



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

TESIS

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
LAURA CALLER, LOS OLIVOS - 2016**

PRESENTADO POR

ARIZA SALGADO, DEYSI MARGOTH

ASESOR

MILLONES GÓMEZ, SEGUNDO GERMÁN

Los Olivos, 2018



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

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DE SALUD LAURA CALLER,
LOS OLIVOS – 2016**

TESIS

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

PRESENTADA POR:

ARIZA SALGADO, DEYSI MARGOTH

ASESOR:

Mg. SEGUNDO GERMÁN MILLONES GÓMEZ

Lima – Perú

2018

SUSTENTADA Y APROBADA ANTE EL SIGUIENTE JURADO

Carcausto Calla, Wilfredo Humberto

PRESIDENTE

Contreras Horna, Azucena Magdalena

SECRETARIO

Suárez Valderrama, Yurik Anatoli

VOCAL

Millones Gómez, Segundo Germán

ASESOR

DEDICATORIA

A Dios, por mantenerme
con salud y darme la
fortaleza para seguir
adelante.

A mi padre que, desde el cielo,
me bendice y comparte mi
alegría.

A mi asesor, el Mg.
Segundo Germán Millones
Gómez, por guiarme con
sus conocimientos al logro
de este trabajo.

A la docente de curso: Dra.
Rosa Eva Pérez Sigvas, por
todo su apoyo y paciencia
durante las clases.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	20
1.3.1 Objetivo general	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	22
2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD	23
2.1.1. DISTRITO DE LOS OLIVOS	23
2.1.2 ESTABLECIMIENTO DE SALUD LAURA CALLER	25
2.2 . ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
2.2.1. Internacional	27
2.2.2. Nacional	30
2.3. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	32
2.3.1. Adulto mayor	32
2.3.2 El envejecimiento	34
2.3.3. Teorías del envejecimiento.....	41
2.3.4. Cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento	44
2.3.5. Aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento	50
2.3.6. Envejecimiento de las funciones psíquicas	51

2.3.7. Impacto de las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores.....	53
2.3.8. Cambios en la marcha del adulto mayor	54
2.3.9. Epidemiología mundial y latinoamericana del adulto mayor	56
2.3.10. Envejecimiento activo	60
2.3.11. El maltrato al adulto mayor	61
2.3.12 Calidad de vida.....	61
2.3.13. Dimensiones de la calidad de vida	63
2.3.14. Calidad de vida en la vejez.....	65
2.3.15. Calidad de vida igual a satisfacción con la vida.....	66
2.3.16. Calidad de vida relacionada con la salud	67
2.3.17. La sexualidad en el adulto mayor	67
2.3.18. Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor	68
2.3.19. Enfermería en el cuidado del adulto mayor	69
2.3.20. Instrumento de medición de calidad de vida	71
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	73
3.1. TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	74
3.2. POBLACIÓN	74
3.2.1. Criterios de inclusión	74
3.2.2. Criterios de exclusión	75
3.3. VARIABLE.....	75
3.3.1. Definición conceptual	75
3.3.2. Definición operacional	75
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76
3.4.1. Técnica.....	76
3.4.2. Instrumento.....	76
3.4.3. Validez y confiabilidad del instrumento.....	78
3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	80

3.5.1. Autorización para recolección de datos.....	80
3.5.2. Coordinación para recolección de datos	80
3.5.3. Aplicación del instrumento.....	81
3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE	81
ANÁLISIS DE DATOS.....	81
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	82
3.7.1. Principio de autonomía.....	82
3.7.2. Principio de beneficencia.....	83
3.7.3. Principio de no maleficencia	83
3.7.4. Principio de justicia.....	83
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	84
4.1. RESULTADOS.....	85
4.2. DISCUSIÓN.....	90
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	95
5.1. CONCLUSIONES	96
5.2. RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS.....	99
ANEXOS	106

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. La población total estuvo conformada por 105 adultos mayores de ambos sexos inscritos en el programa de atención integral al adulto mayor del Centro de Salud Laura Caller. La población final del estudio estuvo conformada por 75 adultos mayores cuidadosamente seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó el instrumento de recolección de datos Whoqool Bref de la Organización Mundial de la Salud que consta de 26 preguntas relacionados a la calidad de vida agrupadas en cuatro dimensiones: Física, Psicológica, Relaciones sociales y Ambiente, con una escala de evaluación de 0-100 de tipo Lickert, donde a mayor puntaje mayor calidad de vida. **Resultados:** Los adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller presentaron una calidad de vida baja (40%) y media (40%) en igual proporción, seguidamente de alta (20%). Según dimensiones, la más afectada con respecto a la calidad de vida fue la dimensión Psicológica como baja (55%), seguidamente de la dimensión física: baja (45%), la dimensión medio ambiente: media (48%); finalmente, la dimensión relaciones sociales: media (64%). **Conclusiones:** La calidad de vida en adultos mayores, en su gran mayoría, reflejaron mayor afectación en la salud psicológica y física, por lo tanto, es una situación relevante para actividades conjuntas y organizadas de parte del equipo multidisciplinario del establecimiento de salud, familia y actores sociales dirigidas a mejorar y promover la salud y reducir los daños mediante acciones de prevención y promoción, siendo la enfermera el pilar básico de dichas acciones.

Palabras clave: Adulto mayor, Calidad de vida, Enfermería, Investigación.

ABSTRACT

Objective: Determine the life quality in elder adults from the Laura Caller health center, Los Olivos - 2016.

Materials and methods. From a quantitative, descriptive and cross-sectional study. The total population consisted of 105 elder adults of both sexes enrolled in the integral care program to elder adults from the Laura Caller Health Center; the final population of the study consisted of 75 carefully selected elder adults using inclusion and exclusion criteria. The Whoqool Bref data collection instrument of the World Health Organization was used, which consists of 26 questions related to quality of life grouped in four dimensions: Physics, Psychology, Social Relations and Environment, with an evaluation scale from 0-100 of lickert type with which, a high score is directly correlated to a good life quality. **Results:** Elderly adults of the Laura Caller health center presented a low and medium quality of life in equal proportion, then high (20%). Of the 100% of the respondents, 69.3% (52) were female and 30.7% (23) male. According to dimensions, the most affected with respect to the quality of life was the Psychological dimension as low (55%), followed by the physical dimension: low (45%), the environment dimension: average (48%) , Finally the social relations dimension: average (64%). **Conclusions:** Quality of life in the elderly, most of them reflected greater affection in psychological and physical health, is therefore a relevant situation for joint and organized activities of the multidisciplinary team of the health establishment, family and social actors directed to Improve and promote health and reduce harm, through prevention and promotion actions, with the nurse being the basic pillar of these actions.

Keywords: Elderly, Quality of life, Nursing, Research

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la población adulta mayor se incrementa en número en todo el mundo. En el Perú, la transición demográfica es un hecho que ha cobrado relevancia con el paso del tiempo. La pirámide poblacional conformada principalmente por niños en la década de los cincuenta ha ido cambiando con los años donde la población adulta mayor ha ido incrementándose, este proceso de envejecimiento ha generado como consecuencia grandes necesidades de salud.

El envejecimiento se da de una forma progresiva, natural e irreversible, adquiere mayor relevancia en la última etapa de vida y trae consigo implicancias biopsicosociales, ya que el envejecimiento no es meramente biológico con repercusiones patológicas, es un proceso mucho más complejo y se puede evidenciar en el contexto social, económico, político y cultural.

Por otra parte, el incremento de años de vida no garantiza al adulto mayor una calidad de vida digna, principalmente, en los adultos mayores peruanos donde su calidad de vida se ve mucho más afectada debido a que la sociedad es excluyente con ellos, es decir, tienen menos oportunidades de mantenerse activos económicamente de seguir participando en la sociedad de manera productiva que les permita cierta independencia; además, sufren de diversas enfermedades crónicas que pueden llegar a ser incapacitantes para que el adulto mayor continúe sus actividades cotidianas y lo vuelve más dependiente principalmente de la familia, la sociedad y los servicios sanitarios.

Por consiguiente, el proceso de envejecimiento exige a los profesionales de la salud mayor compromiso ético, preparación constante y sobre todo gran sensibilidad por este grupo etario, siendo la enfermera el pilar fundamental del cuidado integral en todas las etapas de vida, y sus acciones deben estar regidas bajo una sólida base de valores éticos y vocación de servicio que garantice al adulto mayor vivir una vejez con calidad de vida.

El presente trabajo de investigación titulado: “Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016”, tuvo por objetivo conocer e identificar la calidad de vida de los adultos mayores inscritos en el programa de atención integral al adulto mayor, con la finalidad de generar información actualizada y que sirva al personal multidisciplinario, principalmente, al profesional de enfermería a tener mayor interés y conciencia en este grupo poblacional vulnerable que demanda mayor atención de salud, por lo que es preciso trabajar mediante programas de atención integral, promocionando la salud y previniendo las enfermedades, de esa manera disminuir los riesgos de complicaciones futuras que incapaciten al adulto mayor en la realización de sus actividades diarias afectando su calidad de vida.

El presente estudio está conformado de la siguiente manera: Capítulo I: Planteamiento del problema, formulación de la pregunta de investigación, objetivos del estudio y la justificación del presente estudio. El capítulo II comprende el marco contextual histórico social de la realidad, antecedentes de la investigación, marco teórico conceptual, la variable del estudio. El capítulo III: Comprende el diseño de la investigación: la población, así como la técnica e instrumentos de recolección de datos, proceso de recolección de datos, técnicas de procesamiento y aspectos éticos a considerar. El capítulo IV: Conformar los resultados y la discusión. Finalmente, en el capítulo V: Se consideró las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

La Autora.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En pleno siglo XXI, venimos experimentando el envejecimiento en el mundo entero, países desarrollados y los países en vías de desarrollo, el aumento de la esperanza de vida superior a los 60 años y el descenso de la tasa de fecundidad ha generado que la población adulta mayor aumente progresivamente, convirtiéndose en fuente prioritaria de políticas y programas encaminados a satisfacer las necesidades de salud de este grupo poblacional susceptible y vulnerable en el tiempo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años (1).

Por lo anterior, vemos que la transición demográfica es un hecho progresivo donde no solamente ocurre en los países desarrollados por lo que los países en proceso de desarrollo van a experimentar el mismo fenómeno, vale decir, que es un hecho que la población adulta mayor crecerá aún más rápido en países latinoamericanos.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que genera grandes cambios en las diferentes dimensiones de la vida humana. En el ámbito económico, el envejecimiento poblacional incurre en el crecimiento, el ahorro, las inversiones, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales. Socialmente, repercute en la composición familiar y las formas de convivencia, los requerimientos de vivienda, las tendencias de la migración, la epidemiología y los servicios de atención de la salud (2).

Las implicaciones del envejecimiento son diversas, con repercusiones individuales, sociales y familiares. El adulto mayor en el proceso de envejecimiento experimenta diversos deterioros, no solamente físicos, también psicológicos, disminuye su capacidad funcional, como consecuencia sus contribuciones en la sociedad son menores y se convierten en un grupo más vulnerable con diversas necesidades de salud, de apoyo social y familiar.

Se considera que una población está envejeciendo cuando las cantidades de personas mayores van constituyendo proporciones cada vez mayores del total de la población. La disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la supervivencia hasta edades más avanzadas son las causas del envejecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer aumentó sustancialmente en todo el mundo. En el lapso 2010-2015, la esperanza de vida es de 78 años en países desarrollados y 68 años en regiones en desarrollo. Hacia 2045-2050, los recién nacidos pueden esperar una vida de 83 años en las regiones desarrolladas y de 74 años en las regiones en desarrollo (3).

Por lo que el envejecimiento de la población debe considerarse como un reto en la sociedad moderna, un desafío en la búsqueda de nuevas formas de abordaje para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, porque el incremento de la esperanza de vida en el adulto mayor no le garantiza el disfrute de una buena calidad de vida, digna y una vejez saludable.

Para los adultos mayores es importante mantenerse independientes y saludables, no solo porque les permite realizar sus actividades diarias, sino porque muchos de ellos son jefes de familia, y quieren mantenerse activos en la sociedad contribuyendo al desarrollo, labor que les permite sentirse útiles y realizados.

Ahora bien, aunque se vive más tiempo, no se goza necesariamente de mejor salud que antes: casi una cuarta parte (23%) de la carga mundial general de mortalidad y morbilidad se registra en los mayores de 60 años, y gran parte de esa carga puede atribuirse a enfermedades de larga

duración como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiopatías, las enfermedades osteomusculares (como la artritis y la osteoporosis) y los trastornos mentales y neurológicos (4).

El envejecimiento en el adulto mayor es un proceso a lo largo de su vida, es decir, en cada etapa que ha vivido, por lo que es, un proceso natural e irreversible. El adulto mayor durante su vida tiende a padecer diversas enfermedades crónicas e infecciosas propias de la edad, esto demanda mayor atención sanitaria y social.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono, a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad (5).

La población adulta mayor al igual que los niños, son el grupo más vulnerable dentro de la sociedad, la pérdida de salud, la presencia de las enfermedades y la edad avanzada hacen del adulto mayor un ser susceptible que muchas veces experimentan duras situaciones como la falta de afecto, comprensión, rechazo principalmente por la familia y sociedad.

Según el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, posterior a los 60 años, la discapacidad y el óbito se acontecen en gran parte debido a las pérdidas de audición, visión y movilidad relacionadas con la edad y a las diversas patologías no transmisibles, que engloban las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las afecciones respiratorias crónicas, el cáncer y la enajenación. No son cuestiones solo de naciones acaudaladas. De hecho, la carga vinculada con muchas de estas afecciones en personas adultas mayores es cuantiosamente considerable en los países de ingresos bajos y medianos (6).

Los adultos mayores son denominados “pluripatológicos”, debido a las diversas patologías que pueden padecer. Muchas de esas patologías son

crónicas y degenerativas, que generalmente no son tratadas, muchas veces el adulto mayor considera esas enfermedades como algo natural de la edad.

La esperanza de vida entre hombres y mujeres ha ido evolucionando con el tiempo, en la década de los cincuenta, la diferencia numérica entre hombres y mujeres era mínima, donde la esperanza de vida para un hombre de 60 años era de 15 años, no obstante para una mujer de la misma edad era de 16 años. Tal desigualdad se ha incrementado con el transcurrir de los años, aumentando en 2010 a 3 años (20 y 23 años de esperanza de vida para los hombres y mujeres respectivamente). Se espera que tal trecho se conserve incesantemente de lo que queda del siglo XXI. Se proyecta que en el 2100, la esperanza de vida para hombres y mujeres de más de 60 años sea de 27 y 30 años, respectivamente (2).

De lo anterior, podemos afirmar que las mujeres adultas mayores tienden a vivir más años respecto a los varones, y que la brecha o diferencia ha ido ganando espacio durante el paso de los años, sin embargo, esa diferencia de esperanza de vida entre ambos géneros se mantendrá constante en el tiempo.

Lo que podría ser cuestión de estilos de vida, principalmente, la preocupación por el cuidado sobre la propia salud más en cuanto a las mujeres, quienes muchas veces son las que ven por el cuidado de cada miembro de su familia.

A escala mundial, en el año 1950, había 205 millones de adultos mayores. En el año 2012, dicha suma de personas mayores de 60 años de edad llegó aproximadamente a 810 millones. Se ha estimado que dicha cantidad ha de llegar a 1000 millones en un lapso de diez años y ha de duplicarse hacia 2050, donde llegaría a 2000 millones. Hoy en día, a nivel mundial, por cada 100 mujeres de 60 o más años de edad, existen solo 84 hombres en ese intervalo de edades; y por cada 100 mujeres de 80 o más años, encontramos 61 hombres de la misma edad (3).

Por lo que, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en las últimas décadas estando igual o por encima de los 60 años, con lo que

podemos afirmar que la transición demográfica es un fenómeno mundial. Donde hay menor mortalidad infantil y un incremento acelerado de supervivencia, llegando de esa manera a una estabilidad en la tercera edad.

En Europa, la transición demográfica se generó entre los siglos XVIII y XIX y el paso de altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad se fue dando de manera más lenta que en los países latinoamericanos y caribeños, es decir, el proceso de envejecimiento de la población se fue generando de una forma más paulatina. En ese contexto, a mediados del siglo XX, alrededor del 12% de la población europea era mayor de 60 años, más del doble que en América Latina y el Caribe, donde la población adulta mayor representaba el 5,6%. En el año 2010, las personas mayores en Europa bordeaban el 22% de la población total, porcentaje 2,2 veces mayor que el de América Latina y el Caribe. En el año 2040 esta razón disminuiría a 1,5 (31,6% frente a 21,4%). En 2050, las personas de edad de América Latina y el Caribe representarán el 26% del total de la población (7).

De lo anterior, podemos apreciar que en Europa hay mayor población de adultos mayores, sin embargo, los adultos mayores también van creciendo a un ritmo acelerado en América Latina y el Caribe, es decir, ya no es solo un fenómeno de los países europeos. Se puede afirmar que ya no es un tema relevante solo en países boyantes, pues es un fenómeno que tiene mayor trascendencia en los países latinoamericanos, muchos de los países subdesarrollados a los cuales hay que atribuirles mayor importancia con el objetivo de fomentar diversas estrategias de cuidado a las poblaciones vulnerables.

A nivel latinoamericano, la cifra de personas de más de 60 años sobrepasará a la cantidad de niños en el año 2040. De esa manera se traspasa de una composición de población mucho más joven en la década de los cincuenta a una población en notable proceso de senectud. En el año 2010 ya se aprecia el descenso significativo de la población conformado por menores de 15 años del total de la población, de un 40% en los años cincuenta a un 28% en 2010. Se estima que dicha población

solo represente un 15% de la población total en 2100. Posteriormente, el grupo de adultos mayores expresa un cuantioso incremento en el total de la población, al traspasar numéricamente un 5,6% del total de la región en el año 1950 a un 9,9% en el año 2010. Según las proyecciones para el año 2100 representará más del 35% de la población total (2).

