



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA

**TESIS**

EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CALIDAD  
DE VIDA, EN EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR  
FAMILIAR, DEL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN  
EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, HUAMANGA  
– AYACUCHO, 2024.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PUBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCIÓN  
CON LOS SERVICIOS DE SALUD

**PRESENTADO POR:**

KENIA THAYS QUISPE DE LA CRUZ

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

DOCENTE ASESOR:

MG. WALTER JESÚS ACHARTE CHAMPI

CÓDIGO ORCID N° 0000-0001-6598-7801

CHINCHA, 2024

## Constancia de aprobación de investigación



### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Chincha, 09 de noviembre de 2024

**Mg. JOSÉ YOMIL PEREZ GOMEZ**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Presente. –**

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarlo e informar que la bachiller: **KENIA THAYS QUISPE DE LA CRUZ**, con DNI N° 70044943, de la Facultad Ciencias de la Salud, del programa Académico de Enfermería, ha cumplido con elaborar su tesis titulada: **“EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR, DEL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, HUAMANGA – AYACUCHO, 2024.”**

APROBADO(A):

Por lo tanto, queda expedito para la revisión por parte de los jurados para sustentación.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,

Asesor: Mg. WALTER JESUS ACHARTE CHAMPI  
CODIGO ORCID: 0000-0001-6598-7801

## Declaratoria de autenticidad de la investigación



### DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Kenia Thays Quispe De la cruz identificada con DNI N°70044943, en mi condición de estudiante del programa de estudios de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: **“EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR, DEL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, HUAMANGA - AYACUCHO, 2024”**, declaro bajo juramento que:

- a. La investigación realizada es de mi autoría
- b. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni auto plagio en su elaboración.
- c. La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- d. Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- e. La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

21%

Autorizo a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la Universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta, 20 de diciembre del 2024



Kenia Thays Quispe De la cruz  
DNI: 70044943

LEGALIZACION  
AL DORSO



DOCUMENTO NO REDACTADO  
EN ESTA NOTARIA



**CERTIFICO:** LA AUTENTICIDAD DE LA FIRMA E IMPRESION DACTILAR DE: **KENIA THAYS QUISPE DE LA CRUZ**, IDENTIFICADA CON DNI N° **70044943**; DE CONFORMIDAD ESTABLECE EL DEC. LEG. 1232, QUE MODIFICA EL ART. 55° INC. A DEL DEC. LEG. 1049. **LA COMPARECIENTE HA SIDO DEBIDAMENTE IDENTIFICADA MEDIANTE EL SISTEMA DE CONSULTA BIOMÉTRICA DE LA RENIEC.** LEGALIZO A SOLICITUD DE LA PARTE INTERESADA. EL NOTARIO NO ASUME RESPONSABILIDAD SOBRE EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO DE CONFORMIDAD CON EL ART. 108° DEL DEC. LEG. N° 1049, EN SAN JUAN BAUTISTA-HUAMANGA-AYACUCHO, AL DÍA 20 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024. =====LJGF



**CARLOS PELAYO ORE GAMBOA**  
Abogado - Notario de Huamanga



## **Dedicatoria**

A mis padres, Betty y Abelardo, por todo su amor, apoyo, virtud. Gracias por su paciencia infinita, comprensión y por todos los sacrificios que hicieron posible para que hoy pueda ser la persona quien soy. Siempre estuvieron a mi lado de manera incondicional, brindándome sus valiosos consejos y reflexiones, que me formaron no solo como persona, sino también como profesional íntegro.

## **Agradecimiento**

A la Universidad Autónoma de Ica, alma máter, por la formación de profesionales competentes y líderes en el campo. Agradezco profundamente la oportunidad que esta institución me ofreció a lo largo de mi carrera, las cuales fueron clave en la consecución de este logro.

A la Escuela Profesional de Enfermería, por su liderazgo en la investigación científica y por fomentar en sus estudiantes la importancia del rigor académico y la innovación.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por ser excelentes amigos y maestros, por su dedicación y compartir sus conocimientos y experiencias, que fueron fundamentales en mi formación tanto académica como personal.

Al ilustrísimo e inteligente asesor metodológico Mg. Walter Jesús Acharte Champi, por sus apreciaciones, su invaluable orientación, consejos y paciencia; sus enseñanzas y críticas constructivas fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

A los cuidadores familiares de la jurisdicción del Centro salud de San Juan Bautista, por su participación en la presente investigación, que contribuyeron a este proyecto en la recolección de datos.

## Resumen

La presente investigación tuvo como **objetivo**, determinar la efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. La **metodología** de la investigación es de tipo básica, de nivel explicativo y diseño cuasi experimental con una prueba de pre test y post test, constituida de 108 cuidadores familiares del adulto mayor, de los cuales 54 cuidadores familiares pertenecieron al grupo experimental y 54 cuidadores familiares al grupo control. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento, el cuestionario. El análisis estadístico fue descriptivo con el cálculo de proporciones mediante el Software IBM-SPSS versión 25,0. Los **resultados** evidenciaron en el grupo control, en el pre test obtuvieron un nivel de conocimiento bajo 70.4% (38), medio 20.4% (11), alto 9.3% (5) y en el post test predominó el nivel de conocimiento bajo 74.1% (40), medio 18.5% (10) y alto 7.45 (4). Por otra parte, en el grupo experimental, en el pre test presentaron un nivel de conocimiento bajo 77.8% (42), medio 16.7% (9), y alto 5.6% (3); incrementando en el post test el nivel de conocimiento alto 87% (47), medio 11.1% (6) y bajo 1.9% (1). Se **concluye** que la aplicación del programa educativo dirigido a los cuidadores familiares ha demostrado ser efectiva, como se evidencia al comparar los resultados obtenidos en las evaluaciones pre test y post test. El análisis de los datos refleja una mejora significativa en el conocimiento de los cuidadores familiares, lo que sugiere un impacto positivo en su capacidad para brindar cuidados de mayor calidad. La validación estadística se realizó mediante Wilcoxon con un valor significancia ( $=0.000$ ) menor al 0.05.

**Palabras clave.** Adulto mayor, bienestar físico, bienestar mental, bienestar social, calidad de vida, centro de salud, conocimiento, cuidador familiar, programa educativo.

## Abstract

The objective of this research was to determine the effectiveness of an educational program on quality of life, in the knowledge of the family caregiver, of the elderly patient treated at the San Juan Bautista health center, Huamanga - Ayacucho, 2024. The research methodology is basic, explanatory level and quasi-experimental design with a pre-test and post-test, consisting of 108 family caregivers of the elderly, of which 54 family caregivers belonged to the experimental group and 54 family caregivers to the control group. The data collection technique was the survey and the instrument, the questionnaire. The statistical analysis was descriptive with the calculation of proportions using the IBM-SPSS Software version 25.0. The results showed that in the control group, in the pre-test they obtained a low level of knowledge 70.4% (38), medium 20.4% (11), high 9.3% (5) and in the post-test the level of knowledge predominated low 74.1% (40), medium 18.5% (10) and high 7.45% (4). On the other hand, in the experimental group, in the pre-test they presented a low level of knowledge 77.8% (42), medium 16.7% (9), and high 5.6% (3); increasing in the post-test the level of knowledge was high 87% (47), medium 11.1% (6) and low 1.9% (1). It is concluded that the application of the educational program directed to family caregivers has proven to be effective, as evidenced by comparing the results obtained in the pre-test and post-test evaluations. Data analysis reflects a significant improvement in the knowledge of family caregivers, suggesting a positive impact on their ability to provide higher quality care. Statistical validation was performed using Wilcoxon with a significance value ( $=0.000$ ) less than 0.05.

**Keywords.** Elderly, physical well-being, mental well-being, social well-being, quality of life, health center, knowledge, family caregiver, educational program.

## Índice general

Portada .....	i
Constancia de aprobación de investigación.....	ii
Declaratoria de autenticidad de la investigación .....	iii
Dedicatoria... ..	v
Agradecimiento .....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Índice general .....	ix
Índice de tablas académicas.....	xi
Índice de figuras.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	15
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
2.1. Descripción del problema.....	17
2.2. Pregunta de investigación general .....	20
2.3. Preguntas de investigación específicas .....	20
2.4. Objetivo general y específicas .....	20
2.5. Justificación e importancia .....	21
2.7. Alcances y limitaciones .....	22
III. MARCO TEÓRICO.....	24
3.1. Antecedentes .....	24
3.2. Bases teóricas.....	36
3.3. Marco conceptual.....	56
IV. METODOLOGÍA.....	58
4.1. Tipo y nivel de investigación .....	58
4.2. Diseño de la investigación.....	58
4.3. Hipótesis general y específicas.....	59
4.4. Identificación de las variables .....	59
4.5. Matriz de operacionalización de variables.....	61
4.6. Población - Muestra .....	63
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información .....	64
4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos .....	65
V. RESULTADOS .....	67
5.1. Presentación de Resultados .....	67

5.2. Interpretación de Resultados .....	91
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	97
6.1. Análisis inferencial .....	97
VII. DISCUSIÓN.....	105
7.1. Comparación de resultados .....	105
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	108
CONCLUSIONES .....	108
RECOMENDACIONES.....	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	120
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	121
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos .....	124
Anexo 3: Ficha de validación por juicio de expertos .....	138
Anexo 4: Base de datos.....	141
Anexo 5: Evidencia fotográfica.....	152
Anexo 6: Informe de Turnitin al 28% de similitud.....	155

## Índice de tablas académicas

Tabla N°1. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo control .....	67
Tabla N°2. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo Experimental .	68
Tabla N°3. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control. ....	69
Tabla N°4. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control. ....	70
Tabla N°5. Frecuencia genero del cuidador familiar - grupo control .....	71
Tabla N°6. Frecuencia genero del cuidador familiar - Grupo experimental .....	72
Tabla N°7. Frecuencia estado civil del cuidador familiar - grupo control..	73
Tabla N°8. Frecuencia estado civil del cuidador familiar - Grupo experimental. ....	74
Tabla N°9. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (pre test).....	75
Tabla N°10. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (post test) .....	76
Tabla N°11. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (pre test) .....	77
Tabla N°12. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (post test).....	78
Tabla N°13. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (pretest) .....	79
Tabla N°14. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (post test) .....	80
Tabla N°15. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (pre test) .....	81
Tabla N°16. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (post test).....	82
Tabla N°17. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (pre test) .....	83
Tabla N°18. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (post test).....	84

Tabla N°19. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (pre test).....	85
Tabla N°20. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (post test) .....	86
Tabla N°21. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (pre test) .....	87
Tabla N°22. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (post test) .....	88
Tabla N°23. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (pre test).....	89
Tabla N°24. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (post test) .....	90
Tabla N°25. Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar – Grupo control .....	91
Tabla N°26. Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar– Grupo experimental.....	91
Tabla N°27. Prueba de normalidad.....	97
Tabla N°28. Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida .....	98
Tabla N°29. Estadísticos de prueba de Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida.....	99
Tabla N°30. Efectividad de un programa educativo sobre calidad bienestar físico .....	100
Tabla N°31. Estadísticos de prueba de efectividad de un programa educativo sobre bienestar físico.....	100
Tabla N°32. Efectividad de un programa educativo sobre calidad en el bienestar social, en el conocimiento del cuidador familiar .....	102
Tabla N°33. Estadísticos de prueba de Efectividad de un programa educativo sobre bienestar social.....	102
Tabla N°34. Efectividad de un programa educativo sobre calidad bienestar mental .....	103
Tabla N°35. Estadísticos de prueba de Efectividad de un programa educativo sobre bienestar mental .....	104

## Índice de figuras

Figura N°1. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo control .....	67
Figura N°2. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo experimental	68
Figura N°3. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control.....	69
Figura N°4. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control.....	70
Figura N°5. Frecuencia genero del cuidador familiar - grupo control.....	71
Figura N°6. Frecuencia genero del cuidador familiar- grupo experimental .....	72
Figura N°7. Frecuencia estado civil del cuidador familiar - Grupo control	73
Figura N°8. Frecuencia estado civil del cuidador familiar- Grupo experimental .....	74
Figura N°9. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (pre test).....	75
Figura N°11. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (pre test).....	77
Figura N°12. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (post test) .....	78
Figura N°13. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (pretest) .....	79
Figura N°14. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (post test).....	80
Figura N°15. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (pre test).....	81
Figura N°16. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (post test) .....	82
Figura N°17. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (pre test) .....	83
Figura N°18. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (post test).....	84
Figura N°19. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (pre test).....	85

Figura N°20. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (post test) .....	86
Figura N°21. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (pre test) .....	87
Figura N°22. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (post test) .....	88
Figura N°23. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (pre test) .....	89
Figura N°24. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (post test) .....	90

## **I. INTRODUCCIÓN**

La calidad de vida es crucial porque refleja el nivel general de felicidad que experimenta un individuo en todos los aspectos de la vida. Esto incluye su salud física y mental, relaciones sociales, satisfacción laboral, entorno emocional y más. Una buena calidad de vida no solo refleja el grado de felicidad personal, sino que también afecta la capacidad de una persona para enfrentar desafíos, perseguir metas y disfrutar de una vida plena y significativa. Es un indicador importante para evaluar la eficacia de los tratamientos médicos y psicológicos y para construir una sociedad más inclusiva y justa que promueva el bienestar de todos sus miembros. (1)

Ser un adulto mayor presenta una variedad de desafíos, y la identificación temprana de estos desafíos ayudará a comprender las transiciones que ocurren durante la transición a la edad adulta mayor. Por lo tanto, el conocimiento es también la respuesta a los problemas que pueden surgir no solo en la práctica profesional, sino también para quienes brindan los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida. (2)

Cuando se trata de cuidador familiar, se refiere a la calidad de las relaciones que se establecen entre los miembros de la familia. Estas relaciones se forman en base a factores protectores o de riesgo cuando uno de los participantes necesita una condición médica. Cuando las familias funcionan adecuadamente, las personas logran una mayor calidad de vida y, a su vez, un mayor bienestar físico, psicológico y social. (3)

La intervención de un programa educativo sobre calidad de vida dirigida al cuidador familiar del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, se desarrolla considerando que son quienes deben proporcionar el cuidado adecuado al adulto mayor, asumiendo la responsabilidad de un profesional en salud de manera permanente si así se requiere. El profesional de enfermería cumple un rol educador sobre el cuidado

del adulto mayor hacia los cuidadores familiares, enriqueciendo sus conocimientos y, principalmente, mejorar la información precisa y relevante, les permite promover una buena calidad de vida para su familiar, previniendo la aparición de enfermedades que podrían conducir a un desenlace no deseado por la familia.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I. Introducción, que se refiere a una breve y atractiva presentación del contenido de la tesis.

Capítulo II. Planteamiento del problema, incluye la descripción del problema, para luego a través de la formulación obtener los problemas generales y específicos, y culminamos con la justificación y relevancia de nuestro estudio de investigación.

Capítulo III. Marco teórico, se realizó los antecedentes de estudio tanto internacionales, nacionales y locales, se estructuró la base teórica para seguir con la definición de términos y por último darle una definición conceptual.

Capítulo IV: Metodología, se muestra el tipo y nivel de investigación, hipótesis, variables y realizar la operacionalización de la variable de estudio, para seguir mostrando la población y muestra del estudio, la recolección de los datos a través de sus técnicas e instrumentos para luego obtener su validez y confiabilidad y por último se indica todo el proceso del plan de recolección y el procesamiento de los datos.

Capítulo V: Se menciona todos los resultados obtenidos en base a la recolección de datos.

Capítulo VI: Se hace comparación de todos los resultados obtenidos con los resultados de otros autores y se hace una discusión del mismo, luego se ejecuta las conclusiones y recomendaciones obtenidas sobre todo el proceso de la investigación y finalmente se hace la bibliografía y anexos del trabajo de investigación.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. Descripción del problema**

La calidad de vida y el cuidador familiar están estrechamente relacionados, ya que el bienestar de cada miembro de la familia afecta al funcionamiento de todo el grupo. Una buena calidad de vida para los miembros de la familia, especialmente a su familiar en la edad adulta mayor, ayuda a crear un ambiente armonioso y de apoyo y mejora la comunicación, la cooperación y el apoyo mutuo de los miembros de la familia. Por otro lado, una familia que funcione eficazmente puede crear un ambiente propicio para el crecimiento personal y el logro de metas, lo que afecta positivamente la calidad de vida de los miembros de la familia en la edad adulta mayor. La fortaleza emocional y el apoyo de la familia ayudan a afrontar los retos y superar las dificultades, lo que en última instancia mejora la calidad de vida individual y la cohesión y el bienestar de toda la familia. (4)

A nivel mundial, hay aproximadamente 125 millones de adultos mayores en todo el mundo y se espera que esta cifra se duplique de aquí a 2050, el 80% de las cuales vivirá en países en desarrollo. La población de edad avanzada, es decir, los mayores de 60 años, está creciendo rápidamente tanto en números absolutos como en relación con la población más joven (a esto se le llama envejecimiento poblacional). El rápido progreso del envejecimiento de la población puede atribuirse principalmente a tres factores demográficos relacionados: la disminución de las tasas de natalidad, la disminución general de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida (5). Los países que tiene mayor cantidad de adultos mayores son: Japón con un 28.7%, Italia con un 23.61%, Portugal con un 23.15%, Finlandia con un 22.96% y Grecia con un 22.64% (6). Por ello, deberíamos referirnos a la senectud del ser humano con tanta emoción que refleje un éxito social, porque ello viene de múltiples factores que influyeron en desde su nivel de educación, desarrollo

económico, evolución tecnológica, medica, entre otras. Sin embargo, se enfrenta a otros factores como la pérdida de los seres queridos esposos, hijos, problemas para alcanzar los estudios deseados, trabajo limitado, desamparo social por falta de pensión, entre otras que ponen en vulnerabilidad a este grupo etario, desencadenando enfermedades crónicas que deterioran su salud, sumado a ello una inadecuada alimentación restando con ello sus defensas. Estas y muchas más situaciones y peripecias atraviesan los adultos mayores.(7)

A nivel internacional, en Latinoamérica en el 2019, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que la población adulta mayor de 65 años o más suman 116 millones de adultos mayores de 65 años o más componen el 12% de la población total de la región. En 1995, había 62 millones de adultos mayores en la región, lo que representaba el 8 % de la población total, casi duplicando esta cifra la población actual. De la misma manera Canadá y Estados Unidos, los países con el mayor porcentaje de adultos mayores (8). En Colombia, debido al crecimiento de la población en la provincia de Santander, el cuidado de personas mayores que han envejeciendo y han estado perdido su capacidad física, mental e intelectual para realizar las actividades diarias se ha convertido en un problema social y familiar, ya que muchas familias no cuentan con los recursos económicos necesarios para poder pagar una atención medica que ofrezca los cuidados requeridos, lo cual implica tener conocimientos en salud para cuidar a un adulto mayor. (9)

A nivel nacional, en Perú, el 52,4% de los adultos mayores son mujeres (2 millones 168 mil) y el 47,6% son hombres (1 millón 973 mil), según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Las mujeres de mayor edad constituyen el 13,2% de la población femenina en el país, mientras que el sexo masculino en edad adulta constituye el 12,2% de la población masculina. Según los hallazgos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), en el 43,9% en los

hogares del país reside al menos una persona de 60 años o más. El 9,8% de los hogares residen adultos de 80 años o más. Lo que equivale que en 44 de cada 100 hogares del país vive un adulto mayor.(10)

En la región de Ayacucho, se cuenta con un total de población de 668,657, donde el 7.9% representa a la población adulta mayor (54,174). En la provincia donde hay más presencia de adultos mayores es Huamanga con un 31.15% (16,880).(11)

El envejecimiento de la población es una transformación dificultosa en la vida humana, porque tiene mucha influencia la composición familiar, su convivencia, salud y bienestar de todo el entorno. Por otro lado, cuando los adultos mayores ya no logran desempeñar sus funciones con normalidad, pueden depender de un cuidador para apoyarse y cubrir las funciones y necesidades básicas que requiera.(12)

El cuidador es la persona que estará encargada de efectuar un cuidado no profesional en adultos mayores que se encuentren en situación de dependencia, sin embargo, no pueden hacer funciones del personal de enfermería por lo que sus tareas son básicamente asistirle en el desarrollo de sus actividades diarias, vigilarlo, controlar, acompañar y darle el apoyo emocional que necesita. Según su estado va avanzando propio de la edad y el decaimiento del funcionamiento del cuerpo, el cuidador también cambia, por lo que si en un inician sus actividades se centran en vigilar y controlar estas pasan hacer más esenciales por lo que realizaría actividades básicas de la vida diaria de un enfermo.

Por ello, el cuidador familiar va a requerir prepararse adecuadamente con los conocimientos básicos necesarios sobre el envejecimiento para lograr proporcionarle una atención adecuada. Es vital que el personal de enfermería logre educar al cuidador, de esta manera se prevé que los demás familiares se desempeñen con responsabilidad y se involucren en el cuidado del adulto mayor

cuando sea requerido. El cuidador familiar es un elemento muy importante para el adulto mayor, que normalmente no tiene una retribución económica, desempeña labores de 24 horas, teniendo como único vínculo el lazo familiar y afectivo.

En referencia a lo mencionado se puede percibir la necesidad que existe en desarrollar el presente programa educativo con el propósito de proporcionar las herramientas básicas al cuidado familiar y logre darle una adecuada calidad de vida que su familiar en la edad de adulto mayor requiere. Para ello se formula lo siguiente:

## **2.2. Pregunta de investigación general**

¿Cuál es la efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024?

## **2.3. Preguntas de investigación específicas**

PE1. ¿Cuál es la efectividad antes de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024?

PE2. ¿Cuál es la efectividad después de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024?

## **2.4. Objetivo general y específicas**

### **Objetivo general**

Determinar la efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto

mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

### **Objetivos específicos**

OE1. Identificar la efectividad antes de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

OE2. Identificar la efectividad después de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

## **2.5. Justificación e importancia**

**En cuanto al valor teórico**, el conocimiento puede ser entendido como un proceso que se manifiesta en el acto de conocer, es decir, en la percepción de la realidad. Así como también el producto o resultado de este proceso que se traduce en conceptos, imágenes y representaciones de esa realidad (13). Por ello la investigación apporto con una revisión sistemática y actualizada acerca del conocimiento de la calidad de vida en adultos mayores, mediante la efectividad de un programa educativo dirigida a los cuidadores familiares, puesto que no había estudios previos en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga - Ayacucho, estos resultados permiten afianzar teorías existentes permitiéndonos contribuir a la línea de investigación de estudios que ayudaran a otros investigadores a realizar un estudio con características en común que tengan a bien contribuir con el incremento del conocimiento sobre calidad de vida del adulto mayor y se logren mantener el bienestar deseado.

**Tiene valor práctico**, porque la presente investigación pretende aportar conocimientos sobre la calidad de vida de los adultos

mayores, permitirá plantear acciones o estrategias donde los profesionales de enfermería deben promocionar y promover la educación de la salud a través de un programa educativo, mediante sesiones educativas a los cuidadores familiares y brindarles una mejor calidad de vida a sus familiares en la edad de adulto mayor.

**Referente a la justificación metodológica,** el desarrollo de esta investigación tuvo como finalidad evaluar el conocimiento de los cuidadores familiares, Para llevar a cabo este estudio, tuvo que seguir una línea rigurosa en la aplicación del método científico, así como en la elección del enfoque, tipo y diseño de investigación. Por otro lado, al construir y someter los instrumentos de recolección de datos al proceso de validez y confiabilidad, los resultados obtenidos pueden ser utilizados como referencia en futuras investigaciones.

**Importancia:**

Este trabajo permitió determinar el nivel de conocimiento a partir de los datos y los resultados, desde una perspectiva práctica, será posible establecer estrategias y programas educativos para enseñar a los cuidadores familiares sobre la calidad de vida de los adultos mayores, siendo esta la herramienta más útil ante cualquier situación que implique falta de conocimiento y deterioro de la salud, debería formar parte de la formación de todo cuidados familiar, pues es esencial para lograr la calidad de vida deseada, profundizar en temas de prevención de diversas enfermedades y cuidados básicos necesarios para el adulto mayor.

**2.7. Alcances y limitaciones**

**Alcances**

En esta investigación titulada "Efecto de un programa de educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024", nos enfocamos en emplear un sistema educativo orientado al grado de comprensión de los participantes. Para evaluar su efectividad, se aplicó un cuestionario

que permitió determinar el nivel de conocimiento de 108 cuidadores familiares atendidos en el Centro de Salud San Juan Bautista, ubicada en la Av. Las Malvinas 250 – 288 en la ciudad de Las Américas del distrito San Juan Bautista, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho. Los resultados obtenidos proporcionan una visión clara sobre el impacto del programa educativo en el desarrollo de las habilidades y conocimientos de los cuidadores.

