



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL
AREA RURAL Y URBANO – CHONGOYAPE, 2019**

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

Autora:

Bach. Bernilla Mundaca Marbely Carolina

<https://orcid.org/0000-0003-0595-7250>

Asesor:

Mg. Torres Saavedra Daly Margot

<http://orcid.org/0000-0001-5357-8306>

Línea de Investigación:

Ciencias De La Vida Y Cuidado De La Salud Humana

Pimentel – Perú

2021

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
DEL AREA RURAL Y URBANO – CHONGOYAPE, 2019**

PRESENTADO POR:

Bach. BERNILLA MUNDACA MARBELY CAROLINA

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el título de:

LICENCIADA DE ENFERMERIA

APROBADO POR:

Dra. Gálvez Díaz, Norma del Carmen
PRESIDENTA

Dra. Arias Flores, Teresa Cecilia
SECRETARIA

Mg. Torres Saavedra Daly Margot
VOCAL

Dedicatoria

Este trabajo de investigación, está dedicado primeramente a Dios, porque me da las fuerzas necesarias para seguir adelante a pesar de todas las dificultades en mi vida y poder seguir mis metas.

En segundo lugar, a mis padres: Víctor Bernilla Torres y Sandra Mundaca Bravo por todo su apoyo, paciencia y enseñanzas brindadas.

A mi esposo Armando Francisco Mundaca Núñez, por todo su amor y apoyo incondicional que me brinda día a día y a mi hermoso hijo Armando Gael Mundaca Bernilla que es el motor y motivo para seguir superándome.

En tercer lugar, a mi hermano por su apoyo en todo momento, por acompañarme siempre y deseo ser un ejemplo para él e incentivar a cumplir sus metas que se proponga.

En cuarto lugar, a toda mi familia por sus consejos y palabras de aliento para salir adelante y superarme como profesional.

Agradecimiento

Agradecer a todos los adultos mayores que fueron cómplices y me regalaron unos minutos de su tiempo para responder las encuestas brindadas, ya que sin ellos no se hubiese logrado concretar mi investigación.

Al centro de salud “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape”, por brindarme los datos necesarios para seguir con la investigación.

A mi asesora Daly Margot Torres Saavedra, por su apoyo y paciencia en cada revisión de esta investigación.

A mis amigos por su apoyo incondicional y los ánimos positivos para seguir luchando por mis objetivos.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del adulto mayor del área rural y urbano en el distrito de Chongoyape durante el 2019. Para ello se realizó un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptiva y explorativa. La muestra estuvo comprendida por 120 personas adultas mayores, siendo 60 personas del área rural y 60 personas del área urbano, las cuales fueron seleccionados bajo los criterios de inclusión y exclusión. Así mismo, se empleó como instrumento la valoración clínica del adulto mayor cuyas siglas son VACAM del ministerio de salud. Los resultados porcentuales se obtuvieron: Para el nivel funcional del adulto mayor fue independiente en 85% en el área urbana y en el área rural fue del 82%. En el estado cognitivo fue normal en 65% para el área urbana, mientras el área rural fue del 72% leve. En el nivel afectivo fue, sin manifestaciones depresivas con un 85% en el área urbana, en el área rural fue de un 68%. Y en la valoración familiar se evidencio en un 88% la existencia de riesgo social, para el área rural se evidenció en un 78% la existencia de riesgo social. Finalmente, se logró determinar en función a la calidad de vida que, un gran porcentaje de los adultos mayores tanto de la zona urbano y rural presentan una calidad de vida adecuada en las dimensiones nivel funcional y “estado afectivo”; la deficiencia en la calidad de vida se da en las dimensiones “estado cognitivo” y “socio familiar”.

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor y salud.

Abstract

The objective of this research was to determine the quality of life of the elderly in rural and urban areas in the Chongoyape district during 2019. For this, a descriptive and exploratory quantitative approach study was carried out. The sample was comprised of 120 older adults, 60 people from rural areas and 60 people from urban areas, who were selected under the inclusion and exclusion criteria. Likewise, the clinical assessment of the elderly whose acronym is VACAM from the Ministry of Health was used as an instrument. The percentage results were obtained: For the functional level of the elderly, it was independent in 85% in the urban area and in the rural area it was 82%. In the cognitive state, it was normal in 65% for the urban area, while the rural area was 72% mild. In the affective level it was, without depressive manifestations with 85% in the urban area, in the rural area it was 68%. And in the family assessment, the existence of social risk was evidenced in 88%, for the rural area the existence of social risk was evidenced in 78%. Finally, it was possible to determine based on the quality of life that a large percentage of older adults in both urban and rural areas have an adequate quality of life in the dimensions functional level and "affective state"; the deficiency in the quality of life occurs in the dimensions "cognitive state" and "social family".

Keywords: quality of life, older adults and health.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimiento | ii |
| Resumen | iii |
| Abstract | iv |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1.1. Realidad problemática..... | 8 |
| 1.2. Trabajos previos..... | 10 |
| 1.3. Teorías relacionadas al tema. | 14 |
| 1.4. Formulación del problema. | 18 |
| 1.5. Justificación e importancia del estudio | 199 |
| 1.6. Hipótesis..... | 20 |
| 1.7. Objetivos | 20 |
| 1.7.1. Objetivo general..... | 20 |
| 1.7.2. Objetivos específicos | 20 |
| MATERIAL Y MÉTODO | 20 |
| 1.8. Tipo y diseño de investigación | 20 |
| 1.9. Población y muestra | 21 |
| 1.10. Variables y operacionalización..... | 22 |
| 1.11. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. | 27 |
| 1.12. Procedimiento de análisis de datos..... | 28 |
| 1.13. Criterios éticos. | 28 |
| 1.14. Criterios de rigor científico..... | 29 |
| RESULTADOS | 30 |
| 1.15. Tablas y figuras..... | 30 |
| 1.16. Discusión..... | 32 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 35 |
| 1.17. Conclusiones..... | 35 |
| 1.18. Recomendaciones | 36 |
| REFERENCIAS | 37 |
| ANEXOS..... | 42 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. La calidad de vida en la dimensión valoración funcional del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019. | 30 |
| Tabla 2. La calidad de vida en la dimensión estudio cognitivo del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019. | 30 |
| Tabla 3. La calidad de vida en la dimensión estudio afectivo del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019. | 31 |
| Tabla 4. La calidad de vida en la dimensión valoración sociofamiliar del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019. | 31 |

INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática.

La Organización Mundial de la Salud ha promediado en función al tiempo, del año 2000 al año 2050 la población adulta desde sesenta años incrementará su índice porcentual, pasando de un 12% a un 23%; es decir pasaran a ser de unos 605 millones de personas a 2000 millones de personas sobre el curso de tan solo medio siglo (1). Todo ello significa que la población conformada por personas mayores posee índices porcentuales cuya ascendencia es algo notorio en estos últimos años y los venideros; siendo una buena noticia porque podremos pasar más tiempo con ellos para realizar distintas actividades, así mismo podrán conocer a la descendencia venidera, promoviendo consigo vínculos familiares fuertes y largos.