Por lo que se puede afirmar que, con el paso de los años, la población de adultos mayores desplazará a la población compuesta por menores de 15 años. Proceso que se irá dando de manera paulatina en todos los países de Latinoamérica, lo que supone estar preparados para afrontar de manera efectiva el impacto mayor del fenómeno natural del envejecimiento, de esa manera mitigar los daños y brindarles a los adultos mayores las condiciones necesarias para que vivan de la mejor manera posible y con mayor calidad de vida.

En Perú, la composición por grupos de edad y sexo de la población está sufriendo diversos cambios. En la época de los cincuenta, la población peruana estaba compuesta mayoritariamente por niños(a), donde se observaba que de 100 personas 42 de ellos eran menores de 15 años. Para el año 2016 se ha observado una merma considerable donde de cada 100 habitantes, 28 son menores de 15 años de edad. Por lo que, en el Perú, se incrementa progresivamente el grupo de adultos mayores, pasando de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016 (8).

Perú no es ajeno a la transición demográfica, si bien es cierto este proceso se ha ido dando de manera lenta a lo largo de los años, pero actualmente contamos con una población más envejecida que los años 1950, donde la población estaba compuesta principalmente por niños.

Lo que significa que la tasa de natalidad y fecundidad ha ido disminuyendo con los años, generando como consecuencia un Perú cada vez más envejecido, con una población adulta mayor bastante vulnerable, un grupo susceptible que demanda mayor atención de parte del gobierno, para generar conciencia en la población; asimismo, estrategias y programas en diferentes centros de apoyo destinados al adulto mayor.

A finales del año 2015, el 37,6% de las viviendas del país albergaba entre sus miembros al menos un adulto mayor. En Lima Metropolitana se observa la mayor cantidad de hogares donde al menos hay algún adulto mayor, donde de cada 100 viviendas, en 41 hay al menos una persona adulta mayor. Del total de los hogares del país, el 25,1% tiene como jefe(a) de hogar a un(a) adulto(a) mayor. Según género, hay más mujeres que varones como jefas del hogar. El 58,3% de los adultos(a) mayores son una población económicamente activa, donde los varones tienen más oportunidades laborales respecto a las mujeres con 71,7% y 46,5%, respectivamente. El 41,7% corresponde a la población adulta mayor que no están insertados laboralmente en el país (8).

Los adultos mayores cumplen un rol muy importante dentro de la familia, gran parte de ellos son jefes del hogar, principalmente las mujeres. Se puede apreciar que, de cada 100 hogares, al menos 41 alberga un adulto mayor. Sin embargo, aún se observa desigualdades de género respecto al trabajo, ya que son los adultos mayores varones la población económicamente activa 71,7% y 46,5%, respectivamente, Así como vemos que solo el 58,3% son los adultos mayores que se encuentran laborando actualmente, situación que obliga muchas veces a los adultos mayores que no son PEA a padecer necesidades, pobreza y abandono.

A finales del periodo 2015, el 53,2% de adultos mayores del país han padecido alguna afección o malestar y el 37,5%, alguna patología o accidente. Vale recordar que el año anterior no presentó mayores cambios en cuanto a los sucesos (0,6%); sin embargo, en la esfera de patología o accidente, hubo un descenso en 4,3% puntos porcentuales. La mayor cantidad de adultos mayores, con algún tipo de problema de salud, no acudió a un establecimiento de salud para atenderse porque no lo consideró necesario, por otro lado, optó por medicinas caseras, o se automedicó (70,9%). Una cuarta parte (25,7%) no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos, o no le genera confianza o se demoran en la atención (8).

De lo anterior podemos decir que como consecuencia del proceso de envejecimiento son frecuentes las enfermedades que padece el adulto

mayor y con esta aumenta las necesidades de salud, podemos apreciar que gran parte de la población adulta mayor opta por automedicarse o simplemente no acuden a los establecimientos de salud por no considerarlo necesario o porque simplemente se demoran en la atención o no les genera confianza. Con esto se evidencia deficiencias en los servicios sanitarios principalmente para los adultos mayores, lo que debería ser un tema de preocupación tanto para el Estado como para los diferentes centros de atención y apoyo a este grupo poblacional.

Por todo lo expuesto, se hace necesario generar mayor conciencia y sensibilización para este grupo susceptible que demanda grandes necesidades de salud y las previas experiencias laborales con este grupo etario, donde se pudo evidenciar que los familiares son muchas veces los responsables directos del cuidado del adulto mayor, situación que les genera estrés al no conocer el proceso natural del envejecimiento y sus implicaciones en la salud. Durante las prácticas profesionales en los establecimientos hospitalarios y centros de salud se pudo evidenciar las situaciones por las que atraviesan los adultos mayores, donde realizan largas colas a la espera de una atención sanitaria, en las que muchas veces se les observa sin ninguna compañía. Si bien es cierto, muchos centros de salud no cuentan con un consultorio de geriatría, por lo que existen programas de atención integral destinados al cuidado del adulto mayor como es el caso del Centro de Salud Laura Caller, sin embargo, se hace evidente que no se está dando la debida importancia como un tema relevante ya que solo atienden a un número pequeño de adultos mayores, lo que significa que aún hay deficiencias en cuanto a atención y poco compromiso del equipo multidisciplinario, principalmente del profesional de enfermería como persona responsable de velar por el cuidado del paciente en todas las etapas de vida, principalmente con este grupo etario que más necesidades de salud demandan. Por todo lo anterior, se formula la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1 Objetivo general

- ❖ Determinar la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016

1.3.2 Objetivos específicos

- ❖ Determinar la calidad de vida en su dimensión física en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.
- ❖ Determinar la calidad de vida en su dimensión psicológica en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.
- ❖ Determinar la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.
- ❖ Determinar la calidad de vida en su dimensión ambiente en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo de investigación tuvo por finalidad conocer la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, en las dimensiones física, psicológica, social y ambiental, debido a que este grupo poblacional está experimentando un crecimiento a nivel mundial, principalmente en nuestro país; por ende, es deber del Estado y del profesional de salud contribuir a la mejora de su calidad de vida.

Debido a que los adultos mayores sufren una serie de cambios físicos y psicológicos, son más vulnerables que cualquier otro grupo etario, demandan mayor atención y son más vulnerables a padecer de diferentes enfermedades que muchas veces el adulto mayor lo asume de manera natural al relacionarlo con su vejez.

Si bien es cierto en la atención primaria y en muchos centros de salud podemos observar que no existe un consultorio de geriatría para esta población de adultos mayores que les permita recibir una atención de calidad. El presente trabajo tiene por finalidad aportar conocimiento para generar planes o estrategias que mejoren la calidad de vida del adulto mayor, así como sensibilizar a la población y a los profesionales de la salud a tomar mayor importancia en este grupo vulnerable, brindándole las condiciones necesarias que le permitan llevar un envejecimiento saludable y con calidad de vida.

La enfermera tiene por rol principal el cuidado del paciente en todas las etapas de vida, partiendo de ello el cuidado en adultos mayores se basa en un conjunto de acciones preventivo promocionales, que permitan al adulto mayor mantener su salud, independencia y cumplir su rol como ciudadano dentro de la sociedad de manera digna y con calidad de vida.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1. DISTRITO DE LOS OLIVOS

❖ Historia

El distrito de Los Olivos antes de ser denominado con el mismo nombre, guarda un proceso histórico de evolución muy interesante, sucesos que fueron desarrollándose a lo largo del tiempo, que a continuación haremos de su conocimiento.

❖ Época Autóctona

El Señorío de los Qolly fue establecido en el valle del Río Chillón y liderado por el Señor Colli, 1000 a.C. aprox. Sus dominios comenzaban en la playa y terminaban en Santa Rosa de Quives, pasando por Cerro Mulería, Aznapuquio, Pro, Collique, Punchauca y otros más. Eran frecuentes los conflictos con los señoríos vecinos, como Canta o Yauyos, por el control de las aguas y la abundante producción que se desarrolló en sus extensos campos de cultivo. Entre las ruinas arqueológicas más representativas en el distrito de Los Olivos, hoy se conservan huacas como Aznapuquio y el Cerro Pro, este último considerado, por aquel entonces, como sede militar y administrativa para controlar la parte baja del valle. Un milenio después llegaría las huestes Chavín dominando todo el Señorío. Más tarde, la invasión Wari agitó el Valle poblándose hasta las estribaciones de lo que son hoy Comas e Independencia (9).

❖ Establecimiento del distrito de Los Olivos

Entre 1977 y 1979, el sacrificado esfuerzo de dirigentes y vecinos en general mantuvieron vivo el sueño de formar un nuevo distrito, el cual surgía como una necesidad de los centros poblados

comprendidos entre la Av. Tomás Valle y el límite con el río Chillón. Se efectuaron incontables reuniones con autoridades políticas de la época y se elaboraron cientos de documentos con la finalidad de obtener los informes aprobatorios en múltiples instancias ante los Poderes Ejecutivo y Legislativo. En diciembre de 1985 el Consejo de Ministros del gobierno del presidente Fernando Belaúnde Terry, acogió las gestiones de los vecinos del Lima Norte con el importante apoyo del vicepresidente del Perú, Dr. Javier Alva Orlandini. Cuatro años más tarde, durante el gobierno del presidente Alan García Pérez y luego de incansables gestiones, el 04 de abril del 1989, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 25017 que crea el distrito de Los Olivos, con la firma del entonces presidente del Congreso, Dr. Héctor Vargas Haya, la cual fue publicada el 07 de abril de 1989 en el diario oficial “El Peruano” (9).

❖ **Ubicación**

Se ubica al Norte de la Provincia de Lima, ocupando estratégicamente la parte central.

❖ **Límites**

- Por el Este: Independencia y Comas.
- Por el Oeste: San Martín de Porres.
- Por el Norte: Puente Piedra
- Por el Sur: San Martín de Porres

❖ **Relieve**

Es plano, escasamente accidentado, en su mayoría está constituido por tierra óptima para la construcción.

❖ **Clima**

Tiene toda la costa húmeda, en menor grado que en muchos distritos cercanos del mar.

❖ **Hidrografía**

El río Chillón en su límite norte, separa a Los Olivos del distrito de Puente Piedra.

❖ **Población**

Los Olivos tiene una población de 371 229 habitantes al año 2015 (10).

2.1.2 ESTABLECIMIENTO DE SALUD LAURA CALLER

❖ **Reseña histórica**

El 5 de mayo de 1989 tomaron las tierras de Laura Caller para crear en ella un establecimiento de EsSalud, su objetivo fue considerar dentro de sus demandas la problemática de salud.

En 1992 la Junta Directiva Central firma un Convenio con la Sub Región de Salud III Lima Norte con el fin de desarrollar una experiencia de trabajo participativo y de cogestión.

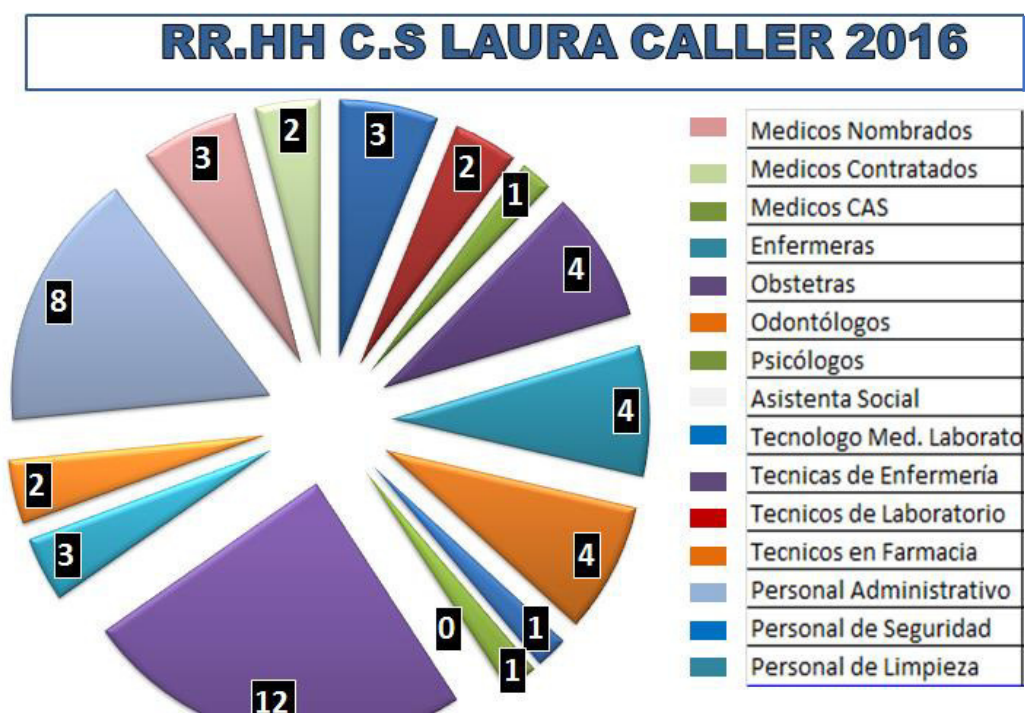
Con el apoyo de la Sub Región de Salud, los dirigentes y la comunidad empezaron la construcción artesanal de adobe, denominado Puesto de Salud Comunal Laura Caller.

Bajo una propuesta del MINSA de organizarse bajo la modalidad de CLAS, se empezó las gestiones del CLAS ante el mismo MINSA a partir del 1 de marzo de 1995.

A la actualidad, se ve el compromiso tanto de CLAS y personal de salud, con un objetivo establecido, el de poder llegar a ser el Centro de Salud CLAS Modelo a nivel nacional en docencia, gestión y atención integral.

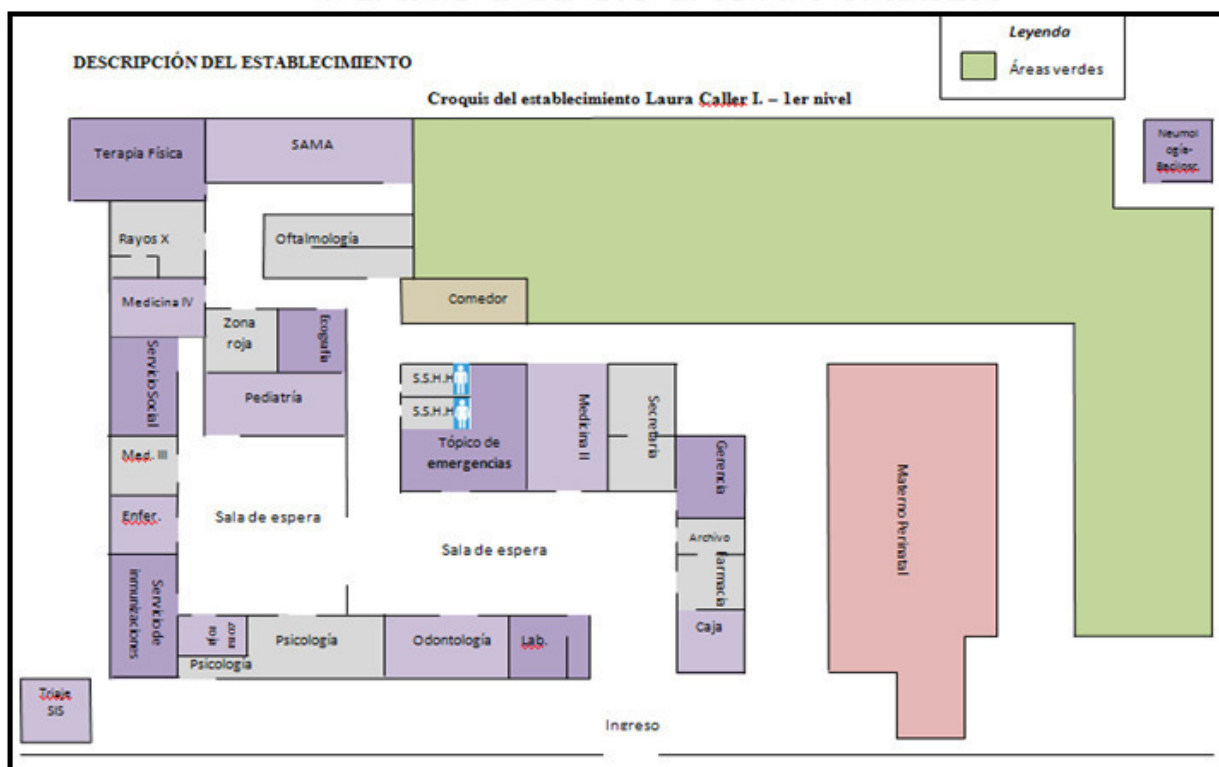
❖ **Ubicación**

El Centro de Salud Laura Caller se encuentra ubicado en la Manzana 10 A, Lote s/n zona 05 Asentamiento Humano Laura Caller Ibérico, Los Olivos.



Fuente: Centro de estadística del Centro de Salud Laura Caller, 2016

PLANO DEL C.S LAURA CALLER



Fuente: Centro de estadística del Centro de Salud Laura Caller – 2016

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Internacional

Santos, Leidiene Ferreira, Oliveira, Lizete Malagoni Almeida Cavalcante, Barbosa, Maria Alves, Nunes, Daniella Pires y Brasil, Virginia Visconde, en octubre del 2015, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud”. El estudio tuvo como objetivo describir la calidad de vida de los mayores participantes de un grupo de promoción de la salud. El método de estudio fue de abordaje cuantitativo, con mayores inscritos en una Unidad de Atención Primaria de Salud de la Familia (UABSF), que participan de un grupo de promoción de la salud. La recolección de datos ocurrió

entre junio y octubre de 2012, utilizando un cuestionario sociodemográfico de WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD (11).

Los resultados observados fueron que la edad media de los mayores es 71,0 años (DE: 7,2). La mayoría de los adultos mayores evaluaron su calidad de vida como buena o muy buena (20, 76,9%), sin embargo, casi todos ellos no estaban satisfechos con su salud (24, 92,4%).

Se concluyó que la evaluación de la calidad de vida se configura en estrategia que puede ser utilizada por profesionales de la salud que coordinan grupos para identificar los aspectos de vida de los mayores más afectados por el proceso del envejecimiento y, por lo tanto, permite la implementación de las intervenciones efectivas a las necesidades de esta clientela (11).