### **Limitaciones de la investigación**

La poca disponibilidad horaria, ya que los cuidadores familiares acuden con el tiempo justo al centro de salud, por lo que requirió una coordinación previa a la aplicación del pre test y post test.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes

##### Antecedentes internacionales

**Saucedo G et al. (2023) San Paulo.** Elaboraron la investigación titulada: "Revisión sobre intervenciones educativas en el hogar dirigidas a cuidadores familiares de adultos mayores tras un accidente cerebrovascular." **Objetivo:** Realizar un mapeo de las intervenciones educativas en el hogar para cuidadores familiares de adultos mayores que han experimentado un accidente cerebrovascular. **Metodología:** El 23 de mayo de 2023, se llevó a cabo una revisión de alcance siguiendo la metodología JBI. Para ello, se empleó el aplicativo *Rayyan* y *Preferred Reporting Items para revisiones sistemáticas y extensiones de metanálisis para revisiones de Scoping*. **Resultados:** De un total de 1,705 estudios, nueve fueron publicados entre 2006 y 2020. El 44 % de las intervenciones consistieron como educativas de tipo teórico-práctico, mientras que el 77 % correspondió a ensayos clínicos al azar. El 56 % de las intervenciones se llevaron a cabo "cara a cara", y en el 88,9 % de los casos fueron ejecutadas por enfermeras. Se llevaron a cabo entre tres y quince sesiones, con una duración promedio de 42 minutos cada una. Los contenidos educativos se agruparon en diez categorías, cada artículo se centró en la educación basada en la atención al adulto mayor y la capacidad de cuidado del cuidador. **Conclusión:** Las intervenciones educativas identificadas en el estudio demostraron ser efectivas para mejorar los conocimientos y habilidades de los participantes en una variedad de áreas clave relacionadas con el cuidado de adultos mayores, permitiendo así brindar asistencia segura a los adultos mayores en sus actividades cotidianas.(14)

**Mena E et al. (2021) Guantámano.** "Intervención educativa para la preparación de los cuidadores del Adulto Mayor del Consultorio del Médico de Familia No. 6 del Policlínico Universitario 'Mártires del 4 de agosto', en la Provincia de Guantánamo". **Objetivo:** Se propone

llevar a cabo una intervención educativa enfocada en la formación de cuidadores de adultos mayores en el Consultorio del Médico de Familia No. 6 del Policlínico Universitario “Mártires del 4 de Agosto”, ubicado en la provincia de Guantánamo. **Metodología:** Desde septiembre de 2018 hasta junio de 2019, se realizó un estudio prospectivo centrado en una intervención educativa. El universo de estudio incluyó a todos los cuidadores de la entidad, excepto una muestra intencional de 38 cuidadores que se incluyeron. Las variables analizadas incluyeron el entendimiento de los factores de riesgo para los adultos mayores y su prevención, la guía y supervisión del trabajo a realizar, los recursos y herramientas esenciales para el cuidado, así como el conocimiento sobre primeros auxilios. La intervención educativa se llevó a cabo en tres etapas, cada una con sus propios objetivos y métodos para llevarlos a cabo. Se utilizaron la frecuencia absoluta y relativa (%). **Resultados:** Antes de la implementación de la intervención educativa planificada, el 63,1 % de los cuidadores no estaban preparados adecuadamente para el trabajo que realizaban. Sin embargo, después de su implementación, las deficiencias teórico-prácticas de los cuidadores en relación al tema disminuyeron al 31,5 %. La preparación aumentó en el 46,9 % ( $p < 0,05$ ), lo que demuestra la ventaja de implementar la intervención educativa planificada. **Conclusión:** La intervención educativa permite a los cuidadores de adulto mayor mejorar su preparación a través de los conocimientos adquiridos.(15)

**Tejeda Y. (2020) Santiago de Cuba.** Elaboro la investigación titulada: “Efectividad de una intervención educativa en nivel de conocimientos de cuidadores no formales de Adultos Mayores en el Policlínico “José Martí Pérez”, Santiago de Cuba”. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de los cuidadores informales de adultos mayores. **Metodología:** Durante el período de julio a diciembre de 2018, se llevó a cabo un estudio casi experimental sobre la intervención

educativa en el Policlínico "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba. El universo tenía 25 cuidadores no oficiales. Desarrollado en tres etapas: evaluación del nivel de conocimiento sobre cuidados geriátricos antes de la intervención, implementación de la intervención educativa, y evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención, clasificando el conocimiento en adecuado e inadecuado; intervención y evaluación. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recopilados, el cual incluyó el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, se determinaron desviaciones estándar, medias, medianas y se establecieron intervalos de confianza del 95%. Se utilizó la Prueba de McNemar para comparar los resultados para determinar la efectividad de la intervención. **Resultados:** El 48% de las cuidadoras eran amas de casa y el 100% eran mujeres de 46 a 55 años. El conocimiento previo de los cuidados geriátricos fue insuficiente en el 76% y el 28% después de la intervención, con un nivel de confiabilidad del 95% utilizando la prueba de probabilidad de McNemar ( $p < 0.05$ ). **Conclusión:** La intervención educativa demostró ser efectiva para mejorar el conocimiento de los cuidadores informales sobre cuidados geriátricos básicos para adultos mayores en situación de necesidad.(16)

**Díaz N et al. (2020) Querétaro.** Elaboraron la investigación titulada: "Efecto de una intervención educativa de enfermería en los conocimientos del cuidador, para la atención del adulto mayor". **Objetivo.** Evaluar el impacto de una intervención educativa en enfermería sobre el conocimiento del cuidador en la atención del adulto mayor. **Metodología.** Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental con 17 cuidadores de adultos mayores, evaluando sus conocimientos tanto antes como después de la intervención educativa. Para ello, se utilizó un instrumento compuesto por 17 preguntas; la información se recopiló a través de tres visitas

domiciliarias. El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los estándares éticos de la investigación en salud. **Resultados:** El nivel de conocimientos en la primera aplicación fue de 47.05%; el nivel de conocimientos reflejado en la aplicación posterior a la intervención fue de 76.47%. 94.1 % (16) fueron mujeres. Las áreas educativas abordadas incluyeron la alimentación y su impacto en la mejora del sueño, la hidratación adecuada, la eliminación y la salud general. Además, se trató el manejo efectivo de la ansiedad, experimentaron cambios significativos después de la intervención. La prueba de Wilcoxon dio resultados positivos. **Conclusión:** Dado que cada cuidador tenía capacidades diferentes que fueron orientadas, mejoradas y, en otros casos, reforzadas, la intervención educativa de enfermería en el cuidador se logró adaptar educativa y culturalmente.(17)

**Cuevas J et al. (2019) Guanajuato.** Elaboraron la investigación titulada: “Efecto de la psicoeducación en el afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor”. **Objetivo:** Evaluar el impacto de una intervención de enfermería basada en psicoeducación para facilitar el proceso de afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. **Material y Métodos:** El estudio es de tipo cuantitativo y cuasi experimental, se llevó a cabo en una unidad de medicina familiar y incluyó a 70 cuidadores familiares de adultos mayores de 20 a 59 años con habilidades de lectura y escritura. La intervención psicoeducativa constó de diez sesiones. Los instrumentos utilizados para evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación, así como la habilidad de cuidado, se aplicaron antes y después de la intervención y consistieron en una escala para cada uno de estos aspectos. La estadística descriptiva e inferencial se emplearon. **Resultados:** La edad promedio de los cuidadores familiares fue de 50.6 años, con un 92.8% de mujeres. La intervención demostró ser efectiva, ya que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las

evaluaciones previas y posteriores en los aspectos de afrontamiento y adaptación (X Mc Nemar  $p=0.00001$ ), así como en las habilidades de cuidado (X2  $p=0.01$ ). Esto sugiere que la intervención tuvo un impacto positivo y duradero. **Conclusión:** Los cuidadores familiares de los adultos mayores que participaron en la intervención demostraron un efecto positivo en su adaptación al rol de cuidador.(18)

### **Antecedentes nacionales**

**Machaca A y Osorio K. (2024) Lima.** Elaboraron la investigación titulada: “Efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 de un Centro de Salud de Lima Norte – 2023”. **Objetivo:** Determinar la efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud de Lima Norte, 2023. **Metodología:** Un estudio preexperimental con enfoque cuantitativo con un solo grupo de cuarenta pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Antes y después de la intervención educativa, se les aplicó un cuestionario creado por Laime P, considerando principios éticos; se utilizó la prueba de Wilcoxon para evaluar su eficacia. **Resultados:** La edad promedio de los participantes fue de 59,8 años. Antes de la intervención, el nivel de conocimiento era bajo en un 60% de los casos, mientras que el nivel de prácticas de autocuidado era medio en un 47,5%. Tras la intervención, el nivel de conocimiento predominante fue alto en el 100% de los participantes, y el nivel de prácticas de autocuidado también alcanzó un nivel alto en el 62,5%. Estas mejoras fueron estadísticamente significativas, con un valor de  $p=0,000$ . **Conclusión:** La intervención educativa demostró ser efectiva, ya que mejoró el conocimiento y las habilidades de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.(19)

**Ribeiro M. (2024) Loreto.** Elaboro la investigación titulada: “Actitud

del adulto mayor asociado a un programa educativo sobre autocuidado en un Hospital de Iquitos, 2024". **Objetivo:** Analizar la actitud de los adultos mayores en relación con un programa educativo sobre "Autocuidado" en un Hospital de Iquitos, 2024. **Metodología:** El estudio actual es cuantitativo, utilizando una pre-encuesta antes del programa educativo y una post-encuesta una semana después, donde participaron 40 adultos mayores en Estrategias para Adultos Mayores en un hospital de Iquitos. Las muestras fueron todos pacientes de edad avanzada que firmaron formularios de consentimiento informado y cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizaron instrumentos adaptados y validados para evaluar dimensiones actitudinales con respecto a la dieta, el descanso y el sueño, la higiene personal y el cuidado del medio ambiente. Se utilizó una prueba no paramétrica para datos sin distribución normal para validar la hipótesis. **Resultados:** El 67.5% de los adultos mayores que participaron en la investigación eran femeninos y el 32.5% eran masculinos. El 55 % de los estudiantes tenían estudios primarios, el 27,5% secundarias y solo un 7,5 % tenían estudios superiores. El 75 % vive en pareja, el 50 % tiene ingresos independientes y el 72 % dice ser católico. El 72.5% tenía una actitud positiva antes de la intervención educativa y el 95 % tenía una actitud positiva después de la intervención. En la dimensión de alimentación, el 70% estuvieron de acuerdo en consumir alimentos saludables como frutas y verduras y que comer carnes rojas es dañino para el cuerpo, y el 85% coincidieron en que se debe dormir de 7 a 8 horas para recuperar energía. En la dimensión de descanso y sueño, el 100% estuvieron de acuerdo en que se debe dormir de 7 a 8 horas porque ayuda a recuperar energía. En la dimensión de higiene personal El 95% de las personas expresaron que deben mantener la casa ordenada y limpias para evitar caídas; en comparación con los programas educativos, el puntaje medio después de la intervención educativa Se puede observar que el puntaje promedio aumentó a 133.15 luego de la intervención educativa, con un puntaje mínimo de 92 puntos y un puntaje máximo

de 148 puntos, el cual superó el puntaje previo a la intervención. Por lo tanto, se acepta la hipótesis, dado que el valor de  $p$  es menor a 0,001. **Conclusión:** La intervención educativa mejoró la actitud de los adultos mayores hacia el autocuidado, lo que sugiere que se deben realizar investigaciones de tipo aplicativo para mejorar la calidad de vida de las personas en diversas etapas de la vida.(20)

**Andrade A y Castillejo E. (2023) Lima.** Elaboraron la investigación titulada: “Efectividad del Programa Educativo En las prácticas de autocuidado en Adultos Mayores Hipertensos del Centro Integral del Adulto Mayor, Lima, 2021”. **Objetivo:** Evaluar la efectividad del programa educativo en relación con las prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro Integral del Adulto Mayor. **Material y Métodos:** Un estudio cuantitativo preexperimental con un solo grupo que se sometió a pruebas previas y posteriores. La muestra de estudio consistió en 58 individuos de ambos sexos con edades comprendidas entre 60 y 85 años. Según Dorothea Orem, se utilizó un método de encuesta y un instrumento llamado cuestionario, que ya validado y compuesto por 18 preguntas, permitió medir la variable de autocuidado. Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel y posteriormente analizados en el programa Stata 16.01 utilizando la prueba  $t$  del estudiante. **Resultados:** Con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), el promedio de prácticas de autocuidado antes de la intervención fue de 21,45 % y aumentó a 32,71 % después de la intervención. **Conclusión:** Este programa educativo ha demostrado ser eficaz para mejorar las prácticas de autocuidado.(21)

**Gutiérrez J y Gutiérrez N. (2023) Lima.** Elaboro la investigación titulada: “Calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores atendidos en la casa de reposo Corazón Puro, Comas – 2023”. **Objetivo:** Determinar la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional en adultos mayores atendidos en la casa de reposo

Corazón Puro, Comas-2023. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, de tipo básico, de nivel correlacional y de diseño no experimental - transversal, con una muestra de 90 adultos mayores quienes fueron adecuadamente entrevistados, medidos en altura y pesados. **Resultados:** Con respecto a los datos sociodemográficos, se observó que el 54.4% son mujeres, mientras que el 45,6% son hombres. Los mayores porcentajes en la edad de 60 a 74 años fueron el 55.6%, mientras que el 85.6% eran desnutridos y el 14.4% estaban en riesgo de desnutrición. **Conclusión:** Otra hipótesis fue aceptada y hace una referencia que existe una relación entre la calidad de vida y el estado nutricional en los adultos mayores, ya que se encontró una correlación positiva muy baja de 0,037 con un valor significativo de 0.001.(22)

**Salinas Y. (2022) Barranca.** Elaboro la investigación titulada: "Conocimientos del familiar sobre cuidados del adulto mayor en el Centro Integral de Atención de la Municipalidad de Barranca - 2022". **Objetivo.** Determinar los conocimientos del familiar sobre cuidados del adulto mayor en el Centro Integral de Atención de la Municipalidad de Barranca – 2022. **Metodología:** La muestra está compuesta por 60 familias que acompañan al CIAM y es de tipo básico con diseño no experimental, enfoque cuantitativo y nivel descriptivo. Para la recolección de datos, se utilizaron la técnica de encuesta y un cuestionario como instrumentos. El cuestionario fue creado por el estudiante y se sometió a juicio de expertos utilizando la prueba binominal (0.88), que se consideró bueno, y la prueba de Kuder-Richardson (KR20) (0.76). Se utilizó el programa SPSS-22 para procesar los datos recopilados. **Resultados:** El 46.7% tenía conocimiento medio, el 30% tenía conocimiento alto, el 23.3% tenía conocimiento bajo y solo el 8.3 % tenía conocimiento alto. La dimensión del cuidador mental tenía el 40 % del conocimiento medio, el 33 % del conocimiento bajo y el 26 % del conocimiento alto; la dimensión del cuidador espiritual tenía el 40 % del conocimiento medio, el 36 % del conocimiento alto y el 6 % del conocimiento bajo.

**Conclusión:** El nivel de conocimientos de los familiares es mayoritariamente medio, lo que significa que la atención brindada por los familiares es suficiente. (23)

### **Antecedentes locales o regionales**

**Guapaya L y Flores F. (2024) Ayacucho.** Elaboraron la investigación titulada: “Nivel de conocimiento y actitud hacia el autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2023”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y actitudes hacia el autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2023. **Materiales y Métodos:** estudio de corte transversal correlacional cuantitativo y descriptivo sobre el diseño. El Centro Salud San Juan Bautista atendió a 84 adultos mayores con hipertensión. Utilizaron cuestionarios para evaluar los conocimientos y las actitudes utilizando la escala de Likert. **Resultados:** Los adultos mayores con hipertensión arterial que visitan el Centro de Salud San Juan Bautista suelen tener entre 60 y 69 años (50.8%), el 77.8% son casados o convivientes, el 65.1% tienen educación secundaria y el mayor porcentaje de casos son de hombres (55.6%). El 61,9% de ellos tienen un bajo nivel de conocimiento y el 50,8% tienen una actitud desfavorable hacia el autocuidado. **Conclusión:** Se encontró una correlación bivariada positiva, directa y fuerte de 0,628 entre el nivel de conocimiento sobre el autocuidado de la hipertensión arterial y la actitud de autocuidado hacia la enfermedad, con un nivel de confianza del 99%.(24)

**Achalma A y Anchi A. (2023) Ayacucho.** Elaboraron la investigación titulada: “Conocimiento y prácticas de autocuidado del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo II Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2022”. **Objetivo:** Determinar la relación que hay entre el conocimiento y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II, Centro de San Salud Juan Bautista, Ayacucho 2022. **Materiales y métodos:** El estudio tenía

un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental, un enfoque descriptivo y una correlación de corte transversal. La población consistió en 64 adultos mayores; los métodos utilizados incluyeron entrevistas, instrumentos de cuestionario y listas de cotejo. **Resultados:** El 90,6% de los participantes con diabetes tipo II tenían un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 9,4% tenían un nivel de conocimiento medio. En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 87,5% tuvieron prácticas de autocuidado regulares y el 12,5% tuvieron prácticas de autocuidado buenas. En cuanto a la dieta, el 81,3% tuvieron prácticas de autocuidado regulares y el 18,7% tuvieron un nivel de conocimiento bajo. En cuanto a la actividad física, el 93,7% tuvieron un bajo nivel de conocimiento. En cuanto a la edad, el 70,3% tenían entre 60 y 70 años y el 29,7% tenían un nivel de conocimiento bajo. En términos de género, el 53,1% eran mujeres y el 46,9% eran hombres, de los cuales el 43,8% tenían un nivel de conocimiento bajo. En cuanto al estado civil, el 70,3% estaban casados, de los cuales el 65,6% tenían un nivel de conocimiento bajo, y en cuanto al nivel de instrucción, el 54,7% tenían un nivel de conocimiento bajo. **Conclusión:** Existe una asociación entre conocimientos y prácticas de autocuidado en adultos mayores con diabetes tipo 2 en el Centro de Salud San Juan Bautista Ayacucho 2022.(25)

**Cuadros I y Alva T. (2021) Ayacucho.** Elaboraron la investigación titulada: “Efectividad del programa educativo “Cuidar es amar” en el nivel de conocimiento del cuidador primario en la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor. Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos (ESSALUD), 2019”. **Objetivo:** Determinar la efectividad del Programa Educativo “Cuidar es Amar” en el nivel de conocimiento del cuidador primario sobre la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor en el Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos ESSALUD, 2019. **Metodología:** El enfoque fue cuantitativo, el tipo de técnica utilizada fue la entrevista, el diseño preexperimental fue de corte longitudinal prospectivo, la población

fue de 150 personas y una muestra de 30 cuidadores primarios. El instrumento utilizado fue un cuestionario. **Resultados:** En cuanto a las características de la población en estudio, el 46.7% de los cuidadores primarios tenían entre 26 y 35 años, el 56.7% eran mujeres y el 36.7% eran sus hijos. Antes de la intervención del programa, el 66.7% de los cuidadores presentaron un nivel de conocimiento regular, mientras que el 33.3% presentaron un nivel de conocimiento deficiente en la dimensión de vigilancia de puntos de referencia. **Conclusión:** Se encontró una diferencia significativa P-Valor < 0.05 en las medias de los puntajes sobre el nivel de conocimientos del cuidador primario sobre la prevención de úlceras por presión en adultos mayores antes y después de la aplicación del programa, esto indica que el programa tuvo un impacto positivo en el nivel de conocimientos del cuidador primario sobre la prevención de úlceras por presión en adultos mayores.(26)

**Huicho A y Palomino S. (2021) Ayacucho.** Elaboraron la investigación titulada: "Apoyo social y calidad de vida de los Adultos Mayores, Puesto de Salud de Yanama, Ayacucho 2020". **Objetivo:** Determinar la influencia del apoyo social en la calidad de vida del adulto mayor que asiste al Puesto de Salud de Yanama, Ayacucho, 2020. **Metodología:** Se empleó un diseño no experimental con correlación de corte transversal. La población consistió en 40 adultos mayores que visitaron el Puesto de Salud de Yanama, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental. La técnica utilizada fue la entrevista, y el instrumento fue el "Cuestionario de Apoyo Social MOS" y el "SF-36". **Resultados:** El treinta por ciento de los adultos mayores tienen una calidad de vida mala, el 69,9% tiene una calidad de vida regular y buena, el cincuenta por ciento tiene un apoyo social regular y el 27,5 por ciento tiene un apoyo social débil. Entre aquellos con una mala calidad de vida, el mayor porcentaje (17,5%) presenta un apoyo social débil. Además, el 42,5% reporta tener un apoyo emocional débil o regular, el 55% indica un apoyo instrumental fuerte, el 42,5% menciona que el apoyo

en las relaciones sociales es débil o regular, y el 37,5% señala tener un apoyo social afectivo fuerte. **Conclusión:** El mejor apoyo social se correlaciona moderadamente con la calidad de vida de los adultos mayores ( $R_o: 0,589$  y  $P < 0,05$ ). Las dimensiones del apoyo social que se consideran son el apoyo emocional, el apoyo instrumental y el apoyo social afectivo.(27)

**Mendoza R y Pujaico A. (2019) Ayacucho.** Elaboraron la investigación titulada: “Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Ayacucho, 2019”. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón, Distrito de Tambo. **Metodología:** La investigación fue aplicada y no experimental, con un enfoque cuantitativo y un diseño transversal relacional. La población consistió en 50 adultos mayores de la comunidad mencionada. Se empleó una guía de entrevista y se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF (cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud), con el chi cuadrado de Pearson como prueba estadística. **Resultados:** La calidad de vida de los adultos mayores es media en el 80% de los casos y baja en el 20% restante y no hay pruebas de que tengan una calidad de vida superior. 10 adultos mayores de 80 años presentan calidad de vida baja (el 16% de mujeres y el 26% de varones). La calidad de vida es baja para el 22% de las personas viudas. De los 16 adultos mayores sin ingresos, el 100 % tiene una calidad de vida media. **Conclusión:** El sexo, el estado civil, el grado de instrucción y el ingreso económico de los adultos mayores de esta comunidad no están asociados con la calidad de vida que presenta esta población ( $p < 0.05$ ). (28)

## **3.2. Bases teóricas**

### **3.2.1. Programa educativo**

Un plan educativo es un documento que facilita la organización y descripción de un proceso pedagógico. Proporciona al docente directrices sobre los contenidos que debe enseñar, la manera en que debe llevar a cabo su labor educativa y los objetivos a alcanzar. Estos programas comprenden un conjunto de estrategias de enseñanza y aprendizaje que el docente selecciona y organiza para facilitar el aprendizaje de los estudiantes y actuarán como guía para su instrucción.(29)

El Programa Educativo en el ámbito de la enfermería destaca que el rápido avance de la ciencia y la tecnología, así como la rápida obsolescencia del conocimiento, exige que las enfermeras asuman un mayor compromiso. Este compromiso se traduce en la mejora de la calidad de atención a través de la educación, un proceso que facilita la actualización de conocimientos y la incorporación de nuevas estrategias, métodos y habilidades para optimizar el cuidado. (30)

En enfermería, la función docente se basa en la educación continua, esto incluye una amplia educación y formación, significa valorar las cualidades físicas, intelectuales y morales de los individuos, esto conlleva a desarrollar su potencial como seres humanos y mejorar sus sentimientos y comportamiento abordando su formación de forma holística y equilibrada. El objetivo es prepararlo para desenvolverse adecuadamente en la sociedad, utilizando técnicas que favorezcan un aprendizaje eficaz y efectivo.(30)

La educación implica la capacidad de contribuir al proceso de renovación, buscando un cambio constante basado en diversas teorías del aprendizaje. En el contexto de la educación del paciente adultos mayores se basa en principios de aprendizaje, que se aplican en el ejercicio profesional. Esta educación se basa en la formación profesional durante el pregrado, así como en la

actualización y capacitación continua, permitiendo una enseñanza efectiva y adaptada a las necesidades de los pacientes adultos.(31)

Los objetivos del programa educativo son los siguientes:

- ✓ Promover el aprendizaje del paciente mediante una adecuada gestión y adición de conocimientos adquiridos.
- ✓ Fomentar una mayor satisfacción, responsabilidad y estabilidad del paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas, proporcionando seguridad a través de una preparación adecuada.
- ✓ Estimular el interés de los pacientes en satisfacer sus necesidades básicas mediante la comprensión de sus características individuales.
- ✓ Crear un entorno que permita a los pacientes mejorar constantemente su adaptación y mantenerse actualizados con los avances en nuevos conocimientos.(31)

### **3.2.2. Educación para la salud**

Es un proceso sociocultural continuo mediante el cual las personas se desarrollan para su propio beneficio y el de la sociedad, a través de una intervención activa e intencionada en el aprendizaje. Este proceso ocurre tanto en ámbitos de educación formal como no formal, e implica el fortalecimiento de competencias y destrezas tanto sociales como personales. Su objetivo es implementar acciones que mejoren la salud individual y generen oportunidades para intervenir en la comunidad, para participar activamente en la comunidad, logrando cambios que beneficien la salud de todos.(31)

La OMS, describe a la educación para la salud en el glosario de promoción de salud como un conjunto de iniciativas educativas orientadas a aumentar el conocimiento de la población sobre temas relacionados con la salud. Este enfoque tiene como objetivo desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades que promuevan la promoción de la salud.(32)

Durante años, los paradigmas dominantes en salud eran predominantemente biologicistas, mientras que los enfoques educativos se basaban en una pedagogía tradicional. En las últimas décadas, se han desarrollado y clasificado diversos enfoques y modelos por autores como Vuori, Tones, Modolo y Gree.(32)

Algunos de los enfoques y modelos más relevantes en educación para la salud son:

- **Preventivista:** Se centra en la recomendación de conductas para modificar hábitos individuales poco saludables.
- **Educativa:** Ofrece información y reflexión para motivar decisiones informadas.
- **Social:** Promueve la acción social para lograr cambios en la salud a nivel comunitario.
- **De Desarrollo Personal:** Se enfoca en el entrenamiento y adquisición de recursos y destrezas para desenvolverse en la vida diaria.
- **Unidireccional:** Utiliza canales de comunicación, consultas sanitarias y otros actores para influir en los comportamientos.
- **Comunitario:** Fomenta la conciencia crítica y las acciones sobre salud dentro de una comunidad específica.(32)

En el Manual propuesto, los planteamientos de educación para la salud se basan en los siguientes paradigmas:

- **Pedagogía Activa:** Se enfoca en métodos de enseñanza que promuevan la participación activa del individuo en su propio proceso de aprendizaje, fomentando una mayor implicación y reflexión sobre su salud.
- **Modelo Biopsicosocial:** Considera la salud desde una perspectiva integral que abarca no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos y sociales.
- La integración de estos paradigmas resulta en una educación para la salud que:

- Promueve el Aprendizaje Activo: Fomenta la participación activa de los individuos en su educación y en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
- Considera el Contexto Integral: Reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud de los individuos.
- Desarrolla Capacidades y Habilidades: Se enfoca en el desarrollo de habilidades personales y sociales que permiten a los individuos adoptar medidas para mejorar su salud y bienestar.
- Fomenta la Reflexión y la Autonomía: Incentiva a los individuos a reflexionar sobre sus comportamientos y decisiones, promoviendo la autonomía en la gestión de su salud.
- Facilita el Cambio Social: Busca lograr cambios tanto a nivel individual como comunitario mediante la conciencia crítica y la acción social.