En México, sus indicadores de salud expresan que la esperanza de vida desde el nacimiento es de unos 75 años en promedio, haciendo una diferencia de 6 años menos de lo promediado por la OCDE. En tanto, la proyección para las féminas oscila entre los 78 años en promedio y los varones sería de unos 72 años. Así mismo, estos resultados pueden estar vinculados al bienestar subjetivo y la misma felicidad. La investigación llevada a cabo en el año 2017 por los investigadores Soria Z. y Montoya B., exponen las casusas vinculadas con la calidad de vida de las personas de la tercera edad y el envejecimiento en México, del cual más del 50% que conformaron la muestra de investigación no carecen de las condiciones idóneas en su calidad de vida. (2)

En Argentina para el 2019 se realizó una investigación por Celerio T. y Galizzi M., el cual se denominó "Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá". Donde el propósito era, analizar y ver las diferencias de las personas mayores en relación a su calidad de vida, con edades promedio entre los 70 a 85. En la muestra participaron cuarenta personas de la tercera edad de quienes, la mitad eran institucionalizados y la otra mitad no. Se logró determinar que

poseen una buena calidad de vida, por lo tanto, no se mostraron contundentes desigualdades. (3)

En el contexto peruano, se aplicó en Lima un estudio donde el propósito fue comprender el significado de la calidad de vida en individuos con edad avanzada y la familia; en relación al tiempo que se dedican ambos en lo cognitivo, lo social y afectivo. Se concluyó que “calidad de vida” en personas mayores hace referencia a estar contentos como ser social y para ello necesitamos libertad en relación a las expresiones, decisiones, comunicación e información; también es entendida por la familia como la complacencia de las carencias del adulto mayor, las cuales comprenden: nutrición, vestido, higiene, refugio y familia. (4)

En el año 2019 el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, manifestó que 2016 el Perú contaba con 3.011.050 individuos pertenecientes a la tercera edad, en el departamento de Lambayeque se contaba con una población de 1, 260,650 de habitantes donde el 10.6% representaba a la población adulta mayor que equivale a 133,315 de esta cifra el 47% son varones y el 53% son féminas, donde el sexo femenino posee mayor representatividad dentro de la población. Dentro del departamento de Lambayeque, se contaba con 2 Centros Integrales del Adulto Mayor (CIAM) en un nivel provincial y 3 centros integrales a nivel distrital. (5)

Para el año 2019, en el departamento de Lambayeque contaba con diez Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor cuyas siglas son CIAM ubicados en: el municipio de Chiclayo, la municipalidad de Lambayeque; los distritos de José Leonardo Ortiz, Reque, Manuel Antonio Mesones Muro, Eten, Mórrope, Túcume, Santa Rosa y la Municipalidad de Mochumí. Los CIAM permitieron ayudar al adulto mayor a optimizar su calidad de vida, realizando distintos talleres y en donde se relacionaban entre adultos mayores logrando tener una distracción. Todo ello ayudó a que puedan sentirse más satisfechos con su vida. (5)

La Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (2019) llevó a cabo una investigación titulada “Población de Establecimientos según Distritos y Grupos Etarios” en el programa Excel, el mismo que se realizó en el establecimiento de salud “Enrique Tirado Bonilla - Chongoyape”. En Chongoyape (distrito) se encontró una población de personas mayores comprendida por 2889, pertenecientes a los diferentes establecimientos de salud (SIS, ESSALUD Y P.S), sin embargo, cuando se hace referencia a Chongoyape como localidad, esta contaba con 1619 adultos mayores que incluía a Chongoyape con 876 personas y sus caseríos (Paredones, Tinajones, Zapotal, Malpaso, Algarrobos, Cruce de Tablazos, San Martín, El Palmo, San Juan, Cuculí, Garraspiña, Los Paltos) con 743 personas quienes recibían atención en el centro de salud “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape”. (6)

1.2. Trabajos previos.

En los trabajos internacionales tenemos el de Mazacón B. (2017) en Ecuador, desarrolló una investigación denominada “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas”. El fin era establecer en las personas de la tercera edad su calidad de vida en función a que estas personas pueden o no ser tratados según el modelo holístico de salud, la metodología empleada fue de corte transversal. En los resultados se pudo observar que el puntaje más alto del cuestionario SF36 se obtuvo en los aspectos de funcionamiento emocional (76,0), el ejercicio físico y la calidad de vida. Se logró determinar en los ancianos beneficiarios que, estos mantuvieron una calidad de vida parecida a aquellos sin intervención en los dominios físico, mental y social. (7)

Los investigadores Arévalo D, Game C, Padilla C, Wong N., en el año 2019 en el país de Ecuador, realizaron una investigación titulada “Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador”. El propósito fue exponer las evidencias del bienestar de forma subjetiva del adulto mayor y analizar la disparidad en la zona rural como urbana. La población se conformó por 384 personas mayores con sesenta años, a quienes se les destinó una encuesta. Se

determinó que las personas de la tercera edad pertenecientes al área urbana poseen un grado superior de agudeza en la identificación de mala salud, y lo del área rural una situación económica mala que afecta su calidad de vida. (8)

Los investigadores Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre D, Cruz I y Silvestre D., llevaron a cabo un estudio en México durante el año 2019. Dicho trabajo se tituló “Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México”. El propósito fue especificar la calidad de vida con una mirada comunitaria el cómo se desarrollan las personas de la tercera edad. Fue estudio cuantitativo de corte transversal y analítico, la muestra se formó por 75 personas de la tercera edad, a los cuales se les administró un cuestionario sociodemográfico y de salud. Finalmente, se determinó que los adultos mayores manifiestan problemas físicos, sociales y emocionales, que marcaría el inicio de un deterioro en aspectos como son la vida producto de su salud. (9)

En el año 2019, en Argentina el investigador Celeiro T, Galizzi, desarrollo un estudio titulado “Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoya”. El objetivo fue indagar, especificar y contrastar la calidad de vida de las personas de la tercera edad con un promedio de años en edad de 70 a 85. Esta investigación era cuantitativa, con diseño descriptivo, comparativo y transversal; la muestra se conformó por cuarenta personas, veinte eran institucionalizados y veinte sin institucionalizarse. Concluyendo que quienes no contaban con institucionalización notan una calidad de vida destacable en comparación con quienes sí se encuentran institucionalizados. (10)

En Cuba los investigadores García L., Quevedo M., La Rosa Y., Leyva A. en el año 2020, desarrollaron una investigación llamada “Calidad de vida percibida por adultos mayores”. El objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida y dar un aporte para cada dimensión. Las personas que participaron estuvo compuesta por 521 a los cuales se les administró dos instrumentos. Finalmente se logró concluir que los pacientes adultos mayores poseen una calidad de vida en una categoría media y las dimensiones de

mayor contribución fueron la correspondiente a salud y la dimensión de la satisfacción hacia la vida. (11)

En el contexto nacional Vassallo M. Lima, 2019. En su tesis titulada “Calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho - Chosica”. El fin fue comprender los agentes que deterioran lo conocido como calidad de vida en las personas de la tercera edad residentes de dos centros de reposo. Esta investigación era cualitativa, para la recolección de datos se empleó una entrevista semi - estructuradas a 20 adultos mayores. Concluyendo con relación a la salud de los participantes de la tercera edad es que esta se ve afectada en las habilidades funcionales, actividad y ocio; pero también reciben un beneficio en relación al trato de enfermería. (12)

En Lima, León G., 2019, se realizó una investigación cuyo nombre fue “Calidad de vida del anciano que asiste a un taller del adulto mayor de una institución de salud privada del Rímac”. El objetivo fue establecer lo grados logrados en la calidad de vida en personas de la tercera edad que acuden las enseñanzas sobre el adulto mayor. Este estudio fue cuantitativo de corte transversal y de tipo descriptivo, donde se aplicó la escala de calidad de vida a 80 adultos mayores. Dando como resultado que el 60% logró una escala baja de calidad de vida, el 34% una escala regular y el 6% un nivel bueno. Concluyendo que en los adultos mayores predomina un nivel bajo de calidad de vida. (13)

Sopla J., Chávez J. Chachapoyas, 2019. En su estudio de indagación titulado “Calidad de vida de los adultos mayores en el distrito de Huancas, Chachapoyas, Perú, 2019”. Tuvo como objetivo determinar en las personas adulta mayor la calidad de vida que poseen, para lo cual se conformó por cuarenta participantes a quienes se les aplicó un cuestionario denominado “SF36”. Finalmente se logró determinar que alrededor del 50% de ancianos poseen una calidad de vida promedio, el segundo valor porcentual alto

corresponde al tipo de calidad de vida la cual es baja, sin embargo presenta algunas inclinaciones a un nivel de vida alto. (14)

En Cajamarca el estudio realizado por los investigadores Chiquillin D. y Marin I. (2020), titulado “Relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en Centro de Salud La Tulpuna - Cajamarca - Perú. 2019”. Fue una investigación descriptiva; cuyo objetivo buscó establecer el vínculo de calidad de vida para las personas de la tercera edad con enfermedades osteoarticulares, en este estudio participaron 50 personas de la tercera edad. Finalmente, los resultados mostraron que la prueba de Chi cuadrada señala que no hay relación de las variables. (15)