Darlene Mara dos Santos Tavares, Alisson Fernandes Bolina, Flavia Aparecida Días, Pollyana Cristina dos Santos Ferreira y Vanderlei José Haas, en Brasil, 2014, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida de los ancianos. Comparación entre las áreas urbana y rural”, cuyo objetivo fue comparar los puntajes de dos instrumentos que evalúan la calidad de vida en adultos mayores de las áreas urbana y rural. El método de estudio fue de corte transversal en el que participaron 2 142 ancianos de zona urbana y otros 850 de zona rural del municipio de Uberaba (Mato Grosso, Brasil). Se utilizaron los instrumentos: Olders Americans Resoucers and Services, World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) y World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) (12). Llegaron a la siguiente conclusión:

En cuanto a los resultados se presentó un predominio de mujeres en el área urbana y de hombres en la rural. Fue común en las dos áreas: el estado civil casado, la escolaridad de 4 a 8 años, y la renta individual mensual de

un salario mínimo. En el área urbana, los ancianos residían con sus hijos, y en la rural con el cónyuge. En la evaluación de la calidad de vida, los adultos mayores de esta última presentaron puntajes significativamente mayores a los del área urbana en los dominios físico, psicológico y de relaciones sociales en el WHOQOL-BREF; y en autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social e intimidad del WHOQOL-OLD. Para este último instrumento, los adultos mayores del área urbana reflejaron mayores puntajes que los del área rural en los dominios funcionamiento de los sentidos y de muerte y morir. Se concluyó que los adultos mayores del área urbana presentaron una mayor afectación de la calidad de vida que los residentes en el área rural. Los enfermeros que trabajan en atención primaria deben direccionar las estrategias de salud de acuerdo con las especificidades de las áreas urbana y rural (12).

Maria Villavicencio F, Rogelio Sanromán T, María López V, en Guadalajara Jalisco, México, 2013, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida y Salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara, Jalisco – México”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y la salud física y mental en 333 adultos mayores que habitan en edificios multifamiliares en Guadalajara Jalisco. Fue un estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo, Se utilizó el instrumento de calidad de vida WhoqolBref (2000). Se evaluaron a 333 adultos mayores (13). Se concluyó que:

El 60.1% de los ancianos consideraban su calidad de vida como normal, así como el 17.7% consideraban como regular, a diferencia del 5.7% de los ancianos consideraban tener muy mala calidad de vida (13).

Annali Quintanar Guzmán, en noviembre del 2010, realizó un estudio sobre “Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-FREF”, cuyo objetivo fue analizar la calidad de vida en los adultos mayores con dicho instrumento. La muestra estuvo compuesta por 21 sujetos 14 mujeres y 7 hombres, mayores de 65 años, con educación básica, nivel socioeconómico bajo e integrantes del grupo “Nuevo amanecer”. El método de la investigación fue observacional descriptiva-cualitativa, las representaciones sociales de la calidad de vida: Económicas, familiares, socio demográficas, de seguridad social y condiciones de la salud física y emocional de la población adulta mayor fueron medidas con el instrumento WHOQOL-BREF de la OMS, la estrategia fue de tipo probabilístico (14). Llegó a la siguiente conclusión:

Los resultados observados fueron modos de vida significativos en la calidad de vida global de los adultos mayores, con puntajes más altos en los aspectos negativos, manifestando estilos de vida no saludables, así como también en los dominios de relaciones sociales y aspectos afectivos, ya que manifiestan falta de comunicación, autoestima baja y un sistema de valores pernicioso (14).

2.2.2. Nacional

Fina Oliva Mejía Claros, en la provincia de Huara, Perú 2015, realizó sobre “Calidad de vida en adultos mayores en la comunidad de Lacsagna, provincia de Huaura, 2015”. Tuvo por objetivo general evaluar la calidad de vida que se presenta en los adultos mayores en la comunidad de Lacsagna provincia de Huaura 2015. El tipo de investigación es descriptivo, de diseño experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores, 24 de género femenino y 26 de género masculino con edades entre

63 a 92 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó la escala de FUMAT, que evalúa 8 dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores.

Se concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores en la comunidad de Lacsagna, provincia de Huaura, se presentan inaceptables en un 80% de la población (15).

Ana Claudia Pacompia Sucapuca, en Puno, Perú 2015, realizó un estudio sobre “Calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno, 2014”, tuvo por objetivo determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno. Fue un estudio de tipo descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores de ambos sexos. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de entrevista mediante el instrumento de guía de entrevista basada en la valoración clínica para adultos mayores (VACAM) (16). Concluyó que:

Los resultados reflejaron que los adultos mayores mantienen un nivel funcional independiente en el 67.5% a pesar de que el indicador de incontinencia urinaria es el más afectado; el estado cognitivo está considerado como deterioro cognitivo moderado en 55% de ellos, y el indicador más afectado es la capacidad de cálculo; el estado afectivo está caracterizado por la presencia de depresión severa en el 62.5%, el indicador más afectado es que se aburre con frecuencia; su estado socio familiar es considerado como problema social en un 57.5% (16).

Cáceres López Maribel, Marin Honorio, María Betty y Remache Tucno María Magdalena, Lima, Perú, 2013, realizaron un estudio sobre “Calidad de vida de los adultos mayores del Club Coronas de Gloria del distrito de Comas”, el cual tuvo por objetivo identificar la calidad de vida del adulto mayor del Club Coronas de Gloria del distrito de Comas. El material y métodos del estudio fueron cuantitativos, cualitativos, descriptivos, transversales. La población de estudio estuvo constituida por 120 adultos mayores, los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales durante los meses marzo a julio del 2013, utilizando el cuestionario de WHOQOL-BREF que contempló la dimensión física, psicológica, relaciones sociales y ambientales (17). Concluyeron:

Los resultados generales acorde a los objetivos generales de la calidad de vida del adulto mayor obtuvo un resultado de 66.7%. Se concluyó que los adultos mayores del Club Coronas de Gloria del distrito de Comas tienen un nivel de calidad de vida media (17).

2.3. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL

2.3.1. Adulto mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo).

La población de 60 años y más comprende a los adultos mayores que están en capacidad de ser activos, tener una participación social más o menos intensa y, por lo tanto, realizar aportes importantes a la sociedad. Pero también, dentro de este grupo, están los ancianos, de los cuales muchos de ellos ya tienen comprometidas sus capacidades físicas o mentales y, por lo tanto, requieren de una atención especial respecto de los cuidados de su salud y de proporcionarle una vida y una muerte dignas. Esto ha llevado a considerar la existencia de una 'tercera edad', de los 60 hasta los 74 años de edad, y una 'cuarta edad', de 75 años en adelante (18).

Por otra parte, los grupos de personas ancianas se dividen en lo siguiente:

Las edades comprendidas entre 50 a 64 años de edad se encuentran en plena transición hacia la vejez. En su gran mayoría se encuentran en buena condición física, con capacidad y autonomía y en condiciones que les permite mantenerse productivas y activas. Incluir a esta población en la prevejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrán las personas de más de 65 años de edad en un futuro (19).

A las edades comprendidas entre 65 a 74 años de edad se les denomina como la tercera edad. Es cuando se empiezan a notar mermas en cuanto a las condiciones físicas, en los roles sociales y en las actividades económicas, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud (19).

A partir de los 75 años y más, corresponden al grupo de la cuarta edad. En su gran mayoría la población presenta decrementos en salud y funcionalidad, y causa dependencia del entorno social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar (19).

De lo anterior se puede decir que cada grupo de los adultos mayores de acuerdo a la edad, experimentan de manera diferente y particular el proceso de la vejez, es decir, mientras mayor edad tenga la persona, la calidad de vida se verá más afectada respecto a los más jóvenes, que son adultos mayores mucho más activos y vitales dentro de la sociedad.

Vale decir que es de vital importancia abarcar de manera particular a cada grupo de edad, reconociendo sus necesidades de salud, sociales, emocionales y culturales, con la finalidad de proporcionarles las condiciones adecuadas para llevar una vejez saludable durante esta etapa de vida.

2.3.2 El envejecimiento

Según OMS, es el resultado de una tendencia persistente de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. Asimismo, el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

El proceso de transición demográfica es un avance de la sociedad moderna y refleja mejoras respecto a la salud mundial; sin embargo, también plantea grandes desafíos para el siglo XXI. A nivel mundial sigue habiendo enormes desigualdades sanitarias, lo demuestran las diferencias relacionado a la esperanza de vida al nacer; así,

mientras en Japón, donde hay mayor esperanza de vida con 82,2 años, en muchos países africanos la cifra puede ser de 40 años menos. Asimismo, existen importantes desigualdades dentro de una misma nación. Se proyecta que para el año 2050, cerca del 80% de óbitos corresponderá a adultos mayores. Se sabe que los gastos sanitarios incrementan con la edad y se concentran en el último año de vida (20).

El incremento de la población adulta mayor es un hecho que se está generando en todo el mundo, algunos países tienen mayor índice de esperanza de vida que los otros, los países desarrollados son los que albergan mayor cantidad de adultos mayores y los países en vías de desarrollo no son ajenos a este fenómeno, por lo tanto, el tema es un desafío cada vez más importante y relevante para el Estado de cada país quienes están en la obligación de generar políticas y estrategias dirigidas a mantener la salud de este grupo etario.

El curso del envejecimiento es muy complejo: No es netamente una cuestión biológica, sino también engloba una serie de factores como mental, espiritual, social, ambiental, económico y cultural. Es un proceso que se origina en el individuo pero que presenta repercusiones sociales, económicas, laborales y familiares (21).

El envejecimiento se da a lo largo de toda la vida, desde que nacemos biológicamente estamos madurando y envejeciendo, este se acelera en la adultez. Pero el envejecimiento no solo es biológico, ya que como consecuencia también genera diversas repercusiones en la sociedad, en lo económico muchos de los adultos mayores pasan por la discriminación, suelen tener menor oportunidad al acceso a un trabajo lo que les conlleva a sufrir de problemas económicos, mentalmente se genera también cambios importantes, los adultos mayores suelen tener otras perspectivas de la vida, sobre sí mismo y de la familia, muchos de ellos suelen aislarse porque

sienten que ya no son útiles para realizar actividades cotidianas o participar en alguna actividad de ocio.

La longevidad ha sido para toda la humanidad un ideal expresado de diversas maneras y desde tiempos inmemorables; sin embargo, no solo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones. La meta es la longevidad relacionada con creciente calidad de vida. Estas condiciones pueden alcanzarse a través de influir en el ámbito sociocultural, es decir, en la condición y estilo de vida, así como mayores conocimientos de los factores biológicos y avances científicos que aumenten la esperanza de vida y mantengan las capacidades funcionales del ser humano (22).

La longevidad no garantiza para muchos adultos mayores gozar del bienestar y calidad de vida, pues no todos los adultos mayores gozan de buena salud, ingresos económicos, atención sanitaria, apoyo social o principalmente familiar.

Son muchos los adultos mayores en condiciones de abandono familiar y exclusión social, el impacto de la problemática es aún mayor en países subdesarrollados, donde los adultos viven en condiciones de pobreza, con las diferentes afecciones físicas que muchas veces no son tratadas por la falta de acceso a los servicios sanitarios.

El proceso de envejecimiento genera una serie de consecuencias entre ellas el incremento de patologías que producen discapacidad, invalidez y dependencia. Se eleva la tasa de patologías crónicas degenerativas que limitan progresivamente las funciones, tanto físicas como mentales, aún más se produce la necesidad de recurrir a cuidados proporcionados por terceras personas. Aumenta progresivamente la cantidad de necesidades para este grupo etario, además, se van haciendo progresivamente más complejas. Por lo que aumenta el número de los llamados pacientes crónicos pluripatológicos, con procesos agudos intercurrentes que, con frecuencia conducen a situaciones de terminalidad. Las dos

principales causas de mortalidad en los adultos mayores son la enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, superando entre ambas el 80% de las causas de fallecimiento, seguidas de manera distante por las afecciones respiratorias (23).

Mientras más anciana es la persona, las necesidades de salud y cuidado son mayores, los adultos mayores sufren principalmente de enfermedades crónicas e infecciones, pues con la edad el organismo del adulto mayor enlentece sus funciones, son más frágiles y la capacidad de defensa contra microorganismos patógenos disminuye, situación que hace al adulto mayor demasiado susceptible a muchas enfermedades y mucho más dependientes de la familia y a los servicios sanitarios del país que no necesariamente cuentan con las condiciones apropiadas para brindar una atención oportuna y efectiva.

Envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien en la denominada tercera edad aparece un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas funcionales, determinarán el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida, como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, como su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Cuanta más información obtengamos de la vida del individuo mejor comprenderemos el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor (24).

De lo anterior podemos decir que el envejecimiento no es sinónimo de estar enfermos, ya que muchos adultos mayores pueden llevar una vejez saludable y activa, esto dependerá de la forma como llevan su estilo de vida y de los diferentes factores que influyen sobre ella, es decir, si el adulto mayor practica estilos de vida saludable,

sumado a una excelente atención sanitaria podrá gozar de buena calidad de vida y permanecer activos dentro de la sociedad.

a. Características del envejecimiento

Todos los seres vivos presentan características muy singulares y particulares, los cuales son:

❖ Universal

Esto es, que es propio de todos los seres vivos (25). Todos los seres vivientes del planeta experimentan el fenómeno de envejecimiento.

❖ Progresivo

Al trascurrir la vida se producen efectos sobre el organismo, que al acumularse originan los cambios propios del envejecimiento (25). Avanza los años sin parar.

❖ Irreversible

A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse (25). Dado que es un proceso natural que se da en cada ser viviente no se puede evitar o alterar.

❖ Heterogéneo e individual

Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona (25).

❖ Deletéreo

Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de este último es alcanzar una madurez en la función (25).

❖ **Intrínseco**

No es debido a factores ambientales modificables. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades y se han mejorado los factores ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud y muere generalmente alrededor de los 80 años (25).

b. Componentes del envejecimiento

❖ **Natalidad**

Es el primer y más relevante de los elementos demográficos que forma parte del proceso de envejecimiento, es la disminución de la tasa de fecundidad al haber una disminución de nacimientos que produce sucesivas mermas de los grupos de jóvenes, existe un incremento progresivo de los más mayores. Este fenómeno prevalece principalmente en los países con mayor nivel económico y cultural (26).

Al descender la tasa de natalidad y fecundidad da lugar a que la población mayor incremente, de manera que la pirámide poblacional tome una forma rectangular.

❖ **Mortalidad**

La reducción de las tasas específicas de mortalidad, con el consiguiente incremento de la probabilidad de supervivencia y esperanza de vida en todas las edades, es el otro gran elemento que influye en el envejecimiento poblacional (26).

En los últimos tiempos se ha observado una mejora en los servicios sanitarios, así como la creación de diversos equipos médicos y

tecnológicos destinados a mantener la salud de la población, y disminuir la tasa de mortalidad.

❖ **Mortalidad por edad**

La posibilidad de fallecer no es la misma a lo largo de la vida, es mayor en el primer mes y año de vida, disminuyendo posteriormente y presentando un ligero incremento en jóvenes varones muchas veces por accidentes de tránsito; en el caso de individuos mayores hay una relación lineal entre edad y mortalidad (26). Mientras más longevo(a) es la persona, tiene mayor probabilidad de morir debido a que influyen diversos factores patológicos y socioambientales.

❖ **Mortalidad por sexo**

El exceso de natalidad masculina se equilibra con una mayor mortalidad en los primeros meses y años de vida, aunque en el primer tercio de la vida, la población está ligeramente masculinizada, a partir de los 32 años se invierte el proceso hasta duplicar las mujeres a los hombres a los 80 años (estando en el origen de descompensación progresiva de forma casi exclusiva la mortalidad) (26). De lo anterior podemos deducir que las adultas mayores son quienes lideran en número dentro de la pirámide poblacional respecto a los varones.

❖ **Mortalidad por causa**

Predominan las patologías del aparato circulatorio que incluyen la enfermedad cerebrovascular y cardiopatías en general, siguiéndoles en frecuencia los tumores, afecciones respiratorias, cáncer de mama en mujeres y próstata en los varones, así como el aumento en la incidencia de enfermedades mentales (26).

De lo anterior podemos decir que los adultos mayores sufren más de enfermedades crónico degenerativas, muchos de ellos de curso progresivo que afectan gravemente la calidad de vida del adulto mayor, enfermedades que al no ser tratadas y controladas oportunamente conllevan a la muerte.

2.3.3. Teorías del envejecimiento

A lo largo de la historia, muchos científicos han tratado de explicar el fenómeno del envejecimiento con más o menos acierto mediante la postulación de teorías. Actualmente, hay más de 300 teorías que explican el fenómeno del envejecimiento, todavía no se entiende bien por qué los organismos envejecen y por qué los mecanismos de envejecimiento pueden variar tanto en velocidad y calidad de un individuo a otro (27).

A continuación, veremos las diferentes teorías que intentan explicar las causales del envejecimiento en los seres vivos.

a. Teorías genéticas y deterministas

Sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo (28). Al ser tan enorme la complejidad del sistema celular, ¿se pueden concebir teorías del envejecimiento celular verdaderamente deterministas? Es obvio que la maquinaria genética de la célula era un objetivo perfecto para la creación de este tipo de teorías, ya que contiene la información responsable de la estabilidad y la existencia del sistema celular. Y aquí es donde empieza la mezcla, demasiado frecuente, entre las teorías “deterministas” y las “genéticas” (29).

Se puede decir entonces que todo el proceso de envejecimiento está determinado y naturalmente programado genéticamente, argumento según las teorías genéticas y deterministas.

b. Teorías genéticas y escolásticas

Dentro de estas se van a estudiar un conjunto de teorías que, por un lado, pueden considerar al genoma como principal protagonista del fenómeno y, por otro lado, incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular (28). En este apartado los factores medioambientales cobran relevancia como principales causales que influyen de manera negativa para el desarrollo del proceso de envejecimiento.