**Aspectos generales:**

- El aprendizaje de los estudiantes es lo más importante. El alumnado es el eje principal. El "aprendizaje significativo" es la teoría fundamental del aprendizaje".(32)
- La salud es de naturaleza biopsicosocial, individual y constituye un recurso vital. Se abordan las demandas educativas relacionadas a los problemas de salud. (32)

**Objetivos:**

- Se basan en las dimensiones de la persona: cognitiva, emocional y de destrezas.
- Se refieren a los aprendizajes de los estudiantes y están definidos y evaluables de manera cuantitativa o cualitativa.(32)

### **Contenido:**

- Todo lo que se trabaja se conoce como contenido. En el caso de la EPS, tanto los comportamientos relacionados con la salud como los contenidos médicos o biológicos o psicosociales, experiencias, habilidades, valores y creencias.(32)
- Una parte del contenido contribuye debido a que el educador y los estudiantes son diferentes. Se enfoca en abordar situaciones reales en la aplicación de comportamientos saludables, las cuales pueden tener múltiples soluciones: no siempre hay una única "respuesta correcta".(32)
- Se examinan las motivaciones y las demandas del estudiante. (32)

### **Métodos y técnicas:**

- Hay diferentes categorías de métodos y técnicas educativas, cada uno adaptado a los objetivos de aprendizaje que se pretenden lograr: inductivos (que parten de la experiencia de las y los estudiantes) y activos (que involucran a los estudiantes). 1. Expresión o investigación en el salón de clases, 2. Exposiciones, 3. Análisis, 4. Formación de habilidades y 5. Otros.
- Se emplea una mezcla de enfoques y técnicas de distintas categorías para abordar diversos objetivos y atender a diferentes "formas de aprender" de los estudiantes.
- Se utilizan al máximo los recursos educativos de apoyo educativos (visuales, sonoros, audiovisuales) que son beneficiosos para el aprendizaje y las metodologías educativas.
- Según las necesidades educativas del alumnado, se realizan varias sesiones o consultas educativas grupales o individuales con diferentes duraciones y tiempos. (32)

### **Rol educativo y relaciones:**

- Básicamente se trata de un papel de ayuda, facilitación y apoyo en lugar de un papel de experto, lo que permite al educando unas experiencias y un ambiente de relaciones que son beneficiosos para el aprendizaje.
- Las relaciones entre el educador y el educando no se basan en la autoridad o la subordinación; por el contrario, se caracterizan por una "autoridad de servicio o apoyo" en su función y por la igualdad entre los individuos.
- Se buscan generar vínculos de relaciones "tolerantes" fundamentados en actitudes de los educadores de aceptación, flexibilidad, proximidad y orientación (en vez de juicio y control). Se requieren conocimientos personales, sociales y de gestión de enfoques pedagógicos.
- Los estudiantes son individuos sociales que adquieren conocimientos a través de sus compañeros. Se colabora en diversas organizaciones. La comunicación es de forma bidireccional y multidireccional. (32)

### **Programación y evaluación**

- El contenido y la metodología de las clases (individuales o grupales) se planifican para satisfacer las expectativas de aprendizaje.
- El proceso de planificación educativa en la educación y la salud pública es el siguiente: Descubrimiento de las demandas académicas. Posteriormente, se definen los objetivos y contenidos, se selecciona la metodología adecuada y se establece el sistema de evaluación.
- Se realizan evaluaciones tanto de los resultados educativos (como los objetivos de aprendizaje específicos en conocimientos, actitudes y habilidades) como de los elementos relacionados con su consecución, incluyendo los procesos y las estructuras creadas. También es posible evaluar los resultados de salud a medio y largo plazo.

- Se efectúan las evaluaciones continuas y finales con herramientas y técnicas cuantitativas y cualitativas.(32)

### **3.2.3. Promoción de la salud**

El concepto de promoción de la salud implica una comprensión del concepto mismo de salud, que revisaremos brevemente.(33)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "el estado de bienestar físico, mental y social del individuo", lo que implica un equilibrio entre estos tres componentes, y no solo la ausencia de enfermedad. De este modo, la salud está directamente vinculada con el logro del bienestar, que se entiende como la capacidad de progresar y desarrollarse a través del acceso a una alimentación saludable, educación, empleo, recreación, deporte y cultura, así como a las condiciones necesarias para recibir atención en caso de enfermedad.(33)

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú describe la promoción de la salud como un proceso que busca fomentar el desarrollo de habilidades personales y establecer mecanismos administrativos, organizativos y políticos que permitan a las personas y grupos ejercer un mayor control sobre su salud y mejorarla. El objetivo es lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan identificar y alcanzar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, y enfrentar o cambiar su entorno.” (33)

La promoción de la salud se establece como un proceso político y social global que no se limita únicamente a las acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades. Según el Ministerio de Salud (MINSA), este proceso implica ofrecer a las personas, familias y comunidades los recursos necesarios para mejorar su salud. Su objetivo es establecer y fomentar las condiciones que posibilitan a la población a tomar decisiones cada vez más favorables en relación a su bienestar y efectivas sobre su salud.(33)

En consecuencia, la promoción de la salud requiere iniciar un proceso que apunta a desarrollar capacidades y establecer sistemas políticos, organizativos y administrativos. Estos mecanismos tienen el propósito, de estas herramientas es empoderar a los individuos y sus sociedades para que ejerzan una mayor influencia sobre su salud y la mejoren.(33)

#### **3.2.4. Conocimiento**

Una de las capacidades más importantes del ser humano es el conocimiento, ya que le permite comprender la naturaleza de su entorno, sus relaciones y cualidades a través del razonamiento. Desde esta óptica, el conocimiento se define como el conjunto de información y representaciones abstractas que se han adquirido a lo largo del tiempo mediante observaciones y experiencias. Los primeros científicos se basaron en la sistematización de aquellas experiencias vitales fundamentales para la humanidad, estableciendo los fundamentos teóricos de la ciencia, a través de una interacción dialéctica entre el conocimiento empírico y el conocimiento racional. (13)

El conocimiento se origina de la percepción sensorial de nuestro entorno, progresando hacia la comprensión y culminando en la razón. Puede adquirirse "a priori", es decir, de manera independiente de la experiencia y basado solo en el razonamiento. Por otro lado, el conocimiento también puede obtenerse "a posteriori", lo que requiere la experiencia.

El proceso del conocimiento se compone de cuatro elementos: Sujeto: Quien conoce, objeto: Lo que se conoce; operación: Los procesos mentales involucrados en el conocimiento; representación Interna: El proceso cognoscitivo que permite la comprensión del objeto de conocimiento.

A través de la historia, la concepción del conocimiento ha sido influenciada y moldeada por diferentes autores y campos de estudio,

como la filosofía, la psicología y las ciencias sociales, entre otros.(13)

Para Arias (2012), el conocimiento puede ser entendido en dos direcciones: “Como un proceso que se manifiesta en el acto de conocer, es decir, en la percepción de una realidad”. “Como un producto o resultado de dicho proceso, que se traduce en conceptos, imágenes y representaciones acerca de esa realidad” (13)

Según Britto (2013), el conocimiento tiene un carácter general o conceptual, lo que significa que es aplicable a una amplia gama de casos y fenómenos que comparten características y cualidades comunes, en lugar de limitarse a eventos únicos o específicos. Este conocimiento debe ser adquirido o validado a través de un método reconocido y aceptado en la disciplina, y estar sujeto a la repetición y verificación por parte de otros investigadores.(13)

Por lo tanto, el conocimiento es el proceso a través del cual la realidad es reflejada y reproducida en la mente del ser humano. Este proceso está regido por leyes naturales o sociales y está estrechamente relacionado con las actividades prácticas.

### **Características del conocimiento**

Según Nieto & Rodríguez (2010) y Pérez, Galán & Quintanal (2012), el conocimiento presenta las siguientes características:

- ✓ Racional: Se origina de una actividad superior exclusiva del ser humano, que es la razón.
- ✓ Objetivo: Su propósito es la búsqueda de la verdad objetiva, representando fielmente la realidad sin alteraciones, y revelando sus características y cualidades.
- ✓ Intelectual: Se trata de un proceso lógico que se fundamenta en la sensación, la percepción y la representación como medio para concebir el conocimiento.
- ✓ Universal: A pesar de sus particularidades, el conocimiento tiene validez en cualquier lugar y para todas las personas.

- ✓ Verificable: Todo conocimiento puede ser sometido a verificación, ya sea a través de procesos de demostración racional o de experimentación.
- ✓ Sistemático: Se manifiesta de manera organizada y uniforme en sus concepciones.
- ✓ Precisión: Se enfoca en la exactitud, identificando los aspectos esenciales de la realidad y evitando confusiones con otros objetos o fenómenos.
- ✓ Seguridad: Al estar sometido a procesos de verificación, ofrece un mayor grado de fiabilidad en su aplicación en comparación con conocimientos no comprobados.(13)

### **Niveles De Conocimiento**

El conocimiento emerge de la interacción entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. En este proceso, el ser humano explora la realidad de los objetos para apoderarse de ella. Esta realidad se presenta en diversos grados o niveles de abstracción. Según Vázquez (2011), las personas pueden percibir y asimilar el conocimiento en tres niveles: Sensible: Basado en la percepción directa a través de los sentidos, permitiendo una comprensión inicial de los objetos y fenómenos. Conceptual: Implica la formación de conceptos y teorías a partir de la percepción sensible, permitiendo una comprensión más abstracta y estructurada. Holístico: Integra los niveles sensible y conceptual para proporcionar una visión global y profunda del conocimiento, considerando la totalidad de los elementos y sus interrelaciones.(13)

#### **a) Nivel de conocimiento sensible o sensorial**

El conocimiento sensible es el que se obtiene a través de los sentidos, como la vista, que permite percibir imágenes. Este tipo de conocimiento, también conocido como conocimiento sensorial, incluye las sensaciones, percepciones y representaciones. Gracias a los sentidos, especialmente la vista, acumulamos en la mente una gran cantidad de información sobre imágenes, colores, estructuras y

dimensiones. Esta información forma nuestros recuerdos y experiencias, estructurando nuestra realidad interna y personal. Además, la audición es crucial para entender y procesar el lenguaje y para la transmisión del conocimiento. Por tanto, la vista y la audición son los sentidos más utilizados por el ser humano.(13)

### **b) Nivel de conocimiento conceptual**

El nivel de conocimiento conceptual es la capacidad del ser humano para establecer conceptos a través del lenguaje, transmitirlos mediante símbolos abstractos y combinar conceptos utilizando mecanismos cognitivos. Estos mecanismos se basan en concepciones invisibles, inmateriales, universales y esenciales. Según Pareja (2013), en este nivel, después de recibir estímulos sensoriales, la persona los designa, clasifica, enumera, interpreta o categoriza mediante una palabra o frase descriptiva que refleja con precisión una realidad conocida.(13)

### **c) Nivel de conocimiento holístico**

El término holístico tiene su origen en la palabra griega "holos", que significa entero, completo, íntegro y organizado. La holística se distingue por abordar el conjunto sin descomponerlo en el análisis de sus partes individuales. Este enfoque permite entender los hechos desde una perspectiva que abarca múltiples interacciones, adoptando una actitud integradora y explicativa. El conocimiento holístico se centra en la comprensión integral de los procesos, sujetos y objetos dentro de sus contextos específicos. Refleja una manera de ver, entender e interpretar las cosas en su totalidad y complejidad., apreciando así sus interacciones, características y procesos.(13)

### **Niveles taxonómicos del conocimiento**

Todo conocimiento está vinculado a niveles taxonómicos que determinan El grado de entendimiento de la realidad durante el proceso de formación de la persona se denomina niveles de comprensión. Estos niveles reflejan la evolución del conocimiento y

la capacidad para interpretar y integrar la realidad en diferentes etapas del desarrollo personal, entre ellas tenemos:

### **Conocimiento empírico-no científico**

El conocimiento empírico-no científico, también conocido como conocimiento popular, cotidiano, experiencial, ordinario o vulgar, se caracteriza por provenir del sentido común de las personas. Este tipo de conocimiento es considerado poco preciso debido a que sus juicios no están adecuadamente fundamentados. Su lenguaje tiende a ser ambiguo y, fundamentalmente, carece de un método sistemático para adquirir el conocimiento. (13)

### **Conocimiento científico**

El nivel de conocimiento científico tiene como objetivo comprender y descubrir las leyes o procesos que rigen la naturaleza, así como transformar o modificar estos procesos para el beneficio de la sociedad. En este nivel, se busca entender las causas de los hechos o fenómenos a través de una demostración o comprobación sistemática. Por lo tanto, el conocimiento científico se considera superior al conocimiento empírico. Este tipo de conocimiento pretende hacer generalizaciones sobre los objetos y busca continuamente mejorar los métodos para resolver problemas. Arias (2012), El conocimiento científico se define como aquel que se adquiere a través de una investigación que emplea el método científico. Este tipo de conocimiento se caracteriza por ser: verificable, objetivo, metódico, sistemático y predictivo.(13)

### **Conocimiento filosófico**

El conocimiento filosófico es aquel que se adquiere a través de la recopilación y el análisis de información escrita, la cual se valida en la práctica humana. Busca el "porqué" de los fenómenos y se fundamenta principalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar. El filósofo emplea herramientas como el análisis y la crítica para desarrollar y ejercer conocimientos.(13)

A través de un análisis exhaustivo, se puede comprender el desarrollo del razonamiento, lo que permite identificar fallas y contradicciones en las explicaciones ofrecidas. Mediante la crítica, es posible refutar estas fallas y contradicciones, proponiendo alternativas que las superen o solucionen. La crítica, como característica del conocimiento filosófico, marca una distinción significativa entre el conocimiento científico y el filosófico.(13)

### **3.2.5. Calidad de vida en el Adulto Mayor**

Se cree que es un resultado del estado de salud y bienestar de los adultos mayores, lo cual es importante para evaluar el deterioro funcional que los adultos mayores pueden experimentar cuando no cuidan su salud. Se han desarrollado diversos lineamientos, como el plan nacional para las personas mayores, que se basa en cuatro políticas nacionales principales:

- a) Un envejecimiento saludable
- b) Empleo, bienestar y seguridad social
- c) Participación y la integración social
- d) La promoción de la educación, la sensibilización y una cultura en torno al avance del envejecimiento y la vejez.

El plan se desarrolla teniendo en cuenta los enfoques fundamentales que guían la actividad del sector: derechos humanos, igualdad, enfoque intercultural e intergeneracional.(34)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida de las personas mayores como un estado de completa adaptación física, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad. Sin embargo, Esta definición ha sido objeto de cuestionamiento porque se considera una realidad ideal. que puede ser difícil de alcanzar para todos los ciudadanos. En un artículo titulado: "¿Cómo deberíamos definir la salud?", de Huber M, et al. Sostienen que la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud no es aplicable en el contexto de los cambios epidemiológicos demográficos y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas.

Estos autores sostienen que se debe poner énfasis en la autoadaptabilidad social, física y emocional de las personas.(35)

### **Bienestar físico**

Una alimentación saludable combinada con actividad física regular es la forma más eficaz de lograr una buena salud en los adultos mayores. La dieta debe incluir proteínas y vitaminas, y deben consumir regularmente alimentos ricos en fibra como frutas, cereales integrales, etc. Con ellos, el organismo tiene suficiente protección contra las enfermedades. Se limita el consumo de azúcar, ya que puede causar problemas de diabetes.(36)

Se debe comer al menos frutas y verduras todos los días. La proporción entre leche, yogur, queso bajo en grasas y calcio también es muy útil para fortalecer los óvulos y prevenir la osteoporosis. Preferiblemente, carnes blancas, como pollo y pescado. Aceites vegetales como aceite de soja, aceite de maíz, etc. Son recomendables más que el origen animal. No beber demasiado té o café, ya que pueden desestabilizar el organismo.(36)

Todas las personas mayores pueden participar en una variedad de actividades físicas que ayudan a prevenir enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardíacas y mala circulación. De esta manera, te mantendrás fuerte y podrás realizar actividades por tu cuenta que te den energía y motivación y reduzcan la depresión y la ansiedad. Mantener la masa muscular y prevenir el desarrollo de cáncer de colon o mama. Es importante consultar con su médico para determinar qué actividades físicas le resultan más cómodas.(36)

Proteger la piel también es muy importante en esta etapa, ya que en muchos casos se encuentran postrados o tienen pocas posibilidades de moverse, provocando daños en la piel que serán más difíciles de curar, como escaras, ampollas o sequedad. Por ello, se recomienda el uso regular de baños calmantes y cremas hidratantes. El baño debe realizarse con agua tibia, jabón neutro suave y técnicas de

limpieza profunda, suave y superficial. También debes tener mucho cuidado al secarte los pies, comprobar que todo esté en orden, sin hongos, es una zona muy delicada y la higiene bucal.(36)

### **Bienestar social**

Es importante que los adultos mayores mantengan una vida social activa; sus relaciones sociales e intereses intelectuales tienen un efecto beneficioso sobre las capacidades funcionales y las funciones cognitivas. Por otro lado, existen estudios que demuestran que el número y tipo de relaciones sociales pueden reducir el riesgo de desarrollar demencia. Las actividades sociales aumentan el significado y la importancia de los valores de la vida humana, mejorando la conciencia de las habilidades y capacidades en las actividades diarias, mejorando el estado de ánimo, creando emociones positivas y distrayendo la atención de los problemas. Por tanto, la felicidad personal de las personas mayores es el resultado de mantener actividades sociales en esta etapa. Podría decirse que el bienestar personal es el criterio más importante para un envejecimiento exitoso.(37)

### **Bienestar mental**

La salud mental de las personas mayores debe complementarse con asesoramiento y tratamiento psicológico, ya que el 15% de las personas mayores sufren trastornos mentales en este grupo de edad. Los problemas mentales más comunes en las personas mayores son los trastornos de ansiedad, la enfermedad de Alzheimer, la pérdida de memoria, etc. Por lo tanto, a pesar de sus reacciones negativas, deben buscar ayuda porque es una característica de su edad. Existen diversos factores que no contribuyen a este bienestar como el cuidado del cuerpo, las limitaciones físicas que tenga y le imposibiliten movilizarme como él desea, así como también el que sean expuestos a maltratos físicos, sexuales y psicológicos. La pérdida de dignidad y respeto son uno

de los factores más relevantes para el cuidado de su salud mental.(38,39)

### **3.2.6. Cuidador del Adulto Mayor**

En la vejez, nuestras capacidades pueden disminuir, y es probable que requiramos la asistencia de cuidadores en nuestra vida diaria. Los cuidadores de personas dependientes desempeñan un papel crucial en esta etapa. Sin embargo, no existe un único tipo de cuidador; su naturaleza varía según su relación con la persona mayor y si son profesionales o no. (40)

Un cuidador para personas mayores es la persona que asume la responsabilidad completa del paciente, ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo por sí mismo. Generalmente, este cuidador es un miembro de la familia inmediata, como un hijo, hermano o nieto. Por lo general, no cuenta con formación en el ámbito sanitario y puede necesitar ocasionalmente la ayuda de un cuidador profesional. Existen diferentes tipos de cuidadores para personas mayores, que varían en función de su relación con la persona mayor, su nivel de formación y el tipo de asistencia que ofrecen. Estos son:

#### **a) Cuidador formal**

Es aquella persona o personas capacitadas para cuidar al enfermo y remuneradas por ello. Por decirlo de otra manera, un cuidador formal es un profesional con experiencia en el cuidado de personas mayores. Aunque no tenga lazos de parentesco con el adulto mayor, es un recurso valioso a considerar al atender a un familiar con necesidades específicas.(40)

#### **b) Cuidador Informal**

Es aquel que es parte de la familia y ayuda en mayor o menor medida al enfermo. A pesar de que esta ayuda suele ser puntual y por razones específicas. (40)

### **c) Cuidador Familiar**

El término "cuidador familiar" se utiliza para describir a las personas que a menudo son responsables de ayudar a personas (personas mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden llevar a cabo estas responsabilidades por sí mismas (personas mayores, enfermas o discapacitadas) a realizar las actividades diarias básicas. Suele ser un familiar cercano (la mayoría mujeres) quien, además de prestar los cuidados necesarios para asegurar una suficiente calidad de vida al dependiente, debe continuar ocupándose de las tareas del mantenimiento del hogar.(41)

### **d) Cuidador a domicilio**

Los profesionales del cuidado personal a domicilio brindan apoyo a las personas con discapacidad y a adultos mayores en su propio hogar. a hacer las cosas diarias en sus hogares. Las actividades diarias en la vivienda (tender las camas, lavar la ropa, lavar servicios) y preparar las comidas son parte de las responsabilidades en el lugar de trabajo. En resumen, este tipo de cuidador se traslada a la casa de la persona mayor para realizar ciertas tareas. (40)

### **e) Cuidadores voluntarios**

Estas personas suelen ofrecerse por un par de horas y brindar asistencia o supervisión cuando sea necesario, con el objetivo de ayudar a los demás. Sus servicios son voluntarios y no se cobran por ellos.(40)

## **3.2.7. Adulto Mayor.**

La OMS (1984) establece el uso del término "adulto mayor" para todo individuo mayor de 59 años.

### **Clasificación**

#### **a) Según la edad**

- ✓ **Avanzada.** Personas entre los 60 y los 74 años.
- ✓ **Viejo.** Personas entre los 75 y los 90 años.
- ✓ **Longevo.** Personas que tienen más de 90 años.

