

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.
POSTA MEDICA AYABACA – ESSALUD – PIURA.
ABRIL - JUNIO 2017

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

AUTORES:

DEYSI PURIZACA QUISPE
K'THERINNE STHEFANNY VALDIVIEZO RODRIGUEZ
MARIO JOEL MAURICIO RIVERA

Rivera

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. Noemí Zuta Arriola PRESIDENTA
- Dra. Ana Elvira López y Rojas SECRETARIA
- Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón MIEMBRO

ASESORA: Mg. Rosario Miraval Contreras

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 160-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 28 de Agosto del 2017

Resolución de Decanato N° 1946-2017-D/FCS de fecha 23 de Agosto del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicado en primer lugar a Nuestro Señor Jesucristo por darnos la vida y en segundo lugar a nuestros padres, por su apoyo incondicional y por estar constantemente motivándonos a seguir superándonos en nuestra formación profesional.

Los autores

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, a la Sección de postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por brindarnos la oportunidad de seguir adquiriendo constantemente el conocimiento suficiente y necesario para realizar este arduo trabajo de investigación que permitirá a todo el personal de Salud brindar calidad de Atención y trabajar en favor de los Adultos Mayores, a quienes hoy en día se les está dejando de lado.

A nuestra asesora Dra. Lindomira Castro Llaja, por su apoyo y dedicación en el desarrollo de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 Identificación del problema	6
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Objetivos de la investigación	11
1.4 Justificación	12
II. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 Antecedentes de estudio.....	16
2.2 Bases Teóricas	22
2.3 Bases conceptuales	23
2.4 Definición de términos básicos.....	88
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	89
3.1 Definición de variables	89
3.2 Operacionalización de variables	90
3.3 Hipótesis General.....	92
IV. METODOLOGÍA.....	93
4.1 Tipo de investigación.....	93
4.2 Diseño de la investigación.....	93
4.3 Población y muestra.....	94
4.4 Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	94
4.5 Procedimiento de recolección de datos	97
4.6 Procesamiento estadístico, interpretación y Análisis de datos.....	98
V. RESULTADOS	100

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
6.1 CONTRASTACION DE HIPOTESIS CON LOS RESULTADOS.....	106
6.2 CONTRASTACION DE LOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES	107
VII. CONCLUSIONES.....	110
VIII.RECOMENDACIONES	111
ANEXOS.....	124
ANEXOS N° 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN.....	125
ANEXOS N° 2: CUESTIONARIO.....	126
Anexo N°3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	128
ANEXOS N° 4: RESULTADO DE JUICIO DE EXPERTOS.....	129
ANEXOS N° 5: RESULTADO DE LA PRUEBA DE VALIDACIÓN	130
ANEXO N° 6: RESULTADO DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD.....	132
ANEXO N° 7: APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES.....	133
ANEXO N° 8.- TABLAS DE INDICADORES SEGÚN LAS DIMENSIONES	135

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla / Gráfico 5.1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL- JUNIO 2017.	100
Tabla / Gráfico 5.2.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES MAYOR QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL- JUNIO 2017.	101
Tabla / Gráfico 5.3.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL- JUNIO 2017.	101
Tabla / Gráfico 5.4.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL – JUNIO 2017.	103
Tabla / Gráfico 5.5.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN POR LA VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL – JUNIO 2017.	104
Tabla / Gráfico 5.6.- CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL – JUNIO 2017.	105

RESUMEN

Calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades. (128), es por ello que la presente investigación tuvo como Objetivo General Determinar el nivel de calidad de vida percibida por el adulto mayor que asiste a la posta Médica Ayabaca - EsSalud - Piura. Abril - Junio 2017, dicho estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo.

La población muestral estuvo conformado por 92 Adultos Mayores, el instrumento que se utilizó para la obtención de la información fue el cuestionario de Escala de Calidad de Vida de Álvarez, Bayarre y Quintero para la tercera edad que tiene un formato tipo Lickert, modificado por los autores y validado por juicio de Expertos, con el valor estadístico, el coeficiente encontrado en la investigación fue de 0.9434 y confiabilidad de 0.981.

Los resultados muestran que del total de adultos mayores el 55.4% son mujeres, y el 45.7% tienen entre 60 – 69 años de edad. Teniendo en cuenta la calidad de vida según la dimensión salud, el 56.50% refieren un nivel medio. Según la dimensión condición socioeconómica el 70.7% tiene un nivel de calidad media, y en la dimensión satisfacción por la vida el 53.3% refieren un nivel medio.

Se concluye que la calidad de vida percibida de los adultos mayores es media con un 52.2%.

Palabras Claves: Adulto mayores, calidad de vida

ABSTRACT

Quality of life represents a multidimensional term of social policies which means to have good objective living conditions and a high degree of subjective well-being, and also includes the collective satisfaction of needs through social policies in addition to individual satisfaction of needs. (128). Therefore, the objective of this research was to determine the level of quality of life perceived by the older adult who attends Medica Ayabaca - EsSalud - Piura post. April - June 2017, this study is quantitative, descriptive, cross-sectional and prospective.

The sample population consisted of 92 Seniors, the instrument that was used to obtain the information was the Alvarez, Bayarre and Quintero Life Quality Scale questionnaire for the elderly that has a Lickert type format, modified by the Authors and validated by Expert judgment, with the statistical value, the coefficient found in the investigation was 0.9434 and reliability of 0.981.

The results show that 55.4% of the total of older adults are women, and 45.7% are between 60-69 years of age. Taking into account the quality of life according to the health dimension, 56.50% refer to an average level. According to the socioeconomic status dimension, 70.7% have an average quality level, and in the satisfaction dimension for life, 53.3% refer to an average level.

It is concluded that the perceived quality of life of the elderly is average with 52.2%.

Keywords: Elderly adults, quality of life

I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

La población envejece no sólo en el primer mundo, sino en todo el planeta. Según el informe de enero de 2010 de la División de Población de Naciones Unidas, una de cada cinco personas en los países desarrollados tiene más de 60 años. En Asia, América Latina y el Caribe son ahora una de cada diez (llegarán al 20% en 2050), y una de cada 19 en África (el 11% en 2050). El envejecimiento avanza muy rápido en los países en vías de desarrollo, sobre todo en las economías emergentes. China va a pasar de un 12% de mayores de 60 años a un 31% en solo 40 años; la India, de un 7% a un 20%; y Brasil, de un 10% a un 29%.⁴ Y el Perú no es la excepción, Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. (1)

La Calidad de vida en la tercera edad, es aquella en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. En la tercera edad, este concepto significa: valerse por sí mismo y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales. (2)

En Colombia se determinó que la calidad de vida de los adultos mayores se percibe como buena (3) a diferencia en México donde se encontró que es baja. (4)

En Cuba, en un estudio sobresalió una calidad de vida alta de la población adulta mayor con condiciones favorables en sus tres dimensiones: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida (5); a diferencia de otros estudios que fue baja, en la cual uno de ellos, la dimensión salud constituyó la dimensión que más contribuyó a la medición de la calidad de vida percibida, seguida por la condiciones socioeconómicas, con escasa contribución de la satisfacción por la vida. (6)

La Encuesta Nacional de hogares (ENAH) 2013, reveló que la población con 60 y más años de edad representó el 9,6% del total de población (el 8,2% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad). Al comparar con el año 2012, se observa que la población adulta mayor creció 0,6% y por grupos de edad se presenta un aumento de 0,6% en el grupo de 60 a 79 años de edad. El 38,8% de los hogares del país, entre sus residentes habituales, existe al menos una persona de 60 años a más que en comparación con el año anterior que aumentó en 1,1 %; también se encuentra que en el año 2013 el 27% de estos hogares existe al menos una persona adulta mayor que presenta déficit calórico aumento con respecto al 2012 en un 2.2%; sólo el 22.2% de los adultos mayores son analfabetos aumentando 0.3% a comparación con el año anterior, 45,5% han estudiado algún año de educación primaria y el 20,7% han logrado estudiar algún año de educación secundaria, el 19,1% no han alcanzado ningún nivel de educación o sólo estudiaron el nivel inicial y el 13,9% ha accedido a algún año de educación superior. El 79,3% de las mujeres de 60 y más años de edad padecen algún problema de salud crónico (artritis, hipertensión, asma, reumatismo o diabetes, entre otros) y en los hombres es el 67,4% que al cotejar con el año anterior se observa una disminución de 3.5% en las mujeres mientras que en los hombre 1.7%. Respecto al lugar donde acude en busca de ayuda el 28,% concurre a establecimientos de salud del sector público, el 10,9% a servicios del sector privado y el 11,3% a otro tipo de

servicios (farmacia o botica, domicilio u otro lugar), sin embargo, el 49,8% de este grupo poblacional no buscó atención; que en relación con el año anterior, los adultos mayores que buscan atención en los servicios del sector público aumentó en 1,2%, no obstante, disminuyó la población que acudió al sector privado en 0,4% y los que no buscaron atención disminuyó en 0,5%. Asimismo el 70.8% de los adultos mayores están afiliados a algún sistema de seguro de salud, donde el 31,9% corresponde a EsSalud y 33,1% al SIS. (7)

Según el Ministerio de Salud (MINSA – Perú), a nivel departamental las 3 primeras causas de morbilidad en personas mayores de 60 años en el año 2016 fueron: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, enfermedades hipertensivas y dorsopatias y las 3 primeras causas de mortalidad en el mismo año fueron: Enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio y tumores (neoplasia). Asimismo en el distrito de Ayabaca las primeras 3 primeras causas de morbilidad en el mismo grupo etario son las mismas que a nivel departamental y las 3 causas de mortalidad fueron: Enfermedades hipertensivas, infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares. (8)

En nuestro país en la ciudad de Chiclayo se observó que la calidad de vida del Adulto Mayor es regular (9) y a diferencia del nivel local es baja, destacándose un nivel alto en la dimensión salud; mientras que en las dimensiones de condición socioeconómica y satisfacción por la vida es lo contrario ya que predominó el nivel medio. (10)

Ayabaca, es la tercera provincia que tiene más del 9.7% de población de adulta mayor (11), siendo así el distrito con mayor población de este grupo etareo a comparación de otros distritos que representan el 10.3%. (8)

La Posta Médica de Ayabaca - Essalud no es ajena a esta realidad tiene en la actualidad un total de 9580 asegurados adscritos de los cuales 569 son adultos mayores representado por el 5.9% en el año 2015, las 3 primeras causas de morbilidad en personas adultas mayores en el año 2015 fueron: las dorsopatias con (7.25%), seguido de faringitis y amigdalitis aguda (5.88%), y en tercer lugar encontramos otras enfermedades de estómago, esófago y duodeno (1.76%). Asimismo las causas de mortalidad son: Neumonía (33.3%), íleo paralítico (16.67%), cirrosis hepática (16.67%), hemorragia intracraneal (16.67%), fractura de bóveda craneal (16.67%). (11)

También cabe mencionar que a través de las visitas domiciliarias en varias localidades de la jurisdicción de dicho establecimiento de salud, se observan algunas condiciones en las que se encuentran los adultos mayores: La mayoría de ellos requiere la compañía de un familiar para ir al baño, al banco, a la bodega, para deambular, ir en bus, etc.; por lo que cuando no hay quienes los acompañen corren el riesgo de sufrir caídas. En algunos casos no son capaces de autocuidarse ya que en su gran mayoría se debe a su discapacidad física y/o funcional y lo ven reflejado cuando se comparan con personas de su misma edad que pueden hacer ejercicios físicos, subir y bajar escaleras, bañarse solos, entre otras actividades; en otros casos existen Adultos mayores con dificultades para recordar algunas cosas, como los nombres de sus nietos y nuevas cosas que han aprendido; muy pocos gozan de su jubilación o de su negocio personal , ya que creen que su esfuerzo no valió la pena pues siguen viviendo en las misma condiciones de vivienda y económica y no satisfacen sus necesidades; manifiestan que no se les toma en cuenta para la toma de decisiones ya sea en problemas del hogar, en un viaje o para alguna otra actividad; algunos viven solos o con su pareja que es también una adulta mayor, otros se quedan al cuidado de sus nietos, han dejado atrás sus actividades sociales (grupos parroquiales, talleres de manualidades, etc.) por imposibilidad física; la mayoría han dejado de tener

aspiraciones o hacer planes para el futuro pues ya sienten decaimiento físico, o creen que ya lograron todos sus objetivos propuestos en la vida o por su edad; han dejado de sentir satisfacción por el presente ya que creen que no son útiles para la sociedad, todos los días hacen lo mismo por lo que su vida se torna aburrida o simplemente su estado de salud ya no les permite gozar de la vida; muy pocos pertenecen algún grupo social(parroquiales, talleres de manualidades).

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de percepción de la calidad de vida del Adulto Mayor que acude a la Posta Médica Ayabaca – EsSalud - Piura. Abril – Junio 2017?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características demográficas (Edad, Sexo) de los Adultos mayores que acuden a la Posta Médica Ayabaca – EsSalud - Piura Abril – Junio 2017?
- ¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor que acude a la Posta Médica Ayabaca – EsSalud - Piura Abril – Junio 2017, según dimensión salud?
- ¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor que acude a la Posta Médica Ayabaca – EsSalud – Piura. Abril – Junio 2017, según dimensión condiciones socioeconómicas?

- ¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor que acude a la Posta Médica Ayabaca – EsSalud – Piura. Abril – Junio 2017, según dimensión satisfacción por la vida?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de calidad de vida percibida por el adulto mayor que asiste a la posta Médica de Ayabaca - Essalud – Piura. Abril - Junio 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características demográficas (Edad, Sexo) de los adultos mayores que asisten a la posta Médica de Ayabaca - Essalud – Piura. Abril - Junio 2017.
- Determinar la calidad de vida según dimensión salud de los adultos mayores que asisten a la posta Médica de Ayabaca - Essalud – Piura. Abril - Junio 2017.
- Determinar la calidad de vida según dimensión condiciones socioeconómicas de los adultos mayores que asisten a la posta Médica de Ayabaca - Essalud – Piura. Abril - Junio 2017.
- Determinar la calidad de vida según dimensión satisfacción por la vida de los adultos mayores que asisten a la posta Médica de Ayabaca - Essalud – Piura. Abril - Junio 2017.

1.4 Justificación

La expectativa de vida en la población peruana ha cambiado en los últimos años y actualmente es de 83 años. Unos dos millones 700 mil peruanos son adultos mayores, lo que representa el 9% de la población total y se estima que para el 2021 representará el 11.2% de la población total, y que cada año los adultos mayores aumentan en 3.3%, mientras, la población total se incrementa a un ritmo de 1.1%. (12) Esta situación demográfica evidencia aumento de la esperanza de vida, por lo que bajo este contexto, es importante conocer la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

Sin embargo, el hecho que la esperanza de vida este aumentando, no significa que la calidad de vida de los Adultos Mayores esté mejorando, más aún cuando dichos individuos no sólo se enfrentan al envejecimiento cronológico, sino también, al envejecimiento funcional, dado que este último se debe a la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria. Es por ello que es necesario investigar cómo percibe su calidad de vida el adulto mayor; y así poder buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la misma.

Las dimensiones de salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida, son ejes fundamentales que nos permiten determinar si la Calidad de Vida del Adulto Mayor es óptima o no. Estas nos permitirán ver a fondo la realidad de este grupo etareo, y así poder trabajar con ellos y lograr disminuir enfermedades prevenibles, niveles de discapacidad, dificultad para realizar actividades de la vida diaria y sobretodo lograr reincorporarlos a la sociedad con el apoyo de la familia y comunidad.

Legal

- Ley N° 27408 - Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 010-2000-PROMUDEH, que aprobó el documento: "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores".
- Decreto Supremo N° 005-2002-PROMUDEH, que aprobó el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006".
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los "Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006". Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 075-2004-SA/DM, que aprobó los "Lineamientos para la Acción en Salud Mental".
- Resolución Ministerial N° 769-2004-MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/ DGSP-V.01: "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 859-2004-MINSA, que modifica la Resolución Ministerial N° 729- 2003-SA/DM, precisando que el grupo etéreo adulto mayor es a partir de los 60 años.
- Resolución Ministerial N° 111-2005-MINSA, que aprobó los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".

- Resolución Ministerial N° 941-2005-MINSA, que aprobó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”
- Resolución Ministerial N° 741-2005-MINSA, que aprobó el comité de expertos en Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”
- Resolución Ministerial N° 529-2006-MINSA, que aprobó la NT N° 043-MINSA/DGSP-V-01: “Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores”.
- Resolución Ministerial N° 696-2006-MINSA, que aprobó la “Guía técnica: Operativización del Modelo de atención integral de salud”.

Teórica

Dicho estudio Contribuyó a incrementar los conocimientos de la ciencia en Enfermería, especialmente en el área de Gerontología y Salud Pública, así como también nos permitió motivar a las Enfermeras a realizar especialidades en dichas áreas y se pueda mejorar no sólo la calidad de atención, sino también la calidad de vida de este grupo etareo que es tan vulnerable y que hoy en día se encuentra olvidado.

Asimismo cabe precisar que el indicador de confiabilidad del presente trabajo de investigación es de 0.981, catalogándolo así como instrumento confiable y útil para la recolección de la información, sirviendo así de gran herramienta para futuras investigaciones.

Económica

El trabajo de investigación realizado fue viable y asequible, gracias a que uno de los integrantes del grupo trabaja en dicho establecimiento, lo que nos sirvió como eje fundamental para la ejecución del mismo, pues ella más que nadie conoce a la población con la que se iba a trabajar, permitiéndonos así lograr los objetivos planteados.

Social

Los resultados obtenidos permitieron determinar el nivel de percepción de la calidad de vida del adulto mayor y tomar las decisiones a partir de la realidad planteada en el estudio. Además ayudó a la Posta Médica a plantear propuestas y estrategias de mejoramiento al programa de atención de este grupo etario, buscando así un envejecimiento saludable y sobretodo lograr reincorporarlos a la Sociedad.

Practica

La investigación nos permitió trabajar directamente con los modelos de las siguientes teóricas: Nola Pender - Promoción de la Salud y Dorothea Orem – Autocuidado, ya que ambas tienen relación, pues si deseamos lograr una óptima Calidad de Vida en los Adultos Mayores, debemos iniciar planteando alianzas estratégicas directamente ligadas a Promoción de la Salud, que nos permitan involucrar no sólo a la familia sino también a la comunidad y a otros sectores, con la finalidad que dichos individuos logren autocuidarse, incrementando así el control sobre su salud evitando futuras enfermedades.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

GARCÍA S, ENAMORADO A, VARELA M Y COLS. (Cuba. 2011) realizaron un estudio sobre: **Percepción de la calidad de vida en adultos mayores, el cual tuvo como objetivo describir el comportamiento de la calidad de vida percibida por la población geriátrica del Consejo Popular 4 del Policlínico Universitario.** El diseño metodológico fue descriptivo – correlacional, de corte transversal, para la recogida de la información se aplicó la Escala MGH para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad.

En los resultados obtenidos se muestra que hubo un predominio del sexo femenino con un 62.75% y las edades entre 60 – 69 años con un 36.5% ; así como también predominó la calidad de vida baja con 61% seguida por la calidad de vida media con 34%. En la dimensión salud y Condiciones Socioeconómicas obtuvieron un nivel bajo con 54% y 53% respectivamente y también la dimensión Satisfacción por la vida con 54.5%

Concluyendo que La calidad de vida percibida por los adultos mayores de la población investigada es baja. (13)

MARÍN C Y CASTRO S (Colombia - 2011) realizaron un estudio sobre: **Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida,** el cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores. El diseño fue cuantitativo - descriptivo, de corte transversal, se aplicaron dos instrumentos, una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario SF-36 V2 para medir la calidad de vida en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

En los resultados predominó el sexo femenino con el 62% y hubo mayor participación de los Adultos Mayores de 60 a 64 años ,así mismo en relación con cada una de las dimensiones, se considera que la calidad de vida en salud de los adultos mayores es buena, obteniéndose los valores más altos en lo que respecta a función social y salud mental con el 93% cada una, le sigue dolor corporal, vitalidad y rol emocional con el 84% cada una; función física con 81% y los de más bajo valor son rol físico con 78% y salud general con 69%.