❖ Teoría de la regulación génica

Cada especie posee un conjunto único de genes que determinan su desarrollo y reproducción. Según esta teoría, la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa que tenga el organismo frente a ciertos factores nefastos, por lo tanto, el envejecimiento será la consecuencia de un desequilibrio entre los diferentes factores que han permitido, sobre todo, el mantenimiento de la fase de reproducción (29).

❖ Teorías de la diferenciación terminal

Encontramos aquí la idea de que cuanto mayor sea la regulación de los genes que permiten luchar de forma eficaz contra los radicales libres, más importante será la longevidad de una especie. Esta teoría es de naturaleza estocástica, ya que, probablemente, existen muchísimas combinaciones posibles de “desregulaciones” génicas que, al final, conducen a la destrucción del sistema celular. Este concepto sugiere que una “desregulación” génica podría ser la causa no solo del envejecimiento de las células, sino también del organismo entero (29).

❖ **Teoría de la inestabilidad del genoma**

Las inestabilidades pueden ser de diferente naturaleza y afectar a la expresión de los genes. Pueden darse modificaciones en cuanto al propio ADN, como, por ejemplo, mutaciones o reorganizaciones del ADN. Para esta teoría, la inestabilidad del genoma es la principal causa del envejecimiento (29).

De lo anterior podemos decir que cualquier alteración del material genético es la principal causa del envejecimiento.

❖ **Teoría generalizada del error catastrófico**

Entre estas teorías, la más estudiada es la teoría de los radicales libres que ha conocido un éxito enorme, aunque los radicales libres no sean más que un ejemplo de los factores medioambientales que pueden alterar el funcionamiento celular. Las razones de este éxito son varias. En primer lugar, una razón casi filosófica es el descubrimiento de la paradoja del oxígeno: el oxígeno es necesario para la vida aerobia, pero es la fuente de moléculas altamente reactivas y destructivas: los radicales libres derivados del oxígeno molecular. Una razón más histórica es el descubrimiento de enzimas antioxidantes presentes a altas concentraciones en todas las células de los mamíferos (29).

Se sabe bien que el oxígeno es una fuente vital para los seres vivos, necesaria para el funcionamiento de los órganos y la supervivencia de los seres vivos, la teoría anterior hace una importante mención sobre el oxígeno y las consecuencias negativas de sus radicales libres, mencionando que este último sería el causante del envejecimiento celular, por ende, estar relacionado al proceso de envejecimiento.

c. Teorías evolutivas del envejecimiento

El por qué tiene lugar el proceso de envejecimiento se podrá contestar recurriendo a alguna de las teorías evolutivas. Estas teorías son las que teorizan sobre por qué cada especie animal tiene una determinada longevidad máxima o velocidad de envejecimiento, en lugar de abordar el cómo tiene lugar el mismo. Podemos citar entre las más curiosas, la que establece una relación de peso del cuerpo del animal y su longevidad, la cual se perfiló posteriormente, concretándose en vertebrados a la relación entre el peso del cerebro y el peso promedio del animal. Así, una especie vive tanto más cuanto mayor sea su exceso de peso cerebral respecto del corporal (30).

Hoy en día existen numerosas teorías que tienen por finalidad explicar el origen del envejecimiento, dado que una sola teoría no puede explicarlo mucho menos optar la posición como determinante único del envejecimiento.

2.3.4. Cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento

Muchos de los problemas y limitaciones que afectan al adulto mayor son generados por las diversas enfermedades que los afecta, los cambios fisiológicos que se van presentando, como producto del proceso natural del envejecimiento, juegan un rol muy importante en la condición general, tanto física como mental a esta edad (24).

El envejecimiento es una condición biológica natural que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a los distintos individuos e incluso a los diferentes órganos. Empieza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el óbito. La mayoría de

los investigadores creen que se genera por un proceso acumulativo de interacciones entre los diversos factores (herencia, el ambiente, las características culturales, la dieta, el ejercicio, las patologías previas y muchos otros factores) a lo largo de la vida (26).

Los años vividos por el ser humano dejan ciertos signos notorios y significativos que caracterizan al adulto mayor, la vejez es el periodo final después de la adultez, partiendo de este punto, el proceso del envejecimiento es de causa multifactorial, por lo que las consecuencias también serán en todos los ámbitos de la vida.

El envejecimiento es una condición que no desacelera en el tiempo, avanza lentamente como una patología crónica y progresiva, por lo que genera grandes connotaciones en la vida del adulto mayor. Es en esta etapa donde surgen diversas afecciones orgánicas, se deteriora gradualmente la función física, sin embargo, vale recalcar que el envejecimiento es diferente en cada persona, mientras unos mantienen una excelente condición física y mental que les permite ser más activos en sus quehaceres cotidianos, otros adultos mayores sufren muchas limitaciones funcionales y con cierta discapacidad por lo que son más dependientes a terceras personas.

Existe un envejecimiento cutáneo, tanto a nivel de la epidermis, como de la dermis y del tejido subcutáneo, el cual disminuye su contenido de grasa y de los apéndices cutáneos. La disminución de la grasa subcutánea trae como consecuencia la reducción de la protección mecánica (24).

Los cambios en la piel son los signos más característicos en el adulto mayor como consecuencia del envejecimiento de los órganos y sus funciones y se evidencia claramente a la observación y al tacto en los adultos mayores, asimismo, al disminuir la elasticidad de la piel es más sensible y propensa a cualquier daño físico.

Por lo tanto, el envejecimiento de la piel en los adultos mayores puede traer consigo consecuencias negativas de gran importancia, ya que a través de ello el adulto mayor está más expuesto a las agresiones del medio ambiente, además, es una condición que podría facilitar con mayor frecuencia a padecer afecciones cutáneas.

a. Cambios en la figura corporal

Durante el envejecimiento se presentan cambios a nivel de los huesos, músculos y articulaciones lo que conlleva a una reducción de la estatura de manera progresiva. Asimismo, se ha observado que después de los 40 años puede observarse una pérdida de 1 cm por cada 10 años de vida, y que después de los 70 años esta pérdida es aún mayor. La disminución de altura corporal total durante el proceso de envejecimiento puede estar entre 2,5 y 7,5 cm (26).

Una de las características más notorias en los adultos mayores es que presentan cambios evidentes a nivel físico, la apariencia corporal cambia con el pasar de los años, sobresalen las prominencias óseas y son mucho más marcadas con la edad, así como la postura corporal cambia, en este caso disminuye gradualmente, suele encorvarse en la vejez, y esto les genera implicaciones negativas para la salud, ya que suelen padecer molestias dolorosas principalmente en los músculos de la espalda.

Por lo tanto, el envejecimiento genera en el adulto mayor una reducción del volumen corporal, no solamente por la disminución de la masa ósea y muscular, sino también por la pérdida gradual del agua corporal, como consecuencia se observa en el adulto mayor menor turgencia en la piel y, por ende, cierta fragilidad.

b. Cambios en los signos vitales

Los adultos mayores también presentan alteraciones en los signos vitales, esto podría deberse principalmente al deterioro progresivo de los órganos vitales. Entre las funciones vitales tenemos a la temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y, por último, la presión arterial.

- ❖ La temperatura corporal no se modifica de manera significativa en el envejecimiento. Sí se observa un deterioro de la regulación de la temperatura corporal y, por lo tanto, de la capacidad de adaptación a las distintas temperaturas del ambiente. Estas alteraciones están relacionadas con la pérdida de la grasa subcutánea y con la reducción en la capacidad de transpiración (26).

Por lo que los adultos mayores suelen con frecuencia presentar valores oscilantes de la temperatura, muchos de ellos suelen presentar la temperatura baja, esto podría estar relacionado con la pérdida gradual del tejido subcutáneo y la pérdida de capacidad termoreguladora para mantener una temperatura adecuada.

- ❖ La frecuencia cardíaca en reposo puede ser más lenta, tarda más tiempo en aumentar el pulso durante el ejercicio y mucho más para que disminuya después del mismo. También la frecuencia máxima que se alcanza con el ejercicio es menor (26).

De lo anterior podemos decir que en la frecuencia cardíaca hay cierto cambio en los adultos mayores, ya que el valor de este suele fluctuar y mantenerse más baja que alta y no estar relacionado necesariamente a procesos patológicos.

- ❖ Los vasos sanguíneos se vuelven menos elásticos por lo tanto la respuesta es más lenta a los cambios de posición del cuerpo, ya que hay una mayor posibilidad de sufrir crisis de hipotensión ortostática. La presión sanguínea media incrementa de 120/70 a 150/90 y puede mantenerse ligeramente alta, aun con tratamiento (26).

Es sabido que el aparato cardiovascular sufre ciertos cambios en la vejez, las arterias pierden elasticidad y consecuentemente se engrosan impidiendo el tránsito adecuado de la sangre, como consecuencia podría generar en el adulto mayor un aumento de la presión arterial.

- ❖ La función de los pulmones se ve afectada solo en la capacidad de reserva, no se han observado cambios en la frecuencia respiratoria. Frecuencia respiratoria superior a 25 respiraciones por minuto puede estar relacionado con un signo de infección respiratoria baja, insuficiencia cardíaca o algún otro trastorno (26).

De lo anterior podemos decir que el adulto mayor suele mantener la función respiratoria en condiciones normales, su alteración está relacionado a agentes patógenos y otras patologías.

c. Cambios en el sistema cardiovascular y sanguíneo

Las patologías cardíacas y vasculares son algunos de los trastornos más frecuentes en personas de edad avanzada. Debido a los cambios del tejido conectivo de la pared de los vasos sanguíneos, la aorta se vuelve más gruesa y rígida. Ello produce una mayor eyección sanguínea e hipertrofia cardíaca y un aumento de la presión sanguínea. La pared capilar se engruesa, y puede ocasionar una tasa más lenta de intercambio de nutrientes y desechos. Al generarse una reducción normal de la cantidad de agua corporal con el envejecimiento, el volumen de sangre también

disminuye. La cantidad de glóbulos rojos se reduce junto con el número de la hemoglobina y hematocrito. Los glóbulos blancos se mantienen en el mismo nivel, aunque el número de linfocitos se reduce, así como su capacidad de función (26).

Como consecuencia del deterioro orgánico a nivel cardiovascular y sanguíneo, el adulto mayor está predispuesto a sufrir diversas cardiopatías, además de anemia e infecciones debido a la disminución funcional del sistema inmunológico.

d. Cambios en el aparato respiratorio

En el envejecimiento, los órganos pulmonares empiezan a perder parte del tejido. La cantidad de alvéolos disminuyen al igual que el de capilares. Se puede observar también una reducción de la elasticidad, esto debido a la pérdida de la elastina en el tejido pulmonar (26).

e. Cambios en el aparato gastrointestinal

La función principal del tubo gastrointestinal que más se va a ver afectada durante el envejecimiento es la función motora. Se debe a la alteración de la regulación de los mecanismos neurogénicos. Estas alteraciones van a ocasionar trastornos funcionales y orgánicos en el adulto mayor, y, como consecuencia, cambios en la función de absorción y secreción (26).

Se sabe que, con la edad avanzada, la motilidad intestinal se torna más lenta, hay menor absorción de nutrientes, estos se ven mucho más afectados cuando el adulto mayor presenta pérdida de la dentición lo que ocasionaría una alteración en la nutrición.

f. Cambios en los órganos de los sentidos

A nivel de la vista, la agudeza visual y la amplitud del campo visual disminuyen con el paso de los años. A nivel del oído, la degeneración del nervio auditivo va a generar una reducción auditiva. Hay engrosamiento de la membrana del tímpano. Anatómicamente existe un incremento del pabellón auditivo por crecimiento del cartílago, engrosamiento de los pelos y acumulación de cerumen (26).

Como consecuencia del proceso de envejecimiento, los problemas auditivos y visuales son usuales en el adulto mayor, siendo uno de los problemas que al no ser tratadas oportunamente afectan la calidad de vida del anciano, ya que puede generar en el adulto mayor probabilidad a sufrir accidentes ya sea en el hogar o en la calle.

2.3.5. Aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento

La personalidad del adulto mayor se caracteriza por la complejidad o diferenciación mayor que la de los jóvenes. Esta diferencia se explica porque los adultos mayores poseen una mayor experiencia por consiguiente un mejor dominio de sus impulsos (31).

La vejez sin duda es para muchos sinónimo de sabiduría, el adulto mayor es una persona dotada de sabiduría y conocimientos, adquiridas naturalmente de cada experiencia y vivencias a lo largo de la vida, donde muchas veces los más jóvenes recurren a ellos para aprender.

a. Cambios más frecuentes en la personalidad del anciano

Variaciones a nivel del pensamiento, afectividad, o en la conducta diaria del adulto mayor incluyen: Insatisfacción por la vida, pérdida de autonomía, insatisfacción y desajustes sexuales, pérdida de papeles personales familiares y sociales, rechazo e inadaptación a la vejez, inconformidad con la imagen corporal, proceso de aislamiento o disminución de relaciones humanas (31).

El adulto mayor suele tener otras percepciones de su vida y la sociedad. Dependiendo de sus vivencias pasadas o las oportunidades encontradas en el presente, el adulto mayor podría optar una posición positiva o negativa dentro de la sociedad y la familia.

2.3.6. Envejecimiento de las funciones psíquicas

El envejecimiento de las funciones psíquicas suele ser un fenómeno personal, influido por diversos factores como son: la herencia, las capacidades mentales anteriores, la afectividad, la actividad actual o las patologías, entre otros (31).

El envejecimiento de las funciones psíquicas engloba las siguientes características:

❖ Tiempo de reacción

La reducción de la efectividad de las funciones sensoriales y motoras, puede estar justificado al tomar más tiempo para ejecutar alguna acción. No obstante, estudios realizados refieren que cuando el adulto mayor puede prepararse con tiempo suficiente, la diferencia con relación a los jóvenes podría desaparecer, se deteriora cuando las condiciones no se dan y cuando la tarea exige series rápidas de movimientos diferentes uno de otros (31).

De lo anterior podemos referir que el adulto mayor durante el proceso natural de su envejecimiento suele experimentar cambios a nivel de las funciones psíquicas, hay un enlentecimiento del tiempo de atención y reacción, sin embargo, es una condición que no se le puede atribuir a todo adulto mayor ya que el envejecimiento se da de manera diferente en cada persona, dependerá mucho de los diferentes factores que influyan en el deterioro de tales funciones.

❖ **Inteligencia**

Se considera que en los adultos mayores el rendimiento intelectual estaría relacionado al nivel de cultura (31). Por lo que se puede decir que a mayor grado de cultura en el adulto mayor, este mantendrá un adecuado rendimiento intelectual.

❖ **Afectividad**

En este segmento, el adulto mayor está predispuesto a estar influido por la pérdida de sus seres queridos y sufre con frecuencia a causa de su entorno una especie de exclusión y de descalificación. A veces la disminución del sistema de relaciones y sociales es tal que se puede expresar de una muerte social, que precede muchos años al óbito biológico, el adulto mayor en tal situación se vuelve frágil, se encuentra en una crisis permanente, se podría observar incluso intentos de suicidios que no necesariamente estarían relacionados a una depresión propiamente, desde el punto de vista psiquiátrico, sino que son manifestaciones de un abandono externo, de la pérdida de todo lazo y contacto social (31).

De lo anterior podemos decir que el anciano experimenta durante la vejez diversas situaciones que podrían generarle daño a nivel afectivo, esto podría deberse a las experiencias dolorosas que experimenta ya sea por la partida de seres queridos o amigos, el

abandono de los mismos, ocasionando en ellos sentimientos negativos y de abandono personal y social

❖ **Motivaciones**

Básicamente son lo mismo que aquellas del sujeto más joven, cuando se trata de necesidades básicas, como hambre, sed, homeostasis, no obstante se plantea que algunas motivaciones pueden ser quizás modificadas por la fisiología, la cultura y por la historia intelectual de cada persona, donde la tendencia a explorar nuevas cosas podría reducirse y el adulto mayor presente una real necesidad de controlarlo todo, este último como problema de confirmación personal (31).

Si bien es cierto el envejecimiento se da de manera diferente en cada ser humano, por lo tanto, podríamos mencionar que muchos de los adultos mayores conservan de manera óptima sus funciones mentales, el adulto mayor también presenta grandes necesidades de afecto sobre todo por parte de la familia y amigos, tema importante para conservar el lado afectivo y las ganas para seguir viviendo.

2.3.7. Impacto de las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores

Las patologías cardiovasculares suelen ser la principal causa de óbito en el mundo. Cada año fallecen más personas debido a enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Se estima que en el año 2004 fallecieron por esta causa 17,3 millones de individuos, lo que representa un 30% de todas las muertes registradas a nivel mundial; 7,3 millones de estos óbitos se relacionan a cardiopatía coronaria y 6,2 millones a accidentes cerebro vasculares. Los fallecimientos a causa de las patologías cardiovasculares afectan en partes iguales a ambos sexos y más

del 80% se generan en naciones de ingresos bajos y medios. Las principales causas de mortalidad en los adultos mayores son, en primer lugar, la cardiopatía isquémica, responsable de más de 5 millones de muertes y en segundo puesto están, las patologías cerebrovasculares, responsables de más de 4 millones de muertes (20).

Por lo que es un reto para el Estado e instituciones de salud abordar con mayor sensibilidad a este grupo generando programas preventivos promocionales con la finalidad de disminuir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores

2.3.8. Cambios en la marcha del adulto mayor

El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de alteraciones en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos que controlan el equilibrio y en el aparato locomotor que pueden cambiar el patrón normal de la marcha, generando la marcha senil. Durante el proceso de envejecimiento, el sistema músculo-esquelético sufre diversos cambios que afectan a los segmentos corporales que participan en la marcha. En el tobillo disminuye la fuerza del tríceps sural y el rango articular en parte por pérdida de elasticidad de las partes blandas. En el pie es común la atrofia de las células fibroadiposas del talón, reducción de la movilidad de las articulaciones del antepie con deformidades, zonas de hiperqueratosis en la piel de planta y dorso de ortejos y atrofia de la musculatura intrínseca del pie (32).