- ✓ **Centenario.** Personas que han alcanzado la edad de 100 años o más.
- ✓ **Semicentenario.** Personas que tienen más de 105 años de edad.
- ✓ **Supercentenario.** Personas que han vivido al menos 110 años de edad.(42)

## **b) Según el nivel de dependencia**

- ✓ **Persona adulta mayor independiente o autosuficiente.**  
Tiene capacidad para realizar las tareas fundamentales de la vida cotidiana, como alimentarse, vestirse, moverse, afeitarse, bañarse, así como las actividades esenciales de la vida cotidiana, como cocinar, limpiar el hogar, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar sus finanzas y mantener autonomía mental. Es aquella que no tiene antecedentes de riesgos, no presenta signos ni síntomas de patologías agudas, subagudas o crónicas y tiene un estado físico normal.(42)  
Persona mayor independiente Incluye a las personas mayores de 65 años que son sanas y no tienen enfermedades agudas o crónicas que puedan incapacitarlas. Se estima que pueden representar entre el 64 y el 75 por ciento de los adultos mayores de 65 años. 4. Además, los estudios realizados en nuestra comunidad han demostrado que el 85.7% de los mayores de 60 años tienen un alto nivel de autonomía. Este grupo necesitará una intervención preventiva.(42)
- ✓ **Persona adulta mayor enferma.** Es aquella que no cumple con los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo y que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, en diferente grado de gravedad, que normalmente no invalida.(42)

- ✓ **Persona adulta mayor frágil.** Es aquel que tiene alguna restricción para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria y cumple dos o más de las siguientes condiciones: Edad: 80 años o más o Dependencia parcial o Deterioro cognitivo leve o moderado o Manifestaciones depresivas o Riesgo social

Fallas: una disminución en el último mes o más de una disminución en el año o La pluripatología incluye: Tres o más enfermedades crónicas que afectan la incapacidad funcional parcial: Por ejemplo, déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela del ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, etc.

La polifarmacia es: Tiene un índice de masa corporal (IMC) menor de 23 años, toma más de tres medicamentos por patologías crónicas y por más de 6 semanas o ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses.(42)

- ✓ **Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente).** Requiere la ayuda constante de terceras partes. Si cumple con tres o más de las siguientes condiciones, tiene problemas graves de salud funcional y mental:

- Edad: 80 años o más Pluripatología: tres o más enfermedades que se mantienen en el tiempo.
- El proceso o enfermedad principal es incapacitante.
- Deterioro severo de la capacidad cognitiva
- Su estado de salud plantea un problema social.
- Paciente terminal, como una enfermedad avanzada, una insuficiencia cardiaca terminal u otra con un pronóstico vital menor de seis meses.

La situación de dependencia se refiere a pacientes que presentan una pérdida funcional significativa en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Esto incluye a aquellos incapacitados en sus domicilios, en situaciones terminales, con ingresos hospitalarios frecuentes

o descompensaciones clínicas recurrentes. En estos casos, la posibilidad de revertir su estado funcional es escasa, y se requiere una atención continua y especializada para gestionar su situación y mejorar su calidad de vida en la medida de lo posible.(42)

### **3.2.8. Teorías de enfermería**

#### **Teoría de enfermería según Madeleine Leininger**

Madeleine Leininger es la creadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de la enfermería transcultural y de los cuidados a las personas. Definió la enfermería transcultural como una disciplina fundamental de la enfermería que se enfoca en una investigación comparativo y el análisis de diversas culturas y subculturas alrededor del mundo, especialmente en relación con los valores sobre el cuidado, así como las expresiones y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, así como los modelos de comportamiento. El objetivo de la teoría era identificar las particularidades y universalidades de los cuidados humanos en función de la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones. Posteriormente, se buscaba encontrar maneras de ofrecer cuidados que sean culturalmente congruentes a personas de diversas o similares culturas, con el fin de mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontar la muerte de una manera que sea culturalmente apropiada.(43)

Se define como la teoría transcultural, porque considera dentro de su proceso de cuidado los valores culturales, estilos de vida, creencias y demás aspectos de la persona para poder actuar de forma eficaz y eficiente en el cuidado, preservación y salud del ser humano.(43)

La relación entre esta teoría y la investigación es que el entorno social y cultural de un cuidador familiar también influye en sus actitudes y comportamientos. Las diversas creencias o conocimientos compartidos entre amigos y familiares también tienen

un impacto en sus actitudes y comportamientos, que serán su guía en el cuidado de un adulto mayor. En base a ello, los profesionales de la salud lidian con el estado de los adultos mayores, ya que en muchos casos los cuidadores familiares lo realizan de manera empírica y sin conocimientos que apoyen sus actividades y se busca proporcionarle una buena calidad de vida al adulto mayor.

### **Teoría de Nola Pender**

Esta teoría se basa en orientar la conducta del ser humano apoyándose de estrategias educativas de enfermería. La promoción de la salud busca promover conductas preventivas y de cuidado del entorno en el que desenvuelve el paciente y o familia. Por ello, capacitar y proporcionar información clara y precisa al cuidador familiar para lograr cubrir todas las necesidades de cuidado que requiere el adulto mayor, este proceso es fundamental para que alcance la calidad de vida deseada.(44)

La relación que tiene esta teoría con la investigación, es cuando la intervención educativa tiene como objetivo contribuir en el conocimiento de los cuidadores familiares del adulto mayor.

### **3.3. Marco conceptual**

#### **Programa educativo**

Un programa educativo es un plan estructurado de actividades diseñadas que se realizan en tiempos y ubicaciones determinadas, utilizando recursos asignados de antemano, con el propósito de lograr metas y objetivos definidos. La selección de este programa debe basarse en un análisis y diagnóstico detallado de la situación problemática, asegurando que se elija la solución más adecuada. (45)

#### **Conocimiento**

El conocimiento es la capacidad que tiene el ser humano para procesar e interpretar la información que recibe a través de la

experiencia, la educación o la práctica, y aplicarla en situaciones nuevas o desconocidas.(46)

### **Cuidador familiar**

Un cuidador familiar es una persona que, sin recibir compensación económica, asume la responsabilidad de cuidar a un ser querido con una enfermedad crónica, discapacidad o que necesita asistencia diaria, con el fin de mantener su bienestar físico, emocional y social.(47)

### **Calidad de vida**

La calidad de vida es el grado en el que las necesidades y deseos de una persona se satisfacen mediante la posesión de recursos, el acceso a servicios, y la capacidad para participar en la vida social.(48)

### **Adulto mayor**

El adulto mayor es una persona que ha alcanzado una edad avanzada, generalmente definida como 65 años o más, etapa de la vida en la que enfrenta cambios biológicos, psicológicos y sociales significativos, y que a menudo requiere de ajustes para mantener su bienestar y calidad de vida.(49)

### **Educación**

La educación es la transmisión de conocimientos, valores, costumbres y comportamientos. Como proceso social, la educación es indispensable para la continuidad de la cultura y para el desarrollo de los individuos como seres sociales.(50)

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo y nivel de investigación**

#### **Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo básica, de acuerdo a su propósito y finalidad que busca generar nuevas teorías, busca el progreso científico y aumentar la comprensión teórica, sin preocuparse por sus posibles aplicaciones o repercusiones en la vida real; es más formal y busca la generalización para desarrollar una teoría basada en principios y leyes.(51)

#### **Nivel de investigación**

El nivel del presente estudio fue explicativo, con el objetivo de llevar a cabo una intervención desde una perspectiva práctica, por lo que mide la relación asimétrica entre variables, En este nivel, se enfoca en explicar por qué ocurre un fenómeno y bajo qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables.(52)

### **4.2. Diseño de la investigación**

En la presente investigación es de diseño cuasi experimental, que consiste en la manipulación intencional de las variables independientes, mediante una acción o conjunto de intervenciones, para determinar su posible efecto en el comportamiento de las variables dependientes, lo cual su propósito es determinar la relación asimétrica entre variables (51). Además, Hernández y Mendoza indican que en este diseño se utilizan un pretest y un postest en dos o más grupos para realizar una comparación. Con base en esta comparación, se puede corroborar la hipótesis:

#### **Diseño pre y post evaluatorio con un grupo experimental y control**

**GE O1 X O2**

**GC O3 - O4**

GE= grupo experimental

GC= grupo control

X = Variable independiente

O1-3 = Evaluación pre experimental de variable dependiente

O2 -4 = Evaluación post experimental de variable dependiente

### **4.3. Hipótesis general y específicas**

#### **Hipótesis general**

El programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024, es efectivo.

#### **Hipótesis específico**

HE1. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.

HE2. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar social, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.

HE3. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.

### **4.4. Identificación de las variables**

#### **Variable dependiente:**

- Conocimiento de Calidad de vida del adulto mayor

#### **Dimensiones:**

- Conocimiento sobre bienestar físico
- Conocimiento sobre bienestar social
- Conocimiento sobre bienestar mental

**Variable independiente:**

- Efectividad de un programa educativo

**Dimensión:**

- Etapas de un programa educativo

#### 4.5. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Valores	Niveles de rango	Tipo de variable
Efectividad de un programa educativo	Etapas de un programa educativo	Planificación Ejecución Evaluación	Introducción o aplicación de la calidad de vida  Desarrollo del objetivo general y específico  Evaluación	Nominal	Es efectiva  No es efectivo	Cualitativa
Conocimiento de Calidad de vida del adulto mayor	Conocimiento sobre bienestar físico	Prevención de caídas	1,2,3	Nominal	Bueno (21- 25 puntos)	Cuantitativa
		Cuidado de la piel	4, 5,6,7,8,9	Nominal	Regular (16- 20 puntos)	
		Alimentación	10, 11, 12, 13, 14	Nominal	Deficiente	
		Actividad física	15	Nominal	(0- 15 puntos)	

	Conocimiento sobre bienestar social	Relaciones sociales Intereses intelectuales Bienestar personal	16, 17, 18	Nominal		
	Conocimiento sobre bienestar mental	Control psicológico Síntomas de ansiedad Trastorno mental	19, 20, 21 22, 23 , 24, 25	Nominal		

#### 4.6. Población - Muestra

##### **Población**

La población estuvo conformada por 150 cuidadores familiares del adulto mayor. Como referencia se consideró un cuidador familiar por adulto mayor que se encuentra registrado en el Centro de Salud San Juan Bautista de Huamanga. Es un grupo de elementos (personas, familias, viviendas, objetos, etc.) que comparten al menos una característica común y están delimitados dentro de un espacio y tiempo determinados. (51)

##### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 108 cuidadores familiares de adultos mayores que se atienden el servicio de Medicina General del Centro de Salud San Juan Bautista de Huamanga, Ayacucho, de ellos 56 fueron consideradas dentro del grupo experimental y 56 en el grupo control. La muestra representa, en cierto grado, una versión reducida de la población. Se analizan las muestras para caracterizar las poblaciones, ya que estudiar una muestra resulta más fácil y manejable que examinar a toda la población. (51)

##### **Criterios de inclusión:**

- Cuidadores familiares de adultos mayores que son atendidos Cuidadores en el Centro de Salud San Juan Bautista de Huamanga, Ayacucho – 2019.
- familiares de adultos mayores que desean participar en la investigación.

##### **Tamaño de muestra**

Para calcular el tamaño de la muestra, se aplicó la fórmula correspondiente a poblaciones finitas, la cual se describe a continuación:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot pq}$$

**Donde:**

N = Total de la población en estudio (N = 150)

Z = Nivel de confianza del 95% (Z = 1.96)

p = Probabilidad de éxito dentro del total (asumida como p = 0.5)

q = Probabilidad de no éxito dentro del total (asumida como q = 0.5)

e = Margen de error o error máximo aceptable (e = 0.05)

d = Nivel de precisión (d = 0.05)

**Remplazando se obtuvo:**

$$n = \frac{(150)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(141) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{144.06}{1.3329}$$

$$n = 108.0801$$

$$n = 108$$

#### **4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información**

##### **Técnica**

En esta investigación se empleó la encuesta como técnica. Este método consiste en una búsqueda organizada y sistemática de información, que implica hacer preguntas a los participantes sobre los datos que se desean conocer. Luego, se compilan estos datos individuales para su análisis en la fase de evaluación (51), por ello se recolecto la información necesaria de los cuidadores familiares

sobre su conocimiento en calidad de vida del adulto mayor. Para la recolección de los datos se realizó el trámite administrativo dirigida al jefe médico del Centro de Salud San Juan Bautista de Huamanga, Ayacucho, para obtener el permiso necesario, se aplicó el proceso de recolección de datos y definió el cronograma de ejecución. Según el cronograma se realizaron sesiones educativas que tenían una duración de 1 hora y posteriormente se aplicó el pretest y post test que tomo entre 15 a 20 minutos.

### **Instrumento**

El instrumento se empleó el cuestionario, la cual es un formulario compuesto por una serie de preguntas que se responden por escrito con el propósito de recopilar información. El cual fue adaptado de la investigación “Intervención educativa en las necesidades de conocimiento en salud en cuidadores domiciliarios del adulto mayor en el barrio Girardot florida blanca y colorados” elaborado Ortiz A, Ojeda J, Peña S. El cuestionario estuvo conformado por 25 ítems que se evaluaron sobre Calidad de vida y sus dimensiones: Bienestar físico, social y mental. Los datos se categorizaron según una escala vigesimal de la siguiente manera: Conocimiento bueno (17-25 puntos), conocimiento medio (9-16 puntos) y conocimiento bajo (0-8 puntos). Los resultados fueron comparados utilizando un pretest y un post test.(9)

### **Validez y confiabilidad del instrumento**

La validación se llevó a cabo a través de la evaluación de expertos, compuesta por tres profesionales de enfermería, tomando las consideraciones que consideren pertinentes. La validez y confiabilidad estadística se realizó mediante la prueba Kuder Richardson y para la comprobación de hipótesis de estudio se demostrará a través de la prueba de Wilconxon.

## **4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos**

La información recogida fue procesada y analizada utilizando el software estadístico IBM SPSS versión 25. Los resultados se

presentaron en forma de gráficos, tablas, y se expresaron en porcentajes o frecuencias para facilitar su interpretación.

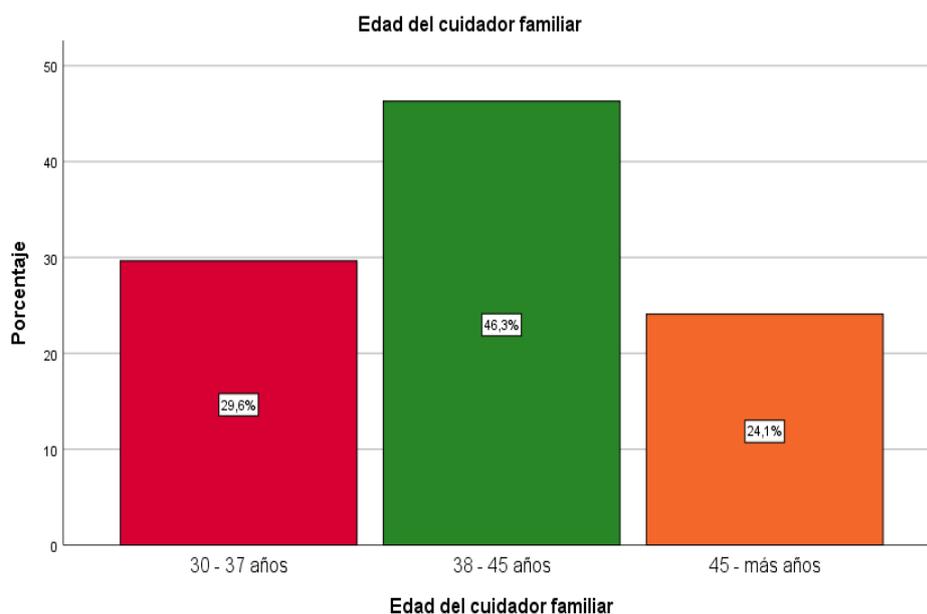
## V. RESULTADOS

### 5.1. Presentación de Resultados

Tabla N°1. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo control

Edad del cuidador familiar				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 30 - 37 años	16	29,6	29,6	29,6
38 - 45 años	25	46,3	46,3	75,9
45 - más años	13	24,1	24,1	100,0
Total	54	100,0	100,0	

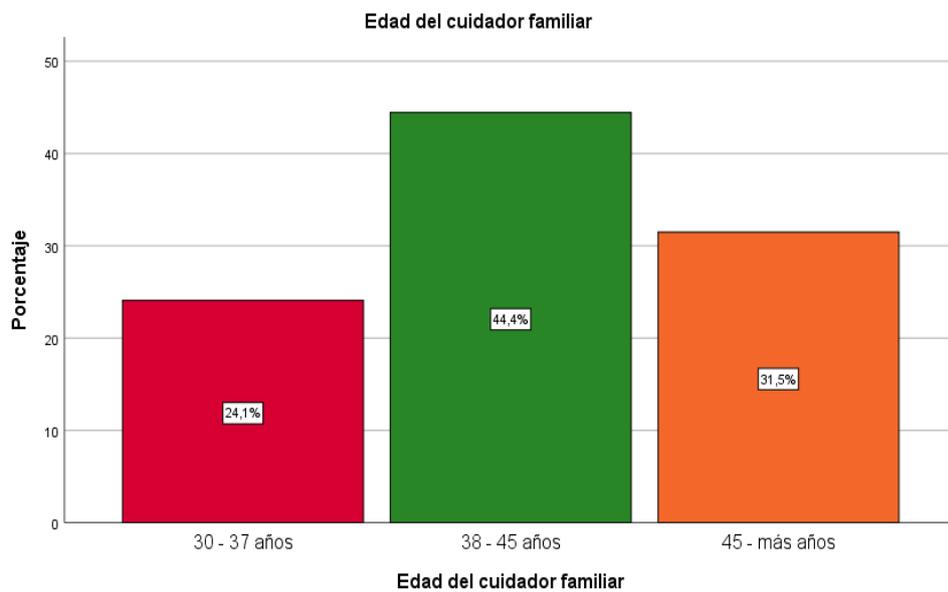
Figura N°1. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo control



**Tabla N°2. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo Experimental**

Edad del cuidador familiar					
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	30 - 37 años	13	24,1	24,1	24,1
	38 - 45 años	24	44,4	44,4	68,5
	45 - más años	17	31,5	31,5	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

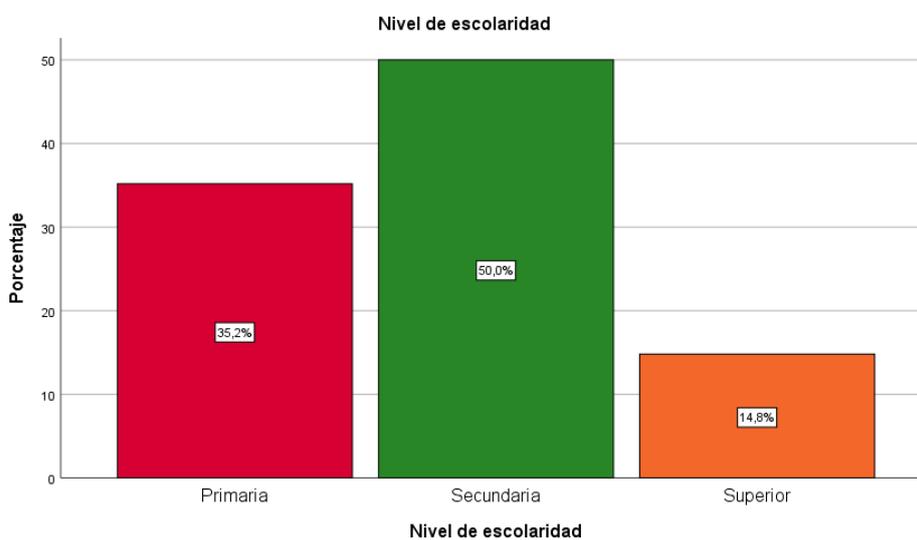
**Figura N°2. Frecuencia edad del cuidador familiar - grupo experimental**



**Tabla N°3. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control.**

		<b>Nivel de escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	19	35,2	35,2	35,2
	Secundaria	27	50,0	50,0	85,2
	Superior	8	14,8	14,8	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

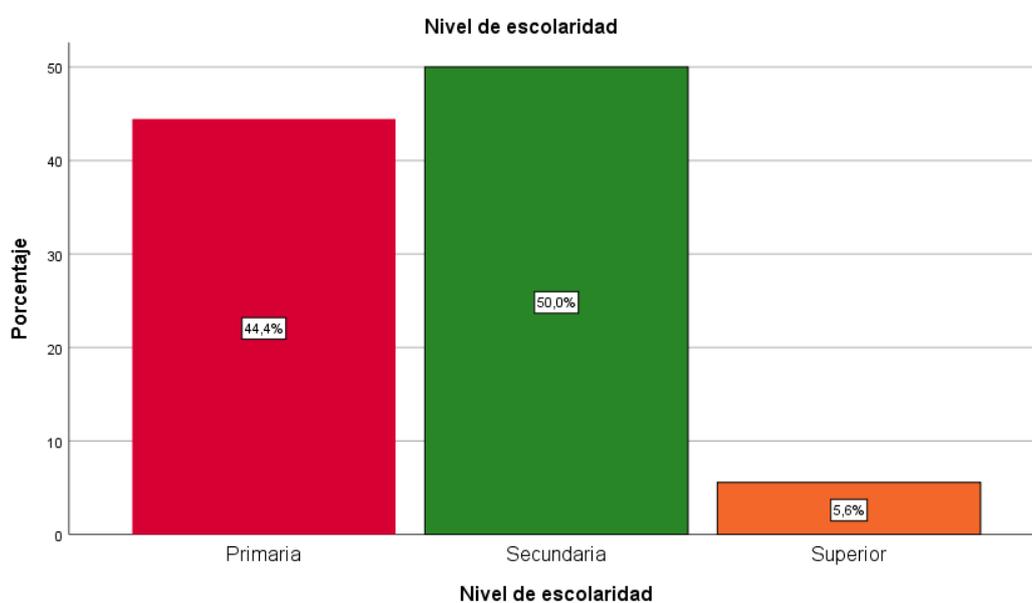
**Figura N°3. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control.**



**Tabla N°4. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control.**

		<b>Nivel de escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	24	44,4	44,4	44,4
	Secundaria	27	50,0	50,0	94,4
	Superior	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

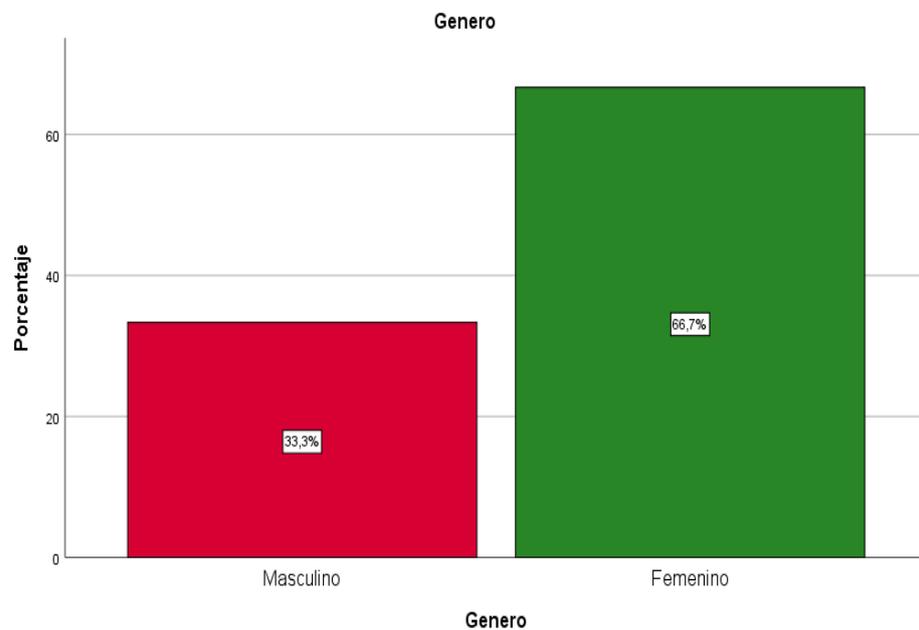
**Figura N°4. Frecuencia nivel de escolaridad del cuidador familiar - grupo control.**



**Tabla N°5. Frecuencia genero del cuidador familiar - grupo control**

		<b>Genero</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	18	33,3	33,3	33,3
	Femenino	36	66,7	66,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

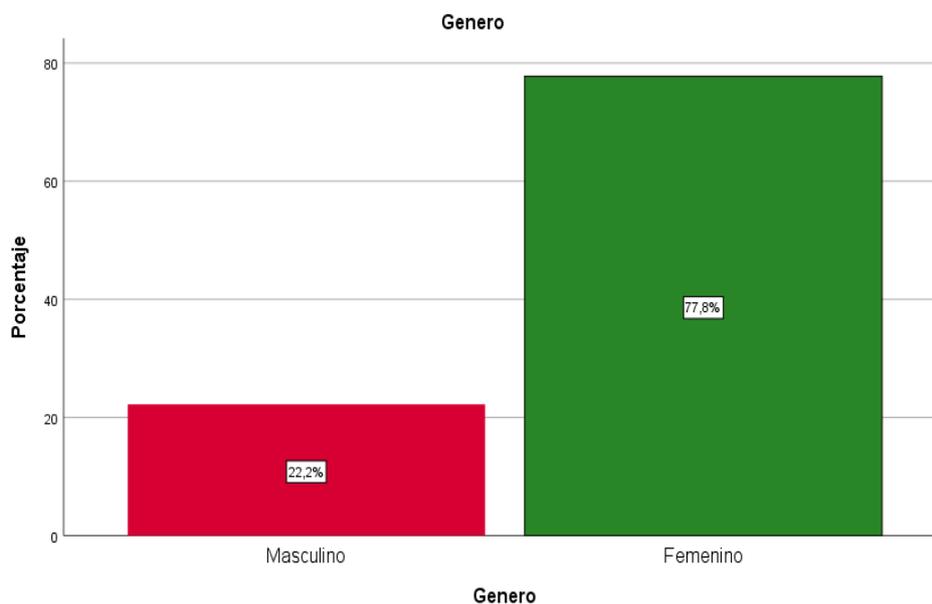
**Figura N°5. Frecuencia genero del cuidador familiar - grupo control**