Concluyendo que la calidad de vida de los adultos mayores se percibe con un nivel bueno. (14)

VILELA. C (Perú, Piura – 2011), realizó un estudio sobre: **Calidad de vida del Adulto Mayor del Asentamiento Humano Los Algarrobos**, el cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de las personas adultas mayores. El diseño metodológico fue de tipo cuantitativo – descriptivo y de corte transversal, el instrumento que se utilizó para valorar la calidad de vida, es el Instrumento MGH Calidad de Vida, que miden factores socioeconómicos, salud y satisfacción por la vida.

En los resultados se obtuvo que la Calidad de Vida de los adultos mayores es bajo con 55.14% seguido del medio con 28.16%. En la dimensión salud prevalece es estado alto (93.46%), dentro de sus categorías de funcionalidad física, psíquica y social destacan el nivel alto con 81.31%, 49.53% y 49.53% respectivamente. Sin embargo en la dimensión condición socioeconómica fue medio (65.42%), en la cual la categoría situación monetaria es bajo mientras que en la categoría condiciones de vivienda es medio, dimensión satisfacción por la vida predominó el estado medio (42.99%), siendo esta alta en la categoría familia (80.37%), estados afectivos predominantes (46.73%), apoyo social (63.55%) y satisfacción por el presente (63.55%) y media en la categoría expectativa de futuro.

Concluyendo que la calidad de vida de las personas adultas mayores es baja destacándose en la dimensión salud un nivel alto con 93.46%. (10)

MONTANET A, Bravo C y Hernández E (Cuba - 2009) realizaron un estudio sobre: **La calidad de vida en los adultos mayores**, el cual tuvo como objetivo determinar características sociodemográficas y evaluar la calidad de vida de los ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y su comparación con otro grupo no incorporados. El diseño fue descriptivo – transversal; para la medición de la calidad de vida se utilizó la escala M.G.H.

En los resultados se registran 18 casos del sexo femenino, para un 42.9%, mientras que el sexo masculino está representado por 24 ancianos para un 57.1%; estas cifras son coincidentes en ambos grupos. Al evaluar la edad de los ancianos estudiados, se registra una edad promedio de 76 años, siendo la mínima 60 años y la máxima 95. Entre los rangos más representativos en ambos grupos aparecen las edades de 75_84 años, en La Casa de Abuelos, 21 ancianos para un 50.0% y en el Grupo Control 23, para un 54.7% evaluados.

Asimismo al evaluar la Calidad de Vida de los adultos mayores de la Casa de Abuelos y el grupo control obtuvieron una calidad de vida alta con 57.2% y 42.9% respectivamente. En la dimensión salud los dos grupos obtuvieron un nivel alto con un 73.8% la Casa de Abuelos y el Grupo control 73,9%. En La dimensión condiciones socioeconómicas, la Casa de Abuelos y el Grupo Control responden a los valores más positivos (3 – 4) con 66,7 % y 61,9% respectivamente. Además en la dimensión de satisfacción por la vida los adultos mayores de la Casa de Abuelos en un 90,4% respondieron entre los valores de 3 y 4, también el Grupo Control con un 73,9%.

Concluyeron que sobresale entre los adultos mayores la Calidad de Vida alta. La dimensión salud, no daña la Calidad de Vida de la población estudiada y en el grupo control la dimensión satisfacción por la vida, afecta su Calidad de Vida. (15)

DUEÑAS D, BAYARRE H, TRIANA E Y RODRÍGUEZ V (Cuba, La Habana - 2009) realizaron un estudio sobre: **Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas**, el cual tuvo como objetivo describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en adultos mayores. EL diseño fue descriptivo de corte transversal, se aplicó los instrumentos siguientes: Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH).

En los resultados, hubo un predominio del sexo femenino con un 51.15% y las edades entre 60 – 69 años de edad con un 37.67%. Así mismo la calidad de vida baja con 43,3 %, seguida por la calidad de vida media con un 36,4 %, mientras que solo un 20,2 % presentó calidad de vida alta. Se observó que para la dimensión salud y condiciones socioeconómicas predominó la categoría alta con 91.7% y 49.8% respectivamente, mientras que para la dimensión satisfacción por la vida predominó la categoría media con 49,8%. Concluyeron que el predominó la calidad de vida baja en la población investigada. (6)

MALDONADO G Y MENDIOLA S (México – 2009) realizaron un estudio sobre: **Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores de la Ciudad Victoria**, el cual tuvo como objetivo Conocer la calidad de vida autopercebida de los adultos mayores. El estudio fue descriptivo – transversal, El instrumento que se utilizó para valorar la variable de calidad de vida, es el Instrumento MGH Calidad de Vida, que miden factores socioeconómicos, salud y satisfacción por la vida.

En los resultados, Se encontró que en ambos grupos hubo predominio del género masculino (56.7%) sobre el femenino (43.3%), la edad promedio de las personas entrevistadas fue de 68,2. Los grupos de edad de mayor predominio de ancianos lo constituyó los de 60-70 años para un 70,1% del total de la población.

Los niveles de calidad de vida en los adultos mayores se encontró, el mayor porcentaje en el nivel “bajo” con 36,7%, seguido del nivel “medio” con 33,3% y los valores inferiores correspondieron a los niveles “muy bajo” y “alto” con 20,0% y 10,0% respectivamente.

Concluyeron que los adultos mayores de esta población presentaron baja CV; la mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional; el aspecto social es el que presentó mayor afectación, los adultos mayores mantienen relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero sólo un poco más del 50% salen a distraerse ya sea solos con la familia o amigos. (16)

CORONADO J, DÍAZ C, APOLAYA M Y COLS. (Perú, Chiclayo – 2009) realizaron un estudio sobre: **Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo**, el cual tuvo como objetivo evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de las personas adultas mayores e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello.

Se realizó un estudio descriptivo – transversal, se aplicó una ficha de datos epidemiológicos y la Encuesta SF – 36 para medir la calidad de vida.

En los resultados se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$. 52,75% ; asimismo se pudo observar que la calidad de vida en esta población es de regular a baja. La Función Social (72,75%), Salud Mental (68,76%), y Vitalidad (64,61%) obtuvieron las puntuaciones más altas, y Salud General (52,28%), Rol Físico (61,18%), y Dolor Corporal (62,29%) obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Concluyeron que la población adulta mayor tiene percepción de calidad de vida regular. (9)

VERA M (Perú – 2007) realizó un estudio sobre: **Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí y para su familia**, el cual tuvo como objetivo de comprender el significado que la expresión lingüística 'calidad de vida del adulto mayor' tiene para el **mismo** adulto mayor y para su familia.

El Estudio fue cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, se aplicó las técnicas para la recolección de datos: La observación y la entrevista. .

Los resultados obtenidos fueron: de los Adultos mayores entrevistados 7 fueron varones y 9 mujeres; la edad promedio fue 72 años en los hombres y 71 años en las mujeres; se identificaron cuatro categorías relacionadas con la calidad de vida del adulto mayor. Primera: conocimiento sobre la vejez y ser un adulto mayor, esta etapa de la vida la consideran como un proceso normal y natural, caracterizada por un deterioro físico y mental y con pérdida de vigor; etapa también de la cosecha de todo lo vivido. Segunda: elementos secundarios de la calidad de vida del adulto mayor, significa ser cuidado y protegido con dignidad, ser apoyado por la familia, para que logre su bienestar, respetando su condición de persona, de ser humano, porque es un derecho. Tercera: valores y actitudes acerca de la calidad de vida del adulto mayor. Los valores y actitudes hacia el adulto mayor lo hacen sentirse una persona valorada, valiosa, traducido en un trato cálido, impregnado de respeto, de afecto y de amor. Cuarta semejanza: necesidades secundarias del adulto mayor como ser social relacionadas con su calidad de vida. El adulto mayor necesita continuar con su libertad de acción y comunicación, disponer económicamente de una pequeña cantidad de dinero para satisfacer sus 'gustitos'.

Concluyendo, el significado de calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él. (17)

2.2 Bases Teóricas

El presente estudio está basado en dos teoristas una de ellas es **Nola Pender**; ya que una adecuada calidad de vida resulta de la permanente promoción de la salud, lo que implica el mantenimiento de la salud y el bienestar del individuo, familia y comunidad en todas sus esferas; teniendo como influencia el medio contexto que los rodea, los medio de los que dispone, las estrategias y políticas sanitarias. (18) Por eso, la prioridad con los adultos mayores debe comprender acciones orientadas a evitar la discapacidad prematura en la vejez, así como a prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas en este grupo de edad.

La segunda propuesta es **Dorotea Orem** con su teoría de autocuidado donde toda persona debe desarrollar ciertas acciones para hacer frente a sus necesidades de desarrollo, de desviación de la salud o de sus necesidades humanas básicas, las cuales son pilares que permiten garantizar el completo bienestar del paciente. Estos requisitos universales son el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, el equilibrio entre actividad y descanso, interacción social y soledad, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación y la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. Cuando la persona presenta problemas en la habilidad para cuidarse por sí mismo en cualquiera de estos requerimientos, se dice que existe un déficit de autocuidado por tanto es aquí donde la enfermera entra a jugar un rol muy importante pues debe identificar todas las necesidades presentes y posibles en esta persona a través de unas habilidades específicas para valorar, diagnosticar o definir los métodos más adecuados para atender estas necesidades, para planear, implementar o proveer los cuidados a esta persona y evaluar un plan de acción que es conocido como proceso de Enfermería. Para el grupo poblacional de pacientes conformado por adultos

mayores, pues se considera que en esta etapa de la vida, hay influencia de un factor de condicionamiento básico que es la edad, el cual lleva a que la relación entre acciones de autocuidado y habilidad para realizar dichas acciones, presenten un déficit y es aquí donde el enfermero debe promover y fomentar dentro de las capacidades que este adulto mayor tenga la provisión de estos cuidados que favorezcan su vida, salud y bienestar. (19)

2.3.- Bases conceptuales

PERCEPCIÓN

Ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo. (20)

- Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema.
- Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos.

Así pues, la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

Para DÍAZ G, Ortiz A, la percepción es un proceso mediante el cual se interioriza y organizan las sensaciones que se han ido adquiriendo y que a su vez permiten a los individuos reconocer su relación con los objetos y condiciones del mundo exterior. (21)

Para Yewoubdar, citado por Segura, la percepción es considerada un proceso psicológico que a partir de la recolección de la información de los órganos sensoriales, la organiza, considerando las creencias, valores, miedos, suposiciones; es la apreciación que tiene cada persona acerca de su propia vida y es el primer proceso cognoscitivo, mediante el cual los sujetos captan información del entorno, que a su vez le permite al individuo formar una representación de la realidad, la cual incluye la interpretación de sensaciones dándoles significado y organización, como los juicios, acciones, reacciones y sensaciones de los seres humanos, y determinan las interacciones y respuestas que estos puedan tener ante eventos particulares. (22)

CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN (20)

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

- **Es subjetiva**, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.
- **La condición de selectiva** en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.
- **Es temporal**, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

DE LA PERCEPCIÓN (20)

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de inputs:

- Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- Los inputs internos que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionarán.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida (CV) estaba vinculada a factores económicos y sociales, sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad. La falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente. (23)

Algunas de las definiciones:

Para Velarde J y Ávila C, la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. (24)

Para Setien, citado por De Pablos Juan, calidad de vida es el “grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, capacidad que se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos, y de su existencia, poseen los miembros de una sociedad”. (25)

Giusti define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. (26)

Para Felce y Perry, citado por Fernández J, la calidad de vida se puede definir en base a 4 conceptualizaciones: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y, 4) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. (27)

La propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida. (28)

Badia X y Patrick K definen la calidad de vida como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. (29)

Para Castellón y Romero, el concepto calidad de vida es un problema de percepción personal del nivel de bienestar, en el cual se deben considerar variables objetivas, tales como el nivel de la salud e ingresos, y variables subjetivas, como es conocer lo que sienten y piensan las personas sobre su vida. (16)

Según García, la Calidad de Vida solo puede ser expresada por el mismo individuo, pues es el mismo paciente quien mejor puede hacerlo De allí que varios pueden ser los significados que tengan las personas en situación de enfermedad, la familia y equipo de salud, con respecto a la calidad de vida, ya que este es un término subjetivo, y sólo la misma persona, es quien puede atribuirle su propio valor, a su estado de salud. (30)

Fernández Ballesteros, el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida como la medición de sus condiciones objetivas. (31)

Así, el concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez J y González A, abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva. (32)

Por su parte, Vinaccia y Orozco consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que

se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”. (33)

Schwartzmann definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. (34)

Así mismo, presenta Katschnig el concepto calidad de vida, quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos. (23)

Aparece la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido: “La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. (35)

Brawne, citado por Gómez M y Sabeh E, plantea que “La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”. Se puede comprender, entonces, que la calidad de vida es muy importante el cómo la persona lo percibe la vida que está llevando en base a su salud, condiciones

laborales, medios económicos, posición social, relaciones familiares y amicales: y todo aquello que puede causar o no satisfacción. (36)

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. (23)

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida. (21)

Dicha evaluación puede hacerse en dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida. Así, la dimensión objetiva, básicamente, hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas o terceros (evaluación externa), con relación, por una parte, a la funcionalidad física, psicológica y social, y por otra parte a las oportunidades y acceso a los recursos que la persona tiene. Por otra parte, desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y

dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose función de criterios propios. (21)

DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA: (27)

Enfoque Biologista	Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad. La valoración de la calidad de vida se realiza desde el
Enfoque Ecologista	análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.
Enfoque Economicista	Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades. La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variables
Enfoque Sociologista	demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.
Enfoque Psicosocial	Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y sobre sus emociones y sentimientos al respecto de esta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las socio-ambientales desde la percepción personal.

CALIDAD DE VIDA (CV) RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida y la salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. (37)

La salud es considerada uno de los principales valores del ser humano y uno de los determinantes más importantes de la CV, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida, también repercute en el resto de los determinantes de la misma. Por ello, muchos autores consideran que la salud no solo es el valor predominante, sino aglutinante de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida. Cuando un individuo se siente mal, se siente enfermo, eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. (27)

Verbrugge y Jette, citado por Olmedo M, plantean un modelo para explicar el proceso que conduce desde la enfermedad hasta la discapacidad o dificultad que una persona enferma tiene para desempeñar su rol social, siendo el grado de discapacidad uno de los factores que influyen sobre la calidad de vida de las personas y dependiendo éste de la interrelación entre la persona y su ambiente. (38)

Según Bardía, citado por Ortiz Z y Pueyrredón C, a calidad de vida relacionado con la salud involucra los aspectos internos del individuo y los externos a este que pueden interaccionar con él y llegar a cambiar su estado de salud. (39)

También según Meléndez y et al «calidad de vida relacionada con la salud» se refiere al valor asignado a la duración de la vida que se ve alterado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción y las oportunidades sociales debidas a una enfermedad, a un accidente, a un tratamiento determinado o incluso a una decisión política. (40)

Patrick y Erickson, citado por Olmedo M, define la calidad de vida relacionada con la Salud como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (39)

Según Sánchez J, González A, la calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones sociales y de los síntomas físicos. Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades cotidianas de la vida diaria, y, en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico produce en el desempeño. La incomodidad se caracteriza por la presencia de dolor y la presencia de fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente, la insatisfacción se mide por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas por el individuo según el papel que desempeña dentro del funcionamiento social, el bienestar general y la vida. (32)

Shwartzmann L, consideran la calidad vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su

evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal. (33)

La calidad de vida relacionada a la salud incluye aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, por lo que se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a las personas con padecimientos específicos, en escenarios particulares donde se desarrolla su vida. (23)

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías: físico biológicas (sintomatología general, discapacidad funcional, sueño), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración) y sociales (situación ocupacional, relaciones familiares y sociales, recreación). (25)

Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, están influidos por las experiencias y expectativas de una persona. En este sentido, la calidad de vida no debe ser evaluada por el equipo de salud, ni extrapolarse de un

paciente a otro, ya que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, de tal forma que dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación; en este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. (31)

DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A SALUD (27)

Calidad de vida relacionada con la salud física: Estados de salud y calidad de vida relacionada con la salud desde el punto de vista biológico. Valora aspectos como los diagnósticos clínicos, el dolor, los síntomas o las limitaciones funcionales de carácter físico y cognitivo.

Calidad de vida relacionada con la salud social: Incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. El nivel óptimo varía claramente según los individuos, por lo que alcanzar “el máximo” no es necesariamente lo mejor para todos. Las medidas incluyen tamaño de la red social, frecuencia de contactos, participación en actividades y espacio social.

Calidad de vida relacionada con la salud percibida: Generalmente representa el análogo subjetivo de la calidad de vida social, como la calidad familiar, de los amigos, del tiempo, y la seguridad económica.

Calidad de vida relacionada con la salud psicológica: Se compone de los afectos posibles y de los síntomas disfóricos y necesidades personales que tienen un efecto más generalizado en la calidad de vida global.

ADULTO MAYOR

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o ancianas. (41)

Es también la etapa final de la vida, conocida también como tercera edad, senectud; es el periodo de la vida en que la persona pasa a ser anciana, aunque no existe una línea divisoria para determinar cuándo empieza esta podría iniciarse a distintas edades según el individuo, sin tener en cuenta la fecha de nacimiento. Esta etapa se inicia tradicionalmente después de la jubilación, habitualmente entre los 65 y 75 años de edad. (42)

Hay que entender que el envejecimiento y la vejez, aunque tienden a identificarse y hasta a definirse como iguales, son dos aspectos completamente diferentes; y se puede estimar, que el envejecimiento es un proceso que se inicia desde la concepción misma y avanza conforme la persona tiene vida, mientras que la vejez es una etapa o momento de la vida del ser humano. (43)

En las palabras de Hidalgo "el envejecimiento es el proceso de vivir: nacer, estar vivo y morir... fenómeno afín a la vida misma", el cual, por ser una constante en la vida del ser humano implica una serie de elementos. (44)

Si le preguntamos a una persona de 65 años a 70 años su definición de vejez, lo más seguro es que se definirá a sí mismo o tal vez a su cónyuge o alguna amistad. Si le preguntamos a alguien de entre 40 y 55 años, nos responderá pensando en sus padres. Si les preguntamos a personas entre

los 15 y 30 años nos responderían pensando en sus abuelos y en el caso de un niño nos respondería pensando en sus abuelos y bisabuelos. La sociedad los describe de acuerdo a su experiencia; es por eso que para alguien la vejez la puede describir como una etapa feliz y satisfactoria en la vida; pero tal vez alguien más, incluso de la misma edad, puede responder que es una etapa de sufrimiento, enfermedad, padecimiento, etc. Es por esto, que además de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber de la vejez debemos considerar los familiares y sociales y la de los mismos ancianos. (45)

Diferentes teorías intentan explicar las causas del envejecimiento biológico o senescencia: (37)

- Teoría de la Herencia: El ciclo vital es determinado por características genéticas que han evolucionado a lo largo de las generaciones, de modo que tienen su propia expectativa de vida. Esto juega un papel importante en la vida humana, por ejemplo, es de esperar que los niños(as) de abuelos y padres saludables hereden esa condición.
- Teoría del Envejecimiento Celular: Algunas células del cuerpo no se reproducen y otras sí, aunque solo un número finito de veces, lo que sugiere que el envejecimiento está programado por la capacidad limitada de las células para reemplazarse.
- Teoría de los Deshechos o Escoria Metabólica: El envejecimiento es ocasionado por la acumulación de sustancias nocivas (coproductos del metabolismo celular) en el interior de diversas células del cuerpo. La acumulación de estas sustancias interfiere con el funcionamiento normal de los tejidos, produciendo en algunos casos endurecimiento, pérdida de elasticidad y deterioro en las funciones de los órganos.