Del apartado anterior se puede decir que uno de los problemas que más caracterizan al adulto mayor es la pérdida progresiva de la fuerza muscular, así como el tono y el deterioro de las articulaciones, lo que hace del adulto mayor una persona más frágil y a optar una postura encorvada, situación que muchas veces conlleva con frecuencia al adulto mayor a sufrir lesiones a nivel de la piel.

- ❖ **A nivel de la rodilla:** Debido a la alta prevalencia de artrosis, se genera reducción de la movilidad articular, por lo que es más compleja la pérdida de extensión total de la rodilla por el costo energético que implica conservar la marcha y la inestabilidad que podría ocasionar. La formación de osteofitos puede ir agravando el aparato cápsulo-ligamentoso de la rodilla y generar una inestabilidad progresiva, alteraciones del eje (genu valgo o varo) y claudicación espontánea (32).

- ❖ **A nivel de cadera:** Suele ser frecuente que debido a la posición sedente prolongada se produzca reducción del músculo iliopsoas favoreciendo la pérdida de extensión de la cadera. La alteración entre las fuerzas de flexión y extensión produce condiciones poco favorables para la articulación y se precipita el desgaste articular. Secundario al desgaste del cartílago articular, puede ocasionar reducción de la movilidad e incluso rigidez en flexo de cadera. La artrosis al ser muy severa, la cabeza femoral puede aplanarse generando acortamiento de la extremidad. Por consiguiente, la sarcopenia y el dolor pueden favorecer que exista una insuficiencia de los músculos abductores de cadera (32).

- ❖ **A nivel de la columna vertebral:** Dado la reducción de la altura de discos intervertebrales y eventual acuñaamiento de vértebras por fracturas osteoporóticas, se genera una cifosis dorsal que favorece que el centro de gravedad se desplace hacia anterior (32).

Por lo que es frecuente en el adulto mayor la adopción de posturas corporales más encorvadas y la marcha suele ser mucho más lenta, disminuye la fuerza muscular y suelen aparecer enfermedades osteomusculares y con ello la fragilidad.

2.3.9. Epidemiología mundial y latinoamericana del adulto mayor

Una población envejecida es y será uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al aumento relativo de los adultos mayores y a un incremento progresivo de la esperanza de vida al nacer y a los 60 años de edad (24).

El proceso de envejecimiento será mayor con el transcurso de los años, es un fenómeno que se está generando en todo el mundo, en algunos mucho más rápidos que en otros, esto dependerá a las condiciones sociales y sanitarias de cada país.

Europa, la región más envejecida, existen al menos 170 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, mientras tanto, en Norteamérica, esta proporción es de 113 a 100, aproximadamente. Se proyecta que para el año 2050, el índice de envejecimiento en estas regiones haya alcanzado 270 y 190 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, respectivamente. Para finales de siglo, en Europa se habrá estabilizado alrededor de 260 y en Norteamérica, alrededor de 240 (2).

De lo anterior se puede apreciar que Europa es la más envejecida, esto puede relacionarse con un avance y mejoramiento de las políticas sanitarias dirigidas a la atención y cuidado del adulto mayor. Asimismo, a mejores condiciones de vida, prácticas de estilos de vida saludable, cultura, economía y entre otros.

De acuerdo a las estimaciones, en Latinoamérica, la cantidad de adultos mayores superará por primera vez al de niños en el año 2040. Pasando así de una estructura poblacional joven en el año 1950 a una población en evidente proceso de envejecimiento. En el año 2010 ya se observa claramente la reducción del peso relativo de la población menor de 15 años en el total de la población, de un

40% en el año 1950 a un 28% en el año 2010. Por lo que se espera que represente tan solo un 15% de la población total en el año 2100 (2).

América Latina no es ajena a la transición demográfica. Es evidente el cambio de la población, donde hay más prevalencia de la población adulta mayor respecto a menores de 15 años, y este crecimiento seguirá progresivamente con los años.

De acuerdo al informe técnico sobre la situación de la población adulta mayor en el periodo octubre - noviembre - diciembre 2015, el incremento de este grupo etario en el país viene a ser el producto de las grandes variaciones demográficas experimentadas en las últimas décadas en el país, la estructura poblacional por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta principalmente por niños(as); así pues de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. Así, el proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la cantidad de la población adulta mayor de 5,7% en la década de los años cincuenta a 9,7% en el año 2016 (8).

Evidentemente la población peruana muestra un cambio trascendental en pirámide poblacional desde los cincuenta a la actualidad, donde la reducción de la población de niños genera como consecuencia una población más envejecida.

A finales del año 2015, el 37,6% de las viviendas del país albergaba entre sus miembros al menos un adulto mayor. En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto mayor, donde de cada 100 hogares en 41 existe al menos una persona adulta mayor. Le siguen los hogares del área rural, en este ámbito de cada 100 hogares en 39 hay un/a adulto/a mayor. En tanto en el área urbana (no incluye Lima Metropolitana) en 34 de cada 100, existe una persona de este

grupo etario. El 17,7% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, el 43,9% alcanzó estudiar primaria; el 21,4% secundaria y el 17,0%, nivel superior (11,0% superior universitaria y 6,0% superior no universitaria). Existen grandes diferencias en cuanto a los niveles alcanzados entre hombres y mujeres adultos mayores; así, mientras el 27,6% de las mujeres no tienen nivel alguno de educación, los hombres en condiciones iguales representan el 6,6%. Caso contrario se observa en educación superior, donde el 21,3% de los hombres poseen educación superior (universitaria y no universitaria), en cambio las mujeres de este grupo etario con este nivel representan al 13,1%. Esta situación se puede observar tanto en áreas urbanas como en el áreas rurales (8).

De lo anterior se puede evidenciar grandes desigualdades en cuanto a accesos a la educación, donde las mujeres adultas mayores son las que menos nivel educativo poseen respecto a los varones.

Asimismo, el 80,8% de la población femenina adulta mayor mostró algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 68,1%, existiendo 12,7 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres de Lima Metropolitana (82,6%) y del área urbana (80,3%) son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en el área rural son el 78,9%. En todos los ámbitos geográficos, la población masculina de adultos mayores suelen presentar menos problemas de salud crónica respecto a la población femenina. La mayor cantidad de adultos mayores, con algún de problema de salud, no acudió a un establecimiento de salud para su atención ya que no lo consideró necesario, o prefirió el uso de remedios caseros, o se automedicó (70,9%). Y una cuarta parte correspondiente al 25,7% no asistió a un establecimiento de salud por considerarlo lejos, o porque no le genera confianza o se demoran en la atención. Estos factores se deben tomar en

consideración para aumentar los niveles de asistencia, prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores (8).

Se puede apreciar que las poblaciones femeninas presentan mayores problemas de salud respecto a los varones, donde gran parte de ellos no acuden a establecimientos de salud ya sea porque no les inspira confianza o porque se demoran en la atención, de esta manera se puede apreciar inequidades en el acceso a los servicios de salud.

El aumento de la población de adultos mayores condiciona una variación en la estructura social donde el gobierno debe dar respuesta, ya que muy aparte de vivir más años sea un hecho provechoso, no obstante, el mayor porcentaje de adultos mayores genera un aumento de enfermedades dependientes, condición que conlleva a la necesidad de apoyo por terceras personas; es decir, el adulto mayor se vuelve dependiente. Por consiguiente, dado que las sociedades tienen tendencia al envejecimiento, albergar más personas mayores en graves condiciones de salud, la respuesta ante ello es buscar las herramientas para que dicho fenómeno de envejecimiento se componga de un adecuado estado de bienestar (27).

La disminución de natalidad, el incremento de la esperanza de vida y la reducción importante de la mortalidad es la base del incremento de las personas mayores de 60 años, se sabe que con la edad las necesidades de salud son mayores, también se incrementan los gastos tanto para la economía del adulto mayor y el Estado.

El envejecimiento en Latinoamérica genera efectos diferentes por sexo, lo que se refiere a la feminización del envejecimiento por condiciones socioeconómicas, viviendas rurales y/o urbanas, por grupo de edad y, en general, por la trascendencia histórica que cada individuo va sumando durante el transcurso de la vida. Los problemas nutricionales, las consecuencias de las patologías infecciosas, así como la exposición al medio ambiente desde el

nacimiento hasta la adultez, poseen efectos a largo plazo que afectan la salud y la funcionalidad de las personas de la tercera edad. Asimismo, las desigualdades en la distribución de recursos agravan las desigualdades internas en grupos de adultos mayores: el insuficiente acceso a servicios de salud, la falta de educación y la baja seguridad económica de la mayoría de los adultos mayores (24).

De lo anterior podemos afirmar que una población envejecida acarrea grandes desafíos para los diferentes sistemas destinados a la protección de adultos mayores, nos exige estar preparados y a implementar diferentes programas de cuidado a este grupo etario.

2.3.10. Envejecimiento activo

La palabra “activo” se relaciona básicamente con la participación continua en aspectos sociales, económicos, de cultura, espirituales y cívicos, no solamente es la capacidad para mantenerse físicamente activo o colaborar en la mano de obra. Los adultos mayores jubilados, con alguna enfermedad o en una situación de discapacidad pueden mantenerse activos en la sociedad. El envejecimiento activo propone incrementar la esperanza de vida en salud y la calidad de vida para todos los individuos a medida que experimentan el proceso del envejecimiento, considerando aquellas personas frágiles, con discapacidad o que requieran asistencia. A menudo el deterioro del rendimiento cognoscitivo es generado por la falta de uso y práctica, las patologías, afecciones emocionales, los factores conductuales como el abuso de bebidas alcohólicas, fármacos, y los factores psicológicos, la falta de motivación y los factores sociales como la soledad y el aislamiento, más que por el envejecimiento por sí mismo (33).

Por lo anterior podemos apreciar que se puede sacar ventajas en la etapa de la vejez, los adultos mayores necesitan sentirse partícipes y útiles dentro de la sociedad, mantenerse activos

significa disfrutar sobre la vida y contribuir al bienestar propio y social.

2.3.11. El maltrato al adulto mayor

El maltrato a los ancianos es un problema de salud que está tomando cada vez más fuerza en nuestro entorno social, aunque no va acompañado de una respuesta por parte de los sistemas sociosanitarios adecuadas a la intensidad del problema, ni genera el eco social que sí tienen otros tipos de maltrato, como el doméstico y el infantil. El maltrato al anciano se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. Puede ocurrir tanto en instituciones (públicas o privadas) como en el domicilio, pero con más frecuencia se encuentran implicados los propios familiares y los cuidadores (34).

En tiempos anteriores, el adulto mayor era sinónimo de sabiduría, a quien jóvenes y niños recurrían para pedirle consejos y enseñanzas, los adultos mayores de hoy muchas veces dejan de ser importantes para la sociedad y la familia, muchas veces es donde se genera el maltrato provenientes principalmente de parientes cercanos, la falta de comprensión sobre sus características e implicancias son factores de riesgo a que el adulto mayor sufra de maltrato, no sólo físico, también psicológico, sexual y social el cuál se ve evidenciado por adultos mayores abandonados.

2.3.12 Calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha sido definido por muchos autores desde la segunda guerra mundial hasta la actualidad, sin embargo, es en los años 60 que comenzó a atraer el interés de los investigadores, con un rápido incremento en su uso, el cual ha

evidenciado problemas en la definición del concepto, las dimensiones que le comprenden, su medición y los factores que la pueden influenciar, la percepción que tiene la persona de su vida y sus necesidades (35).

La calidad de vida (CDV) es un concepto que va más allá de la mera condición física, e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir, abarca las funciones físicas, emocionales y sociales (36).

La calidad de vida es un concepto multidimensional constituido por una inmensa gama de factores tanto socioambientales como personales, vinculado con la satisfacción con la vida, el bienestar físico, mental y social, así como capacidad para ejecutar acciones de la vida diaria. Son condiciones que se pueden valorar desde un panorama subjetivo como objetivo. Por ende, la calidad de vida es el producto final de una composición de factores subjetivos y objetivos donde la parte objetiva depende de la persona (con el uso y aprovechamiento de sus capacidades: intelectual, emocional y creador) y de los eventos externos como: Estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política que interactúan con él. La parte subjetiva viene a ser el mayor grado de satisfacción que siente el individuo, logros de sus aspiraciones personales, así como la percepción de él mismo u otras personas tengan de sus condiciones generales de vida, interpretándose en sentimientos positivos o negativos (21).

Vale decir que la calidad de vida es un término que se relaciona con todos los aspectos internos y externos que experimenta el ser humano, y depende del tipo de influencia de tales factores la calidad de vida puede ser buena o mala.

Los adultos mayores pasan de ser miembros activos y productivos a jubilados y dependientes del Estado o de la economía familiar. No son enfermos ni inválidos, aunque sí existe un período progresivo de deterioro global, consecuencia del envejecimiento

celular. Esto los lleva, frecuentemente, al aislamiento, la dependencia y, en algunos casos, al abandono, lo que ocasiona la pérdida de grados de calidad de sus vidas (21).

El término calidad de vida es una manifestación lingüística cuyo concepto notable es subjetivo. Está relacionado con la personalidad de cada individuo, con su estado de bienestar y el grado de satisfacción que tiene por la vida, cuya evidencia está propiamente vinculada a su experiencia personal, a su estado de salud y a su nivel de interacción social y ambiental y generalmente a múltiples factores influyentes (37).

El concepto de la calidad de vida utiliza parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales inherentes a la salud, que lleve a cabo una valoración en el contexto de la salud médica y asistencial, en conjunto con el ámbito económico y político (22).

Existen diversas definiciones sobre la calidad de vida, sin embargo, cada una de ellas presenta similitudes y expresan el mismo significado. Es decir, la calidad de vida de un individuo está relacionado con su percepción sobre su salud individual y los factores que influyen en ella, por lo que es un término multidimensional que engloba factores subjetivos y objetivos.

2.3.13. Dimensiones de la calidad de vida

Si bien es cierto, la calidad de vida es un concepto que engloba factores subjetivos y objetivos, por lo tanto, aborda numerosas dimensiones. Sin embargo, por motivos centrales del estudio y por el instrumento utilizado, nos centraremos principalmente en las cuatro dimensiones que propone la OMS compuestas en el WHOQOL – BREF, las cuales abarca el dominio físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente.

a. Dimensión física

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad (38).

La presente dimensión involucra siete ítems respecto a las siguientes facetas: dolor, dependencia de medicinas, energía para la vida diaria, movilidad, sueño y descanso, actividades de la vida diaria y capacidad de trabajo (39).

b. Dominio psicológico

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (38).

La dimensión psicológica abarca seis ítems de las siguientes facetas: sentimientos positivos; espiritualidad, religión, creencias personales; pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración; imagen corporal; autoestima y sentimientos negativos (39).

c. Dimensión relaciones sociales

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral (38).

Esta dimensión está conformada por tres ítems de las siguientes facetas: relaciones personales; actividad sexual y apoyo social (39).

d. Dimensión ambiente

Es válido recalcar la importante vinculación de la calidad de vida a la calidad del medio ambiente. Se asume, en consecuencia, que el concepto propiamente no puede lograr validez dentro de la sociedad sin el cuidado del medio ambiente. Por lo tanto, se reconoce la magnitud de una variable, no necesariamente humana: el nivel de vida es originado por acciones eminentemente humanas como la economía y la cultura por lo que son conceptos antropológicos. Este concepto nuevo relaciona al hombre a su medio y lo hace depender de él en su búsqueda del bienestar. Asimismo, su calidad de vida humana se hace dependiente a la calidad de vida del medio ambiente, por lo que no existe calidad de vida sin la protección del entorno natural (40).

Determinado por ocho ítems que evalúa las siguientes facetas: libertad y seguridad; ambiente físico; recursos económicos; oportunidad de información; ocio y descanso; hogar; atención sanitaria y social; transporte (39).

2.3.14. Calidad de vida en la vejez

La calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

No hay normas únicas que definan la calidad de vida, por lo que, surgen diversas palabras como son: bienestar, regocijo, multidimensional, subjetivo y objetivo, lo que ofrece un panorama de diversas definiciones conceptuales, logrando generar un concepto universal de calidad de vida como un punto observado de bienestar generado por cada persona sobre los aspectos subjetivos y objetivos de las diferentes facetas de su vida. Al ser una

autovaloración se centra principalmente en la evaluación que un individuo realiza sobre su nivel de bienestar y satisfacción. El producto final de la evaluación es el resultado de una serie de factores que influyen en la percepción que una persona tiene sobre su calidad de vida, estableciéndose en un abordaje multidimensional, ya que se asocian múltiples valoraciones que ejecuta el propio individuo sobre las diferentes aristas de su vida y de qué forma percibe su estado de bienestar o de malestar referente a ellas (41).

La calidad de vida en esta etapa de la vida con frecuencia se ve disminuida principalmente por los diferentes problemas de salud que presenta el adulto mayor, así como sus necesidades insatisfechas dentro de la sociedad tales como afectivos, falta de apoyo social, familiar, la jubilación, la dependencia, la falta de oportunidades y demás factores que influyen directamente sobre su salud, por ende, su calidad de vida.

2.3.15. Calidad de vida igual a satisfacción con la vida

Se estima que la calidad de vida es como un equivalente de regocijo personal. Por lo que, la vida sería la suma de satisfacciones de las diversas facetas de la existencia. Este tipo de concepto muestra también críticos opositores, puesto que al mostrar como principal centro de interés al confort interno y dejar de lado las situaciones objetivas o externas de la vida, considera a la persona capaz de enajenarse, ya sea, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propia condición de salud, para lograr la complacencia individual (42).

Mientras mayor sea la satisfacción del adulto mayor sobre la vida, sobre sí mismo, su salud y los factores externos, mayor será su calidad de vida.