**Tabla N°6. Frecuencia genero del cuidador familiar - Grupo experimental**

		<b>Genero</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	12	22,2	22,2	22,2
	Femenino	42	77,8	77,8	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

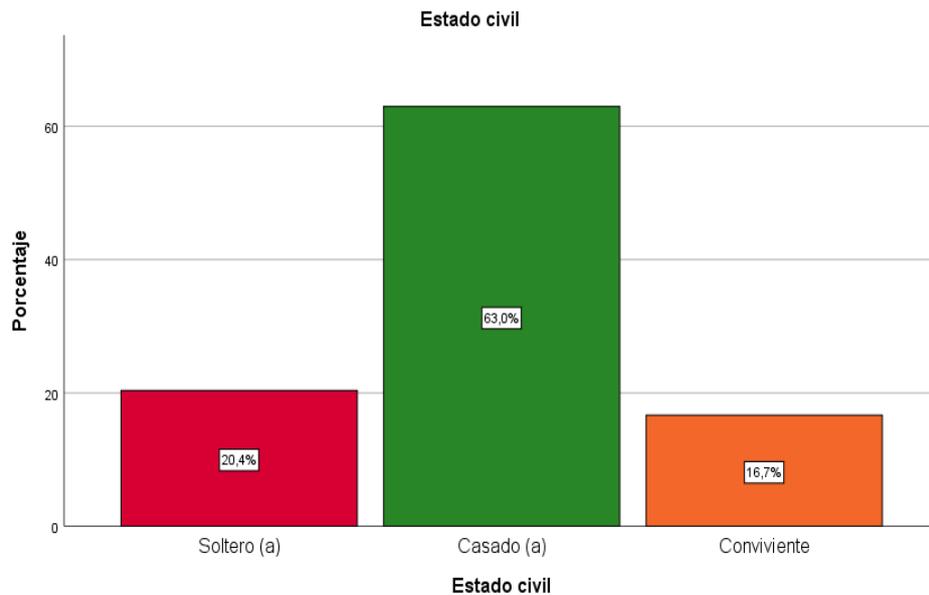
**Figura N°6. Frecuencia genero del cuidador familiar- grupo experimental**



**Tabla N°7. Frecuencia estado civil del cuidador familiar - grupo control**

<b>Estado civil</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	Soltero (a)	11	20,4	20,4	20,4
	Casado (a)	34	63,0	63,0	83,3
	Conviviente	9	16,7	16,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

**Figura N°7. Frecuencia estado civil del cuidador familiar - Grupo control**



**Tabla N°8. Frecuencia estado civil del cuidador familiar - Grupo experimental.**

<b>Estado civil</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero (a)	11	20,4	20,4	20,4
	Casado (a)	34	63,0	63,0	83,3
	Conviviente	9	16,7	16,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

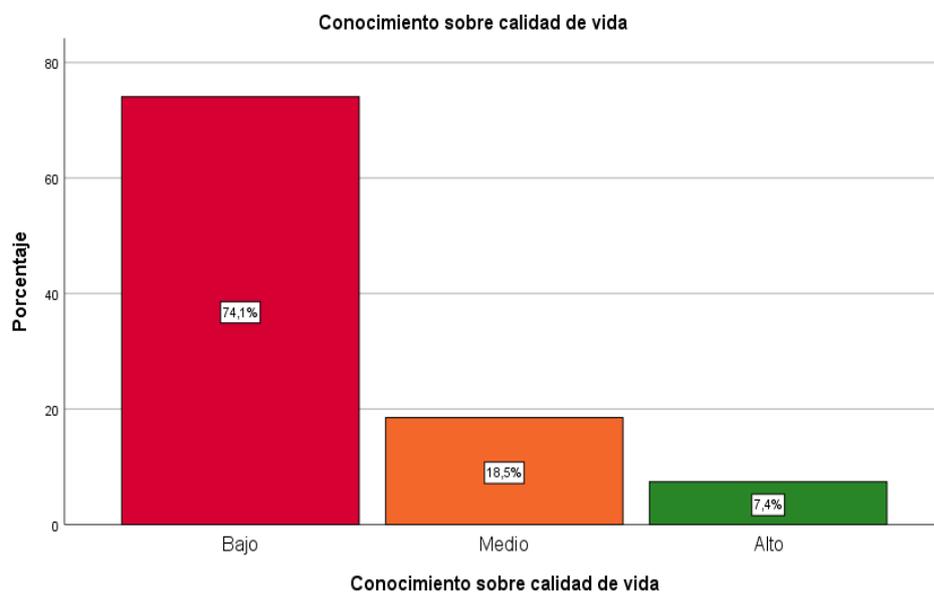
**Figura N°8. Frecuencia estado civil del cuidador familiar- Grupo experimental**



**Tabla N°9. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (pre test)**

Conocimiento sobre calidad de vida					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	40	74,1	74,1	74,1
	Medio	10	18,5	18,5	92,6
	Alto	4	7,4	7,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

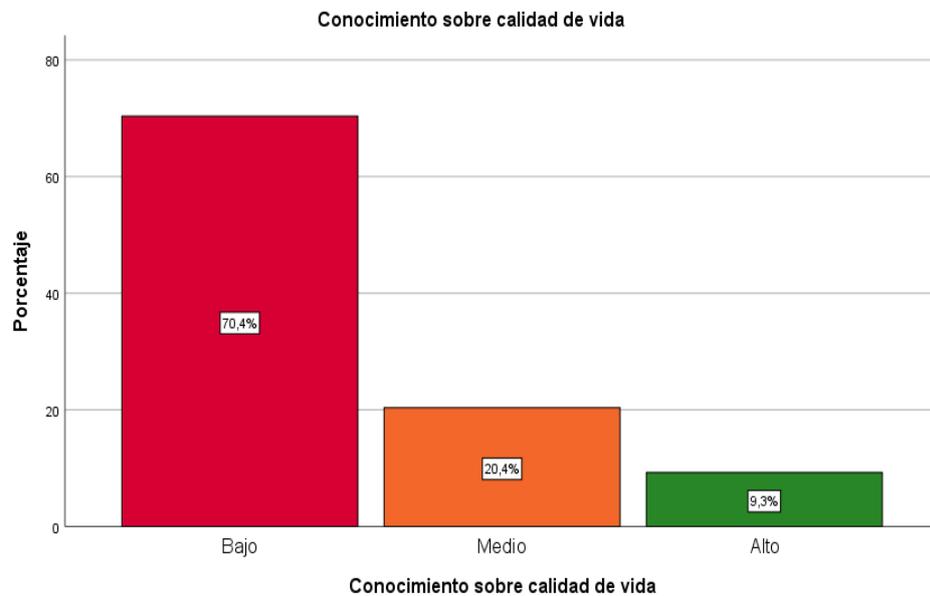
**Figura N°9. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (pre test)**



**Tabla N°10. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (post test)**

<b>Conocimiento sobre calidad de vida</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	38	70,4	70,4	70,4
	Medio	11	20,4	20,4	90,7
	Alto	5	9,3	9,3	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

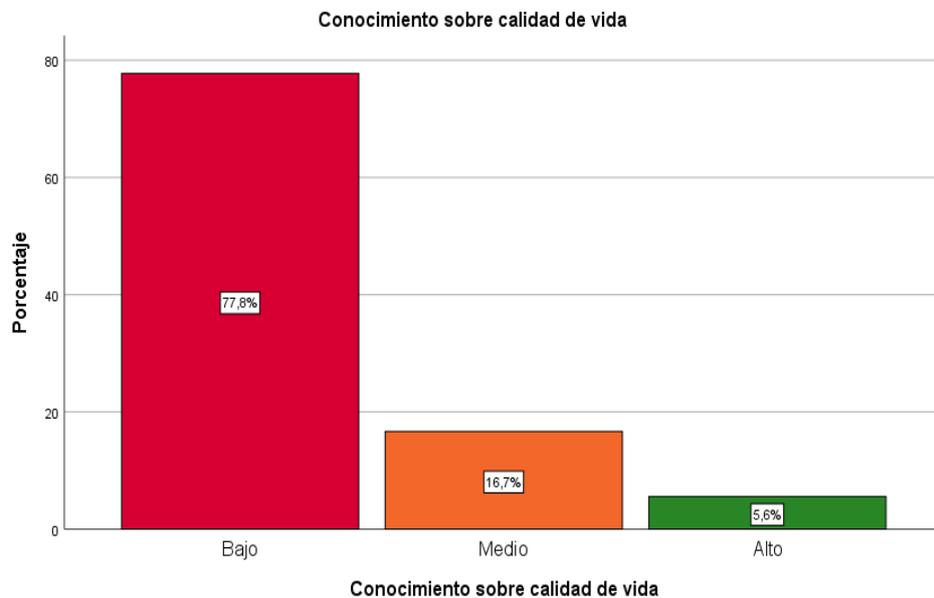
**Figura N|10. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo control (post test)**



**Tabla N°11. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (pre test)**

<b>Conocimiento sobre calidad de vida</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	42	77,8	77,8	77,8
	Medio	9	16,7	16,7	94,4
	Alto	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

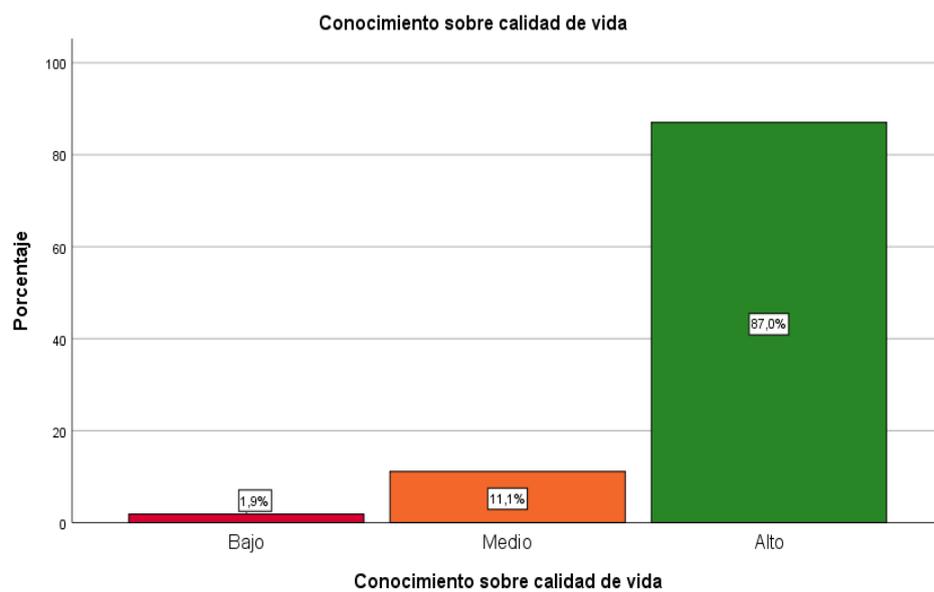
**Figura N°11. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (pre test)**



**Tabla N°12. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (post test)**

<b>Conocimiento sobre calidad de vida</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	1,9	1,9	1,9
	Medio	6	11,1	11,1	13,0
	Alto	47	87,0	87,0	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

**Figura N°12. Frecuencia del conocimiento sobre calidad de vida del cuidador familiar - grupo experimental (post test)**

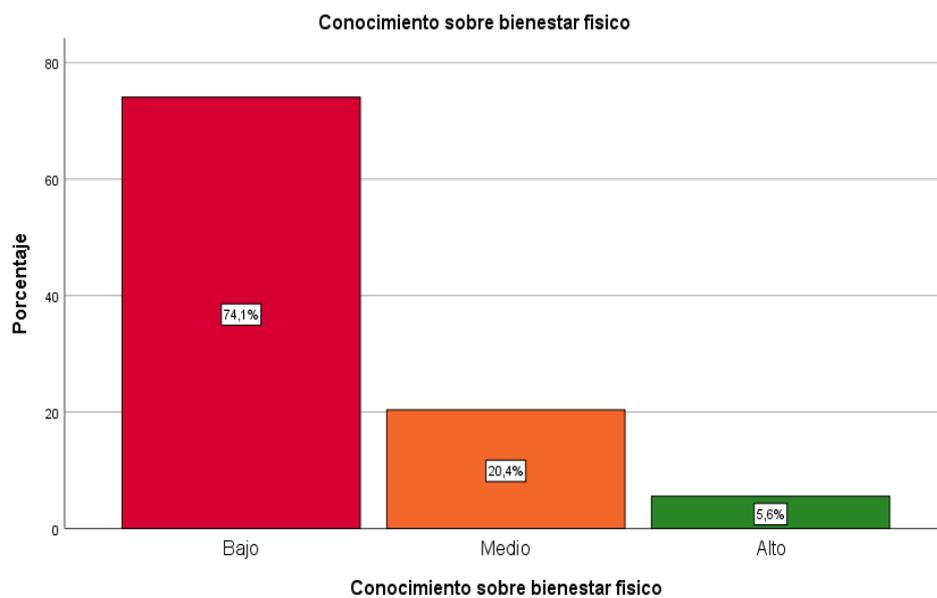


**Tabla N°13. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (pretest)**

Conocimiento sobre bienestar físico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	40	74,1	74,1	74,1
	Medio	11	20,4	20,4	94,4
	Alto	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,	100,0	

0

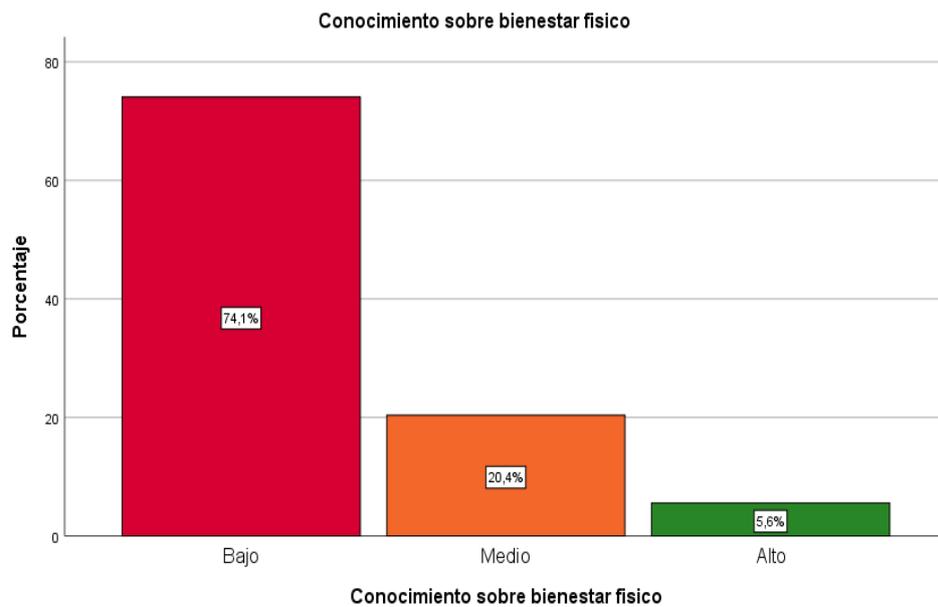
**Figura N°13. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (pretest)**



**Tabla N°14. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (post test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar físico</b>					
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	40	74,1	74,1	74,1
	Medio	11	20,4	20,4	94,4
	Alto	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

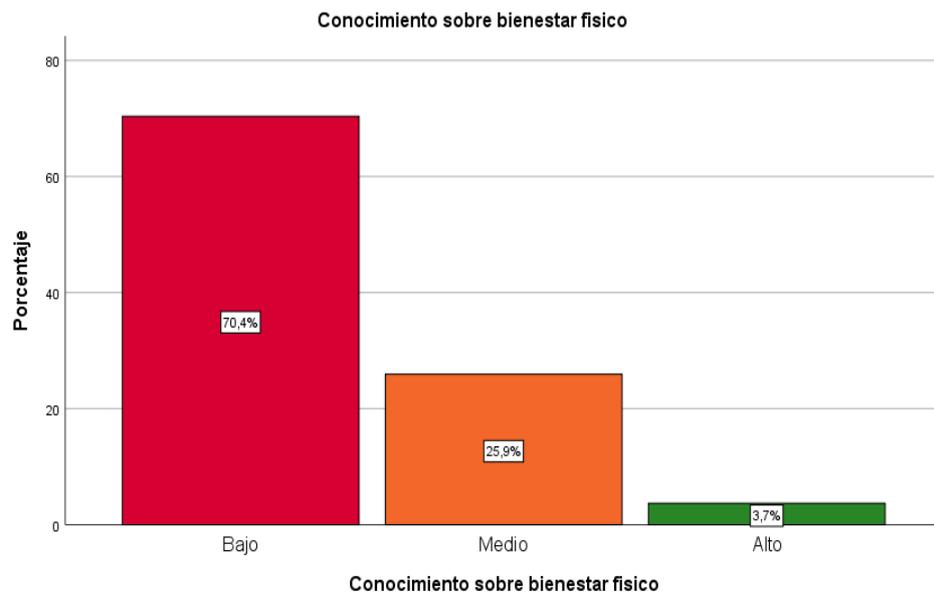
**Figura N°14. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo control (post test)**



**Tabla N°15. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (pre test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar físico</b>					
				Porcentaje	Porcentaje
Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido		acumulado
Bajo	38	70,4	70,4	70,4	70,4
Medio	14	25,9	25,9	25,9	96,3
Alto	2	3,7	3,7	3,7	100,0
Total	54	100,0	100,0	100,0	

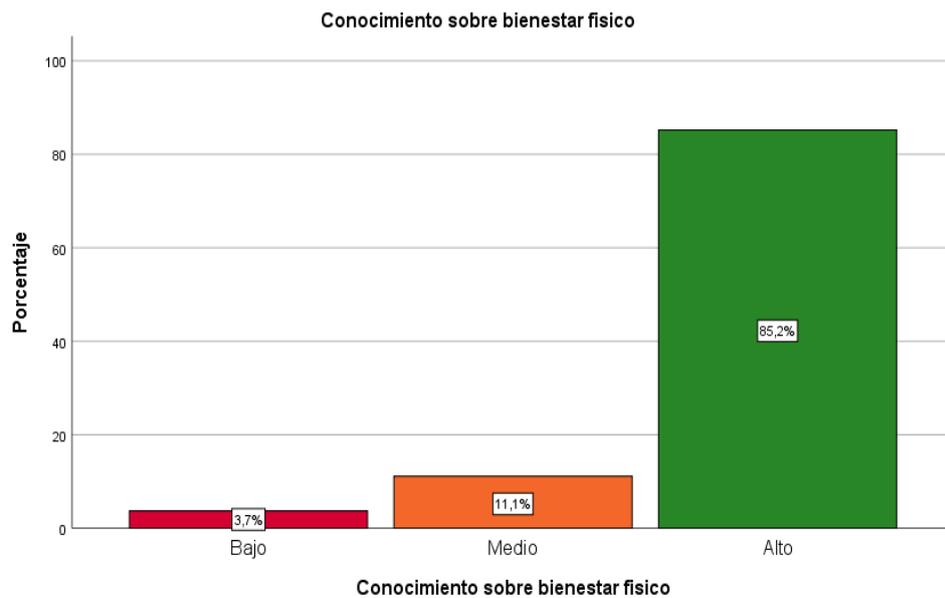
**Figura N°15. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (pre test)**



**Tabla N°16.Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (post test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar físico</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	3,7	3,7	3,7
	Medio	6	11,1	11,1	14,8
	Alto	46	85,2	85,2	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

**Figura N°16. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar físico del cuidador familiar - grupo experimental (post test)**

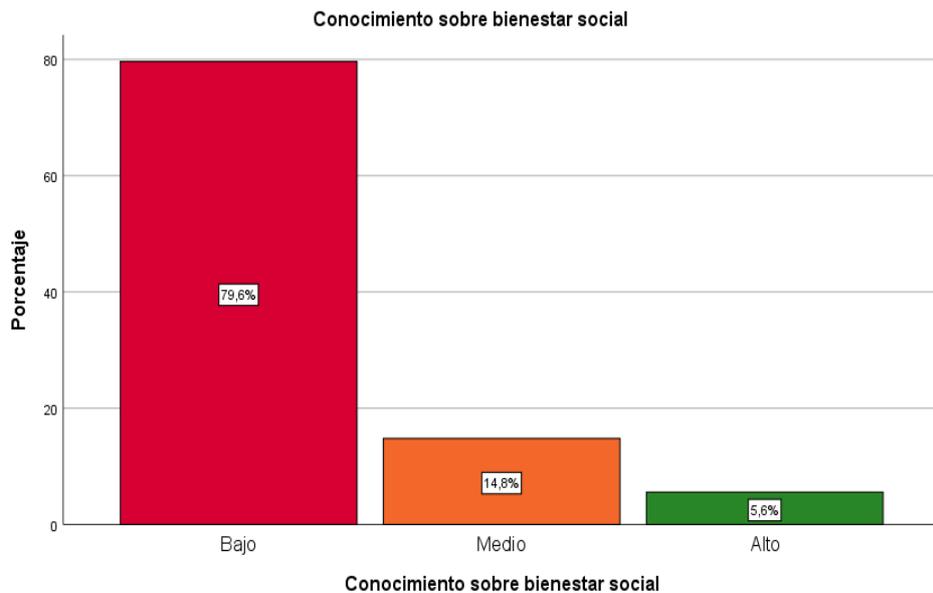


**Tabla N°17. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (pre test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar social</b>					
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	43	79,6	79,6	79,6
	Medio	8	14,8	14,8	94,4
	Alto	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,	100,0	

0

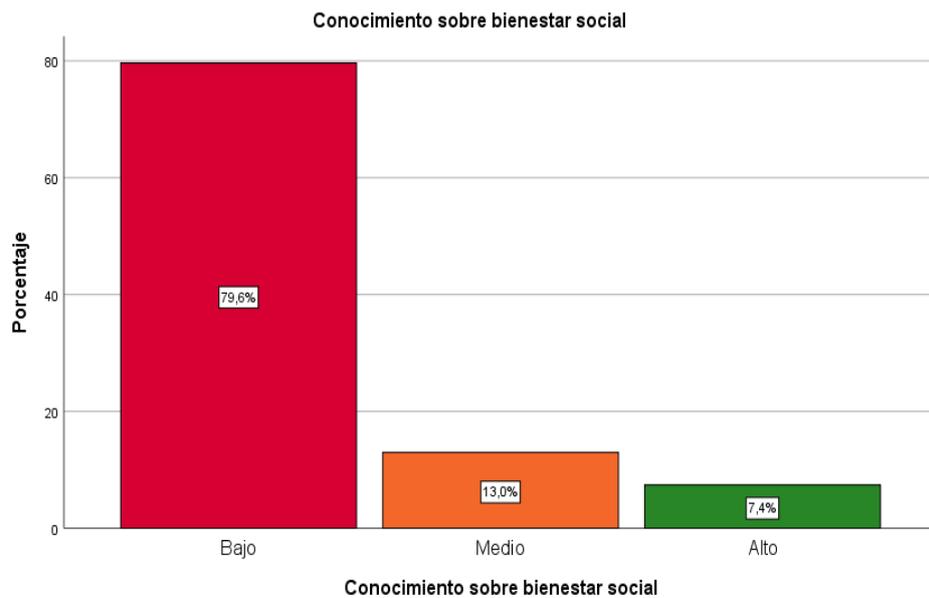
**Figura N°17. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (pre test)**



**Tabla N°18. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (post test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar social</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	43	79,6	79,6	79,6
	Medio	7	13,0	13,0	92,6
	Alto	4	7,4	7,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