- Teoría de la Autoinmunidad: El sistema inmunológico del cuerpo rechaza sus propios tejidos por medio de la producción de anticuerpos autoinmunes, teniendo como resultado la autodestrucción de los mismos.
- Teoría del Desequilibrio Homeostático: Hizo hincapié en la incapacidad gradual del cuerpo para mantener su propio equilibrio fisiológico vital, por ejemplo, en la vejez se presentó la dificultad para mantener el nivel apropiado de azúcar en la sangre, así como problemas para adaptarse al estrés emocional.
- Teoría de la Mutación: Describió lo que sucede cada vez que las células corporales desarrollan mutaciones. Las tasas de mutación genética se incrementan con la edad. Como la mayor parte de las mutaciones son dañinas, estas células funcionan con menos eficiencia y los órganos compuestos por dichas células se vuelven ineficientes y senescentes.
- Teoría del Error: es una variación de la teoría de la mutación que incluyó en los efectos acumulativos de una variedad de posibles errores en la producción de ARN (ácido ribonucleico) que afectan la síntesis de las enzimas, los cuales dañan las síntesis de proteínas, produciendo a la larga la muerte celular. Sin embargo, a pesar de los intentos por dar respuestas, ninguna de las teorías propuestas explicó los sucesos complejos que se dan durante el envejecimiento. Este involucra una serie de procesos que producen cambios dependientes del tiempo en un organismo. Además de los factores hereditarios y los cambios intrínsecos (los que ocurren desde el interior), el organismo también es afectado desde el exterior por los estresores ambientales, bacterias, virus y otras influencias, lo que ocasionalmente reduce la capacidad de diversos órganos para continuar funcionando.

Las personas adultas mayores experimentan cambios les exigen hacer ajustes en muchos aspectos de su vida. (46)

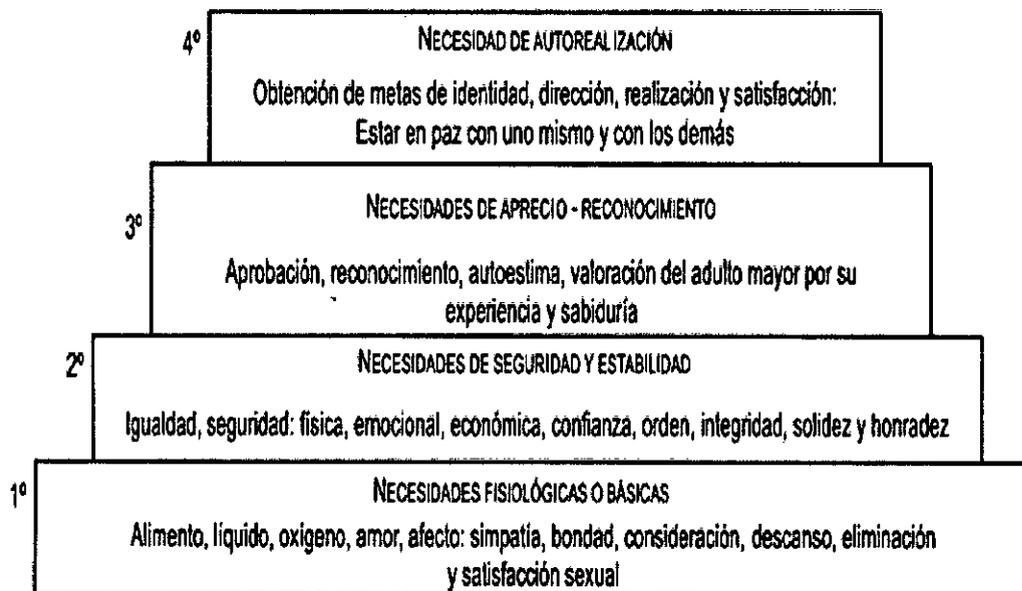
Cambios psicobiológicos:

- Pérdida de textura y elasticidad de la piel
- Adelgazamiento y encanecimiento del cabello
- Disminución de la talla corporal
- Adelgazamiento de los huesos
- La pérdida de dientes y los problemas de encías son comunes
- Problemas de visión
- Desaparición progresiva de masa muscular
- Atrofia de los músculos
- Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas.
- Propensión a la osteoporosis en las mujeres.
- Pérdida de la adaptación al frío y al calor.
- Disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas.
- Las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad.
- Los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones pierden eficiencia.
- Los órganos sensitivos requieren un umbral de excitación más alto.

El envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad, a diferencia de lo que se suele pensar. La salud de la mayoría de las personas de edad avanzada es favorable, un pequeño porcentaje se encuentra en un estado de invalidez o postración y el resto tienen ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autónomos. La mayoría tienen buena salud mental, conservando un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas, enfermedades como la demencia o el deterioro intelectual, afecta a la minoría de ellos. Algunas formas de demencia, como las ocasionadas por sobre medicación y depresión, pueden revertirse mediante tratamiento apropiado; otras, como las producidas por el Alzheimer o por ataques de apoplejía, son irreversibles. (47)

Según Erikson en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad contra desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de amor, aun cuando no fueron perfectas. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Los adultos mayores necesitan aceptar sus vidas y su proximidad a la muerte; si fracasan, se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida y, por tanto, serán incapaces de aceptar la muerte. Aquellos que han trabajado toda su vida y tienen la oportunidad, deben aceptar su retiro del campo laboral al jubilarse. (48)

A diferencia de los jóvenes y adultos, la pirámide de necesidades para el adulto mayor requiere una especial consideración o adecuación, reubicando las necesidades de amor y afecto, principalmente, en el primer nivel, conjuntamente con las llamadas necesidades básicas. La necesidad de autorrealización no es solo un derecho del joven; el adulto mayor debe sentirse autorealizado, si, y solo si, tiene el apoyo y ayuda familiar para el logro de sus metas y perspectivas, garantizando con ello su calidad de vida. (9)



Adecuación de la escalera jerárquica de necesidades de Abraham Maslow, a las necesidades del adulto mayor. (9)

CATEGORÍA DE CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR:

El Ministerio salud (MINSA), realiza una clasificación del adulto mayor, dentro del plan de atención integral de Salud a las personas adultas mayores, lo cual permitirá identificar y priorizar según las necesidades para la mejora de su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (47)

- Persona Adulta Mayor activa Saludable.- Aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas de patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físicos normal. El objetivo fundamental en este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta una afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grada de gravedad,

habitualmente no invalidarte, y que no cumple los criterios de persona adulta mayor frágil o paciente Geriátrico complejo. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales.

- Persona adulta mayor Frágil.- Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:
 - ✓ Edad: 80 años a mas
 - ✓ Dependencia parcial, según valoración funcional del índice de Katz.
 - ✓ Deterioro cognitivo leve o moderado, según valoración cognitiva Test de Pfeiffer.
 - ✓ Manifestaciones depresivas, según valoración del estado afectivo, escala abreviada de Yesavage.
 - ✓ Riesgo Social, según escala de Valoración Socio-Familiar.
 - ✓ Caída, una caída en el último mes o más de una caída en el año.
 - ✓ Pluripatología, tres o más enfermedades crónicas.
 - ✓ Enfermedades crónicas que condiciona incapacidad funcional parcial. Ejemplo: Déficit visual, auditivo; osteoporosis; Secuelas de ACV; enfermedad de Parkinson; EPOC; insuficiencia cardiaca reciente y otros.
 - ✓ Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
 - ✓ Hospitalización en los últimos 12 meses.
 - ✓ Índice de masa corporal menos de 23 o mayor de 28.
- Paciente geriátrico Complejo.- Es el que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:
 - ✓ Edad: 80 años a mas
 - ✓ Pluripatología, tres o más enfermedades crónicas.

- ✓ El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: Dependencia total).
- ✓ Deterioro cognitivo severo.
- ✓ Manifestaciones depresivas, según valoración del estado afectivo, escala abreviada de Yesavage.
- ✓ Existe problema social en relación con su estado de salud, según escala de Valoración Socio – familiar.
- ✓ Paciente terminal.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona, en este caso específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna. (23)

Pero ello no es tarea fácil, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo. Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad. (48)

Se puede entender la vejez - etapa final del proceso de envejecimiento, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo. (23)

Por su parte, Lazarus menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control. (49)

Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la "fragilidad" física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población. Esta depresión es en gran medida propiciada también por la segregación y discriminación de la que son objeto las personas de la tercera edad, debido a la óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años, generando así restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida. (50)

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Se entiende que es un envejecimiento normal cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles: biológico, psicológico y social; que lo llevan incluso hasta la muerte. En el envejecimiento patológico, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, una tercera forma de concebir a la vejez, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observan una serie de ganancias, y se promueve que las personas mayores aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias. (23)

Así, González-Celis y Sánchez-Sosa mencionan que en la vejez no sólo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva forma de concebir a la vejez se le conoce como una vejez exitosa y se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales. (23)

Así que la calidad de vida en la tercera edad es la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. En la tercera edad, este concepto significa en buena medida la capacidad funcional del anciano para valerse por sí mismo y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales, además de experimentar satisfacción por la vida que se corresponde con las necesidades espirituales propias de la edad. (6)

Según Darnton, quien indicó que la calidad de vida de los adultos mayores, está determinada por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento físico, social y mental, es decir, de la valoración global que realiza de su salud y de su enfermedad. (51)

En varios estudios se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa; positiva, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales; pero se hace una valoración negativa de ésta cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales. De esta forma, han manifestado que pérdidas del estado de salud, de contactos sociales y limitaciones funcionales, son principalmente las que empeoran la calidad de vida. (52)

Por otro lado 'Calidad de vida del adulto mayor', según Velandia es "la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez". (53)

Krzejmen sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la "medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor". (54)

Según Martín, otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor "consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa". (55)

Eamon O'Shea, sostiene que "la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida". (29)

En las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente. (23)

Las políticas de salud diseñadas en la última década para responder a las necesidades de las personas de edad avanzada buscan el mantenimiento de la capacidad del mayor para llevar una vida independiente en la comunidad con un alojamiento y un soporte social adecuados (29). La autonomía de los ancianos es un componente importante de su calidad de vida, de modo que el enfoque asistencial de la ancianidad debería dirigirse a la satisfacción de sus demandas y a la búsqueda de déficits encubiertos, con la instauración de las medidas correctoras pertinentes, incluyendo actividades de promoción y prevención. (10)

VARIABLES UNIVERSALMENTE ACEPTADAS QUE SE RELACIONAN CON LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES: (30)

La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores: Las enfermedades producen síntomas molestos y discomfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno.

Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida

La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.

Las enfermedades producen síntomas molestos y discomfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno.

Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida

Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida

Una vivienda y un entorno adecuado, tienen una influencia positiva en la calidad de vida.

La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos.

Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.

La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad que esta tenga.

DIMENSIONES DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

A).- DIMENSIÓN SALUD:

La dimensión salud más aceptada y difundida en la actualidad es la desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (56). Y propuso que la salud en el anciano debe ser entendida como: "La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad la cual le permita de una forma dinámica desarrollar de manera independiente las actividades de la vida diaria". El adulto mayor es una unidad biopsicosocial espiritual compleja, requiere de una atención especializada con un enfoque multidisciplinario. El mejor indicador de salud en la población adulta mayor es su estado funcional. (57)

Teniendo este concepto presente, se busca en el adulto mayor un buen funcionamiento en su aspecto físico, psicológico y las relaciones que pueda establecer; teniendo en cuenta las propias limitaciones de esta etapa.

ESTADO DE SALUD FUNCIONAL

La OMS y la OPS, han establecido siete aspectos que miden el estado de salud funcional: (58)

- Las actividades de la vida diaria, entre ellas las instrumentales y las básicas del diario vivir;
- La salud mental, principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo;

- La funcionalidad sicosocial, concepto cada vez más relevante, en términos de la capacidad de responder a las exigencias de cambio;
- La salud física, donde se centra toda la patología crónica, por lo general;
- Los recursos sociales;
- Los recursos económicos con relación a un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se puede realizar comparaciones entre países según el ingreso per cápita, sino de acuerdo con un parámetro local;
- Los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor. Por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y acceder a un consultorio de atención primaria.

Categorías:

Funcionabilidad física:

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más fiel de la integridad del individuo durante el envejecimiento. La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades básicas de la vida diaria o cotidiana (alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y baño) e instrumentales (cocinar, realizar las compras, labores domésticas: limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales). El grado de deterioro funcional, estrechamente relacionado a la dependencia y a la pérdida de la calidad de vida, se mide en función a la menor o mayor capacidad que tiene el adulto mayor para realizar por sí mismo las actividades básicas o

instrumentales de la vida diaria. El riesgo y grado de deterioro funcional y por ende el grado de dependencia pueden disminuir con el autocuidado y la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y en el caso que la discapacidad esté instalada, ésta puede minimizarse con el uso de ayudas y un soporte familiar y social adecuados. El reto en el cuidado del adulto mayor es prevenir y minimizar el deterioro funcional con el objetivo de mejorar su calidad de vida. (59)

Según Gómes, et al, plantea que la Capacidad Funcional tradicionalmente se ha definido desde el punto de vista de actividad física y es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio. Incluye el nivel de capacidad máxima obtenido después de un programa sistemático de entrenamiento físico; denominado potencial fisiológico máximo. Sin embargo, la capacidad funcional en Geriátría se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad. (60)

Entender cómo los adultos mayores invierten su día proporciona una visión del mundo cotidiano de uno de los segmentos poblacionales de mayor crecimiento en la actualidad. Por lo tanto, identificar similitudes y diferencias en los patrones de actividad, así como entender la vasta heterogeneidad de formas en que se invierte un día, refuerza el punto de vista multidimensional de la vejez. Esto también brinda datos sobre la manera en que los recursos personales definen no sólo cómo se invierte un día, sino también dónde y con quién se invierte. El reconocimiento de estos factores puede ayudar a la aplicación de estrategias que apoyen la adaptación de un adulto mayor, en vista de la pérdida de recursos biofísicos, psicológicos y sociales asociadas al envejecimiento. (59)

Las actividades de la vida diaria son elementos claves para medir calidad de vida y capacidad funcional en adultos mayores. Estas actividades se refieren al conjunto de tareas cotidianas comunes que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente. La evaluación del deterioro funcional en adultos mayores, definido éste como el declive en la capacidad de ejecutar una o más de las actividades de la vida diaria. En el caso de la valoración de actividades básicas, las cuales se correlacionan altamente con funciones y coordinación motoras como: alimentarse, continencia, movilidad, uso del escusado, vestirse y bañarse (Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria). También se valoran actividades instrumentales, las cuales pueden definirse como aquellas que son vitales para el mantenimiento de la función normal de adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las actividades instrumentales son tareas más complejas, no incluyen actividades básicas y son diferenciadas del trabajo, ocio y actividades sociales. Las actividades que incluye esta valoración como la capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de comida, cuidado del hogar, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a medicación y manejo de asuntos económicos (Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), todo esto en adultos mayores. (61)

La valoración de estas actividades instrumentales puede tener utilidad clínica particular para individuos en las etapas preclínicas de la demencia y también en personas con deterioro cognitivo leve. Por ejemplo, las dificultades en la preparación de comida (una clásica actividad instrumental) pueden relacionarse con diferentes errores funcionales como “olvidar cosas en el fuego de la estufa” y “no poder concentrarse en más de una cosa”, esto debido a que el deterioro funcional en las actividades instrumentales se correlaciona con el deterioro en el funcionamiento cognitivo, específicamente

memoria, procesamiento de la información y funcionamiento ejecutivo. Las actividades instrumentales requieren una mayor complejidad de organización neuropsicológica que las actividades básicas, por lo que la pérdida de la independencia en las actividades instrumentales tiende a ocurrir antes que la pérdida de independencia en las actividades básicas. (61)

Las actividades instrumentales tales como la preparación de comida, quehaceres del hogar, lavar ropa, ir de compras, etcétera, se pueden categorizar como aquellas que se basan en la salud física o fuerza y, por lo tanto, se pueden conceptuar como “actividades instrumentales físicas”. En contraste, tareas tales como usar el teléfono, tomar medicamentos, hacer una dieta balanceada, manejar dinero, etcétera, se pueden conceptuar como aquellas actividades que requieren recursos cognitivos complejos y, por lo tanto, definirse como “actividades instrumentales cognitivas”. A las “actividades instrumentales cognitivas” también se les puede llamar “actividades instrumentales avanzadas”, mientras que a las “actividades instrumentales físicas” también se les denomina “actividades instrumentales del hogar”. (61)

Según Fernández Garrido la calidad de vida del anciano está determinada por la funcionalidad y la capacidad de permanecer independiente más que por la gravedad de una enfermedad determinada. La posibilidad de valerse por sí mismo cobra una gran importancia. La mayoría de los ancianos aceptan su proceso de envejecer siempre que sea con autonomía y control de las situaciones. (62)

Meza A y et al dice, en la medida en que las personas se sienten incapaces o perciben que no pueden responder a las necesidades que tienen día a día, su experiencia en la vejez es vista como difícil. En cambio, si las personas se sienten capaces y apoyadas en la vida diaria, la percepción de la vejez tiende

a ser más positiva. Ser capaces o funcionales depende del cuerpo, de su capacidad para seguir respondiendo a las actividades, o de estar en una condición de salud que permita el seguir siendo funcionales en la vida diaria. (63)

La capacidad funcional de los ancianos suele evaluarse a través de 3 dimensiones, las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y las actividades avanzadas de la vida diaria. Las actividades básicas de la vida diaria consisten en la capacidad de satisfacer por sí mismo sus necesidades de alimentación, continencia, deambulación, uso del sanitario, vestido y aseo (tarea a nivel físico y mental y con los recursos materiales necesarios. Suele emplearse los cuestionarios de Katz y el de Barthel. La satisfacción de estas necesidades básicas (con un resultado superior a 80% en el test de Barthel, generalmente más utilizado) constituye el criterio para considerar al anciano como válido. Por otra parte, las actividades instrumentales de la vida diaria, constituyen el segundo nivel de funcionalidad, entre ellas puede considerarse: cocinar, limpiar el hogar, ir de compras, realizar labores domésticas, usar el teléfono, usar el transporte público, tomar sus medicamentos y auto administrar los gastos personales (valoradas objetiva, pero parcialmente, por el test de Lawton). Por último, las actividades avanzadas de la vida diaria son las actividades sociales, ocupacionales y recreativas que voluntaria e íntimamente se relacionan con la calidad y el estilo de vida, como por ejemplo el deporte, los juegos de mesa, pasatiempos, actividades religiosas o culturales. (37)

Para Murillo A, et al, la práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico degenerativas especialmente en la tercera edad. (64)

El deterioro en la psicomotricidad, se incrementa por la conjunción de secuelas funcionales de enfermedades agudas o crónicas, que repercuten no sólo en el estado físico del individuo de edad avanzada, sino también en sus capacidades mentales como el juicio, raciocinio, conducta, etc. Es importante poner al alcance de los adultos mayores, los medios necesarios para mantener cierto nivel de actividad física que requiere el cuerpo humano para conservar la calidad de vida y evitar secuelas incapacitantes e invalidantes originadas por la inactividad, sedentarismo o enfermedades que afecten la movilidad. (65)

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

Según Matsudo, los principales efectos del ejercicio y la actividad física en la tercera edad son: (66)

- **Efectos antropométricos y neuromusculares:** control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, aumento de la masa magra, aumento de la fuerza muscular, aumento de la densidad ósea, fortalecimiento del tejido conectivo, aumento de la flexibilidad.
- **Efectos metabólicos:** aumento del volumen sistólico, disminución de la frecuencia cardíaca en reposo y en el trabajo submáximo, aumento de la potencia aeróbica (VO_2max : 10-30%), aumento de la ventilación pulmonar, disminución de la presión arterial, mejora del perfil lipídico, mejora de la sensibilidad a la insulina, aumento de la tasa metabólica de reposo.
- **Efectos psicológicos:** mejora del auto-concepto, mejora de la auto-estima, mejora de la imagen corporal, disminución del stress, ansiedad, tensión muscular e insomnio, disminución del consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y socialización.