2.3.16. Calidad de vida relacionada con la salud

Si se tiene en cuenta que la CVRS es un concepto individual y que de esta misma individualidad depende un envejecimiento exitoso, se podría afirmar que esta condición estará influenciada por aquellos factores con los que cuenta el adulto mayor a su alrededor, como, por ejemplo: situaciones familiares, condiciones de salud, circunstancias económicas, entre otros. Todos estos factores hacen parte de los cambios que presentan los adultos mayores quienes a su vez atraviesan por un proceso de deterioro en sus múltiples esferas, afectando de esta manera su CVRS (43).

De lo anterior podemos decir que la calidad de vida se ve afectada por las condiciones biopsicosociales que influyen sobre el individuo y su salud la cual determinará su calidad de vida.

2.3.17. La sexualidad en el adulto mayor

La atención al adulto mayor ha tenido avances notables, en el estudio de la sexualidad en personas de la tercera edad aún persisten comportamientos con tendencia al rechazo, o desconocer la actividad sexual en los adultos mayores. La sexualidad es y fue una de las facetas del comportamiento del ser humano más abordada. Y si esto es verdad a cualquier edad lo es, principalmente en los adultos mayores. La existencia de expresiones sexuales de diferentes formas en adultos mayores es indudablemente negada y rechazada en gran medida dentro de la sociedad. Los conflictos sexuales pueden generar empobrecimiento emocional y por ende deteriorar la calidad de vida del adulto mayor. La trascendencia e importancia sexual deberá formar parte de la historia clínica general para proporcionar una mejor atención de manera integral al adulto mayor donde se resalte temas relacionadas con su sexualidad (44).

Existen muchos mitos sobre la práctica de la sexualidad en esta etapa de vida donde plantean que la actividad sexual desaparece, siendo esto falso. Los adultos mayores físicamente saludables y que practican buenos estilos de vida mantienen una actividad sexual normal. Sin embargo, se presentan cambios fisiológicos y anatómicos respecto al sexo en los adultos mayores, existe una disminución de la potencialidad, el tono muscular de los órganos genitales, lo que podría ocasionar ciertas dificultades, por lo que es importante orientar y educar al adulto mayor.

2.3.18. Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor

El tema del adulto mayor se ha presentado como la temática emergente de mayor relevancia de las últimas dos décadas, sobre todo, si se considera que esta población ha experimentado un crecimiento notorio, como respuesta a numerosos factores que se han conjugado para sustentar una mayor esperanza de vida. En los años 70, el apoyo social surge como un concepto de interés en las investigaciones de distintas disciplinas, fundamentalmente, en la descripción de los efectos negativos del estrés sobre el estado de la salud de las personas y de las familias, debido al aislamiento social o la baja integración social, reconociendo una relación positiva entre el apoyo social y la salud de las mismas. La adopción del término de categorización demográfica adulto mayor, para definir a este segmento de la población se refiere, precisamente, a su capacidad de mantenerse en una actitud de vigencia, en oposición a la antigua denominación anciano, viejo, senil, cuya connotación se asociaba a incapacidad, invalidez y enfermedad, es decir, son vocablos denigrantes y peyorativos para designar a las personas de edad. Por lo general, son expresiones creadas por perfiles negativos que ha establecido la sociedad en algunas culturas hacia el adulto mayor (45).

Una de las necesidades relevantes que surge en la población adulta mayor es la necesidad de apoyo social, es necesario la protección de los adultos mayores, la reincorporación a la sociedad y el reconocimiento de los mismos, ofreciéndoles oportunidades de bienestar social que se merecen.

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 amistades que le proporcionan bienestar y la prevención de alteraciones de tipo emocional como la depresión y de índole físico como las enfermedades crónicas. El trabajo de la enfermera en la protección social del adulto mayor, por lo general, implica la interacción directa con la red social informal del adulto mayor y las consecuencias positivas son el resultado de la ayuda emocional, de la información, el apoyo que se intercambian durante esa relación interpersonal. El rol de la enfermera, por lo tanto, es indirecto puesto que incluye esfuerzos, iniciativas para lograr mejoras en las conductas individuales o los comportamientos, en la calidad y frecuencia de la interacción entre el adulto mayor y los miembros de su red social informal, generando así una red más efectiva y duradera con la finalidad de brindar al adulto mayor beneficios a largo plazo, satisfaciendo sus necesidades afectivas y la participación activa en la comunidad, practicando conductas saludables para lograr una mayor calidad de vida (45).

2.3.19. Enfermería en el cuidado del adulto mayor

Para el cuidado del adulto mayor tomaremos en cuenta la siguiente teoría.

Teoría de Jean Watson

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la

enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad de la enfermera. Jean Watson refiere que el cuidar como rol de enfermería debe estar fundamentado en valores humanísticos universales: El cuidar implica amabilidad, afecto y amarse a uno mismo para amar a los demás (46).

En la etapa de la adultez, el tema de la humanización de los valores comienza a acentuarse con mayor importancia. Una práctica de valores altruista es como una doctrina que encamina a la vida adulta. Supone la disposición para considerar a la humanidad con amor, así como entender y apreciar la complejidad y la particular individualidad. Es un sistema de valores que ayuda a comprender desigualdades y a tratar con los demás mediante sus sistemas de percepciones distintos, mas no mediante su propio sistema (46).

Asimismo, menciona 10 conceptos importantes sobre el cuidado que permiten conocer más y comprender sobre los cuidados en enfermería como ciencia del cuidar: 1) El desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista. 2) El tomar en consideración un sistema de creencias y de esperanza. 3) La cultura de una sensibilidad para uno mismo y para los demás. 4) El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza. 5) La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos. 6) La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones. 7) La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal. 8) La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o corrección. 9) La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas. 10) El tomar en consideración los factores existenciales y fenomenológicos (46).

Partiendo de que la profesión de enfermería está constituida sobre bases éticas, su cuidado hacia el adulto mayor implica el lado afectivo, siendo el cuidado humano una de las maneras de

contribuir a la satisfacción del paciente, el adulto mayor requiere principalmente ser comprendido, escuchado y tratado de modo humanizado. Muchas veces este lado afectivo se pierde en el cuidado que brinda la enfermera en las diferentes instituciones, donde el acto de cuidar se enfoca principalmente en actividades procedimentales como medicar, controlar las funciones vitales y retirarse, sin embargo, la necesidad de salud en el adulto mayor no solamente se enfoca en la enfermedad, la parte emocional es un tema muy importante en la interacción enfermera – paciente.

2.3.20. Instrumento de medición de calidad de vida

Whorld Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF).

El Whoqol Bref es una herramienta genérica para la evaluación de la calidad de vida derivado del Whoqol-100. Ambos instrumentos en español engloban 26 ítems que muestra las 24 facetas contenidas en el Whoqol-100 y dos ítems generales respecto a la calidad de vida global y salud general. Cada interrogante posee cinco opciones de respuesta puntuados cuidadosamente para crear un perfil de cuatro facetas o dimensiones: Salud física (engloba siete ítems), Salud psicológica (engloba seis ítems), Relaciones sociales (contiene tres ítems) y Ambiente (engloba ocho ítems). Con la herramienta de medición se genera cuatro sumas parciales con puntajes de escala cero a cien, donde cero sería la peor calidad de vida y cien la mejor (47).

Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (39). Por lo tanto, el Whoqol Bref se ha utilizado en muchos países del mundo en poblaciones sanas y enfermas, por lo que es un instrumento de vital importancia para la evaluación integral del paciente, producir nuevas informaciones como abordaje de investigaciones más actualizadas y promover estudios sobre la

calidad de vida como una manera de solución de ensayos clínicos bajo control e investigaciones observacionales y sobrepasar las dimensiones clásicas de ingeniosidad, vínculo e impacto de patologías (48).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO – DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, debido a que la variable de estudio es cuantificable y medible. Los estudios cuantitativos usan la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (49).

Corresponde a un método descriptivo ya que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. Asimismo, el estudio es de corte transversal porque se realizará en un determinado tiempo planteado (49).

3.2. POBLACIÓN

La población considerada para el presente estudio, estuvo conformada por 104 adultos mayores inscritos en el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos. Asimismo señalar que mediante criterios de exclusión la población final de estudio estuvo conformada por 75 adultos mayores de dicho centro de salud.

3.2.1. Criterios de inclusión

- ❖ Adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años.
- ❖ Adultos mayores que estén dispuestos a participar de manera voluntaria en el estudio de la investigación.
- ❖ Adultos mayores inscritos en el programa de atención integral al adulto mayor del Centro de Salud Laura Caller

3.2.2. Criterios de exclusión

- ❖ Personas que no sean mayores de 60 años.
- ❖ Adultos mayores que no deseen colaborar con el estudio de la investigación.
- ❖ Adultos mayores que no hayan sido inscritos en el programa de atención integral al adulto mayor del Centro de Salud Laura Caller.

3.3. VARIABLE

- ❖ Calidad de vida

3.3.1. Definición conceptual

La calidad de vida es un concepto multidimensional, es una condición de bienestar en todos los aspectos que determinan la salud de la persona ya sea subjetivo u objetivamente, es el grado de satisfacción que experimenta el individuo de acuerdo a las condiciones físicas, sociales, económicas, afectivos o espirituales que influyen sobre su vida y la forma cómo estos pueden actuar sobre ella, que puede ser de manera de manera negativa o positivamente determinando su calidad de vida.

3.3.2. Definición operacional

La calidad de vida es un concepto multidimensional, es una condición de bienestar en todos los aspectos que determinan la salud de la persona ya sea subjetivo u objetivamente, el cual se ve influencia y afectada por las características de sus dimensiones, físicas, psicológicas, sociales y medio ambiente, factores que van a determinar la calidad de vida de los adultos mayores del centro de salud Laura Caller Ibérico

- Los Olivos, que será evaluado con el cuestionario WHOQOL
- BREF de la OMS.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante el instrumento WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud.

3.4.2. Instrumento

World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL - BREF).

Contenidos del Whoqol-Bref

El centro WHOQOL de Barcelona, España, autorizó y facilitó el instrumento. El WHOQOLBREF tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas:

❖ Salud física

Comprende siete facetas o ítems:

- Dolor
- Dependencia de medicinas
- Energía para la vida diaria
- Movilidad
- Sueño y descanso
- Actividades de la vida diaria
- Capacidad de trabajo

❖ **Salud psicológica**

Comprende seis facetas o ítems:

- Sentimientos positivos
- Espiritualidad, religión, creencias personales
- Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración
- Imagen corporal
- Autoestima
- Sentimientos negativos

❖ **Relaciones sociales**

Comprende tres facetas o ítems:

- Relaciones personales
- Actividad sexual
- Apoyo social

❖ **Ambiente**

Comprende ocho facetas o ítems:

- Libertad y seguridad
- Ambiente físico
- Recursos económicos
- Oportunidad de información
- Ocio y descanso
- Hogar
- Atención sanitaria/social
- Transporte

Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con cinco opciones de respuesta.

Para calcular las puntuaciones de cada dimensión se deberá tomar en cuenta el siguiente proceso:

1. Evaluar los 26 ítems de la valoración que poseen puntajes de 1 a 5
2. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26
(Si Resp=1, entonces Resp=5; si R=2 > R=4 y si R=3 > R=3)
3. Calcular puntajes según dimensión:
 - Dimensión 1 = Sumatoria (p3, p4, p10, p15, p16, p17, p18) *4
 - Dimensión 2 = Sumatoria (p5, p6, p7, p11, p19, p26) *4
 - Dimensión 3 = Sumatoria (p20, p21, p22) *4
 - Dimensión 4 = Sumatoria (p8, p9, p12, p13, p14, p23, p24, p25) *4

3.4.3. Validez y confiabilidad del instrumento

Es importante mencionar que el instrumento whoqol bref creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un instrumento que ha sido previamente valido y aplicado en diferentes países del mundo, donde dicho cuestionario ha sido sometido a algunas adaptaciones acorde a la realidad social y cultural para su mejor comprensión, mostrando así resultados favorables para su aplicación en poblaciones de adultos mayores.

En el año 2011, Espinoza. I; Osorio. P; y colaboradores. En Santiago de Chile, realizaron un estudio sobre “Validación del cuestionario de calidad de vida (Whoqol-Bref) en adultos mayores chilenos”. Cuyo objetivo fue adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del instrumento WHOQOL-BREF en un grupo de adultos mayores de la región metropolitana, cuyo resultado fue que el instrumento tenía una buena consistencia

interna con un alfa de Cronbach de 0,88 para la escala total y que van desde 0,70 a la 0,79 en cada una de las dimensiones (39).

Por lo que se concluyó que la versión de evaluación de la WHOQOL - BREF tiene una fiabilidad aceptable y validez, y sugiere que es adecuado para la evaluación de la calidad de vida en personas de edad avanzada (39).

En el año 2015, Cardona Arias J, Ospina franco L. En Colombia; realizaron un estudio sobre “Fiabilidad y consistencia interna del Whoqol - Bref y el Mossf -36 en adultos sanos de un municipio Colombiano”. Cuyo objetivo fue evaluar las propiedades psicométricas de los cuestionarios WHOQOL-BREF y MOSSF-36 en adultos de un municipio colombiano, donde se evidenció que la fiabilidad fue superior a 0,8 y el porcentaje de éxito en la consistencia interna y la validez discriminante fue del 100% en todas las dimensiones. Se concluyó que el Whoqol Bref y el Mossf-36 presentaron un excelente descargo psicométrico por lo que se puede afirmar que su ejecución otorga medidas fiables para la evaluación de la calidad de vida en poblaciones de Colombia (50). Asimismo, con fines elementalmente necesarios para el desarrollo del presente estudio, se vio la necesidad de comprobar el grado de validez y confiabilidad del cuestionario, debido principalmente a que algunas preguntas del cuestionario no se adaptaban a la realidad de nuestro contexto social y cultural, un tema fundamental para lograr un mayor entendimiento durante el proceso de aplicación en los adultos mayores. Por otra parte comprobar si esas adaptaciones a nuestro marco contextual no alteraron sus valores psicométricos.

Por lo que en el año 2016, Ariza D., validó el instrumento Whoqol-Bref de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el distrito de Los Olivos de Lima, Perú. Se realizó la validación mediante 5 jueces expertos, quienes evaluaron el contenido del instrumento,

ítems. El resultado que se obtuvo fue de 85%, considerado como bueno dentro del rango normal dentro del intervalo de clasificación (Anexo G).

Para obtener el grado de confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en un establecimiento de salud con una población con características similares al estudio, dicha población estuvo conformada por 30 adultos mayores de ambos sexos del Centro de Salud “Carlos Cueto Fernandini” del distrito de los Olivos. Donde se determinó que el instrumento es muy confiable mostrando un Alfa de Cronbach de 0.925, por lo tanto, el instrumento Whoqol Bref es confiable para ser aplicado a la población adulta mayor (Anexo H).

En vista al excelente resultado observado después de ser sometido a evaluaciones para determinar la validez y el grado de confiabilidad, se procedió con su aplicación en la población de estudio.

3.5. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Autorización para recolección de datos

En primer lugar, se presentó una carta de investigación dirigido al director del Centro de Salud Laura Caller con la finalidad de acceder a las facilidades para la aplicación del instrumento en los adultos mayores de dicho Centro de Salud (Anexo E).

3.5.2. Coordinación para recolección de datos

Posteriormente, se invitó a los adultos mayores como grupo de estudio a participar del proceso de investigación mediante un consentimiento informado. Se coordinó el día y la hora para la aplicación del instrumento.

3.5.3. Aplicación del instrumento

El proceso de aplicación del instrumento se realizó en el Centro de Salud Laura Caller de manera colectiva e individual, previa entrega del consentimiento informado y la aceptación del mismo, se hizo la entrega del instrumento de medición de la calidad de vida que consta de 26 ítems con cinco dominios o dimensiones (Físico, Psicológico, Relaciones sociales y Ambiente), con respuesta de escala tipo Likert, Se brindó las instrucciones necesarias para la resolución del instrumento, asimismo se estuvo pendiente de cada encuestado para responder a sus dudas, el tiempo promedio de la aplicación de la encuesta fue alrededor de 15 minutos por persona. (Anexo A).

- ❖ Se solicitó permiso al Jefe del establecimiento de salud para aplicación del instrumento a los adultos mayores.
- ❖ Se aplicó el instrumento a cada adulto mayor que llegaba al establecimiento de salud y que cumplían con los criterios de inclusión.
- ❖ El instrumento se aplicó en el mes de octubre del 2016, durante 3 semanas consecutivas.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectado los datos de las encuestas se pasó a ordenarlas y transcribirlas en el programa SPSS para el análisis y elaboración de los gráficos mediante la estadística descriptiva.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

En la práctica científica se debe actuar conforme a las guías normativas consolidadas que determinan la conducta ética apropiada de todo profesionalista y debe adjudicárselas como credo en su labor científica. Haciendo buen uso de su juicio se debe lograr la mejor toma de decisiones que ayuden en el andamiaje a seguir para alcanzar sus objetivos. Es por esta razón que el profesionalista debe tener bien cimentadas las bases éticas para actuar con autodeterminación, sea cual sea su área de estudio, buscando siempre el bienestar propio y el de las personas a las que sirve, porque una persona que no vive para servir, no sirve para vivir (51).

La profesión de enfermería presenta ciertas particularidades que están basados en principios universales y bioéticos estrictamente necesarios para el desempeño profesional cotidiano para brindar cuidados de calidad a las personas que los requieran, tales acciones están regidas bajo normas jurídicas, sociales y morales, por lo tanto, es meramente importante hacer hincapié de los valores universales y su aplicación en la práctica profesional de enfermería (52).

Por lo tanto, el trabajo del profesional de enfermería debe estar sólidamente basado en los cuatro principios de la bioética:

3.7.1. Principio de autonomía

Es la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

3.7.2. Principio de beneficencia

Se trata de la obligación de hacer el bien, respetando la autonomía del paciente, sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

3.7.3. Principio de no maleficencia

Es un término que hace referencia a no atender contra la salud del paciente, no causar ningún tipo de daño.