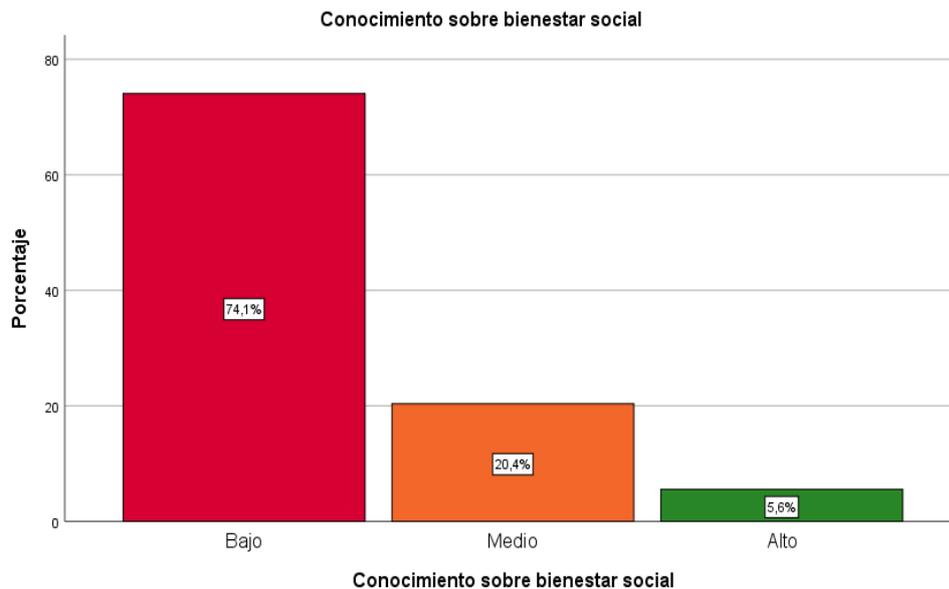
**Figura N°18. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar - grupo control (post test)**



**Tabla N°19. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (pre test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar social</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	40	74,1	74,1	74,1
	Medio	11	20,4	20,4	94,4
	Alto	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

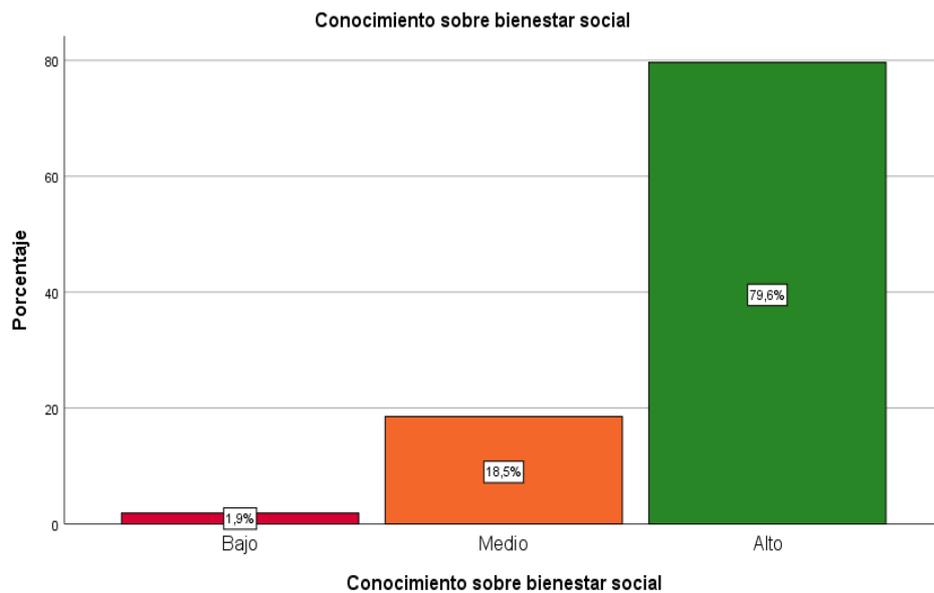
**Figura N°19. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (pre test)**



**Tabla N°20. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (post test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar social</b>					
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	1,9	1,9	1,9
	Medio	10	18,5	18,5	20,4
	Alto	43	79,6	79,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

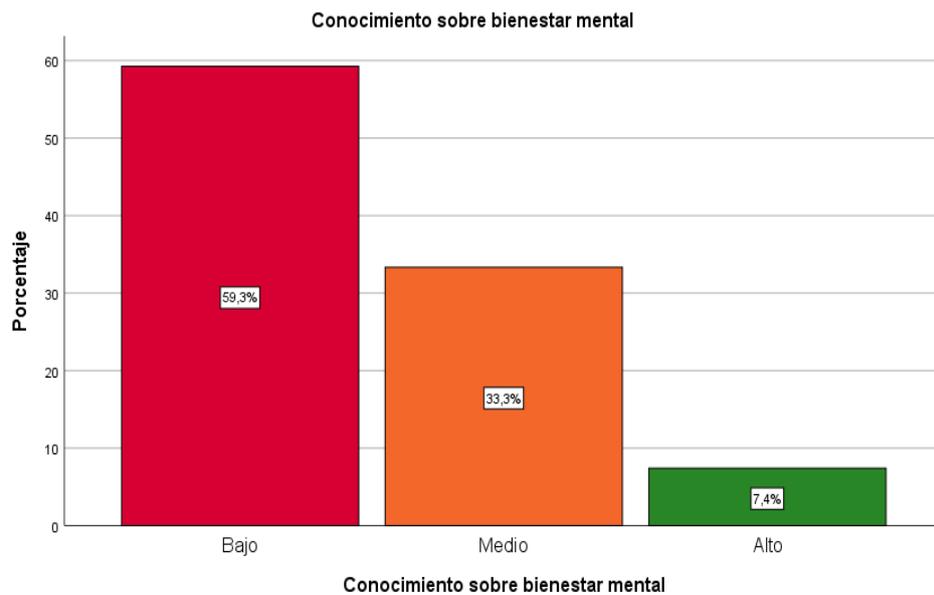
**Figura N°20. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar social del cuidador familiar – grupo experimental (post test)**



**Tabla N°21. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (pre test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar mental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	32	59,3	59,3	59,3
	Medio	18	33,3	33,3	92,6
	Alto	4	7,4	7,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

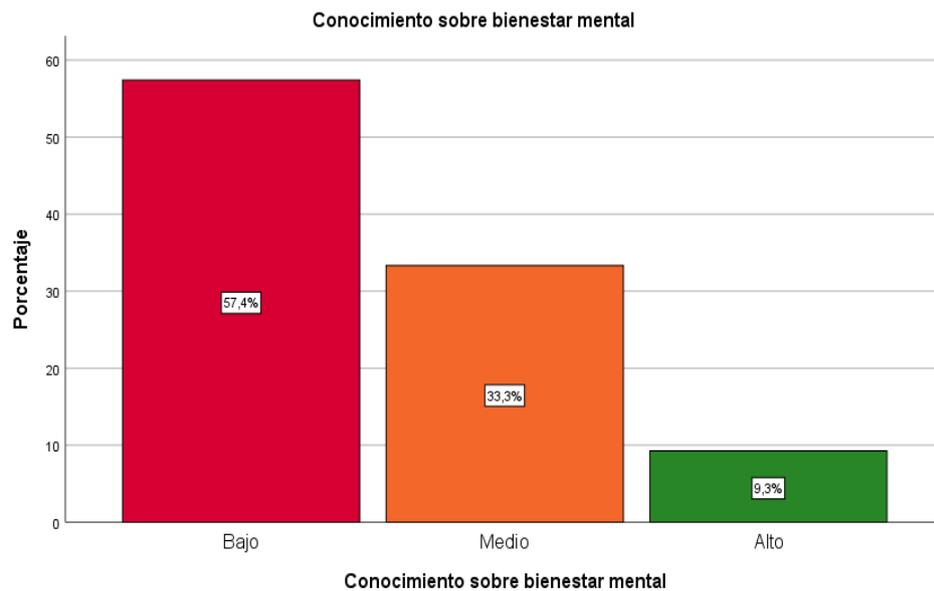
**Figura N°21. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (pre test)**



**Tabla N°22. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (post test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar mental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	31	57,4	57,4	57,4
	Medio	18	33,3	33,3	90,7
	Alto	5	9,3	9,3	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

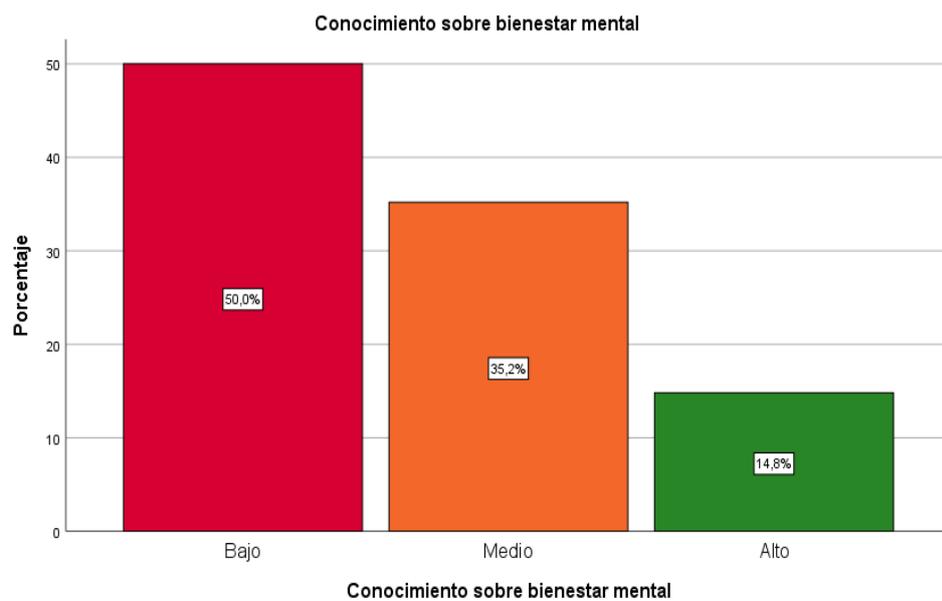
**Figura N°22. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo control (post test)**



**Tabla N°23. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (pre test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar mental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	27	50,0	50,0	50,0
	Medio	19	35,2	35,2	85,2
	Alto	8	14,8	14,8	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

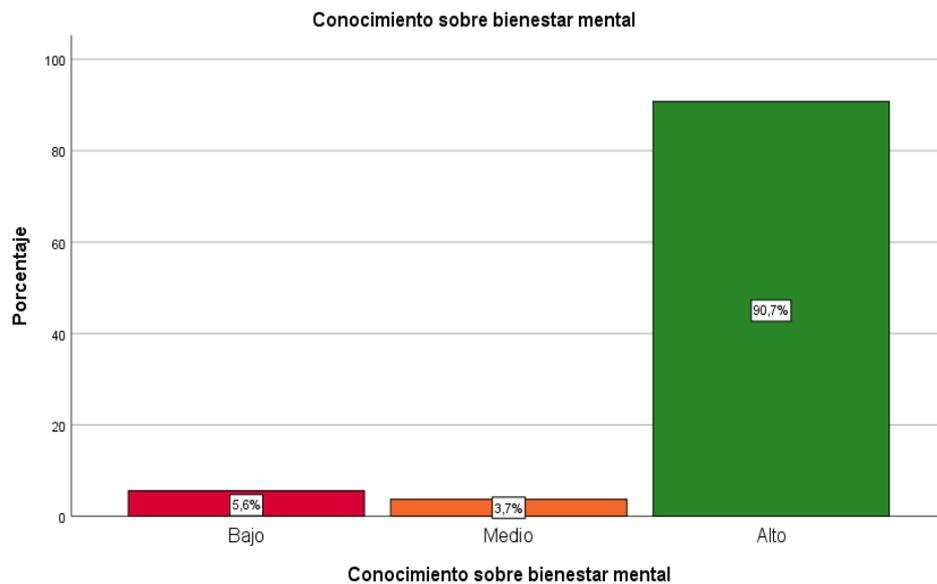
**Figura N°23. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (pre test)**



**Tabla N°24. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (post test)**

<b>Conocimiento sobre bienestar mental</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	3	5,6	5,6	5,6
	Medio	2	3,7	3,7	9,3
	Alto	49	90,7	90,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

**Figura N°24. Frecuencia de conocimiento sobre bienestar mental del cuidador familiar – grupo experimental (post test)**



**Tabla N°25. Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar – Grupo control**

<b>Conocimiento sobre calidad de vida</b>				
	<b>PRE</b>		<b>POST</b>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	38	70.4	40	74.1
Medio	11	20.4	10	18.5
Alto	5	9.3	4	7.4
Total	54	100.0	54	100.0

**Tabla N°26. Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar– Grupo experimental**

<b>Conocimiento sobre calidad de vida</b>				
	<b>PRE</b>		<b>POST</b>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	42	77.8	1	1.9
Medio	9	16.7	6	11.1
Alto	3	5.6	47	87.0
Total	54	100.0	54	100.0

## **5.2. Interpretación de Resultados**

En la **tabla y figura N°01**: se identifica la edad del cuidador familiar del grupo control, donde de 54 participantes, el 29.6% (16) cuidadores familiares poseen edades entre 30 a 37 años, el 46.3% (25) poseen edades entre 38 a 45 años y por último el 24.1% (13) poseen edades entre 45 a más años.

En la **tabla y figura N°02**: se identifica la edad del cuidador familiar del grupo experimental, donde de 54 participantes, el 24.1% (13) cuidadores familiares poseen edades entre 30 a 37 años, el 44.4% (24) poseen edades entre 38 a 45 años y por último el 31.5% (17) poseen edades entre 45 a más años.

En la **tabla y figura N°03**: se identifica el nivel de escolaridad del grupo control, de los 54 participantes; el 35.2% (19) cuidadores familiares poseen nivel de escolaridad primaria, el 50% (27) secundaria y el 14.8% (8) superior.

En la **tabla y figura N°04**: se identifica el nivel de escolaridad del grupo experimental, de los 54 participantes; el 44.4% (24) cuidadores familiares poseen nivel de escolaridad primaria, el 50% (27) secundaria y el 5.6% (3) superior.

En la **tabla y figura N°05**: se identifica el género del cuidador familiar del grupo control, de los 54 participantes, el 33.3% (18) pertenecen al género masculino y el 66.7% (36) femenino.

En la **tabla y figura N°06**: se identifica el género del cuidador familiar del grupo experimental, de los 54 participantes, el 22.2% (12) pertenecen al género masculino y el 77.8% (42) femenino.

En la **tabla y figura N°07**: se identifica el estado civil de los cuidadores familiares del grupo control, de los 54 participantes, el 20.4% (11) se encuentran solteros; el 63% (34) son casados y el 16.7% (9) se encuentran conviviendo.

En la **tabla y figura N°08**: se identifica el estado civil de los cuidadores familiares del grupo experimental, de los 54 participantes, el 20.4% (11) se encuentran solteros; el 63% (34) son casados y el 16.7% (9) se encuentran conviviendo.

En la **tabla y figura N°9**: se observan que el nivel de conocimiento sobre calidad de vida aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control donde los usuarios presentan un nivel de conocimiento bajo 74.1% (40), nivel de

conocimiento medio 18.5% (10), y el nivel de conocimiento alto 7.4% (4).

**En la tabla y figura N°10:** se observan que el nivel de conocimiento sobre calidad de vida aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentan un nivel de conocimiento bajo 70.4% (38), nivel de conocimiento medio 20.4% (10), y el nivel de conocimiento alto 9.3% (5).

En la **tabla y figura N°11:** se observan que el nivel de conocimiento sobre calidad de vida aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentan un nivel de conocimiento bajo 77.8% (4), nivel de conocimiento medio 16.7% (9), y el nivel de conocimiento alto 5.6% (3).

En la **tabla y figura N°12:** se observan que el nivel de conocimiento sobre calidad de vida aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento alto 87% (47), nivel de conocimiento medio 11.1% (6) y nivel de conocimiento bajo 1.9% (1).

En la **tabla y figura N°13:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar físico aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 74.1% (40), nivel de conocimiento medio 20.4% (11) y nivel de conocimiento alto 5.6% (3).

En la **tabla y figura N°14:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar físico aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 74.1% (40), nivel de conocimiento medio 20.4% (11) y nivel de conocimiento alto 5.6% (3).

**En la tabla y figura N°15:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar físico aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 70.4% (38), nivel de conocimiento medio 25.9% (14) y nivel de conocimiento alto 3.7% (2).

En la **tabla y figura N°16:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar físico aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento alto 85.2% (46), nivel de conocimiento medio 11.1% (6) y nivel de conocimiento bajo 3.7% (2).

En la **tabla y figura N°17:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar social aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 79.6% (43), nivel de conocimiento medio 14.8% (8) y nivel de conocimiento alto 5.6% (3).

En la **tabla y figura N°18:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar social aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 79.6% (43), nivel de conocimiento medio 13% (7) y nivel de conocimiento alto 7.4% (4).

En la **tabla y figura N°19:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar social aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 74.1% (40), nivel de conocimiento medio 20.4% (11) y nivel de conocimiento alto 5.6% (3).

En la **tabla y figura N°20:** se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar social aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento alto 79.6% (43), nivel de

conocimiento medio 18.5% (10) y nivel de conocimiento bajo 1.9% (1).

En la **tabla y figura N°21**: se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar mental aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 59.3% (32), nivel de conocimiento medio 33.3% (18) y nivel de conocimiento alto 7.4% (4).

En la **tabla y figura N°22**: se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar mental aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 57.4% (31), nivel de conocimiento medio 33.3% (18) y nivel de conocimiento alto 9.3% (5).

En la **tabla y figura N°23**: se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar mental aplicados en el pre test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento bajo 50% (27), nivel de conocimiento medio 35.2% (19) y nivel de conocimiento alto 14.8% (8).

En la **tabla y figura N°24**: se observan que el nivel de conocimiento sobre bienestar mental aplicados en el post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental, donde los usuarios presentaron un nivel de conocimiento alto 90.7% (49), nivel de conocimiento medio 3.7% (2) y nivel de conocimiento bajo 5.6% (3).

En la **tabla y figura N°25**: se observan que el nivel de conocimiento pre test y post test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo control donde, los usuarios presentan, en el pre test con un nivel de conocimiento bajo 70.4% (38), nivel de conocimiento medio 20.4% (11), y el nivel de conocimiento alto 9.3% (5) y en el post test predominó el nivel de conocimiento bajo 74.1 (40), nivel de

conocimiento medio 18.5% (10) y el nivel de conocimiento alto 7.45 (4).

En la **tabla y figura N°26**: se observan que el nivel de conocimiento pre test y pos test de los cuidadores familiares pertenecientes al grupo experimental donde, los usuarios presentan, en el pre test con un nivel de conocimiento bajo 77.8% (42), nivel de conocimiento medio 16.7% (9), y el nivel de conocimiento alto 5.6% (3) y en el post test predomino el nivel de conocimiento alto 87% (47), nivel de conocimiento medio 11.1% (6) y el nivel de conocimiento bajo 1.9% (1).

## VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 6.1. Análisis inferencial

En la **tabla N.º 27** se indica los hallazgos obtenidos del análisis en normalidad mediante la técnica de Kolmogorov-Smirnov por presentar una muestra  $n=108$ , el cual es mayor a los 50 datos respecto a la variable conocimiento sobre riesgo preconcepcional, para ello, se realizó el siguiente planteamiento de hipótesis:

Ho: La variable conocimiento sobre calidad de vida y sus dimensiones en usuarios del centro de salud san juan bautista, 2024, presentan una distribución normal.

H1: La variable conocimiento sobre calidad de vida y sus dimensiones en usuarios del centro de salud san juan bautista, 2024, no presentan una distribución normal.

**Tabla N°27. Prueba de normalidad**

	Pruebas de normalidad		
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento sobre calidad de vida	0.387	108	0.000
Conocimiento sobre bienestar físico	0.428	108	0.000
Conocimiento sobre bienestar social	0.443	108	0.000
Conocimiento sobre bienestar mental	0.265	108	0.000

En la **tabla N.º 27**, se observa que la intervención del programa educativo en el conocimiento sobre calidad de vida y sus dimensiones presentaron un valor Sig. = 0.000 menor o igual al 0.05 de significancia, por ende, se rechaza la hipótesis nula y se asevera que el conocimiento sobre calidad de vida y sus dimensiones en usuarias del centro de salud san juan bautista, 2024, no presentan una distribución normal, por ende, se optará por la prueba no paramétricas rangos con signo de Wilcoxon.

### Hipótesis general

H0: El programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024, es efectivo.

H1: El programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024, no es efectivo.

**Tabla N°28. Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida**

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Conocimiento sobre calidad de vida (pre test) -	Rangos negativos	1 <sup>a</sup>	8,00	8,00
	Rangos Positivos	50 <sup>b</sup>	26,36	1318,00
Conocimiento sobre calidad de vida (post test)	Empates	3 <sup>c</sup>		
Total		54		

**Tabla N°29. Estadísticos de prueba de Efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida**

<b>Estadísticos de prueba<sup>a</sup></b>	
	Conocimiento sobre calidad de vida (pre test) - Conocimiento sobre calidad de vida (post test)
Z	-6,441 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,000

En **tabla N.º 28 y 29**, se observa el análisis de prueba de mediana para muestras relacionadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la aplicación del programa educativo según la calidad de vida, avizora cambios muy significativos en los resultados del post test, quedando demostrado al comparar los resultados pre test y post test que el programa educativo es efectiva en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2024. Con un valor sig. = 0.000 menor al 0.05 de nivel de significancia, por ende, se rechaza la hipótesis nula, y se valida la hipótesis alterna.

### **Hipótesis específica 1**

H<sub>11</sub>. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.

H<sub>0</sub>1. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. No es efectivo.

**Tabla N°30. Efectividad de un programa educativo sobre calidad bienestar físico**

<b>Rangos</b>			Rango promedio	Suma de rangos
		N		
Conocimiento sobre bienestar físico (pre test) - Conocimiento sobre bienestar físico (post test)	Rangos negativos	1 <sup>a</sup>	9,50	9,50
	Rangos positivos	49 <sup>b</sup>	25,83	1265,50
	Empates	4 <sup>c</sup>		
	Total	54		

**Tabla N°31. Estadísticos de prueba de efectividad de un programa educativo sobre bienestar físico**

<b>Estadísticos de prueba</b>	
	Conocimiento sobre bienestar físico (pre test) - Conocimiento sobre bienestar físico (post test)
Z	-6,303 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,000

En **tabla N.º 30 y 31**, se observa el análisis de prueba de mediana para muestras relacionadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la aplicación del programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, avizora cambios muy significativos en los resultados del post test, quedando demostrado al comparar los resultados pre test y post test que el programa educativo es efectiva en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2024. Con un valor sig. = 0.000 menor al 0.05 de nivel de significancia, por ende, se rechaza la hipótesis nula, y se valida la hipótesis alterna.

### **Hipótesis específica 2**

H<sub>12</sub>. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar social, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.

H<sub>02</sub>. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar social, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. No es efectivo.

**Tabla N°32. Efectividad de un programa educativo sobre calidad en el bienestar social, en el conocimiento del cuidador familiar**

Rangos					
		N	Rango promedio	Suma de rangos	
Conocimiento sobre bienestar social (pre test) -	Rangos negativos	2 <sup>a</sup>	9,00	18,00	
Conocimiento sobre bienestar social (post test)	Rangos positivos	48 <sup>b</sup>	26,19	1257,00	
	Empates	4 <sup>c</sup>			
	Total	54			

**Tabla N°33. Estadísticos de prueba de Efectividad de un programa educativo sobre bienestar social**

Estadísticos de prueba	
	Conocimiento sobre bienestar social (pre test) - Conocimiento sobre bienestar social (post test)
Z	-6,232 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,000

En **tabla N.º 32 y 33**, se observa el análisis de prueba de mediana para muestras relacionadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la aplicación del programa educativo según la calidad

de vida en el bienestar social, avizora cambios muy significativos en los resultados del post test, quedando demostrado al comparar los resultados pre test y post test que el programa educativo es efectiva en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2024. Con un valor sig. = 0.000 menor al 0.05 de nivel de significancia, por ende, se rechaza la hipótesis nula, y se valida la hipótesis alterna.

### Hipótesis específica 3

H<sub>13</sub>. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.

H<sub>03</sub>. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. No es efectivo.

**Tabla N°34. Efectividad de un programa educativo sobre calidad bienestar mental**

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Conocimiento sobre bienestar mental (pre test) - Rangos negativos		2 <sup>a</sup>	10,00	20,00
Conocimiento sobre bienestar mental (post test) - Rangos positivos		42 <sup>b</sup>	23,10	970,00
	Empates	10 <sup>c</sup>		
	Total	54		

**Tabla N°35. Estadísticos de prueba de Efectividad de un programa educativo sobre bienestar mental**

Estadísticos de prueba	
	Conocimiento sobre bienestar mental (pre test) - Conocimiento sobre bienestar mental (post test)
Z	-5,729 <sup>b</sup>
Sig. asintótica(bilateral)	,000

En **tabla N.º 34 y 35**, se observa el análisis de prueba de mediana para muestras relacionadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la aplicación del programa educativo según la calidad de vida en el bienestar mental, avizora cambios muy significativos en los resultados del post test, quedando demostrado al comparar los resultados pre test y post test que el programa educativo es efectiva en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2024. Con un valor sig. = 0.000 menor al 0.05 de nivel de significancia, por ende, se rechaza la hipótesis nula, y se valida la hipótesis alterna.