- Los principales beneficios del entrenamiento de la fuerza muscular en la tercera edad son:
 - ✓ Mejora de la velocidad de andar.
 - ✓ Mejora del equilibrio.
 - ✓ Aumento del nivel de actividad física espontánea.
 - ✓ Mejora de la auto-eficacia.
 - ✓ Contribución en la mantención y/o aumento de la densidad ósea.
 - ✓ Ayuda en el control de diabetes, artritis, enfermedades cardiovasculares.
 - ✓ Mejora de la ingestión dietética.
 - ✓ Disminución de la depresión.
- El ejercicio y la actividad física también contribuyen en la prevención de las caídas por diferentes mecanismos:
 - ✓ Fortalece los músculos de las piernas y columna;
 - ✓ Mejora los reflejos;
 - ✓ Mejora la sinergia motora de las reacciones posturales;
 - ✓ Mejora la velocidad de andar;
 - ✓ Incrementa la flexibilidad;
 - ✓ Mantiene el peso corporal;
 - ✓ Mejora la movilidad articular;
 - ✓ Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Además de los beneficios fisiológicos de la actividad física en el organismo:
 - ✓ Proceso cognitivo es más rápido y más eficiente
 - ✓ Mejora de la circulación cerebral
 - ✓ Mecanismos indirectos como la disminución de la presión arterial
 - ✓ Disminución de los niveles de LDL en el plasma

- ✓ Disminución de los niveles de triglicéridos
- ✓ Inhibición de la agregación plaquetaria.

El trastorno de la marcha puede ocurrir en cualquier grupo etario; sin embargo, su prevalencia se incrementa en la tercera edad. Los adultos mayores son especialmente sensibles a disminuir su capacidad locomotora, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social. A los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35% a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años. (67)

Debido a los cambios osteoarticulares en el envejecimiento son muy notorios y afectan los mecanismos de control del equilibrio y la marcha, originando un desplazamiento más lento del centro de gravedad y pérdida paulatina de la habilidad para efectuar correcciones rápidas y efectivas para mantener el control postural. La alteración de la capacidad de marcha se puede complicar con caídas, es predictor de deterioro funcional, aumenta la morbilidad y contribuye al ingreso a residencias de larga estadía, principalmente en los adultos mayores. (68)

En la realización de las actividades básicas cotidianas o esporádicas, hacen uso de anteojos, audífonos, y también de ayudas ortopédicas como bastón, el caminador, la silla de ruedas y las muletas facilitándole un desplazamiento y así brindarle algún grado de independencia y autonomía en las actividades básicas cotidianas. Para mejorar la convivencia con los demás miembros de su familia, y con sus amigos y vecinos. (69)

Con el objetivo facilitar que el anciano sea capaz de deambular por su domicilio y brindar algún grado de independencia en las actividades básicas cotidianas podemos utilizar elementos de apoyo para la movilización. Por qué

aumentan la estabilidad de la marcha, incrementan la base de sustentación, descargan parte del peso que soportan las extremidades inferiores, con lo que disminuye el dolor y proporcionan confianza y seguridad. Entre estos elementos destacan:

- El bastón, está justificado en casos de debilidad muscular de un miembro inferior, para aliviar dolores articulares secundarios a la marcha, ampliar la base de sustentación si existe inestabilidad, compensar deformidades o como punto de referencia si existe deficiencia sensorial. Debe usarse en el brazo contralateral a la pierna afecta ya que así se produce un patrón de la marcha normal y se aumenta más la base de sustentación. La longitud del bastón debe corresponder a la altura entre el suelo y la apófisis estiloides del cúbito, estando el paciente de pie con los brazos caídos.
- El andador, cuyo uso es recomendable tras períodos prolongados de inmovilidad con debilidad generalizada o si la marcha no es estable. Existen distintos tipos: de cuatro patas, con ruedas, etc. La elección dependerá de las características del enfermo; así los que tienen ruedas son preferibles si hay dolor en el hombro y en general producen una marcha más rápida y suave aunque más insegura. (70)

Funcionalidad psíquica:

La OMS definió la salud mental como "un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". (71)

Según la Organización Mundial de la Salud, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias. (71)

Según Mental Health for Canadians define a la Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un medio repromover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Asimismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (72)

Según Heikkinen referido por Fragoeiro, et al; consideraba la salud mental de los adultos mayores, no solo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores de edades más avanzadas y sus principales manifestaciones, mediante estados emocionales como el estrés y la depresión, y en estados más graves o desórdenes mentales severos tales como demencias y trastornos de personalidad. (73)

La salud psíquica abraza factores relacionados con el desarrollo de la depresión, la demencia senil y la disminución de la capacidad de almacenamiento de la información ya que como menciona la Organización Mundial de la Salud, son los que más se presentan en la adultez mayor.

Aunque se ha mencionado que dicha etapa se relaciona con la disminución del funcionamiento cognitivo, también se ha encontrado que el adulto mayor, pese a esta disminución de su capacidad cognitiva, tiene toda la capacidad de aprendizaje aunque ello requiera de más tiempo en comparación a cuando era joven. (74)

Casi todas las personas adultas mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se pueden presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. Pueden ser el detonante de algún problema de salud mental: (75)

- Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que lo obliga a modificar su independencia y formas de vida activa.
- La pérdida de la pareja, de algún amigo, algún miembro de la familia o algo en relación a la red de amigos.
- Aislamiento y soledad.
- Un escaso ingreso económico.
- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder o proveedor.

Las características psicológicas de la persona mayor van a ser congruentes con su historia personal previa y las modificaciones que ahora enumeraremos van a depender del propio envejecimiento, pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o sociofamiliar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.).

- A nivel intelectual global, o cognitivo, suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente.

- En cuanto a la personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas, en un intento de asegurar el futuro. Hay una resistencia al cambio, a lo nuevo, cuesta trabajo decidir entre varias opciones. (76)

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas, o pueden ser negadas por la familia y los amigos, o mal interpretadas como una parte normal del envejecimiento. (75)

A continuación veremos las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que se pueden presentar en la persona adulta mayor:

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose así mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, aún en la familia, ya no se diga en la sociedad. Por lo tanto sufren la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los lleva inclusive a la depresión. En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permiten su adaptación, tales como la motivación o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además de que siente que la sociedad no lo valora en la forma en que el adulto mayor considera que sería lo justo. (75)

Se valora separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno,

hasta cuadros clínicos graves como la demencia. La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. (77)

La depresión no es algo normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza. La depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en esta edad, tales como: angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño, cambios drásticos del humor. (77)

La depresión es la enfermedad más común y la principal causa del suicidio entre las personas de edad avanzada. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado. De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas. (78)

Algunas de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado(a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva. La depresión es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. (79)

Según Contreras dice que existe un alto porcentaje de adultos mayores padece de depresión, de leve a moderada, debida principalmente a factores de tipo socioeconómico, por ello el envejecimiento debe ser comprendido como un proceso individual de adaptación a las condiciones provenientes del propio organismo, del medio o de ambos, cuyo carácter depende de cómo se encaren y resuelvan los problemas en esta etapa de vida. (80)

Estos son algunos síntomas que pueden indicar la existencia de depresión:

- Tristeza, ansiedad, desánimo persistente o mal humor.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Sentimientos de desesperanza, pesimismo e inutilidad.
- Problemas de sueño (insomnio, o dormir demasiado), con la comida, (por comer mucho o no tener apetito) engordando o adelgazando visiblemente.
- Pérdida de energía, fatiga, no se puede descansar o se está irritable y,
- Dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones.

Causas orgánicas de depresión.

Algunas de las causas orgánicas que pudiesen ocasionar que el adulto mayor presenta algún tipo de depresión pueden ser las que a continuación se mencionan:

- Enfermedades neurológicas: Demencia, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades metabólicas carenciales: Anemia, hipoglicemia.
- Enfermedades endócrinas: Hipotiroidismo.
- Tumores: Cáncer de páncreas, tumores cerebrales.
- Enfermedades cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial. (80)

Posibles causas de depresión.

- Jubilación: Es un proceso que lo lleva a su vez a otras pérdidas: del poder, de autonomía económica y del rol que venía ocupando dentro de la sociedad.
- Muerte del cónyuge: Con mayor frecuencia vamos a observar la muerte del esposo. En el caso de que ocurra primero la muerte de la esposa existen estudios que han reportado la mayor dificultad de los varones para adaptarse a vivir solos. Si esto sucede en edades tempranas de la vejez, el hombre se casa nuevamente, o vive frecuentemente en soledad y depresión. Si esto ocurre en edades más avanzadas, la depresión lo puede llevar a la muerte, sobre todo si no recibe atención o apoyo por parte del resto de la familia.
- Pérdida de los hijos: En caso de muerte de alguno de los hijos, significa una pérdida muy significativa, donde los sentimientos son devastadores. Los padres esperan morir antes que sus hijos, es el orden natural de la vida. Cuando la situación se revierte y el hijo muere primero que los padres, parecería que algo está equivocado. El duelo después de la muerte de un hijo es uno de los más prolongados y una de las pérdidas con las que es más difícil vivir.
- Soledad: A muchos les resulta difícil adaptarse a estar solos, sobre todo cuando perdieron a su pareja y los hijos se van del hogar, lo importante es que no continúen en la cadena de la soledad que los lleva al aislamiento y posteriormente a la depresión. (75)

Por otro lado, La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su

juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas. (76)

La evidente pérdida de habilidad para aprender a medida que avanzan los años, se ha atribuido por algunos autores a cambios orgánicos. Aparte de los cambios que resultan de pérdida de memoria y de otros cambios que resultan en deterioro intelectual, la presunción más frecuente es que la edad trae una baja en la plasticidad de los tejidos, lo cual ocasiona una disminución en la capacidad de formar asociaciones. La teoría de la "baja plasticidad" con el aumento de la edad, no puede explicar siempre la pérdida en la habilidad de aprender del adulto, ya que es sumamente difícil valorar si el envejecimiento afecta directamente a la capacidad de aprendizaje debido al número y complejidad de interrelaciones manifiestas en este proceso. Como La salud, el tiempo de reacción, la motivación, las actitudes y la percepción influyen en la capacidad de aprender que tiene una persona. (81)

Se producen cambios en la memoria relacionados con la edad, pero varía mucho la disminución de la función que, en general, se traduce en un deterioro mínimo. Normalmente, la memoria se divide en inmediata, reciente y remota. La memoria inmediata implica un recuerdo durante un período de varios segundos y con frecuencia se mide pidiendo a los pacientes que repitan una serie de números. Esta función raras veces se ve dañada significativamente por la edad. La memoria remota se define como el recuerdo de cosas aprendidas hace muchos años. Esta función tampoco se ve afectada por el envejecimiento normal. La memoria reciente, que consiste en recordar cosas expuestas hace unos minutos, sí disminuye por lo general en las personas mayores. Por último, los ancianos, con frecuencia, tienen dificultades para transferir datos de la memoria reciente o a corto plazo a la memoria a largo plazo a fin de recuperarlos después. (82)

El deterioro cognitivo asociado a la edad radica en una disminución de la memoria relacionada con el paso de los años. Este deterioro se caracteriza por un déficit estructural importante en la capacidad de la memoria y en otras funciones superiores, y que en un alto porcentaje puede desarrollar demencia en adultos mayores. Se considera la presencia de un deterioro cognitivo asociado a la edad, cuando el funcionamiento cerebral se altera, existen percepciones desorganizadas, y la memoria falla. (82)

La demencia es uno de los problemas de salud mental más graves que aquejan a las personas adultas mayores, ya que se debe a un desorden progresivo de las funciones cognitivas, tales como la memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad (movimiento de los brazos y piernas). Este desorden progresivo deteriora el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria. (82)

Las características principales de la demencia son: (82)

- Problemas en recordar hechos recientes (memoria).
- Por lo menos una de las siguientes alteraciones:
 - ✓ Dificultad para realizar tareas conocidas y habituales.
 - ✓ Presenta confusión, alteraciones de carácter y de comportamiento.
 - ✓ Deterioro del razonamiento.
 - ✓ Dificultad en el lenguaje, en completar el pensamiento o seguir una instrucción.
 - ✓ La enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias.

En los ancianos son frecuentes los sentimientos de desesperanza: hasta un 15,5% piensan en el último mes que la vida no vale la pena, y un 3,3% tiene deseos de morir (pensamientos de suicidio serios). Alrededor del 70% de los ancianos que se suicidan tienen una enfermedad psiquiátrica en el momento del fallecimiento, y entre el 44 y el 87% presentan depresión. La depresión se asocia con mayor frecuencia con el suicidio en grupos de ancianos que en grupos más jóvenes. (83)

Clasificación de los factores de riesgo en los ancianos: (83)

- Factores médicos:
 - ✓ Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo, las neoplasias, la diabetes mellitus complicada de retinopatía o polineuropatía discapacitante, la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
 - ✓ La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
 - ✓ Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).
 - ✓ Las enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, la de Parkinson, entre otras.
- Factores psiquiátricos:
 - ✓ Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

- Factores psicológicos:
 - ✓ Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.
- Factores familiares:
 - ✓ Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital doloroso desencadena una depresión y altera además el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.
- Factores socio-ambientales:
 - ✓ La jubilación.
 - ✓ El aislamiento social.

Funcionabilidad social:

La participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, reforzando la marginación social y ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema. De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros. (84)

De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento

en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. La socialización en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar potencialidades a partir del mismo; igualmente, genera acciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida. (84)

De la misma manera, la integración social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, entendiendo éstas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida específicamente con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros. Se ha observado que tales redes juegan un papel vital en la adultez mayor, convirtiéndose en el sustento emocional que permite en muchos casos sobrepasar las crisis que se puedan presentar y, además, que los adultos mayores sean reconocidos como personas, mejorando su autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y, por ende, la identidad. (85)

Para Thomas, citado por Zavala, et al; la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. (86)

Chawla, citado por Zavala, et al; afirma que los ancianos “no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin

reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar. (86)

Para Barros, un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En estas modificaciones que se deben realizar están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos. (86)

Las Actividades de la vida diaria son un elemento clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores y se refieren a un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente. Entre estas actividades tenemos las Actividades Básicas Cotidianas Sociales se ha denominado a la ejecución de actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, indicando un nivel de funcionamiento acorde a las normas y costumbres de una población. Permite la expresión, dominio, mantenimiento y mejoría de cualidades personales, valores, destrezas, intereses y motivaciones. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y autonomía. Los aspectos más importantes a considerar son: Las relaciones sociales, las actividades sociales, los recursos sociales y el soporte social. (60)

Las actividades sociales y de ocio en los adultos mayores tenemos tales como

- ✓ Tratar niños (por ejemplo, nietos), vecinos, amigos y familiares, salir de viaje y otras semejantes, las cuales son reconocidas como actividades informales
- ✓ Participar en grupos de AM, cuidar enfermos, recibir clases de manualidades, llevar a cabo tareas religiosas, etcétera, también llamadas actividades formales
- ✓ Leer libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio y otras similares, que se agrupan como actividades solitarias. (60)

Adicionalmente, los tipos de actividades que desempeñan los ancianos en el tiempo libre son numerosos dependiendo del dinero, la salud, la capacidad de moverse y las preferencias personales del individuo. Algunas de las actividades más populares para ocupar el tiempo libre en la vejez son practicar la jardinería o la lectura, ver la televisión, observar acontecimientos deportivos, participar en actividades sociales, visitar amigos y familiares, pasear y poner interés en sucesos educacionales y creativos. (61)

Durante las últimas etapas de la vida es difícil que el anciano experimente una sensación de resolución. A menudo se producen ciertos sucesos durante esa fase evolutiva que lo impiden. Un ejemplo de ello lo constituyen la jubilación y las posteriores sanciones económicas derivadas de que la persona sólo gane una cantidad mínima durante la jubilación. Esto puede reducir la autoestima y generar un alto grado de estrés. Además, la pérdida de amigos o cónyuge por fallecimiento puede cambiar significativamente la posición del anciano en la sociedad. La viudez puede entrañar dependencia, depresión, dificultades económicas y cambios en las relaciones con los hijos casados y amigos. Otro acontecimiento frecuente en la vida de los ancianos será el cambio de lugar de residencia, que también afectará

significativamente al reajuste psicosocial. Incluso cuando se trate de un cambio deseado, se sufre estrés y los individuos pueden tener dificultades con la posición social y la autoestima. (87)

B).- DIMENSIÓN CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS:

Dentro del concepto de bienestar económico es posible diferenciar una dimensión objetiva que incluye el análisis de las necesidades y recursos económicos de una persona, familia o comunidad de una dimensión subjetiva que hace referencia a la forma en que las personas perciben la situación económica. De esta forma, algunas observaciones referidas usualmente a la calidad de vida, como la importancia de la experiencia cultural, son también aplicables al concepto de bienestar económico. "Características individuales, como la clase, la raza o el género, pueden tener efectos determinantes no solo sobre las condiciones de vida de los individuos sino también sobre sus expectativas y valores y, por tanto, sobre sus visiones subjetivas de lo que es buena o mala calidad de vida. La edad o la cohorte de nacimiento son variables importantes, pues individuos de distintas edades o generaciones dentro de una misma cultura que poseen experiencias históricas diferentes sobre las condiciones de vida y actitudes sociales definirán la calidad de vida también de diferentes formas. Lo mismo se puede decir con respecto a la percepción de bienestar o de posición económica" (23)

La seguridad económica es "un conjunto de programas, mecanismos, sistemas o acciones tendientes a ofrecer condiciones óptimas que permitan a los y las adultos mayores asegurar su propia subsistencia y ofrecer condiciones para salir de su situación de extrema pobreza". También, Es la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. Es la "capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma

independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura". (88)

El hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones, además mejora la autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. La situación económica en la vejez está determinada por su poder adquisitivo, proveniente de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se basa en el acceso y disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida. (88)

La situación monetaria medida como el ingreso económico que percibe el adulto mayor va a determinar las condiciones en la que vive, el que cubra sus necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda, que sin duda son aspectos que van a influir en su calidad de vida, además de cómo percibe el adulto mayor esta situación socioeconómica. Romero refiere que la situación económica en la vejez está determinada por su poder adquisitivo, proveniente de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se vincula directamente al nivel y tipo de consumo, dependiente de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios). Se basa en el acceso y disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida. (89)