Para el año 2020, Queirolo S, Barboza M y Ventura J. Lima. Publican un artículo de indagación titulado “Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima”. El objetivo fue examinar los atributos de la medición del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD. Tuvo un diseño instrumental, donde se examinaron las características de medición del WHOQOL-OLD. Se pudo evidenciar que 6 factores de este cuestionario presentan un ajuste satisfactorio y el resultado del alfa de Cronbach fue con un promedio de 94 a 98, se mostró vínculos relevantes con las dimensiones autonomía y participación social. Concluyendo que, el instrumento estudiado cuenta con validez y fiabilidad; siendo una herramienta apropiada. (16)

En el contexto regional en el año 2019, Tineo J. Chiclayo. Desarrolló un estudio denominado “Calidad de vida en el adulto mayor: revisión teórica”. Como objetivo se planteó el comprender la calidad de vida de las personas de la tercera edad en el asilo de ancianos de la ciudad de Chiclayo. Este estudio fue cuantitativo y la toma de la información se dio por medio de un cuestionario. Como resultado se expone que el 31% expresaron que su calidad de vida es perjudicial, siendo regular para el 29%, normal para el 20%, buena para el 11% y muy buena para el 9%. Concluyendo que, en un alto valor porcentual se halló las carencias en la calidad de vida de personas pertenecientes a la tercera edad y que viven en el asilo de Chiclayo. (17)

En Chiclayo durante el año 2021 los autores Vargas L. y Villalobos F., realizaron una investigación llamada “Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico de un Pueblo Joven, Lambayeque- 2019”. Donde objetivo fue determinar y entender cómo es percibida la calidad de vida en las personas a estudiar. El estudio fue cuantitativo, formándose un grupo de 10 participantes de la tercera edad a los cuales se les aplicó un cuestionario. De determino que posee una pérdida progresiva de la funcionalidad motora en cuanto afecta el poder desplazarse, también posee inestabilidad emocional y desatención familiar en nivel crónico sumada a los cambios en el ambiente que varían su confort. (18)

1.3. Teorías relacionadas al tema.

El estudio emplea como fundamento teórico el modelo de Nola Pender, quien propuso el “Modelo de Promoción de la Salud” (MPS), donde se exponen los tipos y costumbres de un individuo, así como el conocimiento y la influencia de un comportamiento en particular y guía al individuo a participar o no en un comportamiento saludable. Esta teoría expone el cómo los rasgos cognitivo-perceptivos de las personas van a variar con el contexto, así mismo señala las características individuales e interpersonales, tienen patrones de comportamiento donde se identifican conceptos característicos de movimientos ascendentes que promueven la salud e integran hallazgos de investigación útiles. (19)

El Modelo de la Promoción de la Salud (19) se expresa en 3 lineamientos, siendo estos: Primero, son las características y la experiencia propia que la persona puede tener. La misma que se divide en dos conceptos, estos son: El primer concepto, hace referencia a las experiencias previas que la persona ha tenido y que pueden generar consecuencias tanto de forma indirecta como directa en el potencial de desarrollar una conducta que promocióne la salud. Y el segundo concepto, en él se caracterizan los factores interinos (propios o personales) cuyas categorías pueden ser psicológicos, biológicos o hasta socioculturales y cuya predicción se enmarcar en el propósito propio del mismo comportamiento.

Segundo son los saberes y afectos. Estos van a estar ligados al comportamiento de la persona y poseen implicancia en sus sentimientos, formas de creer y las mismas emociones; todo ello se encuentra comprendido en seis conceptos. El primero concepto son los resultados producto de la acción. El segundo concepto son los limitantes concebidos y que comprometen potencialmente la acción. El tercero concepto es el cómo se percibe así mismo la persona para poder realizar la acción o conducta, por ello se considera una de las más importantes dentro de los saberes y afectos. (19)

Como cuarto concepto relacionados a los saberes y afectos, se tiene los que involucra los afectos y su relación a la percepción buena o mala en función al comportamiento. Luego tenemos el quinto concepto, este es la influencia generada por otras personas, en este se abarca los comportamientos que tienen que ver con la salud, donde las personas juegan un rol fundamental ya que el paciente espera tener mejoras y las personas que acompañan en este proceso son el soporte para que logre las mejoras esperadas. Y el sexto y último concepto, es la influencia situacional en el contexto. (19)

Finalmente, tenemos el tercer lineamiento que pertenece al Modelo de la Promoción de la Salud, conocido como “el resultado”. Lo que se conoce como resultado involucra un conjunto de acciones las cuales poseen una consecuencia y esta consecuencia son lo que se denomina como resultados; por ello, este tercer lineamiento es el producto de plan de acción cuyo objetivo es la promoción de conductas responsables ligadas a la salud. Por tanto, debe entenderse este tercer lineamiento como el producto de un proceso cuyo propósito es una salud idónea en la persona, para nuestro caso del adulto mayor. (19)

Para el tema de la calidad de vida, Diaz M, Diaz M, Beristáin I. (2019) llevan a cabo un estudio enfocado en los procedimientos realizados por licenciados en enfermería cuya base es la promoción de la salud, en dicho estudio se da por medio de lo conocemos como “modelo de promoción de la salud” de Nola J. además de lo que se conoce como el “proceso enfermero”. En esa línea se estudió el comportamiento de las personas e incentiva una guía de atenciones

para pacientes. Dichas acciones permitieron poner en práctica un plan que contemplaba actividades en función a un esquema permitiéndole al paciente poder lograr una calidad de vida idónea (20).

Así mismo, cuando se habla sobre la calidad de vida, esta es considerada de forma genérica como la complacencia basada en un momento, en tal sentido su postura se considera subjetiva dado que su fundamento deviene de un bienestar en las dimensiones como son las físicas, sociales y psicológicas. Además de ello, también enmarca lo productivo, lo emocional, la misma seguridad e intimidad de la persona. Sin embargo, su fundamento u objetivo se basa en las relaciones de armonía y materiales como son: lo físico, lo social y la misma salud (21). Es decir, debe existir una vinculación estable de la persona en su estado físico, social y la propia salud.

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a la calidad de vida que goza el adulto mayor en función a la postura del paciente en el contexto de los valores y la cultura. En tanto su conceptualización tiene un apego personal, dado que deviene de la valoración que realizan las personas del contexto que lo rodea (1). Debemos resaltar la importancia del contexto donde la interpretación y conceptualización de calidad de vida, dado que esta responde a patrones socioculturales de cada realidad, en el caso peruano tenemos diferentes contextos socioculturales que los rigen en función a sus creencias o costumbres.

El Ministerio de Salud en el año 2006, implementó una herramienta o ficha única de valoración denominada VACAM, la cual comprende cuatro dimensiones de la persona o el paciente y estas son: la valoración funcional, la física, lo sociofamiliar y lo mental. La ficha antes mencionada es aplicada por lo menos de forma anual a las personas mayores que asisten a un establecimiento o centro de salud de un nivel primario en territorio peruano. Si bien el VACAM comprende cinco dimensiones, estas han sido modificadas y expuestas en una ficha única. Por tanto, las dimensiones de donde deriva la ficha única del VACAM son importantes para poder saber la situación de una persona de la tercera edad en función a las dimensiones ya citadas.