3.7.4. Principio de justicia

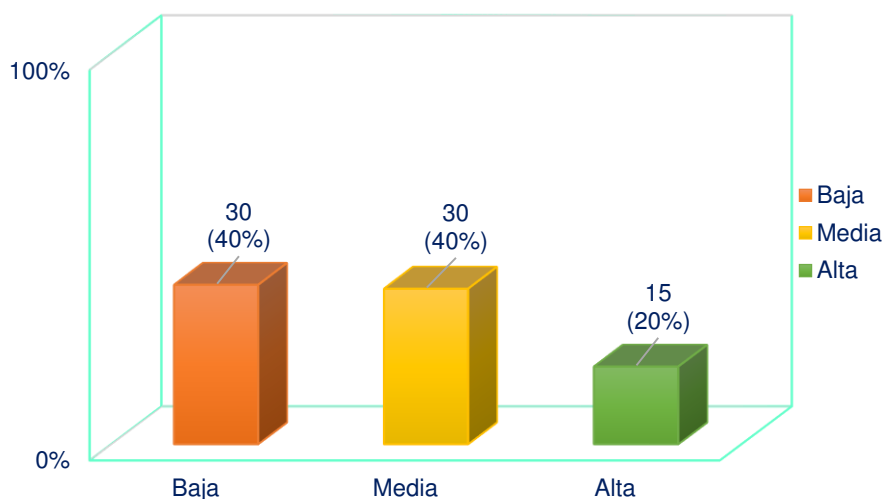
Reside en la distribución equitativa de cargas y beneficios en el aspecto del confort esencial, impidiendo situaciones de discriminación al acceso de los diferentes recursos sanitarios (52).

El desempeño de la profesión de enfermería debe estar basado en sólidos principios bioéticos, necesarios para garantizar un cuidado humanístico al paciente, ya que el rol principal de la enfermera es la de proporcionar cuidados de manera integral al paciente con el objetivo de fomentar su bienestar y una calidad de vida digna.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

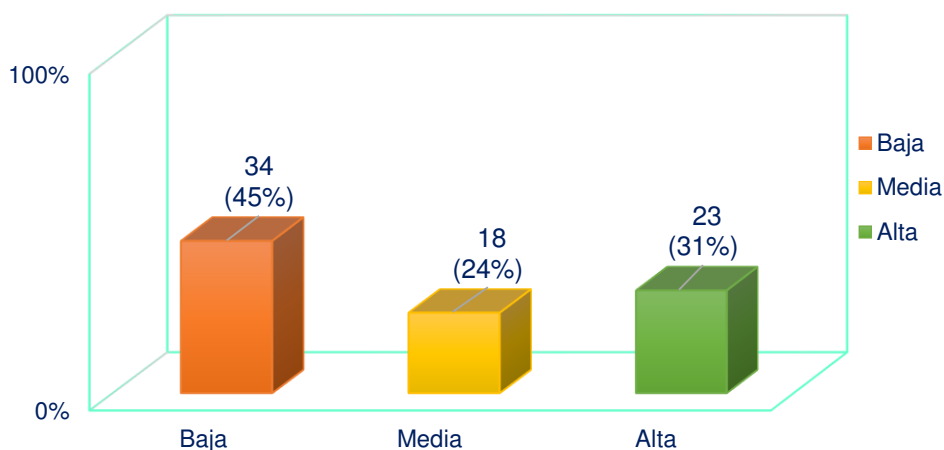
Gráfico 1: Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.



Fuente: Encuesta aplicada a 75 en adultos mayores - Los Olivos – 2016.

En el gráfico 1, relacionado a la Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, se puede evidenciar que del 100% del total, 30 (40%) tienen una calidad de vida baja; 30 (40%), una calidad de vida media; y finalmente 15 (20%) de los adultos mayores tienen una calidad de vida alta (Anexo I).

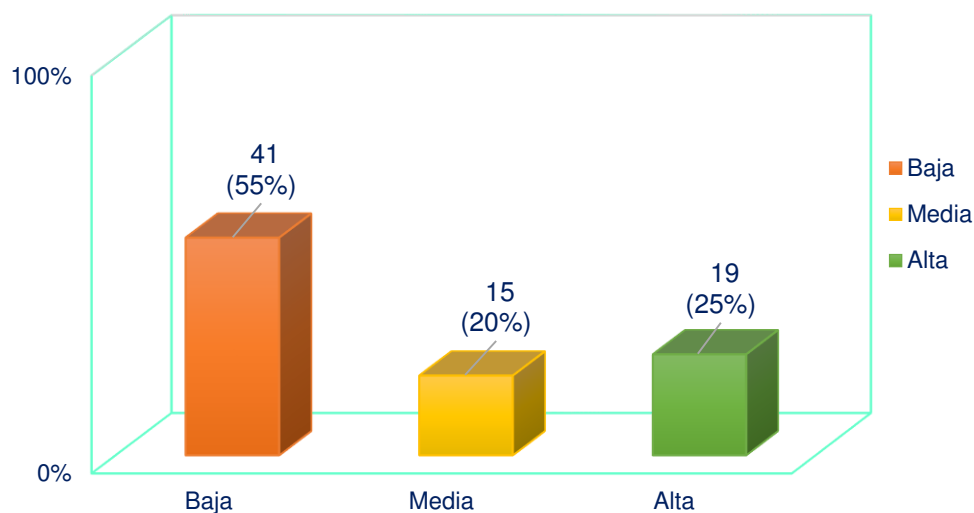
Gráfico 2: Calidad de vida en su dimensión física en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos - 2016



Fuente: Encuesta aplicada a 75 en adultos mayores - Los Olivos – 2016.

En el gráfico 2, relacionado a la Calidad de vida en su dimensión física en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, se puede evidenciar que del 100% del total, 34 (45%) tienen una calidad de vida baja; 23 (31%), una calidad de vida alta; y 18 (24%) de los adultos mayores, una calidad de vida media (Anexo J).

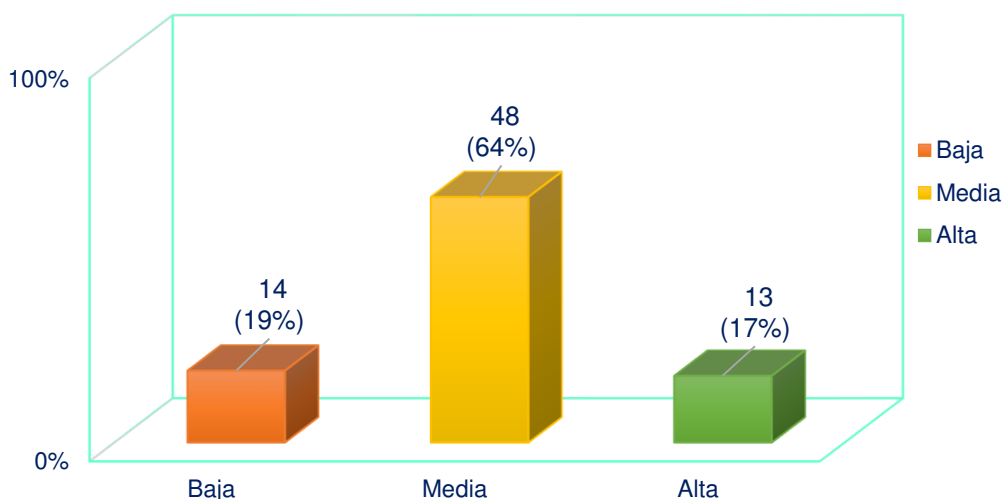
Gráfico 3: Calidad de vida en su dimensión psicológica en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016



Fuente: Encuesta aplicada a 75 en adultos mayores - Los Olivos – 2016.

En el gráfico 3, relacionado a la Calidad de vida en su dimensión psicológica en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, se puede apreciar que del 100% del total, 41 (55%) tiene una calidad de vida baja; 19 (25%), una calidad de vida alta; y 15 (20%) de los adultos mayores, una calidad de vida media (Anexo K).

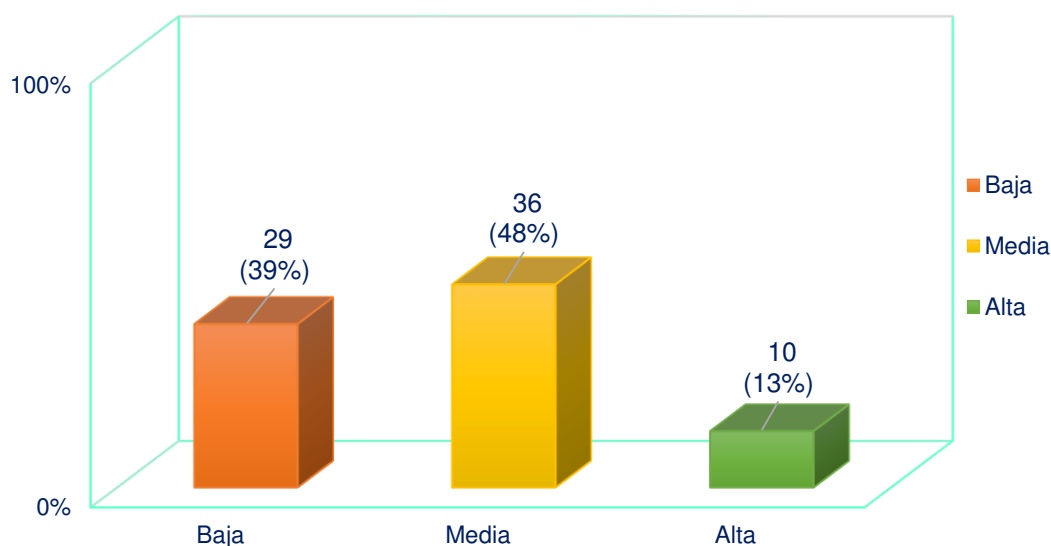
Gráfico 4: Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016



Fuente: Encuesta aplicada a 75 en adultos mayores - Los Olivos – 2016.

En el gráfico 4, relacionado a la Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, se puede apreciar que del 100% del total, 48 (64%) tiene una calidad de vida media; 14 (19%), una calidad de vida baja; y 13 (17%) de los adultos mayores, una calidad de vida alta (Anexo L).

Gráfico 5: Calidad de vida en su dimensión ambiente en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016



Fuente: Encuesta aplicada a 75 en adultos mayores - Los Olivos – 2016.

En el gráfico 5, relacionado a la Calidad de vida en su dimensión ambiente en adultos mayores del centro de salud Laura Caller, se puede evidenciar que del 100% del total, 36 (48%) tiene una calidad de vida media; 29 (39%), calidad de vida baja; y solo 10 (13%) de los adultos mayores, una calidad de vida alta (Anexo M).

4.2. DISCUSIÓN

El siguiente apartado da a conocer la calidad de vida de los adultos mayores del centro de salud Laura Caller, Los Olivos, mediante el análisis de las diferentes dimensiones que mide el instrumento Whoqol Bref. Dicho estudio permitió conocer las diferentes problemáticas por las que atraviesa el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento.

Después de evidenciar los productos de la investigación en la sección de resultados, se utilizó 4 antecedentes nacionales e internacionales para el análisis y discusión de los resultados, antecedentes que mostraron mayor similitud con el presente trabajo de investigación, dichos antecedentes fueron de Santos, Leidiane Ferreira de Brasil, Mara S. Brasil.; Flores Villavicencio Maria Elena de México y Annali Quintanar Guzmán de México.

Vale mencionar que el propósito del presente estudio fue conocer la calidad de vida de los adultos mayores a través del análisis de los factores biopsicosociales que influyen sobre la misma. Los adultos mayores son un grupo vulnerable que experimentan durante el proceso del envejecimiento diversos cambios que afectan su salud y su calidad de vida. La OMS señala que los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto (5). Partiendo de lo anterior los adultos mayores deben ser priorizados dentro de las políticas de salud, familia y sociedad.

De acuerdo al informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, a partir de los 60 años, la invalidez y el óbito se presentan en gran medida a causa de las pérdidas de audición, visión y movilidad vinculadas con la edad y a las patologías no transmisibles, en el mismo informe menciona que la carga asociada con muchas de

estas afecciones en las personas mayores es mayor en los países de ingresos bajos y medianos (6).

En cuanto al objetivo general relacionado a la calidad de vida en adultos mayores, presentaron una calidad de vida baja (40%) del total; a diferencia de los resultados obtenidos en el estudio de Santos L. et al. (11). Donde el porcentaje predominante fue (92%) con mayor grado de insatisfacción respecto a la calidad de vida en los adultos mayores. Lo que podría deberse a que ambos grupos de adultos mayores conviven en contextos biopsicosociales diferentes, cabe resaltar que en nuestro estudio un 40% presentó una calidad de vida media que no es una condición buena ni mala, lo que se puede interpretar como una situación de alarma, dado que los adultos mayores al no ser intervenida oportunamente mediante actividades dirigidas a mejorarla, podrían pasar a tener una calidad de vida baja.

En cuanto a los resultados observados sobre la calidad de vida en su dimensión física el 45% de los adultos mayores presentó una calidad de vida baja; seguidamente de alta (31%), y finalmente media (24%), lo que coincide en algo con los hallazgos en el estudio de Annalí Quintanar Guzmán refiere que el 70% de los adultos mayores vieron afectados su salud física, además refiere que es reconocido que las personas de la tercera edad sufren más enfermedades crónica (14).

Cerda L. refiere que el envejecimiento conlleva a los diferentes cambios que se generan a nivel músculo esquelético, por lo tanto afecta al patrón de la marcha (32). Como consecuencia de ello los adultos mayores suelen padecer diversas molestias físicas, enfermedades crónicas degenerativas, limitaciones para realizar actividades diarias.

Vale mencionar que a pesar de los procesos degenerativos físicos en el adulto mayor es importante la actividad física, mantenerse activos a medida en que las condiciones físicas lo permitan, esto

ayuda al adulto mayor a sentirse con mayor energía y a disminuir los riesgos cardiovasculares.

En cuanto a los resultados observados sobre la calidad de vida en su dimensión psicológica, el 55% de los adultos mayores presentó una calidad de vida baja; seguido de alta (25%), finalmente de media (20%). Lo cual concuerda con los resultados de Annalí Quintanar Guzmán en la dimensión psicológica con un 34% entre poco e insatisfecho.

Naranjo Hernández Y., en uno de sus estudios menciona que: El adulto mayor está predispuesto a sufrir y experimentar la partida de sus seres queridos, asimismo muchas veces el adulto mayor experimenta situaciones de abandono y exclusión social. Tal exclusión muchas veces es letal lo que se refiere a una muerte social, el adulto mayor en esas condiciones se vuelve más frágil, vulnerable, en ocasiones se podría observar al adulto mayor con intenciones de quitarse la vida lo cual no necesariamente estaría relacionado a cuadros depresivos, desde el punto de vista psiquiátrico, ya que serían manifestaciones de desatención externa, de la pérdida constante de vínculos afectivos y contacto social” (31).

Asimismo, Annalí Quintanar Guzmán refiere que: El temor a enfermarse, preocupación por pérdidas de familiares y amigos, manifestaciones de intranquilidad, desasosiego, manifestaciones de tristeza, de llanto, temor a la muerte y no poder estar con sus hijos y nietos, cuando estos los necesiten afectan la salud psicológica de los adultos mayores (14).

Por lo que es preciso enfatizar en promover actividades grupales y de participación para promover la salud mental, así como concientizar a la familia y actores sociales en ser directos partícipes en el cuidado del adulto mayor.

En cuanto a los resultados observados sobre la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales el 64% de los adultos mayores presentó una calidad de vida media; seguidamente de baja (19%) y alta (17%). Por lo que coincide con lo señalado en el estudio de Annalí Quintanar Guzmán respecto a la calidad de vida en su dimensión relaciones sociales con un 42% entre poco e insatisfecho.

Sevilla Caro M. y colaboradores señalan la importancia de un envejecimiento activo participar continuamente en temas sociales, económicas, de cultura, espirituales y cívicas, no solamente a la condición de mantenerse físicamente activo(a) o colaborar en labores. Los adultos mayores jubilados, o en condiciones de discapacidad pueden permanecer y ser activos en la sociedad (33).

Coincide con lo planteado en el estudio de Darlene Mara dos Santos Tavares que refiere que: Intervenir activamente en grupos de promoción de salud ayuda a mejorar las diferentes dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores, principalmente lo vinculado con las intervenciones sociales, conservación y prácticas de relaciones interpersonales (12). Asimismo, señala que: De este modo el colectivo de grupos es una fuente importante que debe ser aprovechado por profesionales de la salud para promover y proteger la salud de los adultos mayores, ya que favorece a desligarse de aquellas situaciones de soledad y favorece, al adulto mayor, crear nuevas amistades (12).

En cuanto a los resultados observados sobre la calidad de vida en su dimensión ambiente el 48% de los adultos mayores presentó una calidad de vida media; seguidamente de baja (39%) y alta (13%), lo que coincide con los hallazgos de Annalí Quintanar Guzmán quién señala que entre poco y nada representan un 49% como grupo predominante.

María Villavicencio F. y colaboradores señalan que contar con una vivienda saludable y adecuada, es una condición que influye de manera favorable a la salud física y emocional del adulto mayor, que a su vez se contaba con los servicios básicos funcionales (como luz, agua, drenaje, gas, transporte etc.) necesarios para proteger y generar un bienestar en la salud de los adultos mayores (13).

Asimismo, el estudio de Annalí Quintanar Guzmán coincide con lo planteado anteriormente, donde señala que: El poco ingreso económico, insuficiente patrocinio comunitario, problemas para la recreación y obtención de alimentos, vivienda poco segura (14), afectan la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Finalmente, el presente trabajo de investigación dará a conocer las siguientes conclusiones y recomendaciones de todo lo estudiado anteriormente.

- ❖ La calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, es baja y media en igual proporción, lo que representa el 80% del total.
- ❖ La calidad de vida predominante en su dimensión física en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller es baja.
- ❖ La calidad de vida predominante en su dimensión psicológica en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller es baja.
- ❖ La calidad de vida predominante en su dimensión relaciones en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller es medio.
- ❖ La calidad de vida predominante en su dimensión ambiente en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller es medio.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❖ Debido a que el 80% de los adultos mayores presentan una calidad de vida entre baja y media, resulta ser un tema preocupante y relevante que debe ser abordado de una manera integral, con un alto grado de compromiso y desde un enfoque humanístico por parte del profesional multidisciplinario, actores sociales y familia, mediante actividades dirigidas a promover e incrementar la calidad de vida de los adultos mayores.
- ❖ Coordinar un equipo de trabajo dentro del establecimiento de salud con participaciones conjuntas de todos los profesionales

de salud para realizar actividades de captación y abordaje a los adultos mayores.