Y también Meza y et al refiere que la vejez en sí misma no tiene muchas ventajas para ellos, más bien desventajas, y por tanto, es importante contar con recursos suficientes ante la idea de ser o sentirse vulnerables ante alguna situación grave. Pero también, es importante cotidianamente sentirse seguros, a partir de los recursos que les permitan mantener las expectativas de vida que pueden tener. La calidad de vida engloba una serie de aspectos tales como tener una vivienda que permita 'vivir bien', la cual cuente con las condiciones de comodidad primordial (como el que se encuentre aislada del frío y ruido, por ejemplo) y además se cuente con los alimentos y lo más importante para sobrevivir. La vivienda, la comida y el dinero, son los recursos que perciben como más importantes para la vida diaria. (63)

El adulto mayor necesita continuar con su libertad de acción y comunicación, disponer económicamente de una pequeña cantidad de dinero para satisfacer sus 'gustitos'. La libertad, tanto de acción, comunicación u opinión, también es un derecho universal de la persona, y que el adulto mayor no puede perderla; es responsabilidad de la familia garantizarle ese derecho, así como apoyarlo para que tenga seguridad económica, que es una necesidad a satisfacer en toda persona. (9)

Así mismo, El adulto mayor pobre concentra factores que deterioran su calidad de vida como el envejecimiento fisiológico o patológico, la disminución de ingresos y los altos costos en salud. Si el adulto mayor además proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo, su red primaria de apoyo no podrá ofrecerle un espacio adecuado para vivir, pues generalmente vive en viviendas pequeñas, y de acogerlo, las relaciones familiares pueden tornarse conflictivas, debido a la heterogeneidad de necesidades. (56)

Encontramos aquí también el círculo social en que el adulto mayor se desenvuelve, si es que este cumple sus expectativas o por el contrario le genera incongruencia o malestares. La necesidad de sentirse integrados socialmente es muy importante. En este sentido, podemos ubicar dos elementos: Uno es la posibilidad de mantenerse activos realizando las labores que dentro y fuera del hogar asumen como sus roles sociales. En el caso de los hombres, el mantenerse integrado a través del trabajo, les permite definir de manera importante la Calidad de Vida en la que se puede encontrar. De esto dependen sus percepciones de las necesidades y ventajas o desventajas que pueden tener como grupo social. En el caso de las mujeres, encontramos también una relación importante con el rol que se desempeña en el hogar. El otro es La salud y, sobre todo, las percepciones sobre su salud están implicadas en sus percepciones sobre la integración social. El estar sanos, sentirse sanos, brinda esa posibilidad, de mantenerse activos y seguir trabajando. Como señala Fernández- Ballesteros, citado por Meza y et al, la calidad de vida está relacionada de forma importante con la posibilidad de desarrollar un envejecimiento activo, exitoso, donde se desarrollen actividades que permitan un mayor reconocimiento social y del entorno. (89)

La propiedad de una vivienda y sus condiciones de habitabilidad también pueden considerarse un elemento fundamental para el bienestar económico y social del grupo de los mayores: Primero, porque la vivienda se convierte en un bien patrimonial del que pueden disponer los adultos mayores al asignarle un valor como propiedad, convirtiéndose en un bien de intercambio en la herencia familiar. Segundo, la construcción física y el equipamiento de la vivienda y las condiciones de habitabilidad (disponibilidad de servicios, ventilación, iluminación, etc.) inciden en la vida cotidiana del anciano. Tercero, porque la propiedad de la vivienda constituye un elemento central para asegurarse los cuidados familiares. Y cuarto, debido a que, la vivienda

se convierte en espacio, desde el cual, el anciano puede construir una red de relaciones sociales estables que impiden que caiga en situaciones de soledad, aislamiento y marginación social. (56)

El arquitecto español Bosch ha señalado que el propio proceso de maduración del adulto mayor, lo conlleva inexorablemente un deterioro paulatino de las condiciones físicas y psicológicas de la persona, hasta generar situaciones de discapacidad y dependencia que para afrontarlas, es necesario que cuente con viviendas que le permitan disponer de una serie de requerimientos y servicios adecuados (relativos a las condiciones de una vivienda salubre, espacios suficientes para su movilidad, condiciones adecuadas de equipamiento, instalaciones, para su estancia etc.), con la finalidad de mantener una calidad de salud y de vida adecuada en los años que le quedan de vida. (90)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y /o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento; procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos; la atención de los ancianos y personas con discapacidad; el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar. (91)

C).- DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN POR LA VIDA:

Para algunos investigadores, la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la "estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, y esa satisfacción se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas. Para otros, el tono emocional es el núcleo de la satisfacción del sujeto con su vida presente al compararla con su ajuste en el pasado" La evaluación de la satisfacción por la vida es un proceso cognitivo en el que se compara la percepción que tienen al adulto mayor sobre su familia, estados afectivos, relaciones, bienestar; y las aspiraciones que tiene sobre mismos. La diferencia de estos dos va a resultar la satisfacción que tiene por la vida que está llevando, de acuerdo a ello la persona puede sentirse conforme, resignarse, tratar de adaptarse, proponer cambios y buscar vivir mejor. (23)

En los adultos mayores el adaptarse a nuevas formas de realizar algunas actividades o la incorporación a nuevas actividades, es de vital importancia para la satisfacción con la vida, resulta para ellos muy importante la autonomía. (92)

Las relaciones sociales se refieren al apoyo y acogimiento que experimenta la persona con respecto a la sociedad y a la comunidad en que vive lo que produce una determinada satisfacción emocional y protección material, que para los ancianos resulta imprescindible. Frecuentemente estas relaciones se ven deterioradas al no tener pareja (viudez) y al tener precaria relación con familiares. Las parejas constituyen generalmente un excelente apoyo social y en la ancianidad este apoyo es esencial. Muchos autores consideran que la familia es el grupo social fundamental para ayudar al adulto mayor a desempeñar sus roles e integrarse a la comunidad como sujeto de su propio desarrollo, capaz de transformar la realidad. (92)

Así mismo, la familia cumple un papel central para el bienestar de los mayores, ya que, es el contexto más inmediato del adulto mayor, donde, se da la interacción personal y los contactos cara a cara, es además, el ámbito de protección y socialización. Por esto, la disposición o no de una red familiar de apoyo representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y sobre todo, de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica. Ante la vulnerabilidad a la que están expuestos los adultos mayores se deberá proponer la solidaridad familiar, debido a que, la familia tendrá que ocuparse de sus mayores durante más tiempo y en condiciones de salud, cada vez más deterioradas, puesto que, el envejecimiento de la población acarrea enfermedades degenerativas e incrementa situaciones de dependencia. (23)

La familia es el referente social y grupo de pertenencia más importante de las personas; concepto de relevancia para el adulto mayor; ya que por el decline en sus funciones necesita del apoyo para realizar sus actividades. De ahí que la salud del adulto mayor se sustente en un ambiente familiar de apoyo, comprensión y comunicación. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que cuando se establecen como crónicas modifican la vida cotidiana no sólo del adulto mayor sino también de la familia. (93)

El significado de calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; es ser cuidado y protegido por la familia, con dignidad, afecto, respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación, de decisión en todo lo que se le relacione a él. Y,

para la familia, es proporcionarle dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene. (9)

Días O y et al definen a la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia. (94)

También Meza, et al dice que el apoyo que consideran más importante es aquel que se relaciona con la compañía, los afectos y la atención. En este sentido, la familia aparece como el principal referente en la construcción de estas necesidades; es en ella donde se sitúa el papel principal de proveedor de estos apoyos, que son tan importantes para sobrevivir como otro tipo de recursos (económicos o materiales), es decir, la familia ocupa un lugar fundamental en sus percepciones sobre la vejez y la calidad de vida que se puede tener en esta edad. Si la familia les facilita la integración, el contacto, el sentir apoyo, también entonces sentirán que sus condiciones de vida están bien, a la par de los recursos materiales con los que puedan contar. (63)

Al igual Gonzales – Celis refiere que la situación familiar es una de las principales. Esto es de esperarse, ya que la familia es un recurso de apoyo básico en la vejez, debido a que con la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar; en este caso, el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa. Además, la familia es una importante red de apoyo social en la vejez; por ejemplo, cuando el cuidado de los nietos está a cargo de los abuelos, éstos

esperan ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie. (23)

De acuerdo con Gómez y Cursio, citado por Meza y et al, a pesar de los cambios sociales y de la edad, las redes familiares del anciano son el principal apoyo y permanecen estables si son recíprocas; con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y se disminuye el soporte de las personas por fuera de ellas. Redes secundarias de apoyo social: en este grupo se incluyen los vecinos, los amigos, parientes y grupos comunitarios. Los vecinos no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de la persona anciana. Generalmente proporcionan ayuda en momentos de crisis o en emergencias, y se asocia a la asistencia más elemental y de primera mano. Las relaciones con amigos involucran apoyos de mayor intensidad, cohesión, compañía y provisión de servicios o ayuda en actividades cotidianas. Se caracterizan por el apoyo afectivo, ayudan a mantener una autoestima positiva y potencian, por así decirlo, su espiritualidad y sentido de continuidad espiritual. (63)

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo. (95)

Los estados de ánimo constituyen un estado emotivo general, que matiza los procesos psíquicos y la conducta del hombre durante un considerable periodo de tiempo. No están vinculados a un acontecimiento particular, de ahí que se considere "un estado general indeterminado". Para McNair, los

estados de ánimo son “estados afectivos transitorios fluctuantes”. Para Cockerill, los estados de ánimo son “estados emocionales transitorios que pueden ser influenciados por una variedad de factores ambientales y de personalidad”. Lane y Terry, han definido los estados de ánimo como “un conjunto de sentimientos efímeros por naturaleza, que varían en intensidad y duración, y que generalmente comprometen más de una emoción”.

Shuare, citado por Callejos; plantea una definición donde valora las concepciones existentes. Para dicho autor, “el estado de ánimo es un estado emocional general e indeterminado de la personalidad, que influencia los procesos cognoscitivos y la conducta respecto al medio y a sí mismo; es variable y en él coexisten vivencias de diferente denominación, connotación e intensidad. Se vincula fundamentalmente a la posición subjetiva del individuo respecto a vivencias provenientes de la actividad vital del organismo, sus relaciones con el medio y la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones”.
(96)

Es por esto, el mayor reto de un anciano es poder enfrentar la pérdida de control; los cambios ocasionados por la jubilación, las enfermedades, los cambios en la imagen, los cambios financieros y la muerte de sus seres queridos pueden hacerlos sentir impotentes; cada uno de estos cambios no sólo significa perder algo, sino que también suponen un proceso de adaptación que será determinante en el sentimiento de satisfacción o insatisfacción de los ancianos respecto a sus vidas. Analicemos algunas de estas situaciones:

- Jubilación: Algunos adultos mayores la consideran como el inicio de una época para disfrutar del tiempo libre, mientras que para la gran mayoría de los demás ancianos éste es un momento de estrés, una situación que supone una pérdida de prestigio y poder adquisitivo,

descenso en la autoestima y/o una merma en el círculo social que le rodeaba. Cuando la persona está preparada para decir adiós a su vida laboral activa y dar la bienvenida a las nuevas situaciones, la afectación es menor, encuentra su nuevo espacio en el hogar y la comunidad y conserva su autonomía y autoestima.

- **Duelo:** Debe enfrentarse a un sinnúmero de pérdidas, tanto de amigos como familiares; además, en esta etapa de la vida es muy importante lograr hacer un balance de la vida del sujeto y asumir la proximidad de la propia muerte.
- **Viudez:** Una de las duras realidades que se presentan en la tercera edad es la pérdida del ser con el que se ha compartido una larga etapa de la vida; la repercusión por la pérdida del cónyuge dependerá, sobretodo, del grado de dependencia que haya existido entre ambos. Agravando esta situación está la soledad que aparece entonces en la vida del anciano viudo, la que puede empeorar sus condiciones de vida.
- **Soledad:** Se refiere que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea. Entonces no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretujan la vida del adulto mayor.
- **Cambios físicos:** Cuya importancia va más allá del plano estético, sino más bien su influencia pasa por crear en el adulto mayor una sensación de que como es más débil físicamente, dependiente de terceros, más lento y torpe, ya no sirve, que es casi un estorbo, creencia que es apoyada por la actual sociedad que le rinde culto a la "Eterna Juventud".

- Enfermedades: A esta edad es posible que enfermedades crónicas se agudicen, o bien, dadas las características propias de las personas de la tercera edad, aparezcan otras nuevas, como por ejemplo alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, enfermedades del sistema óseo, cardiovascular, etc., cada una de las cuales repercutirá negativamente en la salud mental del anciano. (95)

La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante donde la persona puede esperar sentir estrés, para algunos supone la pérdida de ingresos, identidad profesional, estatus social, compañeros y estructura cotidiana del tiempo y actividades. Una clave para superar los efectos de la jubilación en la satisfacción de la vida es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida. La jubilación conlleva a nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o apartamento más pequeño o problemas de salud. El evento más significativo en muchos matrimonios de personas mayores es la jubilación del hombre, encontrarse sin su trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros, sin embargo, ansían más la jubilación que su esposa. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media su profesión. Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación. (97)

Treviño Siller, et al refiere que los sentimientos de soledad continúan siendo un factor recurrente con el que se vive el proceso del envejecimiento, lo que pudiera explicar la gran importancia de la religión y el determinismo divino como una especie de justificación de la manera como se vive esta etapa de la vida. Se ha de considerar también que el recurrir a grupos sociales permite sentir la pertenencia a un grupo y disminuir así algunos de los sentimientos

de soledad, ya que el soporte social religioso suele ser un elemento presente en la vida espiritual y religiosa de las personas, así como el soporte social familiar constituye por sí mismo un recurso externo determinante para el adulto mayor. (98)

Según Gámez y et.al “una expectativa es una suposición centrada en el futuro, realista o no”. Desarrollando esta definición se añade que, si con las expectativas el ser humano anticipa mentalmente los acontecimientos del futuro, ello implica que se crea una actitud hacia dichos hechos con base en la cual se desarrolla una motivación. Las expectativas siguen un proceso dinámico y sus creencias pueden variar en función del entorno. (99)

Lo que más destaca en muchas personas mayores es que no tienen expectativas del futuro. Suelen considerar sus metas de vida y desarrollo como alcanzado o pasadas. Muchos adultos mayores no tienen planes o aspiraciones para los años próximos, posiblemente porque temen a una erosión de su futuro, el cual sienten que no pueden controlar. Ellos vuelven al presente y generan pensamientos positivos solo acerca de su actual situación y su yo. Podemos decir que los adultos tienen metas sostenidas, en el sentido de poder mantener, preservar su yo y la vida presente, por ejemplo respondiendo con que sería ideal que nada cambiara, que al menos su salud continuara como ahora, que no empeorara más. (100)

Los adultos mayores esperan preservar su salud y bienestar cuanto más les sea posible. Disfrutar con las pocas cosas buenas que pueden hacer tales como: viajar, pasear, conversar con amigos y actividades similares. (100)

Sus intereses incluyen preferentemente actividades pasivas tales como: leer, dar un paseo, hobby en casa. La satisfacción de la vida se orienta preferentemente hacia tres áreas: (100)

- Tener una buena salud física, no padecer enfermedades, no empeorar.
- Ver a su familia feliz. Sus metas se relacionan con la felicidad de sus hijos, nietos, que la familia alcance determinadas metas profesionales, económicas, sociales, es un poco la proyección de algo que ellos ya no pueden lograr por la finitud de la vida, pero que pueden igualmente gozarlo a través de sus descendientes.
- Continuar con sus hobbies, tales como viajar, pasear, leer, y especialmente, estar acompañados.

Las metas para el futuro se consideran ya logradas, no se esperan cosas más allá de lo posible, hay un decrecimiento en las aspiraciones y metas irrealizables. (100)

La construcción de un proyecto en la etapa de la vejez ayuda a abandonar la apatía y la desesperanza. Brinda la posibilidad de recuperar aspectos propios para una vida más plena, rescatando el derecho a sentir que se tiene en el futuro. El proyecto es un recurso valioso para adaptarse positivamente a la etapa de la vejez, que enaltece la condición del hombre mediante el respeto a sí mismo y a los demás y actualiza a la vez el sentido de la vida. (101)

Frey, citado por Robles L y et al, estableció que el apoyo social es un componente de interacción social con la familia, amigos, vecinos y otras personas con quienes se llega a tener contacto personal. Agrega que el apoyo social es teóricamente definido como un intercambio de afecto positivo, un sentido de integración social, interés emocional y ayuda directa o de servicios entre dos personas. (102)

Por otro lado, Castro R y et al afirman que el apoyo social es un concepto multidimensional, lo que lo convierte en un fenómeno complejo, compuesto

por varias dimensiones, que se asocia con las relaciones sociales y la influencia de estas en la salud de las personas, sobre todo en la disminución del estrés. (103)

El apoyo social juega un papel fundamental en la actividad, en la satisfacción con la vida del adulto mayor, al mantener o conformar relaciones sociales tanto familiares como de amistades que le proporcionan bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas. (103)

La existencia de lazos sociales en los adultos mayores frecuentemente se identifica con la necesidad de ayuda y con la existencia de apoyo social; cuanto mayor es el contacto interpersonal, mayor es el grado de apoyo recibido; sin embargo, la existencia de relaciones sociales no implica en sí misma la provisión de apoyo social ni una red social más amplia es siempre sinónimo de mayor apoyo para el adulto mayor. (103)

Numerosos problemas en el ámbito de la salud del adulto mayor tienen su origen en la ausencia de relaciones sociales, como ocurre con la jubilación. La contribución de una persona a la sociedad queda devaluada al perder su rol institucional y productivo, no como consecuencia de sus atributos personales, sino por haber alcanzado determinada edad. Este cambio de estatus trae consigo un cambio en la configuración de la red social, con el abandono progresivo de las relaciones sociales procedentes del ámbito laboral. (86)

Cuanto mayor es la edad, mayor es la vulnerabilidad al estrés psicológico, como consecuencia de la pérdida de las relaciones sociales. Así, para los adultos mayores de más edad, 85 o más años, el afecto o la compañía de las pocas amistades que le quedan cobra mayor importancia, debido al marcado cambio que experimenta su red social informal, derivadas de la pérdida de la

pareja u otros seres queridos o de amistades, el deterioro de la capacidad funcional por enfermedades (artritis, pérdida significativa de la visión y audición, demencia, problemas del sueño, incontinencia, depresión, enfermedades crónicas), la distancia geográfica con los parientes cercanos. (86)

El apoyo social tanto familiar como de amigos cercanos y otros allegados, es un factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social por falta de compañerismo, intimidad y contacto físico con personas significativas; cumple funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas de salud preventiva, disminuir la necesidad de hospitalización, prevenir o posponer la institucionalización en geriátricos, y pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces, sustituir, la red social formal. (104)

Igualmente, los ancianos tienen la posibilidad de pertenecer y participar en organizaciones formales o los denominados clubes y grupos de ancianos que les permiten la participación social y el establecimiento de relaciones sociales, brindándole un marco de referencia estable para que el anciano se reconozca como tal, asuma roles definidos, se organice y encuentre actividades que le ayuden a reconstruir su vida, posibilitando la creación de un nuevo modelo social sobre las relaciones entre los mismos ancianos. (92)

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. (105)

Mankeliunas, citado por López y et al, define satisfacción como el estado de un organismo en el que los factores motivadores han llegado a la meta o como una vivencia de la persona que ha gratificado sus deseos o apetitos. (106)