La valoración funcional, la cual se basa en el “Índice de Katz” el mismo cuyo diseño en un inicio fue de rehabilitación, en estos tiempos es una de las escalas más empleadas a nivel tanto paliativo como geriátrico. Así mismo, su uso se ha empleado para la comparación de resultados de múltiples intervenciones para poder predecir las carencias en rehabilitación y con propósitos de docencia. El propósito es evaluar tanto de independencia como la dependencia del paciente, empleando para ello seis funciones que son consideradas fundamentales, estas son: el vestido, el baño, la movilidad, el empleo del retrete, la alimentación y la continencia. (22)

En relación a la valoración funcional, esta posee un carácter jerárquico, en tal sentido conlleva a realizar una valoración en función a si la persona puede o no, llevar a cabo una función; si la respuesta es sí entonces la persona posee la capacidad de poder realizar otra función de menor nivel o dificultad. En este punto es necesario remarcar la sencillez que posee la valoración funcional, lo cual se ve en la facilidad de su aplicación y la factibilidad de la misma para poder transmitir la información recaudada del paciente. Sumado a ello debemos remarcar el poco tiempo que se emplea para su aplicación. (23)

Estado cognitivo (Pfeiffer). Conocido como “cuestionario de Pfeiffer” o “Short Portable Mental Status Questionnaire” cuyas siglas son SPMSQ, dicho cuestionario es empleado para medir el estado cognitivo de la persona (24). En el año 2001 se realizó la traducción para ser aplicada con ciertas variaciones al castellano. Este cuestionario es muy favorable dado que: su aplicación es sencilla, posee 10 ítems y el tiempo de desarrollo es corto, no es necesario de implementos adicionales, puede aplicarse a personas con problemas de visiones y psicomotoras dado que puede ser leído y las respuestas pueden ser verbales y no es necesario poseer un nivel cultural alto por parte del paciente (25).

El estado afectivo (Yesavage). Esta deriva de la escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage, el autor de dicha escala buscó caracterizar la depresión por medio de síntomas somáticos, afectivos y cognitivos que pueden presentar las personas adultas mayores (ancianos), estas pueden poseer sentimientos como carencia de energía, desesperación, tristeza, entre otras.

Este instrumento sirve para generar un auto reporte de los síntomas depresivos por medio de preguntas compuestas por 30 y se divide en: miden la presencia de síntomas solo 20 y se han tomado como ítems inversos. Sus respuestas se basan en un “sí” o “no” y el puntaje va desde 0 a 30, donde los números altos son sinónimo de presentar depresión o riesgo de ello (26).

También tenemos la valoración sociofamiliar, esta valoración es una escala que ayuda a poder detectar situaciones donde el paciente pueda encontrarse en riesgo, por ello su aplicación es de gran ayuda en la salud de la persona dado que permite medir el contexto social del paciente. Una característica de este tipo de valoración es que se encuentra compuesta por una valoración enmarcada en cinco ítems (27). Su aplicación es para pacientes mayores de 65 años de edad y la escala se conforma por cinco categorías, estas son: económica, familiar, de apoyo social y relaciones.

Lo que se conoce como “teoría de la promoción de la salud” está vinculada al conocimiento previo del autocuidado y las emociones, lo que asegura una mejor calidad de vida. El entorno del hogar juega un rol en el cuidado de la salud en su vertiente emocional siendo ello importante, ya que esta busca generar una relación entre lo afectivo y el cuidado o bienestar de la persona de la tercera edad (es decir su salud), con lo cual es cuidado con cariño, permitiéndole activar el estado cognitivo de la mano con los autoconocimientos sobre el cuidado para formar parte de la comunidad, le permítele así reconfortar su estado tanto mental como físico. Para contrastar la calidad de vida del Adulto Mayor, se emplea la guía técnica VACAM del MINSA (27).

1.4. Formulación del problema.

¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Actualmente se puede decir que la PIRAMIDE POBLACIONAL del adulto mayor se está invirtiendo; es decir, si años atrás era mayor la población en neonatos, hoy en día es mayor la población de adultos mayores. Estamos hablando entonces de que antes la proporción porcentual era de 5,7% de población adulta mayor y ahora ascendió a 10,4%, por tal razón, se da gran importancia a este grupo etario en favor de reforzar y salvaguardar su calidad, siendo ellos una etapa vulnerable dentro de la sociedad, donde debe tenerse más en cuenta su situación.

El adulto mayor merece una mejor y mayor atención, por parte de nuestras autoridades y la sociedad en general, ya que ellos son seres humanos que se hallan en una fase de vulnerabilidad social, físico y mental. Por tanto, la sociedad debe adoptar una actitud de responsabilidad y respeto ante el adulto mayor, pues ellos han forjado la familia, el estado en el que vivimos y somos nosotros como parte de la sociedad, los herederos de su legado económico y cultural. Hoy en día el adulto mayor se ve expuesto a carencias de su salud tanto física y como mental, así como a muchos otros factores de riesgo y es aquí, donde las autoridades juegan un papel muy importante, al ser ellos los responsables de promover políticas que permitan un mejor trato y atención del adulto mayor.

La investigación se realizó en el distrito de Chongoyape como localidad; y esta se conforma por Chongoyape y sus caseríos (Paredones, Tinajones, Zapotal, Malpaso, Algarrobos, Cruce de Tablazos, San Martín, El Palmo, San Juan, Cuculí, Garraspiña, Los Paltos) que pertenecen al C.S de Chongoyape, en donde los adultos mayores se encuentran registrados y, son atendidos en el Centro de Salud “Enrique Tirado Bonilla” que pertenece al mismo distrito. La población adulto mayor que vive en la ciudad goza de una atención inmediata en sus necesidades como lo es la salud y ello se debe por la accesibilidad y cercanía a las mismas; sin embargo, la zona rural es la que posee más carencias, por ello la necesidad de conocer la calidad de vida del adulto mayor.

1.6. Hipótesis

En la investigación llevada a cabo no se ha elaborado hipótesis dado a que es un estudio descriptivo.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

1.7.2. Objetivos específicos

Identificar la calidad de vida en la dimensión valoración funcional del adulto mayor del área Rural y Urbano – Chongoyape, 2019.

Identificar la calidad de vida en la dimensión estudio cognitivo del adulto mayor del área Rural y Urbano – Chongoyape, 2019.

Identificar la calidad de vida en la dimensión estudio afectivo del adulto mayor del área Rural y Urbano – Chongoyape, 2019.

Identificar la calidad de vida en la dimensión valoración sociofamiliar del adulto mayor del área Rural y Urbano – Chongoyape, 2019.

MATERIAL Y MÉTODO

1.8. Tipo y diseño de investigación.

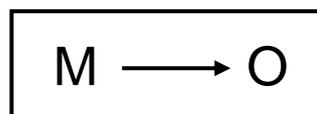
El estudio realizado fue de tipo cuantitativo, donde el propósito fue identificar la información para aplicar el análisis estadístico, buscando de esa forma cuantificar la problemática, permitiendo examinar y calcular la información de forma numérica, dado que su fin es cuantificar el problema de la investigación. Todo ello es afirmado por Sampieri H. al manifestar que el enfoque cuantitativo busca la recolección de la data o información tanto de forma individual como colectiva. (28)

Posee carácter descriptivo porque permitirá describir la realidad de situaciones que se pretende analizar, para nuestro caso nos permite identificar la calidad de vida del adulto mayor; además es explorativa ya que solo

presenta una sola variable y que sirve para aumentar lo cognoscitivo sobre una temática poco conocida. (28)

El diseño es observacional donde su característica es la observación, el análisis y busca medir la variable; a ello se suma su carácter transversal permitiendo por medio de la recolección de datos contextualizándolo en un tiempo y lugar (29).

El diseño empleado es el “descriptivo simple”, siendo este:



M: Adulto mayor que asiste a un centro de salud.

O: Información recopilada en función a la calidad de vida del adulto mayor del área rural y urbano.

1.9. Población y muestra.

Población

Está conformado por el conjunto de personas que además de vivir en una misma zona o un lugar determinado comparten características (28). Para esta investigación la población se conformó por un grupo de 120 personas de la tercera edad quienes se atendían en el centro de salud “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape”, de los cuales 60 pertenecían a la zona rural y 60 a la zona urbana.

Muestra

La muestra se define como aquella parte del todo, es decir es parte de la población a investigar. Debido a la significación de la población se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia el cual consiste en seleccionar la

muestra de forma no aleatoria, las cuales deben compartir características en función a la población que se desea estudiar, así mismo puede tomarse de forma directa o de manera intencional las personas que conforman la población en su totalidad. (28)

Para poder realizar el estudio se realizó por medio de llamadas telefónicas, donde se aplicó las preguntas correspondientes a la valoración clínica del adulto mayor, por tanto, la muestra se conformó por 120 pacientes adultos mayores que se atendían en el centro de salud “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape”, de los cuales 60 pertenecían a la zona rural y 60 a la zona urbana.

