	6		
	Asimetría	2,591	,271	
	Curtosis	13,975	,535	
	Calidad de vida pre visita	Media	72,35	,664
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	71,03 73,68
Media recortada al 5%		72,38		
Mediana		73,00		
Varianza		34,796		
Desviación estándar		5,899		
Mínimo		59		
Máximo		84		
Rango		25		
Rango intercuartil		7		
Asimetría		,024	,271	
Curtosis		,006	,535	

Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida post visita	,139	79	,001	,818	79	,000
Calidad de vida pre visita	,112	79	,016	,961	79	,016

a. Corrección de significación de Lilliefors

Kolmogorov-Smirnov^a muestras grande >30 participantes

Shapiro-Wilk muestras pequeñas <30 participantes

Criterio para determinar Normalidad

P- valor => alpha acepta Ho = Los datos provienen de una distribución normal

P- valor < alpha acepta H1 = Los datos NO provienen de una distribución normal

NORMALIDAD		
P-VALOR= 0.001	<	Alpha=0.05
P-VALOR= 0.016	<	Alpha=0.05

Los datos NO provienen de una distribución normal; Prueba de Friedman