Se puede entender la Satisfacción como una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los propios criterios de la persona y que se realiza de forma favorable. La Satisfacción se ve influenciada por múltiples variables, tanto de índole social y cultural, señalando entre las más relevantes el nivel socioeconómico y el nivel cultural de las personas, como por variables de tipo personal, entre las que cabe citar como una de las más importantes la edad, además de otras como el sexo, e incluso las mismas características y rasgos de personalidad, que pueden condicionar la valoración de la vida o de un aspecto de la misma como más o menos satisfactorio. Es en las aspiraciones y expectativas en la vida de una persona en donde debemos basarnos en mayor medida para explicar la menor o mayor satisfacción de una persona con la vida. (107)

Satisfacción con la vida en la tercera edad puede definirse como un juicio positivo sobre qué tan a gusto se encuentra ante el envejecimiento, lo que de alguna manera refleja su bienestar. (108)

El logro de la satisfacción con la vida es un componente psicológico que tiene alta relación con la salud y la mortalidad. El riesgo de morir prematuramente por cualquier causa o padecer algún problema de salud es mayor en personas insatisfechas. Las dificultades para realizar actividades de la vida diaria fuera del hogar que implican esfuerzo físico afectan el sentido que se tiene sobre la satisfacción con la vida. Por el contrario,

mejores condiciones sociodemográficas, como mayor escolaridad, tener vivienda propia y convivir con otras personas, se relaciona con la satisfacción con la vida. (109)

2.4 Definición de términos básicos

a).- Percepción de la calidad de vida del adulto mayor: Es la valoración que hace una persona de sus condiciones: salud, condiciones socioeconómicas y de satisfacción por la vida

b).- Adulto mayor: Persona de ambos sexo de 60 años de edad a más.

c).- Calidad de vida alta: Se define como calidad de vida alta a un puntaje alcanzado de 111 a 136 puntos en la escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero.

d).- Calidad de vida media: Se define como calidad de vida media a un puntaje alcanzado de 83 a 110 puntos en la escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero.

e).- Calidad de vida baja: Se define como calidad de vida baja a un puntaje alcanzado de 34 a 82 puntos en la escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Definición de variables

El presente trabajo de investigación es de naturaleza cuantitativa, porque se buscará y se recolectará información con respecto al nivel de percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

Variable: Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.(OMS)	Es la valoración que hace una persona de sus condiciones: salud, condiciones socioeconómicas y de satisfacción por la vida	Dimensión salud	Funcionabilidad Física	Ordinal	Alto: 15 - 16 Medio: 10 - 14 Bajo: 4 - 9
				Funcionabilidad Psíquica		Alto: 15 - 16 Medio: 10 - 14 Bajo: 4 - 9
				Funcionabilidad Social		Alto: 14 - 16 Medio: 8 - 13 Bajo: 4 - 7
			Dimensión Condiciones Económicas	Situación Monetaria	Ordinal	Alto: 4 Medio: 2 - 3 Bajo: 1
				Condiciones de Vivienda		Alto: 7 - 8 Medio: 4 - 6 Bajo: 2 - 3
			Dimensión satisfacción por la vida	Familia	Ordinal	Alto: 15 - 16 Medio: 10 - 14 Bajo: 4 - 9
				Estado afectivo predominantes		Alto: 8 Medio: 5 - 7 Bajo: 2 - 4

				Expectativa de futuro	Alto: 10 - 12 Medio: 6 - 9 Bajo: 3 - 5
				Apoyo social	Alto: 8 Medio: 5 - 7 Bajo: 2 - 4
				Satisfacción por el presente	Alto: 28 - 32 Medio: 20 - 27 Bajo: 8 - 19

3.3 Hipótesis General

La percepción de la calidad de vida de los adultos mayores es media.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de naturaleza cuantitativa, porque se buscó y se recolectó información con respecto a la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores. (110)

- Descriptivo.- Siendo su naturaleza observar, describir y documentar aspectos de la variable de estudio; en este caso la “Percepción de la calidad de vida” permitió conocer y describir la variable. (105)
- Prospectivo.- Según el periodo en que se capta la información, porque en el presente estudio de investigación, se realizó después de la planeación, es decir en un futuro. (111)
- Transversal.- Según la evolución del estudio de esta investigación, pues la recolección y/o medición de la percepción de la calidad de vida se realizará en un solo momento, y de inmediato se procedió a su descripción y análisis. (112)

4.2 Diseño de la investigación

$$n \rightarrow 0 \rightarrow x$$

4.3 Población y muestra

4.3.1 Poblacion Muestral

La Población muestral estuvo conformado por 92 Adultos mayores que asistieron a los diferentes servicios de la Posta Médica de Ayacaba – EsSalud – Piura, durante los meses de Marzo, Abril y Mayo, dicha muestra se obtuvo bajo el muestreo no probabilístico y la media aritmética obtenida de la Asistencia de los Adultos mayores durante los meses mencionados.

Criterio de inclusión

- Adultos Mayores que asisten a la Posta Médica de Ayabaca – EsSalud – Piura.
- Adultos mayores entre 60 años a más.
- Adultos Mayores que acepten participar en el estudio previa firma de consentimientos informado.

Criterio de exclusión

- Adultos Mayores que padezcan algún tipo de deterioro cognitivo y/o patologías psiquiátricas significativas que les impida responder.
- Adultos Mayores que padezcan alguna incapacidad para comunicarse (sordera extrema, disfasia, disartria).

4.4 Técnica e Instrumento de recolección de datos

4.4.1 Técnica de recolección de datos

- Encuesta

4.4.2 Instrumento de recolección de datos

Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario de Escala de Calidad de Vida de Álvarez, Bayarre y Quintero para la tercera edad que tiene un formato tipo Lickert, modificado por los autores y validado por juicio de Expertos.

La necesidad de incorporar la evaluación del bienestar subjetivo en el adulto mayor se creó este instrumento, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero. Consta de 34 afirmaciones, las cuales al ser agrupadas miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida. En la validación efectuada, el instrumento obtuvo un coeficiente de correlación de 0.97 y una consistencia interna de 0.91, adecuada validez de criterio, de contenido y de constructo. Puede ser aplicada de forma autoadministrada o como entrevista estructurada. (5)

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	ÍTEMS
Salud	Funcionabilidad Física	1,7,12,19
	Funcionabilidad Psíquica	8,13,20,28
	Funcionabilidad Social	2,14,21,26
Condición socioeconómica	Situación monetaria	15
	Condiciones de la vivienda	27, 31
Satisfacción por la vida	Familia	3,9,22,29
	Estados Afectivos predominante	4,10
	Expectativa de futuro	5,23,33
	Apoyo Social	16,24
	Satisfacción por el presente	6,11,17,18,25,30,32,34

Los valores son entre 1 y 4 puntos, correspondiendo el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva. De esta forma la escala de calificación de los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34) es como sigue:

- Casi siempre: 4 puntos
- A menudo: 3 puntos
- Algunas veces: 2 puntos
- Casi nunca: 1 punto

Mientras que esta escala se invierte para los ítems (6, 10, 11, 12, 20, 28) quedando de la siguiente forma:

- Casi siempre: 1 punto
- A menudo: 2 puntos
- Algunas veces: 3 puntos
- Casi nunca: 4 puntos

Finalmente se considera:

- Alta: 111 – 136 puntos
- Media: 83 – 110 puntos
- Baja: 34 – 82 puntos

4.4.3 Validez y Confiabilidad del Instrumento.

Validez: La validez de un instrumento es la cualidad que posee el mismo para medir las variables y sus dimensiones que se pretenden medir en el estudio. Por medio de la validación se trata de determinar si realmente el cuestionario mide aquello para lo que fue creado. (113)

La validación del instrumento se realizara en dos momentos, el primero fue la evaluación por medio de juicio de expertos. Se presentó el instrumento a tres especialistas en el tema a investigar, quienes dieron los aportes necesarios a la investigación y verificaron si la construcción y el contenido del instrumento, se ajusta al estudio planteado.

El segundo momento se realizó a través de la aplicación de una prueba piloto (10% de la muestra) a personas con las mismas características de la población en estudio que pertenecen a la Posta Médica de Ayabaca – EsSalud -Piura, con lo cual se pretendió saber si las preguntas son adecuadas, correctas, si el tiempo de aplicación es el adecuado y si son comprendidas para los participantes. **Valor de juicio:** 0.9434

Confiabilidad: El criterio de confiabilidad del instrumento, se determinó en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa de cronbach, requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno.

Un Alfa de cronbach > 0.8 está entre los criterios de confiabilidad alta, el cual oscila entre 0.71 a 0.90, lo que indica que el instrumento es confiable y útil para la recolección de la información precisa a fin de alcanzar los objetivos. **Valor de Confiabilidad:** 0,981.

4.5 Procedimiento de recolección de datos

- Se inicia con el envío de la Solicitud al Jefe de la Posta Médica para la autorización de la investigación y se nos brinde las facilidades del caso.
- Para la selección de la muestra, se trabajó a partir del resultado de la media aritmética obtenida de los adultos mayores que asisten a los diferentes servicios que brinda la Posta Médica durante los meses de Abril, Mayo y Junio.
- Se les informó a los Adultos mayores sobre la investigación y se les pidió que firmen el consentimiento informado si deseaban participar en la investigación.
- Se realizó la aplicación del instrumento en primera instancia a los adultos mayores seleccionados para la prueba piloto, donde se

comprobó la confiabilidad del mismo, utilizando alfa de cronbach, luego se continuó con el resto de la población a estudiar.

- La encuesta tuvo una duración de 15 a 20 minutos aproximadamente.
- Se realizó la tabulación, obtención de frecuencias absolutas, relativas y análisis de los mismos.
- La presentación de los resultados se realizó mediante tablas y gráficos, mostrando valores absolutos y relativos utilizando el programa estadístico SPSS 20.0
- Se realizó la interpretación, discusión y análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

4.6 Procesamiento estadístico, interpretación y Análisis de datos

4.6.1 Procesamiento de datos

Los datos obtenidos con la aplicación del instrumento, fueron almacenados y procesados haciendo uso del programa estadístico IBM SPSS statistics 22 y haciendo uso de la estadística para la distribución porcentual y gráficos. Además se utilizó la Escala de Stanones para la calificación, que constó de tres niveles: Alto, medio y bajo. Para ello, se obtuvo el promedio aritmético de los puntajes totales y la desviación estándar para la aplicación de la escala de Stanones, usando una constante de 0.75 y así obtener los límites de intervalos agrupados.

4.6.2 Interpretación de datos

La interpretación de datos se realizó netamente de los resultados obtenidos en el estudio de investigación, teniendo en cuenta las cantidades porcentuales.

4.6.3 Análisis de datos

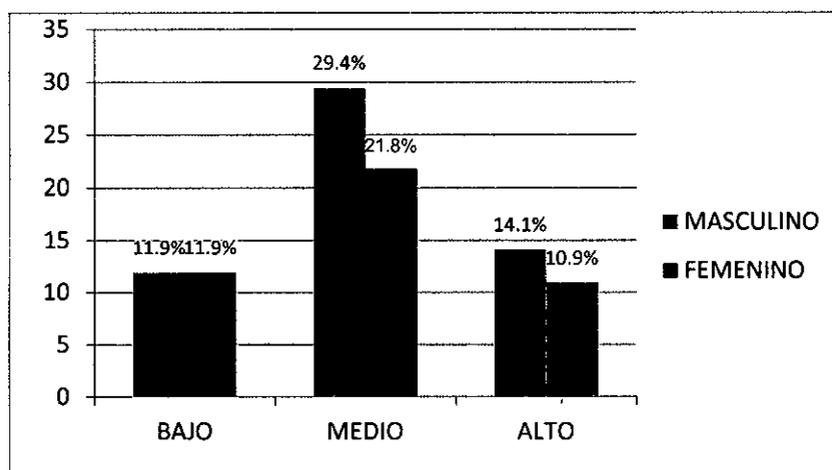
Los resultados del presente estudio de investigación se contrastaron con los resultados obtenidos de cada uno de los antecedentes de estudio mencionados y con el marco conceptual e hipótesis de la investigación.

V. RESULTADOS

TABLA / GRÁFICO 5.1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL- JUNIO 2017.

CALIDAD DE VIDA SEXO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
	BAJO	11	11.9	11	11.9
MEDIO	27	29.4	20	21.8	47
ALTO	13	14.1	10	10.9	23
TOTAL	51	55.4	41	44.6	92

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero



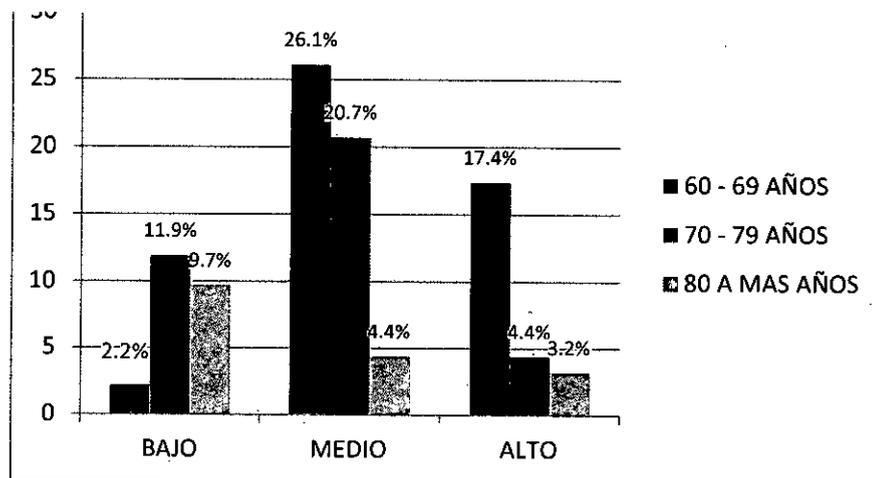
Fuente: Tabla N° 5.1

Se observa que el 55.4% de Adultos mayores son de sexo masculino y el 44.6% de sexo femenino; el 29.4% de Adultos mayores de sexo Masculino perciben su calidad de vida en un nivel medio, el 14.1% nivel alto y el 11.9% nivel bajo a comparación del sexo femenino que percibe su calidad de vida con un 21.8% nivel medio, el 11.9% nivel bajo y el 10.9% nivel alto.

TABLA / GRÁFICO 5.2.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES MAYOR QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL- JUNIO 2017.

CALIDAD DE VIDA EDAD	60 - 69 AÑOS		70 - 79 AÑOS		80 A MAS AÑOS		TOTAL
		%		%		%	
BAJO	2	2.2	11	11.9	9	9.7	22
MEDIO	24	26.1	19	20.7	4	4.4	47
ALTO	16	17.4	4	4.4	3	3.2	23
TOTAL	42	45.7	34	37	16	17.3	91

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero



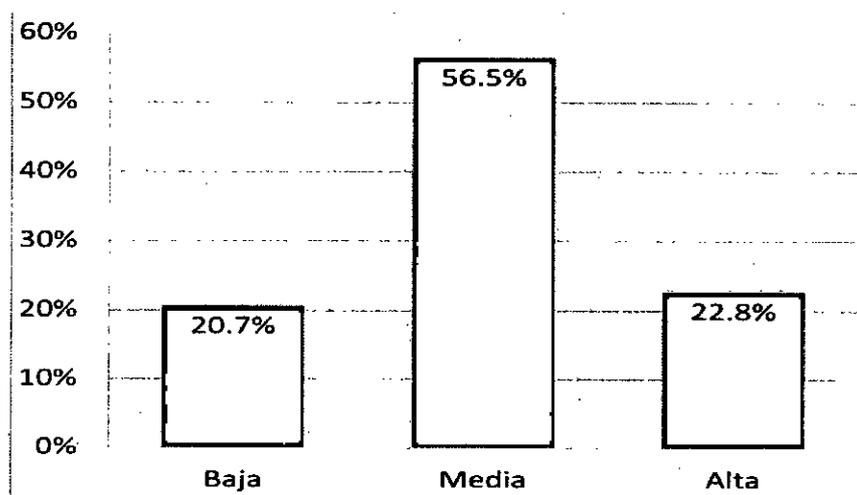
Fuente: Tabla N° 5.2

Se aprecia que el 26.1% de Adultos Mayores entre las edades de 60 – 69 años de edad perciben su calidad de vida en nivel medio, el 17.4% nivel alto y el 2.2% nivel bajo, mientras que el 20.7% de 70 – 79 años de edad la perciben en un nivel medio, el 11.9% nivel bajo y el 4.4% nivel alto y por último el 9.7% de 80 años a más la perciben en nivel bajo, el 4.4% nivel medio y el 3.2% nivel alto.

TABLA / GRÁFICO 5.3.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL- JUNIO 2017.

NIVEL	N°	%
Baja	19	20.7
Media	52	56.5
Alta	21	22.8
TOTAL	92	100

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero



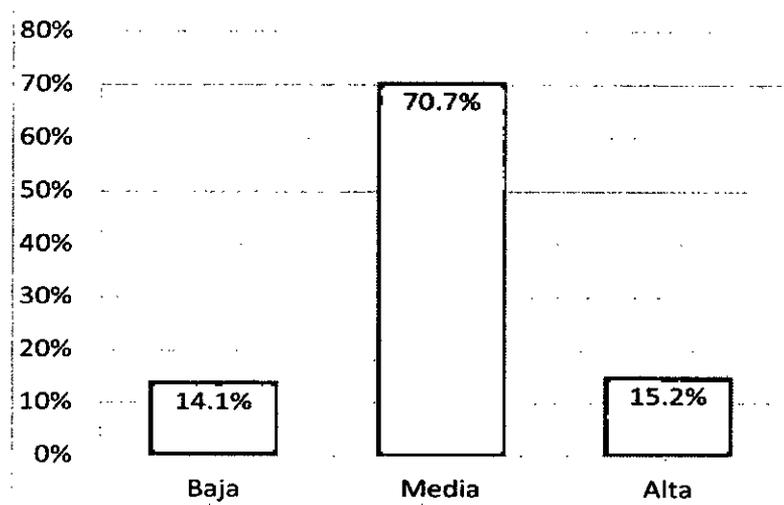
Fuente: Tabla N° 5.3

Se observa que la percepción de la Calidad de Vida según dimensión Salud en los Adultos mayores ocupa el primer lugar el nivel medio con un 56.5%, mientras que en segundo lugar con un 22.8% se ubica el nivel Alta y por último el tercer lugar lo ocupa el nivel Baja con un 20.7%.

TABLA / GRÁFICO 5.4.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN DE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL – JUNIO 2017.

NIVEL	N°	%
Baja	13	14.1
Media	65	70.7
Alta	14	15.2
TOTAL	92	100

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero



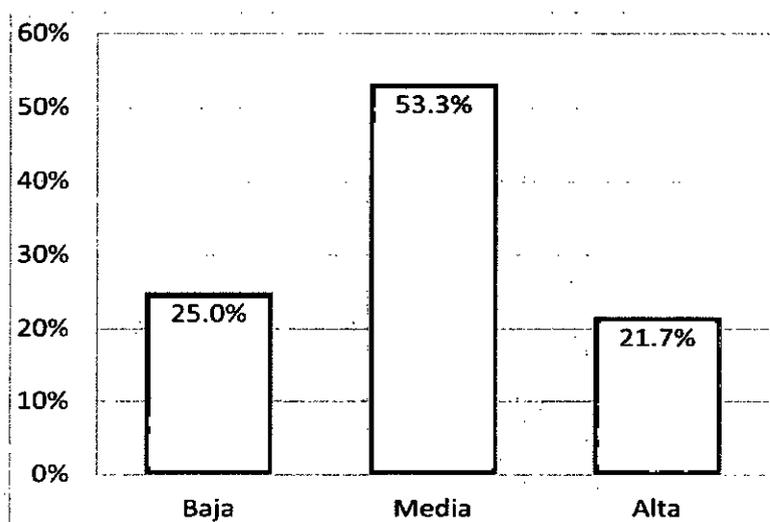
Fuente: Tabla N° 5.4

Se aprecia que la Percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, según dimensión Condiciones económicas es en primer lugar de nivel media con un 70.7%, el segundo lugar lo ocupa el nivel alta con un 15.2% y en tercer lugar se encuentra el nivel baja con un 14.1%.