Así mismo, se han considerado como criterios de inclusión: persona cuya edad es de 60 años a más (adulto mayor) ; encontrarse dentro del uso de sus facultades cognitivas, físicas y espirituales; pueden participar personas de ambos géneros (masculino y femenino); el participante debe estar registrado y ser atendido en el centro de salud “Enrique Tirado Bonilla” en Chongoyape, así como vivir en el distrito o en algún caserío de Chongoyape.

Y como criterio de exclusión se consideró: toda persona menor de 60 años, quienes no desean participar en esta investigación, aquellas personas que se encuentren desorientados en tiempo y espacio, quien no estén registrados ni es atendidos en el centro de salud Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape, sobre todo que no radique o viva en el distrito de Chongoyape o en alguno de sus caseríos.

1.10. Variables y operacionalización.

Todas las variables requieren definiciones operativas evaluadas empíricamente, incluso si el estudio no formula hipótesis. Siempre que se tengan variables, se deben definir operacionalmente (22), el siguiente estudio de investigación tuvo una única variable siendo la calidad de vida del adulto mayor.

Variable: Calidad de vida

Entiéndase por calidad de vida como aquella aprehensión que se tiene de la persona, es decir si es adecuada o no, a su vez responde a su propio contexto cultural y responden a los objetivos físicos, emocionales, sociofamiliares y psicológicos. (1)

Operacionalización

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ÍTEM | ESCALA | TÉCNICA E INSTRUMENTO |
|-----------------|-----------------------------|---|-------|---|--|
| CALIDAD DE VIDA | VALORACIÓN FUNCIONAL (Katz) | Lavarse | 1-6 | Likert Nivel de Medición: Ordinal. Escala de medición: - SÍ - NO Tipo de preguntas: Cerradas | Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario |
| | | Vestirse | | | |
| | | Uso del servicio higiénico | | | |
| | | Movilizarse | | | |
| | | Continencia | | | |
| | | Alimentarse | | | |
| | ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) | ¿Qué fecha es hoy? | 7-16 | | |
| | | ¿Qué día de la semana? | | | |
| | | ¿Dónde nos encontramos? | | | |
| | | ¿Recuerda su dirección? | | | |
| | | ¿Cuántos años tiene? | | | |
| | | ¿Dónde nació? | | | |
| | | ¿Presidente actual del Perú? | | | |
| | | ¿Anterior presidente del Perú? | | | |
| | | Sabe el primer apellido de su madre | | | |
| | Restar de 3 en 3 desde 30 | | | | |
| | ESTADO AFECTIVO (Yesavage) | ¿Se siente satisfecho con su vida? | 17-20 | | |
| | | ¿Se siente impotente o indefenso? | | | |
| | | ¿Tiene problemas de memoria? | | | |
| | | ¿Se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? | | | |
| | VALORACION SOCIOFAMILIAR | SITUACION FAMILIAR a. Vive con familia, tiene problemas con sus familiares | 21 | | |

| | | | | | |
|--|--|--|----|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> b. Habita con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica. | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> c. Su conyugue tiene edad similar a la suya. d. Vive solo o tiene hijos con convivencia próxima. e. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero) | | | |
| | | <p>SITUACION ECONÓMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dos veces al salario mínimo vital b. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales. c. Un salario mínimo vital. d. Ingreso irregular (menos de mínimo vital). e. Sin pensión, sin otros ingresos. | 22 | | |
| | | <p>VIVIENDA</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Adecuada a las necesidades. b. Barreras arquitectónicas en la vivienda c. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto). d. Vivienda semi construida o de material rustico. e. Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda. | 23 | | |

| | | | | | |
|--|--|---|----|--|--|
| | | <p>RELACIONES SOCIALES</p> <p>a. Mantiene relaciones sociales en la comunidad.</p> <p>b. Relación social solo son la familia y vecinos.</p> <p>c. Relación social solo son la familia.</p> <p>d. No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia.</p> <p>e. No sale del domicilio y no recibe visitas.</p> | 24 | | |
| | | <p>APOYO DE RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).</p> <p>a. No necesita apoyo</p> <p>b. Requiere apoyo familiar o vecinal.</p> <p>c. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.</p> <p>d. No cuenta con seguro social</p> <p>e. Situación de abandono de familiar.</p> | 25 | | |

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

En el marco de la técnica e instrumento para la toma de información, se empleó la encuesta, la misma que fue aplicada a los adultos mayores que se atendían en el centro de salud “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape” durante el año 2019. Se aplicó un cuestionario para poder determinar la calidad de vida del adulto mayor del área rural y urbana que se atendían en el centro de salud “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape” durante el año 2019. El cuestionario empleado contenía 25 preguntas que permitieron recolectar la información que luego fue procesada estadísticamente; la encuesta empleada se encuentran en el VACAM (27).

En la valoración funcional se tiene seis preguntas vinculadas al adulto mayor. Para el estado cognitivo con 10 basados en el conocimiento en todo el transcurso de sus vidas. Escala afectiva que tiene 4 preguntas para saber sus emociones. Valoración socio-familiar consta de 5 preguntas que ayudan a saber su relación con su entorno, todos ellos se logran las preguntas correspondientes para analizar los resultados.

La valoración se realizó de acuerdo a la guía de (VACAM) del Ministerio de Salud, en donde es presentada en diferentes etapas de la guía ya establecida. Se basa en 3 dimensiones como son: la valoración funcional, el estado cognitivo y escala afectiva; y la valoración socio familiar del adulto mayor, siendo estas las que ayudan para saber la calidad de vida de los longevos.

Primera dimensión. Es la Valoración funcional en donde se basa en las Actividades Básicas de la Vida Diaria conocida con las siglas de ABVD: KATZ. Colóquesele como numero 1 cuando no tiene ningún ítem positivo de dependencia en donde significa que es independiente, se le coloca como numero 2 cuando tiene entre uno a cinco ítems positivo de dependencia que significa que es dependiente parcial y con el numero 3 cuando tiene de 6 ítems positivos de dependencia que significa que es dependiente total la persona adulto mayor.

Segunda dimensión. Es la valoración mental en donde abarca 2 puntos, que es el estado cognitivo y el estado afectivo. Con respecto al estado cognitivo que se realiza con la escala de Pfeiffer, se le toma en cuenta que se le coloca 1 punto a cada error, entonces si son igual o más de 2 errores significa que no tienen deterioro cognitivo, si son de 3 a 4 errores significa que tienen un deterioro cognitivo leve, si son de 5 a 7 errores significa que tienen un deterioro cognitivo moderado y si son de 8 a 10 errores significa que tienen un deterioro cognitivo severo. Y con respecto al estado afectivo que se realiza con la escala abreviada de Yesavage, se manifiesta que si se marca hasta 1 vez significa que no presenta manifestaciones depresivas y si son más de 2 marcas significa que tiene manifestaciones depresivas.

Tercera dimensión. Es la valoración socio-familiar en donde considera 5 puntos importantes como son las situaciones económicas, familiares, el apoyo de la red social y de vinculo social, si se marca entre 5 a 9 puntos significa que la valoración es buena/aceptable, si se marca entre 10 a 14 puntos significa que hay un riesgo social y cuando se marca 15 puntos a más significa que existe problema social (27).

1.12. Procedimiento de análisis de datos.

El método empleado es la base de datos en el programa SPSS v. 22.0 que se logró construir tablas de frecuencia; así como también el programa Excel para poder terminar las comparaciones en las tablas y de esa manera determinar la calidad de vida del adulto mayor del área rural y urbano con los resultados, con las teorías y antecedentes de acuerdo a los indicadores de VACAM (22).

1.13. Criterios éticos.

En esta investigación obtuvo los principios éticos considerados en el Informe Belmont (30), entre los cuales tenemos:

Respeto: como principio el respeto se sustenta en el respeto hacia los seres humanos, los cuales deben ser agentes autónomos y que las personas con autonomía decedente tienen derecho a ser válidas.