## VII. DISCUSIÓN

### 7.1. Comparación de resultados

En el objetivo general se logró obtener mediante el análisis de prueba de mediana para muestras relacionadas no paramétricas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, la aplicación del programa educativo según la calidad de vida, avizoro cambios muy significativos en los resultados del post test, en la cual los cuidadores familiares presentaron, en el pre test un nivel de conocimiento bajo 77.8% (42), nivel de conocimiento medio 16.7% (9), y el nivel de conocimiento alto 5.6% (3) y en el post test predominó el nivel de conocimiento alto 87% (47), nivel de conocimiento medio 11.1% (6) y el nivel de conocimiento bajo 1.9% (1); quedando demostrado al comparar los resultados pre test y post test que el programa educativo es efectiva en el conocimiento de los cuidadores familiares, del paciente adulto mayor en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2024. Con un valor sig. = 0.000 menor al 0.05 de nivel de significancia, estos resultados coinciden con los obtenidos por Mena E et al. (2021) Guantámano; quienes identificaron en sus resultados antes de la implementación de la intervención educativa planificada, el 63,1 % de los cuidadores no estaban preparados adecuadamente para el trabajo que realizaban. Sin embargo, después de su implementación, las deficiencias teórico-prácticas de los cuidadores en relación al tema disminuyeron al 31,5 %. La preparación aumentó en el 46,9 % ( $p < 0,05$ ), lo que demuestra la ventaja de implementar la intervención educativa planificada, llegando a una conclusión de que la intervención educativa permite a los cuidadores de adulto mayor mejorar su preparación a través de los conocimientos adquiridos. Así mismo coinciden con los resultados obtenidos por Díaz N et al. (2020), quienes identificaron, el nivel de conocimientos en la primera aplicación fue de 47.05%; el nivel de conocimientos reflejado en la aplicación posterior a la intervención fue de 76.47%. 94.1 % (16) fueron mujeres. Las áreas educativas abordadas incluyeron la

alimentación y su impacto en la mejora del sueño, la hidratación adecuada, la eliminación y la salud general. Además, se trató el manejo efectivo de la ansiedad, experimentaron cambios significativos después de la intervención. La prueba de Wilcoxon dio resultados positivos. Concluyendo que cada cuidador tenía capacidades diferentes que fueron orientadas, mejoradas y, en otros casos, reforzadas, la intervención educativa de enfermería en el cuidador se logró adaptar educativa y culturalmente.

En los objetivos específicos se obtuvieron resultados mediante el análisis de prueba de rangos con Wilcoxon, la aplicación del programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, social y mental, incrementando cambios muy significativos en los resultados del post test, donde los cuidadores familiares obtuvieron en el nivel de conocimiento sobre bienestar físico aplicados en el pre test un nivel de conocimiento bajo 70.4% (38), nivel de conocimiento medio 25.9% (14) y nivel de conocimiento alto 3.7% (2); incrementando en el post test un nivel de conocimiento alto 85.2% (46), nivel de conocimiento medio 11.1% (6) y nivel de conocimiento bajo 3.7% (2). En el nivel de conocimiento sobre bienestar social aplicados en el pre test presentaron un nivel de conocimiento bajo 74.1% (40), nivel de conocimiento medio 20.4% (11) y nivel de conocimiento alto 5.6% (3); incrementando en el post test un nivel de conocimiento alto 79.6% (43), nivel de conocimiento medio 18.5% (10) y nivel de conocimiento bajo 1.9% (1). En el nivel de conocimiento sobre bienestar mental aplicados en el pre test de los presentaron un nivel de conocimiento bajo 50% (27), nivel de conocimiento medio 35.2% (19) y nivel de conocimiento alto 14.8% (8); adquiriendo en el post test un nivel de conocimiento alto 90.7% (49), nivel de conocimiento medio 3.7% (2) y nivel de conocimiento bajo 5.6% (3); quedando demostrado al comparar los resultados pre test y post test que el programa educativo es efectiva en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2024. Con un valor

sig. = 0.000 menor al 0.05 de nivel de significancia. El análisis de los datos refleja una mejora significativa en el conocimiento de los cuidadores familiares, lo que sugiere un impacto positivo en su capacidad para brindar cuidados de mayor calidad, mejorando así su calidad de vida y la de las personas bajo su cuidado. Estos hallazgos respaldan la efectividad del programa educativo y su importancia en la formación y capacitación de los cuidadores familiares. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Ribeiro M. (2024), quien identificó que el 67.5% de los adultos mayores que participaron en la investigación eran femeninos y el 32.5% eran masculinos. El 55 % de los estudiantes tenían estudios primarios, el 27,5% secundarias y solo un 7,5 % tenían estudios superiores. El 75 % vive en pareja, el 50 % tiene ingresos independientes y el 72 % dice ser católico. El 72.5% tenía una actitud positiva antes de la intervención educativa y el 95 % tenía una actitud positiva después de la intervención. En la dimensión de alimentación, el 70% estuvieron de acuerdo en consumir alimentos saludables como frutas y verduras y que comer carnes rojas es dañino para el cuerpo, y el 85% coincidieron en que se debe dormir de 7 a 8 horas para recuperar energía. En la dimensión de descanso y sueño, el 100% estuvieron de acuerdo en que se debe dormir de 7 a 8 horas porque ayuda a recuperar energía. En la dimensión de higiene personal El 95% de las personas expresaron que deben mantener la casa ordenada y limpias para evitar caídas; en comparación con los programas educativos, el puntaje medio después de la intervención educativa Se puede observar que el puntaje promedio aumentó a 133.15 luego de la intervención educativa, con un puntaje mínimo de 92 puntos y un puntaje máximo de 148 puntos, el cual superó el puntaje previo a la intervención. Por lo tanto, se acepta la hipótesis, dado que el valor de p es menor a 0,001. Llegando a Conclusión de que la intervención educativa mejoró la actitud de los adultos mayores hacia el autocuidado, lo que sugiere que se deben realizar investigaciones de tipo aplicativo para mejorar la calidad de vida de las personas en diversas etapas de la vida.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

1. Se determinó que la efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024, fue efectiva, ya que después de aplicar el programa educativo, los cuidadores familiares incrementaron su conocimiento notoriamente. Evidenciado, que la mayoría de los cuidadores familiares manifestaron conocer mejor la calidad de vida que debe llevar los adultos mayores, a través de su alimentación y actividades físicas. La validación estadística se realizó mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon con un valor menor al 0.05 de nivel de significancia. El análisis de los datos refleja una mejora significativa en el conocimiento de los cuidadores familiares, lo que sugiere un impacto positivo en su capacidad para brindar cuidados de mayor calidad, mejorando así su calidad de vida y la de las personas bajo su cuidado. Estos hallazgos respaldan la efectividad del programa educativo y su importancia en la formación y capacitación de los cuidadores familiares.
2. Se evaluó que los cuidadores familiares de adultos mayores que acuden al Centro de Salud de San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, en su nivel de conocimiento antes de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, fue de nivel bajo, ya que la mayoría de cuidadores familiares manifestó no saber qué alimentación y actividades físicas, bienestar personal, relaciones sociales debe seguir el adulto mayor para obtener una mejor calidad de vida.
3. Se estableció que los cuidadores familiares de adultos mayores que acuden al Centro de Salud de San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, en su nivel de conocimiento, después de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, fue de nivel alto, ya que la mayoría

de los cuidadores familiares reconocen que alimentación y actividades físicas; bienestar personal y relaciones sociales debe seguir el adulto mayor para obtener una mejor calidad de vida.

## **RECOMENDACIONES**

1. A la Dirección regional de salud Huamanga, implementar estrategias y programas de promoción de salud para mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida de los adultos mayores en los centros de salud, asegurando que reciban un trato digno y una atención integral, personalizada; implementación de unidades especializadas que responda a sus necesidades físicas, mentales y sociales.
2. Se recomienda a las autoridades del Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga- Ayacucho, promover la actualización y capacitación continua del personal de enfermería, para orientar y aconsejar a los cuidadores familiares de los adultos mayores, en cuanto a la alimentación y actividad física que deben seguir y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
3. Se recomienda al equipo encargado de la gestión del Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, deben brindar mayor apoyo y sobre todo información a los cuidadores familiares de los pacientes adultos mayores, para despejar preocupaciones que puedan afectar el equilibrio emocional, creando espacios y momentos de dialogo, acogimiento y escucha activa a favor de los pacientes y sus cuidadores familiares.
4. Se recomienda al personal de enfermería del Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, debe incentivar charlas educativas y/o explicaciones de procedimientos básicos orientado a los cuidadores familiares, sobre el cuidado de cada paciente adulto mayor, evaluando y monitoreando la comprensión y aprendizaje del cuidador familiar.
5. Se recomienda al personal de enfermería en coordinación con la nutricionista del Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, reforzar a los cuidadores familiares con el régimen de alimentación de los adultos mayores, que favorezcan a mejorar su calidad de vida.

6. Se recomienda al personal de enfermería del Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, reforzar a los cuidadores familiares que actividades físicas y actividades sociales debe seguir los adultos mayores para mejorar su calidad de vida.
7. Se recomienda al personal de enfermería en coordinación con el personal de psicología del Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, deben de promover y viabilizar atención psicología a los pacientes y familiares, que se atraviesen situaciones agudas de su salud física y mental.
8. Se recomienda a los cuidadores familiares, incentivar la participación de todos los miembros de la familia en el cuidado del adulto mayor con la finalidad de mejorar la calidad de vida en el adulto mayor, en el bienestar físico, social y mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aroila R. Calidad De Vida: Una Definición Integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. 2003; 35(2): 161-164. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
2. Izquierdo Martínez A. Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta: Teorías Y Contextos. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2007;(2).
3. ¿Qué es un cuidador familiar? Funciones y requisitos [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://sicorteleasistencia.com/cuidador-familiar-funciones/>
4. Tamayo-Cabeza G, Hernandez-Torres A, Diaz-Cardenas S. Funcionalidad familiar, soporte de amigos y rendimiento académico en estudiantes de odontología. Univ Salud. 20 de diciembre de 2021;24(1):18-28.
5. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Envejecimiento, un gran problema de los países desarrollados 2024 | Datosmacro.com [Internet]. [citado 17 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/analisis/breves/20170322/envejecimiento-poblacion>
7. Sánchez Morales F de M, Samaniego Garay RA, García Alonzo I. Indicadores sociodemográficos y seguridad alimentaria en adultos mayores. Zacatecas, México. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology, ISSN-e 2530-0776, ISSN 2340-924X, Vol 6, Nº 1, 2018, págs 19-31 [Internet]. 2018 [citado 31 de julio de 2024];6(1):19-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6469381&info=resumen&idioma=SPA>

8. Panorama demográfico regional, 2019 | PAHO/EIH Open Data [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/panorama-demografico-regional-2019>
9. Ortiz Rodríguez AS, Ojeda Montes JS, Peña González S. Intervención educativa en las necesidades de conocimiento en salud en cuidadores domiciliarios del adulto mayor en el barrio Girardot, Floridablanca y Colorados. 23 de noviembre de 2017 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/114>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
11. Ayacucho Estadísticas [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Ayacucho2.html>
12. Katherine D, Poches P, Lorena Flórez García A, Sanabria Vera LM. Stereotypes About the Elderly Adult Population in Three Age Groups of Carers of Dependent Elderly People Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional. [citado 31 de julio de 2024];33(127):63-80. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>.
13. Neill DA, Cortez Suárez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica.
14. Saucedo G, Caetano G, Jimenez M, Fhon jack. Intervenciones educativas domiciliarias para cuidadores familiares de adultos mayores después de un accidente cerebrovascular: revisión de alcance. Revista de la Escuela De Enfermería de la Universidad De San Paulo. 2023;1-9.

15. Mena E, Mena M, Vega M, Cordova W. Intervención educativa para la preparación de los cuidadores del adulto mayor. *Revista Información Científica*, vol 101, núm 2, e3546, 2022 Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo.
16. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020;36(1):e3074. [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://orcid.org/0000-0001-9381-5302>
17. Díaz Rodríguez N, Argenis Hernández-Segura G, Carlota M, Gutiérrez G, Francisco J, Ferreira S, et al. Conocimientos Del Cuidador, Para La Atención Del Adulto Mayor Effect Of An Educational Nursing Intervention On The Knowledge Of The Caregiver For The Care Of The Elderly. [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/987>
18. Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE, Jiménez-González MJ, Padilla-Raygoza N, Pérez-Zamora I, Flores-Padilla L. Efecto de la psicoeducación en el afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. *Enfermería universitaria [Internet]*. 1 de octubre de 2019 [citado 17 de agosto de 2024];16(4):390-401. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000400390&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400390&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
19. Machaca AB, Katherine I, Halire SO, Violeta D, Carranza V, Anaya DE. Efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2 de un centro de salud de Lima Norte - 2023. 2024 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/15541>
20. Académico P, Enfermería DE, Bach A: ER, Tejada M. Actitud del adulto mayor asociado a un programa educativo sobre autocuidado en un hospital de Iquitos, 2024. 5 de febrero de 2024 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/20.500.14503/2818>

21. Andrade Soto AL, Castillejo Mejia EY. Efectividad del programa educativo en las prácticas de autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro Integral del Adulto Mayor, Lima, 2021. 2023 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13322>
22. Gutierrez de la Cruz B, Cod orcid J, Gutierrez Montoya B, Juan N, Rodríguez Rojas M, Lucia B, et al. Calidad de vida y estado nutricional en adultos mayores atendidos en la casa de reposo Corazón Puro, Comas – 2023. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2023 [citado 31 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/130430>
23. Gavino S, Susan J. Universidad Nacional De Barranca Presentado PoR.
24. Guapaya Lizana LM, Flores Huallpa FR. “Nivel de conocimiento y actitud hacia el autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2023” [Internet]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2024 [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/6367>
25. Salud San Juan Bautista D, Achallma Galindo B, Keylla Bach Anchi Quispe A, Anieliss A, Espinoza Mendoza D. “Conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho 2022” [Internet]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022 [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5254>
26. Cuadros Rodríguez B, Rocío Bach Alva Bendezú I, Marghit T. Efectividad del programa Educativo “Cuidar es amar” en el nivel de conocimiento del cuidador primario en la prevención de úlceras por presión en el adulto mayor. Hospital II Huamanga Carlos Tuppia García Godos (Essalud), 2019 [Internet]. Universidad Nacional de

- San Cristóbal de Huamanga; 2021 [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/4604>
27. Muñoz Huicho A, Palomino Cárdenas S. “Apoyo social y calidad de vida de los adultos mayores, Puesto de Salud de Yanama, Ayacucho 2020”. [Internet]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2021 [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5424>
  28. De Huamanga C, De F, De C, Salud LA, Mendoza Godoy B, Gabriela R, et al. Factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores. Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Ayacucho, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2019 [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3815>
  29. Programas Educativos | Normal de San Felipe del Progreso [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en: [https://normalsfelipedelprogreso.edomex.gob.mx/programas\\_educativos](https://normalsfelipedelprogreso.edomex.gob.mx/programas_educativos)
  30. Revista Científica de Enfermería (Lima, En Linea) [Internet]. [citado 20 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN>
  31. De Medicina F, De Posgrado U. Universidad Nacional Mayor De San Marcos.
  32. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de navarra , 2006. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
  33. De Salud M. Lima, Junio 2011 Educativas para el Desarrollo Sostenible. [citado 20 de agosto de 2024]; Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgps>
  34. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017. Cuadernos sobre poblaciones

- vulnerables N° 5. Lima: MINP; 2013. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
35. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 1 de agosto de 2024];33(2):199-201. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  36. Bienestar físico: cuidando nuestro cuerpo | AuraMed [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://clnicasauramed.com/blog/bienestar-fisico-la-importancia-de-cuidar-nuestro-cuerpo/>
  37. Amores FC, Quinatoa SPQ. Bienestar físico y social en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. *Enfermería Investiga* [Internet]. 4 de diciembre de 2018 [citado 1 de agosto de 2024];3(4):203-7. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/387>
  38. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
  39. Teo RH, Cheng WH, Cheng LJ, Lau Y, Lau ST. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 1 de abril de 2023;107.
  40. Tipos de cuidadores del adulto mayor - Teleasistencia [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://teleasistencia.es/es/blog/informacion/tipos-de-cuidadores-del-adulto-mayor>
  41. Definición de cuidador familiar | Fundación CASER [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/definicion-de-cuidador-familiar>

42. Ministerio de salud. Dirección general de salud de las personas. Dirección de atención integral de salud. Norma técnica de salud para atención integral de salud de las personas adultas mayores. MINSA. 2006;1-40.
43. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022)
44. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)
45. Definición de cuidador familiar | Fundación CASER [Internet]. [citado 20 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/definicion-de-cuidador-familiar>
46. Peter Drucker y la Sociedad del Conocimiento – evolucionarte [Internet]. [citado 16 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://evolucionarte.net/hello-world/>
47. Tronto JC. Moral boundaries a political argument for an ethic of care. 2009 [citado 16 de agosto de 2024]; Disponible en: [https://books.google.com/books/about/Moral\\_Boundaries.html?hl=es&id=xAvD\\_vr\\_-YEC](https://books.google.com/books/about/Moral_Boundaries.html?hl=es&id=xAvD_vr_-YEC)
48. Guzmán GR. Development as freedom. Amartya Sen.
49. González D, Sosa Z, Reboiras L. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. 2009 [citado 16 de agosto de 2024]; Disponible en: [www.cepal.org/apps](http://www.cepal.org/apps)
50. Título original francés: Éducation et sociologie. CONTENIDO.
51. Diseño del Proyecto de Investigación Científica - Editorial San Marcos [Internet]. [citado 31 de julio de 2024]. Disponible en:

[http://www.editorialsanmarcos.com/index.php?id\\_product=213&controller=product](http://www.editorialsanmarcos.com/index.php?id_product=213&controller=product)

52. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, María del Pilar Baptista Lucio D, Méndez Valencia Christian Paulina Mendoza Torres S. Con la colaboración de.

## **ANEXOS**

### Anexo 1: Matriz de consistencia

**Título:** Efecto de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGIA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la efectividad de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> El programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024, es efectivo.</p>	<p><b>Variable independiente</b> Efectividad de un programa educativo</p>	<p>Etapas de un programa educativo</p>	<p><b>Tipo</b> Básica</p> <p><b>Nivel</b> explicativo</p> <p><b>Diseño</b> Cuasiexperimental</p> <p><b>Población</b> 150 cuidadores familiares de adultos mayores que se atienden en</p>
			<p><b>Variable dependiente</b> Conocimiento de Calidad de vida del adulto mayor</p>	<p>Conocimiento sobre bienestar físico</p> <p>Conocimiento sobre bienestar social</p> <p>Conocimiento sobre bienestar mental</p>	

<p><b>Problemas específicos:</b></p> <p>PE1. ¿Cuál es la efectividad antes de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga –</p>	<p><b>Objetivo específico:</b></p> <p>OE1. Identificar la efectividad antes de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.</p> <p>OE2. Identificar la efectividad después</p>	<p><b>Hipótesis específico:</b></p> <p>HE1. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.</p> <p>HE2. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar social, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente</p>			<p>el Centro de Salud San Juan Bautista.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>108 cuidadores familiares de adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud San Juan Bautista.</p> <p><b>Técnica</b></p> <p>Encuesta</p> <p><b>Instrumento</b></p> <p>Cuestionario</p> <p>Programa educativo</p>
---	---	--	--	--	---

<p>Ayacucho, 2024? PE2. ¿Cuál es la efectividad después de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024?</p>	<p>de la aplicación de un programa educativo según la calidad de vida en el bienestar físico, bienestar social y bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.</p>	<p>adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.  HE3. El programa educativo según la calidad de vida en el bienestar mental, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el centro de salud san juan bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024. Es efectivo.</p>			<p><b>Técnicas de análisis y procesamiento de datos</b>  Estadística – software SSPSS25</p>
--	---	--	--	--	---

## Anexo 2: Instrumento de recolección de datos



U N I V E R S I D A D  
**AUTÓNOMA**  
D E I C A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy Bachiller en enfermería de la **UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA**. Como parte de los requisitos para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, realizaré un programa educativo denominada: “Efecto de un programa educativo sobre calidad de vida en el conocimiento del cuidador familiar del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.” Ha sido seleccionado para participar en esta investigación. La información recolectada será tratada con estricta confidencialidad y su nombre no será divulgado. Este estudio no implica ningún riesgo ni proporciona beneficios. No se ofrecerá retribución por su participación.

He revisado el procedimiento descrito anteriormente. La investigadora me ha brindado una explicación del estudio y ha respondido a mis preguntas. De manera voluntaria, otorgo mi consentimiento para participar en esta investigación de **KENIA THAYS QUISPE DE LA CRUZ**. Después de haber recibido una explicación clara sobre los objetivos y propósitos de la investigación, así como sobre su carácter confidencial, otorgo mi consentimiento informado para participar en ella.

Fecha: ...../...../.....

DNI: .....

Firma: .....

**Huella Digital**



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

## CUESTIONARIO

**Introducción:** Buenos días, estimados. En esta ocasión, les pido su cooperación para responder con honestidad a este cuestionario anónimo.

**Instructivo:** A continuación, se le muestra una serie de ítems relacionados al programa educativo sobre calidad de vida dirigida al cuidador familiar del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024., por lo que le pido responda la opción que más se adapta con su forma de comportamiento. Antes de responder, debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) El cuestionario es anónimo y se mantiene en confidencialidad.
- b) Es fundamental responder de forma sincera y honesta.
- c) Indique su respuesta seleccionando una de las opciones disponibles, marcando con una equis (X).

### DATOS GENERALES

1. **Edad:** 30 a 37 años ( ) 38 a 45 años ( ) 46 años a más ( )
2. **Nivel de escolaridad:** Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
3. **Género:** Femenino ( ) Masculino ( )
4. **Estado Civil:** Soltera(o) ( ) Casada(o) ( ) Conviviente ( )

## PRES Y POSTEST

**1. Señale 2 factores que representen riesgo para sufrir una caída:**

- a) Escaleras inseguras.
- b) Hospitalización.
- c) Lesiones de tejidos blandos.
- d) Fracturas.

**2. Según las estrategias de prevención primaria que utilizaría usted para la prevención de caídas:**

- a) Desacondicionamiento físico
- b) Evaluar el desempeño físico del adulto mayor.
- c) Medidas de seguridad del entorno
- d) Rehabilitación.

**3. Identifique la complicación principal que puede presentar en una caída:**

- a) Fracturas
- b) Desconocimiento del lugar.
- c) cardiopatías
- d) Mala iluminación

**4. Que signos debo detectar para evitar la aparición de lesiones por presión:**

- a) Enrojecimiento de la piel.
- b) Alteración Nutricional.
- c) Incontinencia.
- d) Cambio de posición

**5. Capas de la piel que pueden afectarse por las lesiones por presión son:**

- a) Tejido graso
- b) Arterias y venas.
- c) Nervios y vasos linfáticos
- d) Epidermis, dermis, hipodermis.

**6. Es el factor principal que implica la aparición de lesiones por presión:**

- a) Inmovilidad
- b) Anemia

- c) Uso de cremas hidratantes
- d) Lavado de manos.

**7. Tipos de insulina:**

- a) Acción lenta, media y rápida
- b) Tipo I y II
- c) Turbia
- d) Postprandial

**8. Señale el signo de hipoglicemia común:**

- a) Estrés
- b) Mareo
- c) Aumento de insulina
- d) Desequilibrio de líquidos

**9. Indique un síntoma de hipoglicemia**

- a) Somnolencia.
- b) Estrés.
- c) Incontinencia.
- d) Deshidratación.

**10. Señale que alimentos contienen proteínas necesarias para el adulto mayor:**

- a) Papa y manzana.
- b) Fideo y arroz.
- c) Lentejas y pescado.
- d) Pollo y lechuga.

**11. Los alimentos que contienen vitaminas y minerales tienen como función:**

- a) Aumentar el apetito y el peso de los adultos mayores.
- b) Regular funciones de los órganos.
- c) Regeneran las heridas de los adultos mayores.
- d) Aportan nutrientes necesarios en los adultos mayores.

**12. El consumo de vitaminas y minerales es importante porque:**

- a) Mejora el peso.
- b) Fortalecen el esqueleto.

- c) Mantiene activo a los adultos mayores.
- d) Evita el estreñimiento.

**13. Señale alimentos que contienen vitaminas y minerales:**

- a) Lechuga y papa.
- b) Pollo y zanahoria.
- c) Naranja y leche.
- d) Pescado y fideos.