TABLA / GRÁFICO 5.5.- PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN POR LA VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL – JUNIO 2017.

NIVEL	N°	%
Baja	23	25
Media	49	53.3
Alta	20	21.7
TOTAL	92	100

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero



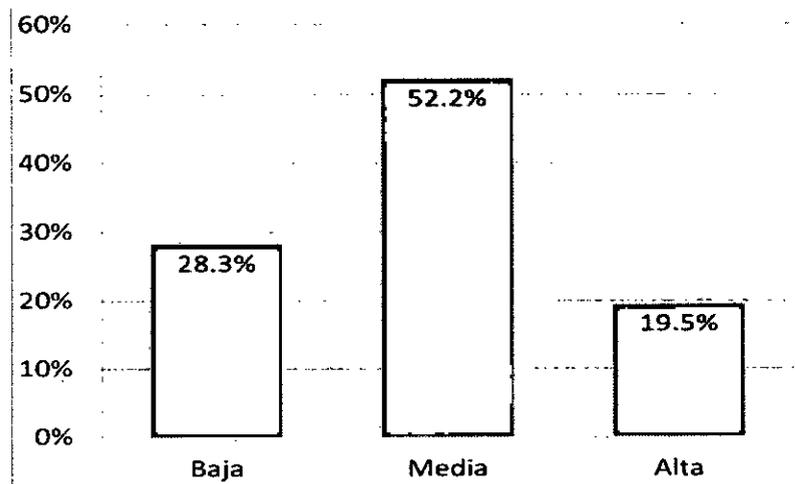
Fuente: Tabla N° 5.5

Se observa que la Percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, según dimensión Satisfacción por la vida, es en primer lugar de nivel media con un 53.3%, ocupando el segundo lugar el nivel baja con un 25% y en tercer lugar se encuentra el nivel alta con un 21.7%.

TABLA / GRÁFICO 5.6.- CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD – PIURA. ABRIL – JUNIO 2017.

NIVEL DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA	Nº	%
Baja	26	28.3
Media	48	52.2
Alta	18	19.5
TOTAL	92	100

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero



Fuente: Tabla N° 5.6

Se aprecia que el nivel de Calidad de Vida percibida por los Adultos Mayores es en primer lugar de nivel media con un 52.2%, el segundo lugar lo ocupa el nivel baja con un 28.3% y en tercer lugar se encuentra el nivel alta con un 19.5%

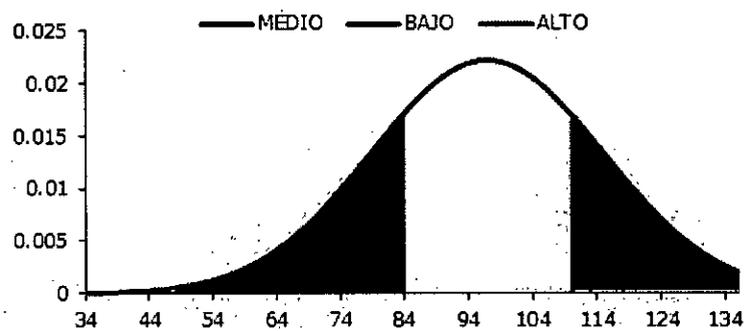
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS CON LOS RESULTADOS.

- **Hipótesis General:** La percepción de la calidad de vida de los adultos mayores es media.

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$



Se acepta la hipótesis General.

6.2 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS SIMILARES

Con el propósito de responder al **primer objetivo específico**: Identificar las características demográficas, este se desglosa en las siguientes características: Sexo y edad.

Referente al **Sexo**, se encontró que el mayor porcentaje de Adultos mayores son de sexo masculino con un 55.4%, mientras que el sexo femenino refleja un 44.6%. (Tabla 5.1)

Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Montanet A, Bravo C y Hernández E (17) y Maldonado G y Mendiola S (19) donde también hubo predominio del mismo género. A diferencia del estudio de GARCÍA S, Enamorado A, Varela M (15); Marín C y Castro S (16); Dueñas D, Bayarre H, Triana E y Rodríguez V(18); Coronado J, Díaz C, Apolaya M (20) y Vera M (21); en las cuales prevaleció el sexo femenino.

Respecto a la **Edad** se obtuvo que los Adultos Mayores entre las edades de 60 – 69 años de edad ocupan el primer lugar con un 45.7%, mientras que en segundo lugar con un 37% se encuentran aquellos Adultos Mayores que oscilan entre 70 – 79 años de edad y por último en tercer lugar con un 17.3% se encuentran aquellos Adultos Mayores de 80 años a más. (Tabla 5.2)

Estos resultados son similares con los de GARCÍA S, Enamorado A, Varela M (15); Dueñas D, Bayarre H, Triana E y Rodríguez V(18); Maldonado G y Mendiola S(19) donde también sobresalió mayor población entre los 60 – 69 años de edad, mientras que no coinciden con los resultados de los estudios de Montanet A, Bravo C y Hernández E (17); Marín C y Castro S S (16);

Coronado J, Díaz C, Apolaya M (20); Vera M, ya que en dichos estudios destacan otros rangos de edades.

Con el propósito de responder al **segundo objetivo específico**: Determinar la calidad de vida del adulto mayor según dimensión salud. En nuestro estudio Se observó que la percepción de la Calidad de Vida según dimensión Salud en los Adultos mayores ocupa el primer lugar el nivel medio con un 56.5%, mientras que en segundo lugar con un 20.7% se ubica el nivel Bajo y por último el tercer lugar lo ocupa el nivel alto con un 22.8% (Tabla 5.3); dichos resultados no coinciden con ninguno de los estudios mencionadas en nuestros antecedentes, ya que el nivel de la dimensión mencionada en los estudios de GARCÍA S, Enamorado A, Varela M(15); Marín C y Castro S (16); Vilela. C(9); Montanet A, Bravo C y Hernández E (17); Dueñas D, Bayarre H, Triana E y Rodríguez V (18) y Coronado J, Díaz C, Apolaya M(20) son de nivel alta y baja, más no de nivel medio como lo es en nuestro caso.

Con el propósito de responder al **tercer objetivo específico**: Determinar la calidad de vida del adulto mayor según dimensión condiciones socioeconómicas. En nuestro estudio Se observó que la Percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, según dimensión Condiciones económicas es en primer lugar de nivel media con un 70.7%, el segundo lugar lo ocupa el nivel alta con un 15.2% y en tercer lugar se encuentra el nivel baja con un 14.1%; (Tabla 5.4); los mismos que coinciden con los resultados de Vilela. C(9); mientras que con los resultados de GARCÍA S, Enamorado A, Varela M(15); Montanet A, Bravo C y Hernández E(17); Dueñas D, Bayarre H, Triana E y Rodríguez V(18) no coinciden porque entre ellos sobresale el nivel bajo y alto.

Con el propósito de responder al **cuarto objetivo específico**: Determinar la calidad de vida del adulto mayor según dimensión satisfacción por la vida. En

nuestro estudio se obtuvo que la Percepción de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, según dimensión Satisfacción por la vida, es en primer lugar de nivel media con un 53.3%, ocupando el segundo lugar el nivel baja con un 25% y en tercer lugar se encuentra el nivel alta con un 21.7%. (Tabla 5.5); dichos resultados **coinciden** con los de Dueñas D, Bayarre H, Triana E y Rodríguez V (18), mientras que con los resultados de GARCÍA S, Enamorado A, Varela M (15); Vilela. C (9); Montanet A, Bravo C y Hernández E(17) y Maldonado G y Mendiola S (19) **no coinciden** puesto que el nivel de ellos se encuentra entre bajo y alto.

Con el propósito de responder al **Objetivo General**: Determinar el nivel de calidad de vida percibida por el Adulto Mayor. En el estudio se aprecia que el nivel de Calidad de Vida percibida por los Adultos Mayores es en primer lugar de nivel media con un 52.2%, el segundo lugar lo ocupa el nivel baja con un 28.3% y en tercer lugar se encuentra el nivel alta con un 19.5%. (Tabla 5.6), dichos resultados **coinciden** con los hallados por Coronado J, Díaz C, Apolaya M en donde se obtuvo un nivel regular que sería similar al nivel medio; mientras que **no coinciden** con los resultados de GARCÍA S, Enamorado A, Varela M (15); Vilela. C (9); Dueñas D, Bayarre H, Triana E y Rodríguez V(18) y Maldonado G y Mendiola S (19) porque obtuvieron un nivel bajo y Marín C y Castro S (16) y Montanet A, Bravo C y Hernández E(17) obtuvieron un nivel bueno y alto respectivamente.

VII. CONCLUSIONES

- a. La calidad de vida percibida por los adultos mayores que asistieron a la Posta Médica de Ayabaca – EsSalud – Piura, es de nivel medio.
- b. Con respecto a las características demográficas, predominó el sexo masculino y las edades que oscilan entre 60 – 69 años de edad.
- c. Se concluyó que la calidad de vida del adulto mayor según dimensión salud es de nivel medio.
- d. La calidad de vida del adulto mayor según dimensión condición socioeconómica nivel medio.
- e. La calidad de vida del adulto mayor según dimensión satisfacción por la vida predominó en mayor proporción de ellos el nivel medio.

VIII. RECOMENDACIONES

- a) A los Centros de Atención Primaria, fomentar la Promoción de la Salud, enérgicamente dirigida a los adultos mayores, incorporando el concepto de un envejecimiento activo. El primer paso es educar a la población antes mencionada para que tenga una adaptación óptima, en el aspecto biopsicosocial y así se enfrente a los cambios del proceso de envejecimiento, evitando discapacidad prematura, previniendo y tratando adecuadamente las enfermedades crónicas de este grupo.
- b) Fomentar y motivar a las alumnas de Pre y Post grado de las Escuelas de Enfermería de las diferentes Universidades a realizar investigaciones relacionadas a Adultos Mayores, con la finalidad de mejorar la calidad de Vida de dicha población, considerando siempre el apoyo de la familia y Comunidad y se realice educación preventiva y atención recuperativa.
- c) La Posta Médica de Ayabaca – EsSalud – Piura, debería implementar Programas Preventivo Promocionales y talleres dirigidos a Adultos Mayores en donde no sólo se evalúe su estado de salud físico sino también se logre desarrollar su aspecto social y emocional, con la finalidad de fortalecer sus capacidades y desarrollar al máximo su potencial.
- d) Se sugiere a la Municipalidad de Ayabaca considere en su Plan de trabajo realizar actividades en bienestar de los Adultos Mayores, fomentar su autocuidado, y sobretodo concientizar a la población sobre la importancia de la presencia de los Adultos Mayores en la Sociedad, ya que hoy en día dicho grupo etéreo se encuentra olvidado y aislado de la misma.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ceberio Belaza M. El mundo entero envejece. El país. 2010 enero.
2. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga M, Ordoñez J, Osorio JJ. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica. 2011 diciembre; 31(4).
3. Marín Monroy , Castro Molinares. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. Memorias. 2011 julio-diciembre; 9(16).
4. Maldonado Guzmán , Mendiola Infante S. Autopercepción de la Calidad de Vida, en Adultos Mayores. Mexico: Universidad Autonoma de Tamaulipas; 2009.
5. Montanet Avendaño A, Bravo Cruz C, Hernández Elías. La calidad de vida en los adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2009 marzo; 13(1).
6. Dueñas González M, Bayarre Vea D, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez. Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011 enero - marzo; 27(1).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor Abril-Mayo-Junio 2013. Informe Técnico. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Procesamiento de Datos; 2013.
8. Dirección Regional de Salud Piura. – O Principales causas de Mortalidad – Morbilidad registrada en población de 60 años y más.. Piura: Dirección Regional de Salud Piura, Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística ; 2016.
9. Coronado Gálvez J, Díaz Vélez , Apolaya Segura , Manrique González L, Arequipa Benavides. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Médica Peruana. 2009 octubre - diciembre; 26(4).
10. Vilela C. Calidad de vida del adulto mayor del Asentamiento Humano Los Algarrobos Piura, 2011. Tesis de Pregrado. Piura: Universidad Nacional de

Piura; 2011.

11. Posta Médica de Ayabaca. Morbilidad – Mortalidad adulto mayor de 60 años a más del centro poblado de ayabaca. Piura: EsSalud, Departamento de Epidemiología.; 2015.
12. La Republica. Incrementa la esperanza de vida de los peruanos en 2.5 años. La República. 2013 Agosto.
13. Enamorado Tamayo , García Blanco , Valera Vázquez ME, González Rojas , De La Paz Castillo K. Percepción de la calidad de vida en adultos mayores.Policlínico 1 Dra. Francisca Rivero A. 2011. Tesis de Postgrado. ; 2011.
14. Marín Monroy , Castro Molinares. Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida. Santa Martha: Universidad Cooperativa de Colombia; 2011.
15. Montanet Avendaño , Bravo Cruz CM, Hernández Elías EH. La calidad de vida en los adultos mayores. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2009 enero - marzo; 13(1).
16. Maldonado Guzmán , Mendiola Infante. Autopercepción de la Calidad de Vida en Aadultos Mayores. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México; 2009.
17. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco, Facultad de Medicina; 2007.
18. Aristizábal Hoyos , Blanco Borjas , Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria. 2011 octubre - diciembre; 8(4).
19. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería. Sexta Edición ed. Toronto: ELSEVIER; 2003.
20. Munar Roca , Sánchez Cabaco , Rosselló Mir. Atención y Percepción España: Alianza Editorial; 1999.
21. Andres Ortiz R. La Entrecista Cualitativa. Guatemala: Universidad de

Mesoamérica, Cultura de Investigación Universitaria; 2005.

22. Segura Barrios IM. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD BARRANQUILLA. Tesis Maestral. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Programa de Maestría en Enfermería; 2012.
23. Gonzales AL, Rangel C. Calidad de Vida del Adulto Mayor. México: Instituto de Geriátría; 2010.
24. Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México. 2012 Julio; 44(4).
25. Pascual Martínez N, De Pablo Ramírez JC, Gómez López Y. El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida. ; 2011.
26. Delia Villalobos M, Araya , Ozols. PERSPECTIVA SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO Y A LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICO RECREATIVA. MH Salud. 2004 setiembre; 1(1).
27. Fernández Garrido JJ. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, Departamento de Sociología y Antropología Social; Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes España - Cuba. Report No.: ISBN.
28. Reyes Fidelia M. Calidad del cuidado de enfermería del adulto mayor en los diferentes niveles de atención de Salud en Sucre. Revista Enfervida. 2011 enero; 2(3).
29. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft , Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín , Valero de Bernabé F. FACTORES ASOCIADOS A MAL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO O A MALA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS. ; 2002.
30. García Viniegras CRV, López Gonzales V. Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2003; 2(7).

31. Fernandez Vallesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Barcelona: Universidad Autónoma de Madrid; 1997.
32. Caballo VE. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. In Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos : trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. España: Ediciones Piramide ; 2006.
33. Vinaccia S, Orozco. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas. 2005 Julio-Diciembre; 1(2).
34. SCHWARTZMANN LS. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES. Ciencia y enfermería. 2003 Diciembre; 9(2).
35. Navarro Elías dG, Leiton Espinoza E, Ojeda Vargas , Villanueva Benítez. eumed.net. [Online].; 2013 [cited 2017 junio 6. Available from: http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/calidad_de_vida_de_la_persona_adulta_mayor_en_el_area_urbana.html.
36. Gómez Vela M, Sabeh E. Calidad de Vida. evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2000.
37. García Viniegras CRV, Gonzáles Blanco M, Fernández Garrido J, Ruiz Ros V. Calidad de Vida en la Tercera edad: Una actualización del tema. Revista Electronica de Psicología Iztacala. 2005 Diciembre; 8(3).
38. Olmedo Alguacil MM. Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la Salud, en los mayores de 65 años en un entorno multicultural. Tesis Doctoral. Ceuta: Universidad de Granada, Departamento de Enfermería; 2010. Report No.: ISBN.
39. Ortiz Z, Pueyrredón C. Calidad de Vida Relacionado con la Salud. Academia Nacional de Medicina; 2000.
40. Meléndez M, Montero R, Jiménez C, Blanco. L. Autopercepción de salud en

- ancianos no institucionalizados. ScienceDirect. 2001 Enero; 28(2): p. 91-96.
41. Quintanar Guzman A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF.. Tesis de Pregrado. Pachuca de Soto, Hgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
 42. Gúrpide Ibarrola , Serra Ribas. El anciano en su casa: guía de cuidados para familiares, auxiliares a domicilio, voluntariado y ancianos solos. Dialnet. 1994.
 43. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile.; 2001.
 44. Hidalgo Gonzalez J. El envejecimiento: Aspectos sociales San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica; 2001.
 45. Rice P. Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital. 2nd ed. México: Editorial Prentice Hall Hispanoamérica.; 1997.
 46. Santiesteban Pérez , Pérez Ferrás , García Ortiz. Teorías y cambios del envejecimiento. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas. "Médicas Mariana Grajales Coello"; 2008.
 47. Ministerio de Salud. Liniamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Lima: Ministerio de Salud; 2005. Report No.: ISBN.
 48. Velasco Campos M, Sinibaldi Gómez J. Manejo del enfermo crónico y su familia : sistemas, historias y creencias. Mexico: Universidad Panamericana; 2001. Report No.: ISBN.
 49. Lazarus R. Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud España: EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A; 2000.
 50. Gónzales AL, Rangel C. Composición Factorial Del Inventario De Depresión De BECK En Ancianos Mexicanos. Revistas UNAM. 2009; 1(1).
 51. Álvarez Rodríguez A, Hernández. Congreso Virtual de Psiquiatría. [Online].; 2003 [cited 2017 mayo 17. Available from:

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/84/89/04/848904707818553928449851320094094339>.

52. Organización Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 28. Available from: <http://www.who.int/ageing/es/>.
53. Velandia Mora AL. Blogger.com. [Online].; 2011 [cited 2017 abril 7. Available from: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.pe/2011/09/analuisa-velandia-mora-investigacion.html>.
54. Monchietti A, Krzemien. Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud.. Psiquiatria.com. 2012; 6(1).
55. García Sánchez F. CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES HOMBRES DE UNA DELEGACIÓN DEL MUNICIPIO DE TOLUCA". Tesis de Pregrado. Toluca: Universidad Autónoma Del Estado De México; 2014.
56. Ramirez MN. "Calidad de vida en la Tercera Edad". ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?. Tesis de Pregrado. Cuyo: Universidad Nacional de Cuyo; 2008.
57. Abreu Reyes. R. Portales Medicos.com. [Online].; 2008 [cited 2017 Mayo 9. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2026/1/Caracterizar-el-nivel-de-conocimiento-sobre-la-practica-del-ejercicio-fisico-que-poséen-los-adultos-mayores.html>.
58. Salinas , Bello M, Flores A, Carbullanca L, Torres M. Actividad física integral con adultos y adultos mayores en chile: resultados de un programa piloto. Revista chilena de nutrición. 2005 Diciembre; 32(3).
59. Soberanes Fernández , Pedraza Avilés , Moreno Castillo dC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2009 Octubre-Diciembre; 14(4).
60. Sánchez Vallejo SM. Valoración del Nivel de Independencia de los Usuarios. Tesis de Postgrado. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) España; 2008.