Beneficencia: el principio de beneficencia indica el trato digno y humanizado hacia las personas, por tanto, hace alusión al respeto de sus decisiones y protegerlos del daño, así como tratar de encontrar la felicidad para ellos.

Justicia: en este principio se afirma el derecho igualitario de las personas. por tanto, los adultos mayores que participarán de esta investigación han tenido un trato justo tanto al comienzo como en todo el proceso de su participación.

1.14. Criterios de rigor científico

Confiabilidad: dicho criterio nos ilustra en el nivel de confiabilidad para la interpretación durante el estudio. Este estudio se basa en la precisión obtenida de las mediciones minimizando el error continuo en el tamaño de muestra asumido (31).

Credibilidad: además de ser un criterio es un requisito básico e indispensable dado que va permitir demostrar tanto las practicas humanas como los fenómenos producto de la investigación y que han sido recolectados por el investigador acorde al contexto (31).

La replicabilidad de los resultados tiene como fundamento el respeto por los valores internos y externos, la investigación es reproducible y los resultados no pueden estar en conflicto entre sí (31).

El instrumento no será validado por juicio de expertos ya que existe en el MINSA según resolución ministerial N° 941-2005/MINSA.

RESULTADOS

1.15. Tablas y figuras

Tabla 1. Valoración funcional del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

| NIVEL FUNCIONAL | ENCUESTADOS URBANOS | % | ENCUESTADOS RURALES | % |
|------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| INDEPENDIENTE | 51 | 85% | 49 | 82% |
| DEPENDIENTE PARCIAL | 9 | 15% | 10 | 17% |
| DEPENDIENTE TOTAL | 0 | 0% | 1 | 2% |
| TOTAL | 60 | 100% | 60 | 100% |

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

Interpretación:

El nivel funcional del adulto mayor fue independiente en 85% para el área urbana. Y para el área rural fue del 82% independiente y 2% dependiente total.

Tabla 2. Dimensión cognitiva del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

| ESTADO COGNITIVO | ENCUESTADOS URBANOS | % | ENCUESTADOS RURALES | % |
|-------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| NORMAL | 39 | 65% | 14 | 23% |
| DC LEVE | 21 | 35% | 43 | 72% |
| DC MODERADO | 0 | 0% | 3 | 5% |
| DC SEVERO | 0 | 0% | 0 | 0% |
| TOTAL | 60 | 100% | 60 | 100% |

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

Interpretación:

El estado cognitivo fue normal en 65% para el área urbana. En el área rural fue del 72% leve y un 5% moderado.

Tabla 3. Dimensión estudio afectivo del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

| NIVEL AFECTIVO | ENCUESTADOS URBANOS | % | ENCUESTADOS RURALES | % |
|--------------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS | 51 | 85% | 41 | 68% |
| CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS | 9 | 15% | 19 | 32% |
| TOTAL | 60 | 100% | 60 | 100% |

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

Interpretación:

El nivel afectivo fue sin manifestaciones depresivas con un 85% en el área urbana. Para el área rural fue en un 68% sin manifestaciones depresivas.

Tabla 4. Dimensión socio familiar del adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

| VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR | ENCUESTADOS URBANOS | % | ENCUESTADOS RURALES | % |
|----------------------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| ACEPTABLE SITUACIÓN SOCIAL | 1 | 2% | 0 | 0% |
| EXISTE RIESGO SOCIAL | 53 | 88% | 47 | 78% |
| EXISTE PROBLEMA SOCIAL | 6 | 10% | 13 | 22% |
| TOTAL | 60 | 100% | 60 | 100% |

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor del área rural y urbano – Chongoyape, 2019.

Interpretación:

La valoración familiar evidencio en un 88% la existencia de riesgo social y un 2% fue aceptable la situación social en el área urbana. Para el área rural se evidenció en un 78% la existencia de riesgo social y un 22% en la existencia de problema social.

1.16. Discusión

La calidad de vida del adulto mayor es una temática latente y de mucha trascendencia en estos tiempos, a ello se suma el tipo de vida que llevamos las personas actualmente y que conducen a un envejecimiento en una edad temprana, por tanto, ha ido creciendo de manera considerable dicha población. La calidad de vida que lleva un adulto perteneciente a la zona urbana y el que vive en las áreas rurales en el Perú posee caracteres propios, una de las características resaltantes de los adultos de las zonas rurales es que aun cuando tienen una edad avanzada siguen laborando en actividades de tipo agropecuarias y donde no existe diferencia de edad ya que el único fin de laborar es el poder lograr subsistir; sin embargo, existe una interacción de forma dinámica (32).

Cuando hablamos de calidad de vida del adulto mayor la OMS (1) remarca la valoración que realizan las personas del contexto que lo rodea. Para la presente investigación se ha buscado determinar la calidad de vida del adulto mayor tanto para el área rural como urbana, todo ello en función a los objetivos establecidos. El estudio estuvo conformado por una muestra de 120 adultos mayores de los cuales 60 eran de área urbana y los otros 60 pertenecientes al área rural, una de las características fundamentales en ambos grupos es que son atendidos en el centro de salud "Enrique Tirado Bonilla - Chongoyape".

Para el presente estudio se logró determinar en el nivel funcional del adulto mayor fue independiente en 85% en el área urbana, mientras que el área rural fue del 82% independiente y 2% dependiente total. Un estudio similar a nuestra investigación es el realizado en el año 2019 por Vassallo M., donde buscaba determinar los agentes que afectan la calidad de vida de los adultos mayores, de 20 participantes se determinó que su salud se ve afectada por elementos que afectan en el ocio, la actividad y las habilidades funcionales; sin embargo, reciben un gran beneficio en relación al trato de enfermería. (12)

También se tienen estudios cuyos resultados exponen una calidad de vida no adecuada en las personas mayores y con énfasis en la dependencia, un ejemplo de ello es la realizada por Peña E., Bernal L., Reyna L., Pérez R., Onofre D., Cruz I. y Silvestre D. (9) en el año 2019, en el cual se logró determinar que los adultos mayores manifiestan problemas físicos siendo ello sinónimo de una dependencia para poder realizar sus actividades. A ello se suma el estudio realizado por Vargas L. y Villalobos F. en el año 2021, en el cual se determinó la pérdida progresiva de la funcionalidad motora en los 10 adultos mayores estudiados, lo que limita su capacidad de desplazarse. (18)

Cuando se hace referencia al estado cognitivo, esta tiene que ver con la valoración mental que se le atribuye a una persona, para el cual se aplica el “cuestionario de Pfeiffer” o “Short Portable Mental Status Questionnaire” cuyas siglas son SPMSQ (24). En la presente investigación se buscó identificar el estado cognitivo del adulto mayor perteneciente al área urbana y el área rural, en consecuencia, se obtuvo como resultado del estado cognitivo que este, fue normal en un 65% para el área urbana; muy por el contrario, fueron los resultados en el área rural, en el cual un 72% fue leve y un 5% moderado.

El estudio realizado por Arévalo D, Game C, Padilla C, Wong N. (2019), en el cual remarca que quienes leen más, practican más actividad física, tienen autoeficacia; y cuanto menor es el nivel de educación, más hostil se siente el mundo hacia ellos (8). Debemos remarcar que la población del área rural en torno al conocimiento no es igual al de la zona urbano, ya que no cuentan con un nivel de educación idóneo y sus actividades se dan en torno al campo como son la siembra o la crianza de animales, pero lo más importante es que ambas áreas no presentan deterioro cognitivo severo.

La dimensión “estado afectivo” tiene como base la “escala de depresión geriátrica de Yesavage”, el autor del instrumento buscó caracterizar la depresión por medio de síntomas somáticos, afectivos y cognitivos que pueden presentar las personas adultas mayores (ancianos), estas pueden poseer sentimientos como carencia de energía, desesperación, tristeza, entre otras (26). La investigación desarrollada demostró que, el nivel afectivo fue

sin manifestaciones depresivas con un 85% en el área urbana y para el área rural fue en un 68% sin manifestaciones depresivas.