**14. Los líquidos tienen como función:**

- a) Evitar la deshidratación.
- b) Aportar nutrientes
- c) Prevenir enfermedades
- d) Formar tejidos.

**15. ¿Cuántas veces deben realizar actividad física los adultos mayores?**

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- c) De 4 a 5 veces por semana.
- d) Todos los días

**16. Las visitas de familiares son necesarias para el bienestar social del adulto mayor**

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- c) De 4 a 5 veces por semana.
- d) Todos los días.

**17. ¿El adulto mayor debe realizar actividades como crucigramas, juegos de mesa o lecturas para prevención de la pérdida de memoria?**

- a) Sí.
- b) No
- c) Nunca
- d) Todos los días que le sea posible

**18. El nivel de autoestima que tenga el adulto mayor repercute en su bienestar personal**

- a) Sí.

b) No.

**19. ¿Cuántas veces deben tener un control psicológico?**

- a) 1 vez por mes.
- b) De 2 a 3 veces al año.
- c) De 4 a 5 veces al año.
- d) Según sea necesario.

**20. El adulto mayor puede presentar síntomas de ansiedad**

- a) Si
- b) No

**21. ¿Cuáles son los problemas mentales que se presenta en el adulto mayor?**

- a) Pérdida de memoria
- b) Trastornos de ansiedad
- c) Demencia senil
- d) Alzheimer
- e) Todas las anteriores

**22. La limitación física en el adulto mayor requiere cuidados específicos y mayor supervisión:**

- a) Si
- b) No

**23. La calidad de vida en el adulto mayor se mide según su nivel de dependencia o independencia:**

- a) Si
- b) No

**24. ¿Cuál es la función más importante del cuidador familiar?**

- a) Proporcionar una alimentación saludable y compartir cordialmente con su familiar
- b) Ayudar o realizar el aseo completo de su familiar según sus limitaciones
- c) Acompañar a su familiar a todos los chequeos preventivos y controles de salud.
- d) Todas las anteriores

**25. Calidad de vida en el adulto mayor es:**

- a) No padecer ninguna enfermedad

- b) Comer saludablemente
- c) Equilibrio entre el bienestar físico, social y mental.
- d) Todas las anteriores.

***¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!***



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

## PROGRAMA EDUCATIVO

**TÍTULO DEL PROGRAMA:** “CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES”

### **Datos Informativos**

**Institución ejecutora:** Universidad Autónoma De Ica

**Institución Beneficiada:** Centro de Salud San Juan Bautista

**Beneficiarias:** Cuidadores familiares del paciente adulto mayor que se atienden en el Centro de Salud San Juan Bautista.

**Autora:** Kenia Thays Quispe De la cruz

**N° de participantes:** 108 cuidadores familiares

**Grupos:** tres grupos de 22 personas y dos grupos de 21 personas

**Sesiones por grupos:** 3 sesiones

**Duración:** 3 horas para cada grupo

**Frecuencias:** 1 hora para la primera sesión (apertura), 1 hora para la segunda sesión, y 1 hora para la tercera sesión (cierre).

**Frecuencia:** Inter diario (lunes- miércoles- viernes)

### **FACTIBILIDAD**

Es una propuesta con alta viabilidad de ejecución, ya que no implica costos elevados, sino que depende principalmente del interés de la mediadora en compartir información y el interés de los cuidadores familiares en recibir la información.

## **PRIMERA SESIÓN EDUCATIVA**

Apertura de la sesión

### **I. DATOS GENERALES**

**Tema:** “CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR”

**Duración:** 1 hora

**Lugar:** Local comunal de adultos mayores - extramural del Centro de Salud San Juan Bautista.

**Dirigido:** Cuidadores familiares del paciente adulto mayor que acude al Centro de Salud San Juan Bautista.

### **II. OBJETIVOS**

Al concluir la primera intervención educativa se espera que los cuidadores familiares del paciente adulto mayor estarán en condiciones de:

- Reconocer la definición de la calidad de vida del adulto mayor.
- Reconocer la prevención de caídas
- Reconocer el cuidado de la piel
- Identificar y reconocer la alimentación saludable.
- Identificar y reconocer las actividades físicas
- Identificar y reconocer las relaciones sociales
- Reconocer los intereses intelectuales
- Identificar el bienestar personal
- Identificar el trastorno mental
- Identificar y reconocer síntomas de ansiedad

### **III. METODOLOGÍA:**

#### **A. Método:**

- ❖ Expositivo, participativo y demostrativa.

#### **B. Técnica:**

- ❖ Lluvia de ideas.
- ❖ Diálogos.

- ❖ Retroalimentación.

**C. Medio:**

- ❖ comunicación verbal.

**D. Materiales:**

- ❖ Papelógrafos
- ❖ Rotafolio.
- ❖ Encuesta o entrevista

**IV. CONTENIDO**

**APLICACIÓN DEL PRETEST**

## **SEGUNDA SESIÓN EDUCATIVA**

### **I. DATOS GENERALES**

**Tema:** “Calidad de vida en el Adulto Mayor”

**Duración:** 1 hora

**Lugar:** Local comunal de adultos mayores - extramural del Centro de Salud San Juan Bautista.

**Dirigido:** Cuidadores familiares del paciente adulto mayor que acude al Centro de Salud San Juan Bautista.

### **II. OBJETIVOS**

Al concluir la primera intervención educativa se espera que los cuidadores familiares del paciente adulto mayor estarán en condiciones de:

- Reconocer la definición de la calidad de vida del adulto mayor.
- Reconocer la prevención de caídas
- Reconocer el cuidado de la piel
- Identificar y reconocer los tipos de alimentos.
- Identificar y reconocer las actividades físicas
- Identificar y reconocer las relaciones sociales
- Reconocer los intereses intelectuales
- Identificar el bienestar personal
- Identificar el trastorno mental
- Identificar y reconocer síntomas de ansiedad

### **III. METODOLOGÍA:**

#### **A. Método:**

- ❖ Expositivo, participativo y demostrativa

#### **B. Técnica:**

- ❖ Lluvia de idea
- ❖ Retroalimentación

#### **C. Medio:**

- ❖ Comunicación verbal.

**D. Materiales:**

- ❖ Papelógrafos
- ❖ Rotafolio.

**IV. CONTENIDO**

**DESARROLLO DEL TEMA**

## **TERCERA SESIÓN EDUCATIVA**

### **I. DATOS GENERALES**

**Tema:** “Calidad de vida en el Adulto Mayor”

**Duración:** 1 hora

**Lugar:** Local comunal de adultos mayores - extramural del Centro de Salud San Juan Bautista.

**Dirigido:** Cuidadores familiares del paciente adulto mayor que acude al Centro de Salud San Juan Bautista.

### **II. OBJETIVOS**

Al concluir la primera intervención educativa se espera que los cuidadores familiares del paciente adulto mayor estarán en condiciones de:

- ✓ Reconocer la definición de la calidad de vida del adulto mayor.
- ✓ Reconocer la prevención de caídas
- ✓ Reconocer el cuidado de la piel
- ✓ Identificar y reconocer la alimentación saludable.
- ✓ Identificar y reconocer las actividades físicas
- ✓ Identificar y reconocer las relaciones sociales
- ✓ Reconocer los intereses intelectuales
- ✓ Identificar el bienestar personal
- ✓ Identificar el trastorno mental
- ✓ Identificar y reconocer síntomas de ansiedad

### **III. METODOLOGÍA:**

#### **A. Método:**

- ❖ Expositivo-participativo-demostrativa.

#### **B. Técnica:**

- ❖ Lluvia de ideas.
- ❖ Conversatorio.

❖ Retroalimentación.

**C. Medio:**

❖ comunicación verbal.

**D. Materiales:**

❖ Entrevista o encuesta

**IV. CONTENIDO**

**APLICACIÓN DEL POSTEST**

## Anexo 3: Ficha de validación por juicio de expertos

### MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

#### INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

##### I. DATOS GENERALES

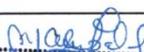
**Título de la Investigación:** Efecto de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

**Nombre del Experto:** Dra. Marizabel Llamocca Machuca

##### II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una Organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del Cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

##### III. OBSERVACIONES GENERALES

  
Dra. MARIZABEL LLAMOCCA MACHUCA  
Doctora en Ciencias de Enfermería  
CEP. 29113

**Apellidos y Nombres del validador:** Llamocca Machuca Marizabel  
**Grado académico:** Doctorado en ciencias de enfermería  
**N°. DNI:** 28287920

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

### INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES

**Título de la Investigación:** Efecto de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

**Nombre del Experto:** Mg. Indalecio Tenorio Acosta

#### II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una Organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del Cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

#### III. OBSERVACIONES GENERALES

  
Indalecio Tenorio Acosta  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

**Apellidos y Nombres del validador:** Tenorio Acosta Indalecio

**Grado académico:** Maestría en salud pública

**N°. DNI:** 28260658

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

### INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES

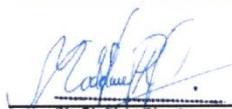
**Título de la Investigación:** Efecto de un programa educativo sobre calidad de vida, en el conocimiento del cuidador familiar, del paciente adulto mayor atendido en el Centro de Salud San Juan Bautista, Huamanga – Ayacucho, 2024.

**Nombre del Experto:** Mg. Madelaine Risco Sernaque

#### II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una Organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del Cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

#### III. OBSERVACIONES GENERALES

  
Mg. Madelaine Risco Sernaque

**Apellidos y Nombres del validador:** Risco Sernaque Madelaine

**Grado académico:** Magister en Educación

**N°. DNI:** 09650484

Anexo 4: Base de datos

N°	ED AD	NIVEL DE ESCOLARIDAD	GENERO	ESTADO CIVIL	Conocimiento sobre bienestar físico															Conocimiento sobre bienestar social				Conocimiento sobre bienestar mental									
					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	SU MA	P16	P17	P18	SU MA	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	SU MA	SU MA V
1	3	2	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2	7		
2	2	3	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	9	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1	6	18	
3	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	2	10	
4	2	2	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	3	7	
5	3	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	3	8	
6	2	2	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	6	
7	1	2	2	3	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	7	
8	2	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	7	
9	2	2	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	6	1	0	1	2	0	0	1	1	1	1	1	5	13	
10	2	2	2	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	6	1	0	1	2	0	1	1	1	0	1	1	5	13	
11	2	3	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	7	22	
12	2	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	8	
13	3	2	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	9	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	2	13	
14	3	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	3	8		
15	1	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	5	
16	2	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	5	
17	2	1	2	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	8	
18	2	2	1	3	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	3	8		

19	2	2	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	2	7	
20	1	2	2	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	8	
21	1	1	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	6	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	0	2	10	
22	1	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	7	
23	3	1	2	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	3	8	
24	3	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	3	8	
25	1	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	3	7	
26	2	1	2	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	7	
27	2	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	7	
28	3	2	2	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	6	0	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	2	10	
29	1	1	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	3	8	
30	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	3	7	
31	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	4	7	
32	1	2	1	3	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	3	7	
33	2	3	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	1	6	22	
34	3	2	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	6	
35	2	2	1	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	10
36	1	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	5	8
37	2	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	2	8	
38	3	2	2	2	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	7	0	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	6	15	
39	2	1	2	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	7	
40	2	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	8
41	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	3	8	
42	3	2	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	6	1	1	0	2	1	1	1	0	1	1	1	6	14	
43	1	1	2	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2	7	
44	3	1	2	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	3	7	

45	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	5	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	2	8
46	3	1	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	8	
47	2	1	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	3	7	
48	3	2	2	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	6		
49	3	1	2	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	8	
50	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	7	
51	1	2	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	7	
52	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	8	
53	3	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	3	7	
54	3	1	2	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	3	8	

Conocimiento de Calidad de vida del adulto mayor (Postest)																																	
Conocimiento sobre bienestar físico																				Conocimiento sobre bienestar social				Conocimiento sobre bienestar mental									
N°	ED AD	NIVEL DE ESCOLARIDAD	GENERO	ESTADO CIVIL	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	SU MA	P16	P17	P18	SU MA	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	SU MA	SU MA V
1	2	3	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	7	
2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	1	1	1	3	1	1	0	1	1	1	1	6	23
3	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	5	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	8		
4	3	1	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	8		
5	1	2	1	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	5	0	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	4	11
6	2	1	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	6	
7	3	2	2	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	6	
8	2	3	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	7	
9	3	1	2	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	8
10	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	3	8	
11	3	2	2	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	7		
12	1	2	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	7	
13	3	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	7	
14	3	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	4	8	
15	3	1	2	2	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	7		
16	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	7	
17	2	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	5	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	8	
18	2	2	2	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	6	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	2	10	
19	3	2	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	6	

20	3	2	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	3	8	
21	1	3	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	7	23	
22	1	3	2	3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	10	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	1	6	18			
23	1	2	2	3	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	8	
24	2	2	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	6	0	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	2	10		
25	1	2	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	7	
26	2	2	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	5	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	1	4	11	
27	1	2	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2	7
28	3	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	3	7	
29	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	0	1	2	1	0	1	0	0	1	0	3	8
30	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	4	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	2	7	
31	2	2	2	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	7	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	2	11
32	2	1	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	7
33	2	2	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	7	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	9
34	2	2	2	2	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	6	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	8	
35	1	1	2	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	7	
36	2	2	2	2	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	6	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	1	4	12	
37	1	1	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	4	8
38	3	2	2	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	6	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	9
39	2	2	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	6	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	9
40	2	2	1	3	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	8	
41	1	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	
42	1	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	4	8	
43	3	2	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	7	
44	3	3	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	7	23	
45	2	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7	

<b>46</b>	2	3	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3	8
<b>47</b>	2	1	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	7	
<b>48</b>	1	1	1	2	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	2	7	
<b>49</b>	1	1	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	3	8		
<b>50</b>	2	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3	7		
<b>51</b>	1	2	1	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	4	8		
<b>52</b>	2	2	2	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	8	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	10		
<b>53</b>	1	2	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	7	
<b>54</b>	2	1	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	8	

## Evidencia documentaria



Resolución N°045-2020-SUNEDU/ICO  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Chincha Alta, 14 de agosto del 2024

### OFICIO N°737-2024-UAL-FCS

Dr. Juan Glicerio Barboza Navarro

Gerente General

CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica tiene como principal objetivo formar profesionales con un perfil científico y humanístico, sensibles con los problemas de la sociedad y con vocación de servicio, este compromiso lo interiorizamos a través de nuestros programas académicos, bajo la excelencia en la formación académica, y trabajando transversalmente con nuestros pilares como son la investigación, responsabilidad social y bienestar universitario en inserción laboral.

En tal sentido, nuestra estudiante se encuentra en el desarrollo de tesis para la obtención del título profesional, para los programas académicos de Enfermería, Psicología y Obstetricia. La estudiante ha tenido a bien seleccionar temas de estudio de interés con la realidad local y regional, tomando en cuenta a la institución que usted dirige.

Como parte de la exigencia del proceso de investigación, se debe contar con la autorización de la Institución elegida, para que la estudiante pueda proceder a realizar el estudio, recabar información y aplicar su instrumento de investigación, misma que a través del presente documento solicitamos.

Adjuntamos la carta de presentación de la estudiante con el tema de investigación propuesto y quedamos a la espera de su aprobación.

Sin otro particular y con la seguridad de merecer su atención, me suscribo, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.



Dra. Susana Maneni Atuncar Deza

DECANA (E)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

Av. Abelardo Alva Maúrtua 489 - 499 | Chincha Alta - Chincha - Ica

☎ 056 269176

🌐 [www.autonomadeica.edu.pe](http://www.autonomadeica.edu.pe)



## CARTA DE PRESENTACIÓN

La Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, que suscribe

### Hace Constar:

Que, **QUISPE DE LA CRUZ, Kenia Thays** identificada con código N° 0070044943, del Programa Académico de Enfermería, quien viene desarrollando la tesis denominada “EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR, DEL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, HUAMANGA-AYACUCHO-2024.”

Se expide el presente documento, a fin de que el encargado, tenga a bien autorizar a la estudiante en mención, a recoger los datos y aplicar su instrumento para su investigación, comprometiéndose a actuar con respeto y transparencia dentro de ella, así como a entregar una copia de la investigación cuando esté finalmente sustentada y aprobada, para los fines que se estimen necesarios.

Chincha Alta, 14 de agosto del 2024



**Dra. Susana Marleni Atuncar Deza**  
DECANA (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

Resolución N°045-2020-SUNEDUC/D

**"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"**

Chincha Alta, 14 de agosto del 2024

**OFICIO N°737-2024-UAI-FCS**  
**Dr. Juan Glicerio Barboza Navarro**  
**Gerente General**  
**CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA**  
Presente.



De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente.

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica tiene como principal objetivo formar profesionales con un perfil científico y humanístico, sensibles con los problemas de la sociedad y con vocación de servicio, este compromiso lo interiorizamos a través de nuestros programas académicos, bajo la excelencia en la formación académica, y trabajando transversalmente con nuestros pilares como son la **investigación**, responsabilidad social y bienestar universitario en inserción laboral.

En tal sentido, nuestra estudiante se encuentra en el desarrollo de tesis para la obtención del título profesional, para los programas académicos de Enfermería, Psicología y Obstetricia. La estudiante ha tenido a bien seleccionar temas de estudio de interés con la realidad local y regional, tomando en cuenta a la institución que usted dirige.

Como parte de la exigencia del proceso de investigación, se debe contar con la **autorización** de la Institución elegida, para que la estudiante pueda proceder a realizar el estudio, recabar información y aplicar su instrumento de investigación, misma que a través del presente documento solicitamos.

Adjuntamos la carta de presentación de la estudiante con el tema de investigación propuesto y quedamos a la espera de su aprobación.

Sin otro particular y con la seguridad de merecer su atención, me suscribo, no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración.



**Dra. Susana Marleni Atuncar Deza**  
DECANA (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

Av. Abelardo Alva Maúrtua 489 - 499 | Chincha Alta - Chincha - Ica  
☎ 056 269176  
🌐 [www.autonomadeica.edu.pe](http://www.autonomadeica.edu.pe)



## CARTA DE PRESENTACIÓN

La Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Ica, que suscribe

### Hace Constar:

Que, **QUISPE DE LA CRUZ, Kenia Thays** identificada con código N° 0070044943, del Programa Académico de Enfermería, quien viene desarrollando la tesis denominada “EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR, DEL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, HUAMANGA–AYACUCHO-2024.”

Se expide el presente documento, a fin de que el encargado, tenga a bien autorizar a la estudiante en mención, a recoger los datos y aplicar su instrumento para su investigación, comprometiéndose a actuar con respeto y transparencia dentro de ella, así como a entregar una copia de la investigación cuando esté finalmente sustentada y aprobada, para los fines que se estimen necesarios.

Chincha Alta, 14 de agosto del 2024



**Dra. Susana Marleni Atuncar Deza**  
DECANA (E)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA



PERÚ Ministerio de Salud



"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las batallas de Junín y Ayacucho"

San Juan Bautista, 12 de setiembre del 2024.

**OFICIO N° 461 - 2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDHMGA-MRSJB-G**

**Señor(a):**

**DRA. SUSANA MARLENI ATUNCAR DEZA**

DECANA (e)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

Ciudad:

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA RECABAR INFORMACIÓN, PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

**REFERENCIA: OFICIO N° 737-2024-UAI-FCS**

Por el presente es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que, en atención al documento de la referencia, se **AUTORIZA** a la estudiante **KENIA THAYS QUISPE DE LA CRUZ**, recabar información para el desarrollo de su trabajo de investigación del proyecto de tesis titulado "EFECTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CALIDAD DE VIDA, EN EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR, DEL PACIENTE ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, HUAMANGA-AYACUCHO-2024"; para lo cual se les estará brindando las facilidades del caso.

Sin otro particular, me suscribo de usted, aprovechando la ocasión para expresarle las muestras de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

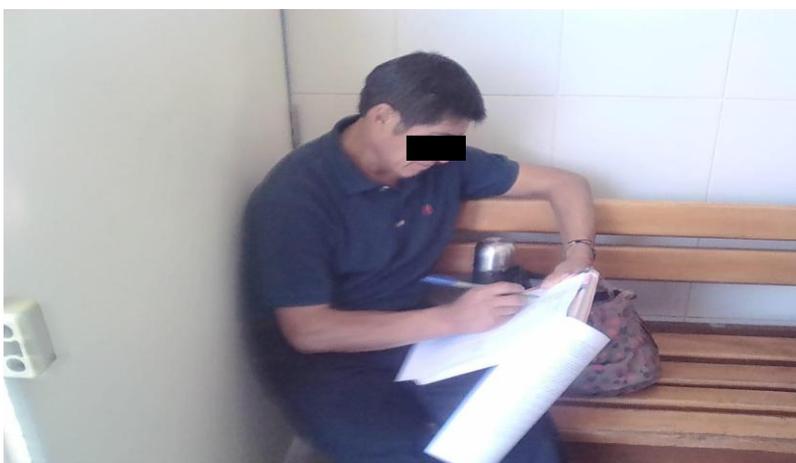
MINSA  
DIREC. RED DE SALUD HUAMANGA  
CLAS. MICRORED SAN JUAN BAUTISTA  
GERENCIA  
SAN JUAN BAUTISTA  
JUAN BARBOZA NAVARRO  
Cirujano Dentista  
COR 9920  
GERENTE

C.c.  
Archivo.  
G-SJB  
C.D.JGBN

Anexo 5: Evidencia fotográfica







## Anexo 6: Informe de Turnitin al 28% de similitud



### 21% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

#### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

#### Fuentes principales

- 18% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

#### Marcas de integridad

##### N.º de alerta de integridad para revisión

- Texto oculto**  
6 caracteres sospechosos en N.º de página  
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



### Fuentes principales

- 18% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.autonomaica.edu.pe	5%
2	Internet	repositorio.unsch.edu.pe	2%
3	Internet	vbook.pub	1%
4	Internet	repositorio.upch.edu.pe	1%
5	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2017-04-28	1%
6	Internet	hdl.handle.net	1%
7	Internet	repositorio.ucp.edu.pe	1%
8	Internet	www.revincientifica.sld.cu	1%
9	Internet	www.scielo.org.mx	1%
10	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	1%
11	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2021-08-13	0%

12	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-06-09	0%
13	Internet	repositorio.uap.edu.pe	0%
14	Trabajos entregados	Universidad Nacional del Centro del Peru on 2022-05-25	0%
15	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	0%
16	Internet	www.medigraphic.com	0%
17	Internet	repositorio.unap.edu.pe	0%
18	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2024-03-25	0%
19	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2014-06-10	0%
20	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2024-01-24	0%
21	Internet	repositorio.unsa.edu.pe	0%
22	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	0%
23	Internet	tesis.ucsm.edu.pe	0%
24	Internet	repositorio.udes.edu.co	0%
25	Internet	repositorio.unamba.edu.pe	0%

26	Trabajos entregados	Consortio CIXUG on 2023-09-25	0%
27	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2023-11-20	0%
28	Internet	www.repositorio.autonomaedica.edu.pe	0%
29	Internet	tesis.ucsc.cl	0%
30	Internet	repositorio.unac.edu.pe	0%
31	Trabajos entregados	Universidad Católica de Oriente on 2023-11-04	0%
32	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2022-11-17	0%
33	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2024-03-12	0%
34	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-10-22	0%
35	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2018-02-21	0%
36	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2023-09-18	0%
37	Trabajos entregados	Universidad Cooperativa de Colombia on 2023-10-08	0%
38	Internet	www.clubensayos.com	0%
39	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2024-12-13	0%

40	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2024-04-15	0%
41	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2023-09-01	0%
42	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-04-06	0%
43	Trabajos entregados	aesanlucas on 2023-12-13	0%
44	Trabajos entregados	Universidad Privada del Norte on 2023-11-27	0%
45	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe	0%
46	Internet	repositorio.unab.edu.pe	0%
47	Internet	www.scielo.br	0%
48	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-07-15	0%
49	Trabajos entregados	Universidad Privada de Tacna on 2017-10-22	0%
50	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2024-06-21	0%
51	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2022-10-22	0%
52	Internet	opendata.paho.org	0%
53	Internet	repositorio.unid.edu.pe	0%

54	Trabajos entregados	Aliat Universidades on 2020-10-20	0%
55	Trabajos entregados	Barcelona School of Management on 2023-06-14	0%
56	Trabajos entregados	Universidad Católica Los Angeles de Chimbote on 2017-05-07	0%
57	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2024-11-18	0%
58	Trabajos entregados	Universidad de Lima on 2024-05-27	0%
59	Internet	dialnet.unirioja.es	0%
60	Internet	docplayer.es	0%
61	Trabajos entregados	Universidad Politécnica del Perú on 2024-04-29	0%
62	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2023-05-24	0%
63	Internet	app.uff.br	0%
64	Internet	pesquisa.bvsalud.org	0%
65	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	0%
66	Trabajos entregados	uncedu on 2024-12-06	0%