61. Acosta Quiroz , Mónica González L, Rangel. Actividades de la Vida Diaria en Adultos Mayores: La experiencia de dos Grupos Focales. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2010 Julio-Diciembre; 15(2).
62. Fernández Garrido JJ. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, Departamento de Antropología Social; 2009.
63. Meza Calleja AM, Magallán Torres I, Ramos Esquivel J, Luna Hernández F, Avila Sotomayor UH, Avelino Rubio I, et al. Calidad de vida: percepciones y representaciones en personas mayores del Estado de Michoacán, México. Revista de Educación y Desarrollo. 2012 enero-marzo.
64. Murillo Hernández A, Loo Morales I. Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. Medigraphic. 2007; 15(1).
65. Durán A, Valderrama L, Uribe F, Gonzales A, Molina JM. Enfermedad crónica en adultos mayores. Universitas Médica. 2010 Enero-Marzo; 51(1).
66. Mahecha Matsudo M. Actividad Física y Salud Para el Adulto Mayor. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul -
67. Cerda L. Evaluación del paciente con trastorno de la marcha. Santiago de Chile: Hospital Clínico Universidad de Chile , Policlínico de Trastornos de Marcha Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh; 2010.
68. Martínez González M. Características generales de los programas de Fisioterapia con personas mayores. Elsevier. 2000 Abril; 22(2).
69. Cardona Arango , Estrada Restrepo A, Segura Cardona , Chavarriaga Maya L, Ordóñez Molina J, Osorio Gómez J. La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. Medellín, 2008. CES Salud Pública. 2011; 2(1).
70. Fonseca A, Rapetti L. Rehabilitación de la marcha en Gerontes aplicando el movimiento con el fin de evitar la inestabilidad y caídas. Tesis de Postgrado. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana; 2003.

71. Villaverde Ruiz M, Fernández López L, Gracia Marco M, Morera Fumero A, Cejas Méndez R. Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000; 35(5).
72. Garay Villegas , Avalos Pérez. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *revista Kairós*. 2009 Junio; 12(1).
73. Fragoeiro , Pestana , Constança P. La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira. Estudio piloto. *Gerokomos*. 2007 Diciembre; 18(4).
74. Uribe Rodriguez AF, Valderrama Orbegozo LJ, Molina Linde JM. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007 Junio; 10(1).
75. Sánchez-Gavito. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. México: Gobierno del Distrito Federal, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social; 2000. Report No.: ISBN.
76. Marin JM. Envejecimiento. *Salud Publica Educ Salud*. 2003; 3(1).
77. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García M. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *ELSEVIER*. 2005 Octubre; 36(6).
78. Martínez Mendoza JA, Martínez Ordaz A, Esquivel Molina G, Velasco Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro*. 2007; 45(1).
79. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001 Octubre; 36(3).
80. Rodríguez Hernández. La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual*, Universidad de Costa Rica. 2008 abril; 8(10-11).
81. Vila J, Cortez Espinoza S, Overmier. Aprendizaje de adultos mayores con deterioro cognitivo asociado a la edad mediante consecuencias diferenciales. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2010 Octubre;

2(2).

82. Mejía Arango , Miguel Jaimes , Villa A, Ruiz Arregui , Gutiérrez Robledo L. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Pública de México. 2007 Enero; 49(4).
83. Pérez Barreto SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999 Marzo-Abril; 15(2).
84. Zapata Farías H. Adulto Mayor: Participación e Identidad. Tesis Magistral. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Departamento de desarrollo Institucional; 2001.
85. Pérez Duportey J, García Megret E. Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad Pastorita. Rev Cubana Enfermería. 2003 enero-abril; 19(1).
86. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Ciencia y enfermería. 2006 Diciembre; 12(2).
87. Portillo Rubiales , Portillo Rubiales , Rodrigo Ruano. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al paciente. [Online].; 1998 [cited 2017 Enero 12. Available from: <http://media.axon.es/pdf/86428.pdf>.
88. Hartman Romero G. Evaluación de la situación económica del adulto Mayor que percibe pensión mínima por vejez. Tesis de Pregrado. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2011.
89. Torres M, Quezada , Rioseco , Ducci M. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: estudio comparativo mediante uso de whoqol-bref. Revista médica de Chile. 2008 Marzo; 13(3).
90. Bosch Meda. El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña. Tesis Doctoral. Barcelona; 2006.
91. Flores Villavicencio E, Troyo Sanromán , Vega López. Calidad de vida y Salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México. Procesos Psicológicos y Sociales. 2010; 6(1 y 2).

92. Botero de Mejía B, Pico Merchán. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud. 2007 Agosto; 12(1).
93. Contreras Nuñez , Coronado Martínez , López Villanueva , Aguilar Hernández R, Félix Alemán , Vega Alanís MDC. Caracterización del binomio adulto mayor y familiar de convivencia. Reporte de Investigación. 2009; 6(4).
94. Ortiz Gómez, M, Louro Bernal , Jiménez Cangas , Silva Ayzaguer C. LA SALUD FAMILIAR. CARACTERIZACIÓN EN UN ÁREA. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(3).
95. Urrutia Amable , Villarraga García. eumed.net. [Online].; 2010 [cited 2017 marzo 4. Available from: <http://www.eumed.net/rev/cccsc/07/uavg.htm>.
96. Callejo F, Ruiz R, García G. Comparación de los estados de ánimo antes y después del partido entre dos equipos de Fútbol. Tesis. Alcorcón: Universidad Autónoma de Madrid; 2010. Report No.: ISBN.
97. Aponte Daza. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. 2015 Agosto; 13(2).
98. Treviño Siller , Pelcastre Villafuerte , Márquez Serrano. Experiencias de envejecimiento en el México Rural. salud pública de méxico. 2006 Enero - Febrero; 48(1).
99. Gámez , Marrero H. Metas y motivos en la elección de la carrera universitaria: Un estudio comparativo entre psicología, derecho y biología. anales de psicología. 2003 Junio; 19(1).
- 100 Rubio R, Villaverde C, Castellón A, Mendoza C. Niveles de adaptación con éxito en las personas mayores. Tesis. Granada: Universidad de Granada, Ministerio de Trabajo; 1997.
- 101 Hernández Zamora Z. Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. Psicología y Salud. 2006; 16(1).
- 102 Robles , Rizo Curiel , Camarena García , Cervantes Coles , Gómez Medrano dS, Siordia González. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. Cuadernos de Salud Pública.

- 2000; 16(2).
- 103 Castro R, Campero , Hernandez B. La investigación sobre apoyo social en . salud: situación actual y nuevos desafíos. Revista de Salud Pública. 1997; 31(4).
- 104 Escudero C, Salan M, Pérez A, González E. Apoyo social de la población . mayor de 74 años en el medio comunitario. Multidisciplinar de Gerontología. 1999; 4(9).
- 105 Jiménez Cangas , Báez Dueñas , Pérez Maza , Reyes Alvarez. Metodología . para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 1996 Enero-Junio; 22(1).
- 106 Zavala Lizaraso GI. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el . cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- 107 Luna Berna , Laca Arocena , Mejía Ceballos. Bienestar Subjetivo y . Satisfacción con la Vida de Familia en Adolescentes Mexicanos de Bachillerato. Psicología Iberoamericana. 2011 Julio - Diciembre; 119(2).
- 108 Luis Atienza , Pons , Balaguer , García Merita. Propiedades Psicométricas . de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. Psicothema. 2000; 12(2).
- 109 Kantún Marín MAdJ, Moral de la Rubia , Gómez-Meza , Salazar González. . Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. Aquichan. 2013; 13(2).
- 110 Narvaez V. Metodología de la investigación científica y bioestadística: para . médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud. 2nd ed. Santiago: RIL; 2009.
- 111 Argimon Y, Jimenez J. Métodos de Investigación clínica. 3rd ed. España: . Elsevier; 2000.
- 112 Polit H. Investigación científica en ciencias de la salud. 5th ed. México: Edit. . McGraw-Hill Interamericana; 2002.

- 113 Mejía Mejía E. Técnicas e Instrumentos. Tesis. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2005.
- 114 EL COMERCIO. [Online].; 2017 [cited 2017 FEBRERO 2. Available from: <http://elcomercio.pe/actualidad/1460574/noticia-adultos-mayores-representan-poblacion-peru>.
- 115 Estrada A CDSAea. Calidad de vida de los adultos mayores de medellin. Instituto nacional de salud biomédica. 2011; 31(492-502).

ANEXOS

ANEXOS N° 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

TITULO: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR. POSTA MÉDICA AYABACA – ESSALUD PIURA. ABRIL - JUNIO 2017

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es el nivel de percepción de la calidad de vida en adultos mayores que asiste a la Posta Medica Ayabaca EsSalud s?</p>	<p>O. General.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de calidad de vida percibida del adulto mayor que asiste a la posta Medica Ayabaca Essalud-Piura. Abril-Junio 2017. <p>O. ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características demográficas(edad, sexo) • Determinar la calidad de vida del adulto mayor según dimensión salud • Determinar la calidad del adulto mayor según dimensión de condiciones socioeconómicas. • Determinar la calidad de vida del adulto mayor según dimensión de satisfacción por la vida 	<p>Calidad de vida del Adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características sociodemográficas • Dimensión salud • Dimensión Condiciones socioeconómicas • Dimensión satisfacción por la vida 	<p>Tipo Investigación. Cuantitativo.</p> <p>Diseño de la investigación. Descriptivo, prospectivo, transversal.</p> <p>Población Muestral: 92</p> <p>Unidad de análisis. Adultos mayores de 60 a 85 años</p> <p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario validado con alfa de crombach = 0.98 y prueba binomial =</p> <p>Plan de interpretación y análisis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presentación de los resultados se realizará mediante tablas y gráficos. Con el programa estadístico SPPS Versión 22. • Análisis inferencial con Stanone

ANEXOS N° 2: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

El siguiente test tiene como objetivo Conocer su percepción de calidad de vida, se le agradecería contestar con sinceridad, Usted elegirá solo una opción en respuesta a la pregunta formulada.

Edad:.....

Sexo: () Masculino () Femenino

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

ÍTEM	CASI SIEMPRE	A MENUDO	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras).				
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3. Mi familia me quiere y me respeta.				
4. Mi estado de ánimo es favorable.				
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6. Al retirarme de mis actividades laborales económicas perdió sentido mi vida				
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas (bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etcétera).				
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
9. Soy importante para mi familia.				
10. Me siento solo y desamparado en la vida.				

11. Mi vida es aburrida y monótona.				
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.				
13. Puedo aprender cosas nuevas.				
14. Puedo usar transporte público.				
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole.				
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar.				
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.				
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.				
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.				
20. Estoy nervioso e inquieto.				
21. Puedo ayudar en el cuidado o atención de mis nietos.				
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.				
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
25. Soy feliz con la familia que he construido.				
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia, o con mis amigos).				
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir solo en ella.				
28. He pensado quitarme la vida.				
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.				
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.				
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.				
32. Mi estado de salud me permite disfrutar la vida.				
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
34. Soy feliz con la vida que llevo.				

Anexo N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participación en la investigación titulada "PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A LA POSTA MÉDICA DE AYABACA – ESSALUD –PIURA ABRIL-JUNIO 2017".

Habiendo sido informada (o) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma del entrevistado

ANEXOS N° 4: RESULTADO DE JUICIO DE EXPERTOS

MODIFICACIONES DEL INSTRUMENTO SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

JUEZ N° 1:

Ítem 6: Al retirarme de mis actividades laborales económicas perdió sentido mi vida

Ítem 24: Mantengo una relación con mis amigos, vecinos y conocidos.

JUEZ N° 2:

Ítem 6: Al quedarme sin mis actividades económicas mi vida perdió sentido.

Ítem 15: Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índoles (vestimenta, requerían, etc.)

Ítem 20: Cuando me levanto me siento nervioso e inquieto

JUEZ N° 3:

Ítem 11: mi vida es aburrida y siempre hago lo mismo

ANEXOS N° 5: RESULTADO DE LA PRUEBA DE VALIDACIÓN

Validación interjueces del instrumento: **ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

Para validar el instrumento se utilizó el coeficiente de proporción de rango, cuyos resultados se muestran a continuación:

N° de Ítem	JUECES			Suma	Máximo Puntaje es=	3	Pe	CPR i c
	1	2	3					
1	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
2	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
3	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
4	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
5	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
6	2	3	2	7	2.33	0.7778	0.0370	0.7407
7	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
8	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
9	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
10	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
11	3	2	3	8	2.67	0.8889	0.0370	0.8519
12	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
13	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
14	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
15	3	3	2	8	2.67	0.8889	0.0370	0.8519
16	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
17	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
18	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
19	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
20	3	3	2	8	2.67	0.8889	0.0370	0.8519
21	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
22	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
23	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
24	2	3	3	8	2.67	0.8889	0.0370	0.8519
25	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
26	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
27	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
28	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
29	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
30	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
31	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
32	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630

33	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
34	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
					Sumatoria CPRic	33.3333	1.2593	32.0741
					CPR	0.9804	0.0370	0.9434
							CPRic	0.9434

Interpretación del coeficiente de proporción de rangos corregido - CPRic

- Menor de 0,40: validez y concordancia baja.
- Mayor de 0,40 y menor que 0,60: validez y concordancia moderada.
- Mayor de 0,60 y menor que 0,80: validez y concordancia alta.
- Mayor que 0,80: validez y concordancia muy alta.

El coeficiente encontrado en la investigación de 0.9434, cae en el rango de validez y concordancia muy alta, lo que evidencia que se trata de un instrumento válido para recoger información sobre la calidad de vida de los adultos mayores, aunque la pregunta del ítem numero 6 será modificada por las características de la población, viendo y según referencia de los jueces que trabajan con población casi con la misma características, refieren que la mayoría de los adultos mayores no cuenta con su jubilación y las demás preguntas quedan tal y como están planteadas.

ANEXO N° 6: RESULTADO DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD

La confiabilidad de un instrumento se mide utilizando el Alfa de Cronbach, el cual mide la consistencia y coherencia interna del instrumento. Su valor va de 0 a 1, y el instrumento es más confiable, cuando el indicador se acerca más a la unidad, como es el caso de este instrumento el indicador de confiabilidad es de 0.981, lo que indica que el instrumento es confiable y útil para la recolección de la información precisa a fin de alcanzar los objetivos.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,981	34

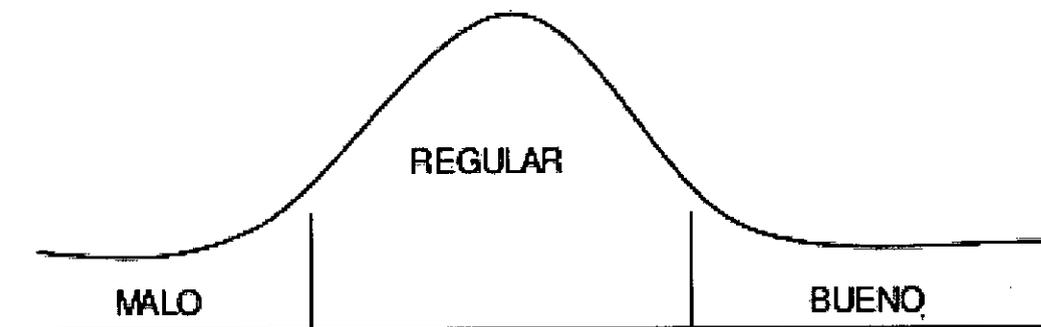
ANEXO N° 7: APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES

Para la clasificación del nivel se utilizó la comparación a través de la campana de Gauss con la constante 0.75 a través del siguiente procedimiento:

1. Cálculo de X promedio
2. Cálculo la Desviación Estándar
3. Se establecieron valores para a y b

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$



	Media(X)	Desviación estándar (DS)	$a=x-0.75*DS$	$a=x+0.75*DS$	Nivel Alto	Nivel Medio	Nivel Bajo
Calidad de vida	96.79	17.964	83	110	111-136	83-110	34-82
Dimensión salud	34.34	6.662	29	39	40-48	29-39	12-28
Funcionabilidad Física	12.25	2.434	10	14	15-16	10-14	4-9
Funcionabilidad Psíquica	11.77	2.363	10	14	15-16	10-14	4-9
Funcionabilidad Social	10.32	3.092	8	13	14-16	8-13	4-7
Dimensión Condición socioeconómica	7.11	2.275	5	9	10-12	5-9	3-4
Situación monetaria	2.12	0.85	2	3	4	2-3	1
Condiciones de la vivienda	4.99	1.770	4	6	7-8	4-6	2-3
Dimensión Satisfacción por la vida	55.35	10.672	47	63	64-76	47-63	19-46
Familia	12.09	2.532	10	14	15-16	10-14	4-9
Estados Afectivos predominante	6.08	1.484	5	7	8	5-7	2-4
Expectativa de futuro	7.37	2.329	6	9	10-12	6-9	3-5
Apoyo Social	6.29	1.537	5	7	8	5-7	2-4
Satisfacción por el presente	23.52	5.192	20	27	28-32	20-27	8-19

ANEXO N° 8.- TABLAS DE INDICADORES SEGÚN LAS DIMENSIONES

Tabla N° 8.1.- DISTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SEGÚN INDICADORES DE LA DIMENSIÓN SALUD VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTE A LA POSTA MEDICA AYABACA – ESSALUD – PIURA, ABRIL- JUNIO 2017

INDICADORES	NIVEL	N°	%
FUNCIONALIDAD FÍSICA	Baja	11	12
	Media	63	68.5
	Alta	18	19.5
	TOTAL	92	100.0
FUNCIONALIDAD PSÍQUICA	Baja	16	17.4
	Media	67	72.8
	Alta	9	9.8
	TOTAL	92	100.0
FUNCIONALIDAD SOCIAL	Baja	17	18.5
	Media	58	63
	Alta	17	18.5
	TOTAL	92	100.0

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero

Tabla 8.2.- DISTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN INDICADORES DE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTE A LA POSTA MEDICA AYABACA – ESSALUD – PIURA, ABRIL – JUNIO 2017

INDICADORES	NIVEL	N°	%
SITUACIÓN MONETARIA	Baja	21	22.8
	Media	64	69.6
	Alta	7	7.6
	TOTAL	92	100.0
CONDICIONES DE LA VIVIENDA	Baja	19	20.7
	Media	57	62
	Alta	16	17.4
	TOTAL	92	100.0

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero

Tabla 8.3.- DISTRIBUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN INDICADORES DE LA DIMENSIÓN DE SATISFACCIÓN POR LA VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTE A LA POSTA MEDICA AYABACA – ESSALUD – PIURA, ABRIL –JUNIO 2017

INDICADORES	NIVEL	Nº	%
FAMILIA	Baja	15	16.3
	Media	61	66.3
	Alta	16	17.4
	TOTAL	92	100.0
ESTADOS AFECTIVOS PREDOMINANTES	Baja	12	13
	Media	63	68.5
	Alta	17	18.5
	TOTAL	92	100.0
EXPECTATIVA DE FUTURO	Baja	23	25
	Media	50	54.3
	Alta	19	20.7
	TOTAL	92	100.0
APOYO SOCIAL	Baja	16	17.4
	Media	47	51.1
	Alta	29	31.5
	TOTAL	92	100.0
SATISFACCIÓN POR EL PRESENTE	Baja	25	27.2
	Media	41	44.6
	Alta	26	28.3
	TOTAL	92	100.0

Fuente: Cuestionario: Escala de Calidad de vida de Álvarez, Bayarre y Quintero