Lo dicho en líneas anteriores es la evidencia de una diferencia porcentual del -17% que son parte del 32% que poseen manifestaciones depresivas, lo cual puede deberse a factores como: deudas, poca importancia de la familia, incapacidad de trabajar, cansancio, entre otras; las diferentes razones expuestas serian por qué observan estas diferencias en los resultados. En consecuencia, podemos afirmar que en el área rural es donde se denota un valor porcentual significativo de personas que poseen manifestaciones depresivas con un 17% sobre el área urbana.

Así mismo, existen estudios con resultados similares, como el realizado en el año 2019 por Arévalo D, Game C, Padilla C, Wong N., donde los adultos mayores adultos mayores manifiestan sentirse incomprendidos siendo una de las causantes de síntomas de depresión. También se tiene el estudio de los autores Vargas L. y Villalobos F., llevada a cabo en el 2021, en el cual se reafirma la problemática en lo que se denomina “estados afectivos”, ya que su estudio evidenció la inestabilidad emocional en los adultos mayores en un nivel crónico (18). Un caso diferente es la investigación de Mazacón B. (2017) donde la dimensión “calidad de vida de desempeño emocional” logro un valor porcentual del 76% (7).

En el análisis de la dimensión “valoración socio familiar” se busca identificar aquellas situaciones donde el adulto mayor pueda encontrarse en riesgo. En los resultados adquiridos en función a la valoración familiar evidencio en un 88% la existencia de riesgo social y un 2% fue aceptable la situación social en la zona urbana, en el caso de la zona rural se mostró en un 78% la existencia de riesgo social y un 22% en la existencia de problema social. En tanto, la diferencia de los valores porcentuales, así como la existencia de un alto índice de un riesgo social sería por diferentes causas como la lejanía de la familia, el olvido de los hijos, el no contar con una pensión, entre otras.

Ejemplos similares de estudio es el de Mazacón B. (2017) quien determinó para su investigación que los ancianos beneficiarios mantuvieron una calidad

de vida parecida a aquellos sin intervención en los dominios físico, mental y social (7). Los investigadores Vargas L. y Villalobos F., llevada a cabo en el 2021, en el cual expusieron como resultado de un estudio a 10 adultos mayores que estos poseen desatención familiar en un nivel crónico (18). De estos estudios se evidencia una calidad de vida mala en los adultos mayores y donde un elemento importante es el contexto familiar juegan un rol importante. Finalmente, para nuestro estudio se determinó que la calidad de vida en la dimensión socio familiar muestra para ambas áreas un alto riesgo social.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.17. Conclusiones

Se determinó en función a la calidad de vida que, un gran número de adultos mayores tanto de la zona urbano y rural presentan una calidad de vida adecuada en las dimensiones “nivel funcional” y “estado afectivo”; sin embargo, la deficiencia en la calidad de vida se da en las dimensiones “estado cognitivo” y “socio familiar”.

Se logró identificar para la calidad de vida en la dimensión valoración funcional del adulto mayor tanto en la zona urbano y rural que, presentan un nivel funcional independiente en lo que realizan diariamente. Cabe resaltar que en la zona rural presentó un déficit de independencia total de un 2% sobre el 0% de la zona urbana.

Para el estado cognitivo en el área urbano y rural se identificó que, en estas áreas poseen un mayor porcentaje en deterioro leve y ningún área presentaron deterioro cognitivo severo.

En la dimensión del estado afectivo de los adultos mayores tanto del área urbano como rural, se identificó más del 60% de adultos mayores no presentan manifestaciones depresivas. Así mismo, hay un número significativo de adultos mayores quienes poseen manifestaciones de depresión para la zona rural y es superior en un 17% a la zona urbana.

Se identificó en la valoración sociofamiliar para el área urbano y rural que, un número muy alto de adultos mayores poseen un riesgo social, así como también tanto en la zona urbano y rural presentan un problema social familiar y solo el 2% del área urbano presenta una aceptable situación social.

1.18. Recomendaciones

Se recomienda a nuestra casa superior de estudios y la escuela de enfermería como formadores de los futuros licenciados en enfermería, el llevar a cabo capacitaciones sobre estrategias sanitarias en relación al cuidado del adulto mayor.

Al centro de salud “Enrique Tirado Bonilla” del distrito de Chongoyape el considerar los resultados obtenidos en esta investigación, y ser tomado en cuenta para poder llevar a cabo acciones en el marco del plan de mejora continua, incrementando la eficacia y calidad de atención al adulto mayor.

A todo el profesional de salud y quienes trabajan en el centro de salud en el marco de Estrategia Sanitaria del adulto mayor, se le debe brindar mayor importancia y hacerle un seguimiento continuo para que así puedan realizar las acciones pertinentes para lograr mejoras en su salud y por ende en la calidad de vida. Todo ello a través de intervenciones de prevención y promoción en el nivel intramural y el ámbito extramural del C.S “Enrique Tirado Bonilla – Chongoyape”.

REFERENCIAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2019 [cited 2018 febrero 05]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
2. Soria Romero Z, Universidad Autónoma del Estado México, Montoya Arce BJ, Universidad Autónoma del Estado México. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles Poblac [Internet]. 2017;23(93):59–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
3. Celerio T. y Galizzi M. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá. [Argentina]: UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA; 2019. Recuperado de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.uca.edu.ar%2Fbitstream%2F123456789%2F9721%2F1%2Fcalidad-vida-adultos-mayores-70.pdf&clen=1029634
4. Vera M. Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Rev. Anuales de la Facultad de Medicina UNMSM. [Revista en internet]. P. 284-290. Lima 2007. [Visitado el día 10 de julio del 2021]. Disponible en web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
5. MIMP. Comisión Intersectorial. [Online].; 2019 [cited 2019]. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lambayeque2.html>
6. Población 2019 preliminar – Excel. Chongoyape: Gerencia Regional de Salud Lambayeque;2019.
7. 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 Ecuador; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6561>
8. Arévalo-Avecillas D, Game C, Padilla-Lozano C, Wong N. Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. CIT Inform Tecnol [Internet]. 2019 [citado el 17 de abril de 2022];30(5):271–82. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642019000500271&lang=es

9. Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre D, Cruz I y Silvestre D. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México [Tesis]. México Universidad y Salud 2019 [Consultado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4307/5187>
10. Celeiro T. y Galizzi M. Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoya [Tesis]. Universidad Católica Argentina 2019 [Consultado 24 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>
11. García López LE, Quevedo Navarro M, La Rosa Pons Y, Leyva Hernández A. Calidad de vida percibida por adultos mayores. Medimay [Internet]. 2020 [citado: fecha de citado];27(1):16-25. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1561>
12. Vassallo M. Calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho – Chosica [Tesis]. Lima Universidad San Ignacio de Loyola 2019 [Consultado 10 Nov 2021]. Disponible en: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9063/1/2019_Vassallo-Caceres.pdf
13. León G. Calidad de vida del anciano que asiste a un taller del adulto mayor de una institución de salud privada del Rímac [Tesis]. Lima Universidad Norbert Wiener 2019 [Consultado 24 Nov 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3150/TESIS%20Le%C3%B3n%20Gloria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Sopla Vilca L, Chávez Milla JM. Calidad de vida de los adultos mayores en el distrito de Huancas, Chachapoyas, Perú, 2019. Rev Cient UNTRM Cienc Soc Humanid [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2022];3(3):48. Disponible en: <http://revistas.untrm.edu.pe/index.php/CSH/article/view/647>.
15. Chuquilin Palomino DY, Marin Marin IY. Relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en Centro de Salud La Tulpuna - Cajamarca - Perú. 2019. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2020. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1208>

16. Queirolo S, Barboza M y Ventura J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima. Rev. Enfer. Glo [Internet]. 2020 [Consultado 10 Nov 2021]; 19 (4). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/420681>
17. Tineo J. Calidad de vida en el adulto mayor: revisión teórica [Internet]. Chiclayo Universidad Señor de Sipan 2019 [Consultado 10 Nov 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6927/Tineo%20Carrero%20Jeferson%20Smith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Vargas Sandoval Luzmery Elizabeth VGFM. "Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico de un Pueblo Joven, Lambayeque-2019". [LAMBAYEQUE]: UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO; 2021. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.unprg.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12893%2F9394%2FVargas_Sandoval_Luzmery_Elizabeth_y_Villaobos_Gonz%25C3%25A1les_Flor_Marina.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=2501097
19. Aristizabal G., Blanco D, Sánchez A. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM Vol. 8. Año. 8 N°. 4 octubre - diciembre 201. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf> (último acceso 30 de septiembre 2019).
20. Diaz M, Diaz M, Beristaín I. Proceso enfermero basado en la promoción de la salud. Desarrollo Cientif Enferm.. 2011 mayo; vol. 19(n° 4). (último acceso 30 de septiembre 2019).
21. Watanabe B. Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. 2014. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F291%2F29115113.pdf&clen=128894>
22. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención. Vol. 25. Callao; 2006.

23. Navarrete Vilca TB. Valoración funcional y etapificación de la dismovilidad en adultos mayores al ingreso hospitalario a una Clínica Geriátrica especializada del Seguro Social en ESSALUD en Lima, Perú. 2013.
24. Piquero I. Escala de Pfeiffer: qué es, para qué sirve y cómo se interpreta [Internet]. psicologia-online.com. 2021 [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/escala-de-pfeiffer-que-es-para-que-sirve-y-como-se-interpreta-5753.html>
25. Martínez De La Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Y Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Medicina Clínica. 2001;117(4):129–34.
26. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica. 2011;10(3):735–43..
27. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP.V.01/Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud;2008.
28. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ªed. México D.F: Mc Graw Hill Interamericana; 2014.
29. Manterola C., Otzen T. Estudios Transversales. Los Diseños utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J Morphol; 2014. 32 (2)
30. Vasconcelos S, Menezes P, D Ribeiro M, Heitman E. Rigor científico y ciencia abierta: desafíos éticos y metodológicos en la investigación cualitativa. Rev Scielo en Perspectiva [Internet]. 2021. [Citado 24 oct 2020]; 28(3). Disponible en: <https://blog.scielo.org/es/2021/02/05/rigor-cientifico-y-ciencia-abierta-desafios-eticos-y-metodologicos-en-la-investigacion-cualitativa/#.YNZL8BtKjIU>
31. Ryan K, Brady J, Cooke R, Height C, Jonsen A, King P. et al. Informe Belmont: principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación; Washington D.C; 2003. [consultado 3 de octubre

del 2016]. Disponible en:
https://www.ecu.edu/csacad/rgs/irb/upload/BelmontReport_Spanish.pdf

32. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural. Manual para profesionales, técnicos y promotores de la salud. 2010. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Perú.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Identificada (o) con DNI..... Acepto, participar voluntariamente en esta investigación y reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Así mismo haber sido informado de manera clara, precisa y oportuna por la estudiante Bernilla Mundaca Marbely Carolina, de los fines que busca la presente investigación titulada: "Calidad de Vida del Adulto Mayor del Area Rural y Urbano – Chongoyape,2019".

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a que se me realice el cuestionario.

Pimentel,.....de..... 2021

INVESTIGADORA

PARTICIPANTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
INSTRUCCIONES:

La presente encuesta tiene como objetivo recolectar información con la única finalidad de investigación para conocer aspectos (funcional, cognitivo, afectivo y sociofamiliar) del adulto mayor. Marcar con una "X" la respuesta.

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL ÁREA RURAL Y URBANO –
CHONGOYAPE, 2019**

N° entrevista : _____ Fecha: _____
 Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 DNI N° : _____ Cel.: _____

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICACIONES | VALORA- CIÓN | CALIFICA- CIÓN |
|----------------------------------|--|--|-----------------|-------------------|
| CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR | D1: VALORACIÓN FUNCIONAL (Katz) | Lavarse | SI/NO | 1/0 |
| | | Vestirse | SI/NO | 1/0 |
| | | Uso del servicio higiénico | SI/NO | 1/0 |
| | | Movilizarse | SI/NO | 1/0 |
| | | Continencia | SI/NO | 1/0 |
| | | Alimentarse | SI/NO | 1/0 |
| | D2: ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) | ¿Cuál es la fecha de hoy? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Qué día de la semana? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿En qué lugar estamos? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Cuál es su dirección completa? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Cuántos años tiene? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Dónde nació? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú? | SI/NO | 0/1 |
| | | Dígame el primer apellido de su madre | SI/NO | 0/1 |
| | | Restar de 3 en 3 desde 30 | SI/NO | 0/1 |
| | D3: ESTADO AFECTIVO (Yesavage) | ¿Está satisfecho con su vida? | SI/NO | 0/1 |
| | | ¿Se siente impotente o indefenso? | SI/NO | 1/0 |
| | | ¿Tiene problemas de memoria? | SI/NO | 1/0 |

| | | | | |
|--|--|--|-------|-----|
| | | ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? | SI/NO | 1/0 |
| | D4: VALORACION SOCIOFAMILIA R | A: SITUACION FAMILIAR | | |
| | | Vive con familia, sin conflicto familiar | SI | 1 |
| | | Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica. | SI | 2 |
| | | Vive con cónyuge de similar edad. | SI | 3 |
| | | Vive solo o tiene hijos con convivencia próxima. | SI | 4 |
| | | Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero) | SI | 5 |
| | | B: SITUACION ECONOMICA | | |
| | | Dos veces al salario mínimo vital | SI | 1 |
| | | Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales. | SI | 2 |
| | | Un salario mínimo vital. | SI | 3 |
| | | Ingreso irregular (menos de mínimo vital). | SI | 4 |
| | | Sin pensión, sin otros ingresos. | SI | 5 |
| | | C: VIVIENDA | | |
| | | Adecuada a las necesidades. | SI | 1 |
| | | Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas. | SI | 2 |
| | | Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto). | SI | 3 |
| | | Vivienda semi construida o de material rustico. | SI | 4 |
| | | Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda. | SI | 5 |
| | | D: RELACIONES SOCIALES | | |
| | | Mantiene relaciones sociales en la comunidad. | SI | 1 |
| | Relación social solo son la familia y vecinos. | SI | 2 | |
| | Relación social solo son la familia. | SI | 3 | |

| | | | | |
|--|--|---|----|---|
| | | No sale del domicilio pero recibe visitas de familia. | SI | 4 |
| | | No sale del domicilio y no recibe visitas. | SI | 5 |
| | | E: APOYO DE RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA). | | |
| | | No necesita apoyo | SI | 1 |
| | | Requiere apoyo familiar o vecinal. | SI | 2 |
| | | Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social. | SI | 3 |
| | | No cuenta con seguro social | SI | 4 |
| | | Situación de abandono de familiar. | SI | 5 |

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Pimentel, 14 de enero de 2020

Solicito: Autorización recolección de datos para trabajo de investigación.

Doctor
Wilfredo Zeña Gonzales
Jefe del Centro de Salud Micro-Red Chongoyape
Presente.-

De mi consideración:

Me dirijo a usted en nombre de la Universidad Señor de Sipán, para saludarlo cordialmente y a la vez motiva la presente para presentar a la Srta. **Bernilla Mundaca Marbely Carolina**, estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de esta Casa Superior de Estudios, quien cuenta con la aprobación del Proyecto de Investigación denominado: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL AREA RURAL Y URBANO CHONGOYAPE, 2019**

En tal sentido, acudo a su despacho para solicitar tenga a bien **AUTORIZAR** el permiso a la estudiante en mención, a fin que pueda recolectar datos para la ejecución del proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradeciendo por anticipado su gentil atención, me despido.

Atentamente,

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CAMBAYEQUE
RED DE SERVICIOS DE SALUD - CHICLAYO
MICRORED CHONGOYAPE
CENTRO DE SALUD "VICTOR E. TIRADO BONILLA"
CHONGOYAPE

Registro N°: C.P.
Fecha: 17.01.20
Hora: 11:06 AM.
Firma: [Firma]



[Firma]
Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Directora (e) de EP de Enfermería
UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN S.A.C.

ADMISIÓN E INFORMES

074 481610 - 074 481632

CAMPUS USS

Km. 5, carretera a Pimentel
Chiclayo, Perú

www.uss.edu.pe