- ❖ Realizar campañas de salud gratuitas con la finalidad de persuadirlos y motivarlos a participar en el programa de atención integral al adulto mayor en el centro de salud.
- ❖ Mediante el apoyo y colaboración de internos y serumistas realizar sesiones educativas sobre las actividades destinadas a promover un bienestar óptimo en el adulto mayor.
- ❖ Concientizar y educar a la familia para el cuidado efectivo del adulto mayor en el hogar, involucrándolo en actividades familiares, sociales, y de ocio con la finalidad de reforzar vínculos afectivos, proporcionándole al adulto mayor un grado de bienestar que le permita vivir una vejez saludable y exitosa.
- ❖ Mediante la participación activa de actores sociales: Municipios, comités, comisaria, centro de salud, entre otros. Organizar actividades de ocio, práctica de estilos de vida saludable, talleres de educación y distracción para fortalecer e incrementar las relaciones interpersonales, fomentar la salud mental y física en los adultos mayores. Teniendo en cuenta como eje central de dichas acciones al profesional de enfermería.
- ❖ Considerar y fortalecer los valores humanos en el accionar diario del profesional de enfermería, con la finalidad de brindar cuidados efectivos, con calidad y calidez. Principalmente con este grupo etario vulnerable, en quienes el aspecto afectivo se vuelve una necesidad constante que debe ser tomado con mucha sensibilidad.
- ❖ Asimismo recomendar a los futuros investigadores interesados en el tema de calidad de vida en adultos mayores, realicen

estudios cuantitativos y cualitativos con la finalidad de abordar más a fondo la problemática de los adultos mayores.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud - OMS. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2016 May 23]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL. Envejecimiento poblacional Population ageing. In: Observatorio Demográfico [Internet]. 2011. p. 195. Available from: <http://www.eclac.org/celade/>
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Envejecimiento en el siglo XXI: Una Celebración y un Desafío. 2012;1–8. Available from: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/>
4. Organización Mundial de la Salud - OMS. Envejecer bien, una prioridad mundial [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2016 May 23]. Available from:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
5. Organización Mundial de la Salud - OMS. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2016 May 23]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
6. Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. 2015;(1):1–196.
7. Huenchuan S. Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad [Internet]. 2013. 192 p. Available from:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P_es.pdf?sequence=1

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. 2016. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
9. Municipalidad Distrital de Los Olivos - Historia [Internet]. [cited 2016 May 23]. Available from: <http://portal.munilosolivos.gob.pe/muni1/index.php/la-ciudad/historia>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Día Mundial de la Población. 2015;1–56. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
11. Santos Ferreira L.; Oliveira Almeida Cavalcante L.; Barbosa Alves M. Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. 2015;1–11. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/201431>
12. Tavares Mara dos Santos D.; Fernandes Bolina A.; Aparecida Dias F.; Dos Santos Ferreira P. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2014;32(3):401–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504406>
13. Villavicencio Flores M., Sanromán Troyo R., López Vega M. Calidad de Vida y Salud en Adultos Mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara, Jalisco, México. *Procesos Psicológicos y Soc* [Internet]. 2013;6(1 y 2):1–24. Available from: <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
14. Quintanar Guzmán A. Analisis de calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango,Hidalgo: A traves del instrumento Whoqol-Bref. [Internet]. 2010. Available from:

[http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis de la calidad de vida.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)

15. Mejia CFO. Calidad de Vida de Adultos Mayores en la comunidad de Lacsanga, Provincia de Huarua 2015. 2015;
16. Sucapuca Pacompia A.C. Calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar, Puno. 2015.
17. Remache Tucno M.; Cáceres López M.; Marin Honorio M. “Calidad de vida de los adultos mayores del Club Coronas de Gloria del distrito de Comas” Lima - Perú. 2013.
18. Chackiel J. América Latina: ¿Hacia una población decreciente y envejecida? 2006; Available from:

<http://rppoblacion.uaemex.mx/pp/index.php/papelesdepoblacion/article/view/426/411>
19. Gonzales C; M en C; Ham-Chande R; D en Demogr. Funcionalidad y salud : una tipología del envejecimiento en México. 2007;49(1). Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a03.pdf>
20. Rondanelli R. Prevención cardiovascular en el adulto mayor. Rev habana ciencias médicas [Internet]. Elsevier; 2012;11(5):699–708. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70374-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70374-7)
21. Adela Herrera P, Andrés Guzmán H. Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012;23(1):65–76. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702754>
22. Peña B, Terán M, Moreno F, Bazán M. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Redalyc.org. 2009;14(2):53–61.
23. Ribera Casado JM. Geriatria y cuidados paliativos: Algunas reflexiones. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. SEGG; 2013;48(2):89–93. Available

from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.04.001>

24. Bazzano Jiménez M. C. Geriatria y gerontología para el médico internista. Nutrición en el adulto mayor. 2012. 189-192 p.
25. Landínez Parra N.; Dra. Contreras Valencia K.; Dr. Castro Villamil A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cuba Salud Publica. 2012;38(4):562–80.
26. Corujo Rodríguez E.; Pérez Hernández D. Tratado de geriatría para residentes. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. 2006. 50 p.
27. Millán Calenti J. C. Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención. 2011. 16-17 p.
28. Pardo Andreu G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Rev Cuba Investig Biomédicas [Internet]. 2003;22(1):58–67. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002003000100008&script=sci_arttext
29. Federación Internacional de Asociaciones de Personas Mayores. El envejecimiento : de lo celular a lo funcional : aspectos prácticos. 2007;1. Available from:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fiapa-envejecimiento-01.pdf>
30. De Juanas Oliva A.; Limón Mendizábal M.; Navarro Asencio E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
31. Naranjo Hernández Y.; Figueroa Linares M.; Cañizares Marín R. Gaceta Médica Espirituana. Enevejecimiento poblacional en Cuba. Univ Ciencias Médicas Sacti Spiritus Cuba. 2015;16(3).

32. Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. Elsevier; 2014;25(2):265–75. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700379>
33. Sevilla Caro M.; Salgado Soto M.; Osuna Millán N. Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ* [Internet]. 2007;6. Available from: <http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/138/608>
34. Bover Bover A, Moreno Sancho M, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio J. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención Primaria* [Internet]. 2003;32(9):541–2. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-maltrato-los-ancianos-el-13054669>
35. Rivas Castro C.; Romero Cárdenas V.; Vásquez Munive M.; Ramos de la Cruz E.; et al. Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño De La Cuesta (ICBF), 2010-II. Artículo Investig Cinética y Tecnológica [Internet]. 2013;10. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/203/181>
36. Albanesi de Nasetta S.; Garelli V. Calidad de vida en estudiantes de psicología. *Univ Nac San Luis, Argentina* [Internet]. 2010;68. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2010000100008
37. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An la Fac Med la Univ Nac Mayor San Marcos* [Internet]. 2012;68(3):284–90. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
38. Wikipedia la enciclopedia libre. Calidad de vida. [Internet]. [cited 2016 Jun 2]. Available from: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

39. Espinoza I, Osorio P, Torrejón J, Lucas Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (Whoqol-Bref) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* [Internet]. 2011;579–86. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
40. León Jimenez F. Dimensiones del concepto constitucional de “Calidad de vida”: Especial referencia a la ambiental. [Internet]. Universidad “Pablo de Olavide” de Sevilla. [cited 2016 Jun 2]. Available from: http://huespedes.cica.es/gimadus/17/01_calidad.html
41. Urzúa A, Caqueo Urizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del Whoqol - Bref en población adulta chilena. *Rev Med Chil* [Internet]. 2013;141(12):1547–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728432>
42. Urzúa A, Caqueo urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* [Internet]. 2012;30(1):61–71. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100006&script=sci_arttext
43. Melguizo Herrera E, Ayala Medrano S, Grau Coneo M, Merchán Duitama A, Montes Hernández T, Payares-Martínez C, et al. Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *Aquichán*. 2014;14(4):537–48.
44. Llanes Betancourt C. La sexualidad en el adulto mayor / Sexuality in the elderly. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2013;29(3):223. Available from: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0864.03192013000300008&lang=es&site=eds-live>
45. Fernández Alba R, Manrique-Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Glob* [Internet]. 2010;1–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412010000200016&script=sci_arttext

46. Abades M. Los cuidados enfermeros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos [Internet]. 2007;18(4):176–80. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n4/176rincon.pdf>
47. The Whoqol Group. Whoqol - Bref: Introduction , Administration , Scoring and Generic Version of the Assessment. Program Ment Heal [Internet]. 1996;(December):16. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
48. Cardona Arias, A. Higueta Gutiérrez F. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud - OMS para la evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex [Internet]. 2014; Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm
49. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa [Internet]. Metodología de la investigación. 2010. 76-88 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>
50. Cardona arias J, Ospina franco L. Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del Whoqol - Bref y el Mossf -36 en adultos sanos de un municipio Colombiano. 2015;
51. Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz L. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. 2011. 294 p.
52. Vargas M. Cortes G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. Rev Mex Enfermería Cardiológica. 2010;18:43–5.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Nombre del investigador (es): Ariza Salgado Deysi Margoth

Título del proyecto: CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD LAURA CALLER, LOS OLIVOS – 2016.

Justificación de la investigación:

Propósito: El presente estudio permitirá determinar la Calidad de vida en adultos mayores del centro de salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Si usted acepta, le pediremos hacer los siguientes procedimientos:

A) Responder un cuestionario escrito y acceso a información existente.

Inconvenientes y riesgos: ninguno

Beneficios para los participantes: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la Calidad de vida en adultos mayores del centro de salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Confidencialidad: Solo los investigadores tendrán acceso a la información que usted proporcione. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificada cuando los resultados sean publicados.

Consultas posteriores: Si usted, tuviese alguna pregunta adicional durante el desarrollo de este estudio, acerca de la investigación o sus derechos como participante en la investigación, puede dirigirse donde la Srta. Ariza Salgado Deysi Margoth; teléfono: 962585747; email: ariza7192@hotmail.com, responsable del estudio.

Participación voluntaria y retiro: Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

HE LEIDO Y COMPRENDIDO.

YO, VOLUNTARIAMENTE FIRMO ESTA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Los Olivos,...de

Nombres y apellidos del (a) participante	
Firma y/o huella digital	

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

PRESENTACIÓN: Tenga usted muy buenos días señor (a), soy estudiante de Enfermería del 9no ciclo de la Universidad de Ciencias y Humanidades, me encuentro realizando en estos momentos un estudio de investigación que tiene por finalidad conocer la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, para lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente los enunciados que se presentan a continuación.

INSTRUCCIONES: Antes de empezar con la prueba conteste los siguientes enunciados generales sobre usted: Conteste en el espacio en blanco. Por favor, conteste a todas las preguntas con un aspa (X) o círculo en el número correspondiente.

A. DATOS GENERALES

- ❖ Nombres y Apellidos:
 - ❖ Edad:
 - ❖ Sexo:
 - ❖ Estado civil:
 - ❖ Grado de instrucción:
 - ❖ Jubilación:
 - ❖ ¿Padece de alguna enfermedad en la actualidad?:
- SI ()** Mencione:
NO ()

B. CALIDAD DE VIDA

Nº	ITEMS	MUY MALA	REGULAR	NORMAL	BASTANTE BUENA	MUY BUENA
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		INSATISFECHO	POCO SATISFECHO	LO NORMAL	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

		NADA	UN POCO	LO NORMAL	BASTANTE	EXTREMADAMENTE
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
		NADA	UN POCO	LO NORMAL	BASTANTE	TOTALMENTE
10	¿Tiene energía suficiente para hacer sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
		INSATISFECHO	POCO SATISFECHO	LO NORMAL	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
		NUNCA	RARAMENTE	MODERADAMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

MUCHAS GRACIAS

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

TÍTULO: Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller Los Olivos – 2016


VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida	La calidad de vida es un concepto multidimensional, es una condición de bienestar en todos los aspectos que determinan la salud de la persona ya sea subjetivo u objetivamente.	La calidad de vida es un concepto multidimensional, es una condición de confort y bienestar que experimenta el individuo el cuál se ve influencia y afectada por las características de sus dimensiones, físicas, psicológicas, sociales y medio ambiente, factores que van a determinar la calidad de vida de los adultos mayores del centro de salud Laura Caller Ibérico – Los Olivos, investigación que será evaluado con el cuestionario WHOQOL – BREF de la OMS.	Dimensión física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor ✓ Dependencia de medicinas ✓ Energía para la vida diaria ✓ Movilidad ✓ Sueño y descanso ✓ Actividades de la vida diaria ✓ Capacidad de trabajo 	7	BAJA 0-30 MEDIA 31-69 ALTA 70-100.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar los 26 ítems tengan puntajes de 1-5. 2. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente p3, p4 y p26. 3. Calcular puntajes por dominio, la sumatoria de todo ello se multiplica por 4. 4. Luego los puntajes brutos se tienen que transformar en la tabla.
			Dimensión psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentimientos positivos ✓ Espiritualidad, religión, creencias personales ✓ Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración ✓ Imagen corporal ✓ Autoestima ✓ Sentimientos negativos 	6		
			Dimensión relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relaciones personales ✓ Actividad sexual ✓ Apoyo social 	3		
			Dimensión ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Libertad y seguridad ✓ Ambiente físico ✓ Recursos económicos ✓ Oportunidad de información ✓ Ocio y descanso ✓ Hogar ✓ Atención sanitaria/social ✓ Transporte. 	8		

ANEXO D

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE						
VARIABLE	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	ITEMS
Calidad de vida	Cualitativa	Ordinal	Dimensión física	Dolor , dependencia de medicinas, energía para la vida diaria, movilidad, sueño y descanso, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajo	7	Ítem 3, Ítem 4, Ítem 10, Ítem 15, Ítem 16, Ítem 17, Ítem 18.
			Dimensión psicológica	Sentimientos positivos, espiritualidad, religión, creencias personales, pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración, imagen corporal, autoestima, sentimientos negativos	6	Ítem5,Ítem6, Ítem7,Ítem 11,Ítem19, Ítem26.
			Dimensión relaciones sociales	Relaciones personales , actividad sexual y apoyo social.	3	Ítem 20, Ítem 21, Ítem 22.
			Dimensión ambiente	Libertad y seguridad , ambiente físico, recursos económicos, oportunidad de información, ocio y descanso , hogar , atención sanitaria/social y transporte.	8	Ítem 8, Ítem 9, Ítem 12, Ítem 13, Ítem 14, Ítem 23, Ítem 24, Ítem 25.

ANEXO F

DICTÁMEN DE COMITÉ DE ÉTICA

 **UCH** UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Resolución N° 411-2006-CONAFU
Resolución N° 178-2007-CONAFU

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

ACTA CEI N° 002	14 de septiembre de 2016
-----------------	--------------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, a los 16 días del mes de agosto del año dos mil dieciséis, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"Calidad de vida en adultos mayores del centro de salud Laura Caller, los olivos – 2016"**. Código ID-008.


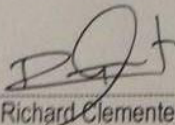
Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.


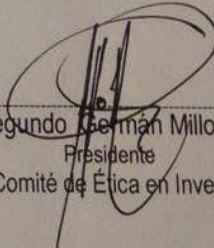
POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado **"Calidad de vida en adultos mayores del centro de salud Laura Caller, los olivos – 2016"**. Código ID-008.

 
Richard Clemente Antón Talledo
Secretario
del Comité de Ética en Investigación

 
German Millones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

SGMG /PDMM

ANEXO G

PROCESO DE VALIDACIÓN POR JURADOS EXPERTOS.

EXPERTO	CARGO	INSTITUCIÓN	CONGRUENCIA DE ITEMS	AMPLITUD DE CONTENIDO	REDACCIÓN DE LOS ITEMS	CLARIDAD Y PRECISIÓN	PERTINENCIA	TOTAL
LIC. TERESA VIVAS DURAND	LIC. ENFERMERIA	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	95%	85%	75%	85%	85%	0.85
Mg. IVAN IRAOLA REAL	JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD PRIMARIA E INTERCULTURALIDAD - UCH	UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES	75%	85%	85%	85%	85%	0.83
DR. RICHARD ANTÓN TALLEDO	DIRECTOR ACADÉMICO DE ESTUDIOS GENERALES - UCH	UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES	75%	85%	75%	85%	85%	0.81
LIC. SUSANA JARA NIQUIN	ENFERMERA JEFA	CENTRO DE SALUD LA AURA CALLER	85%	85%	85%	75%	85%	0.83
Mg. ROSA TUSE MEDINA	ENFERMERA ASISTENCIAL	HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU	85%	85%	85%	75%	85%	0.83
							RESULTADO	0.83
							BUENO	85%
		DEFICIENTE	0-69%	65%				
		ACEPTABLE	70-80%	75%				
		BUENO	80-90%	85%				
		EXCELENTE	90-100%	95%				

JUECES EXPERTOS



FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
	E	LE		E
Congruencia de ítems		✓		
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los ítems			✓	
Claridad y precisión			✓	
Pertinencia			✓	

Datos del Experto:

Nombre y Apellido:

Ivan Iraola Real

Profesión: Docente de Psicología

N° Colegiatura:

Cargo:

Jefe de la Unidad de Investigación de Educación
Primaria - UCH

Institución:

Universidad de Ciencias y Humanidades

Fecha: 03 Septiembre 2016

Firma:

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENT E	ACEPTAB LE	BUENO	EXCELENT E
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems		X		
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Datos del Experto:

Nombre y Apellido:

Francisco Vicos Davand

Profesión: *Enfermero*

Nº Colegiatura: *17714*

Cargo:

Enfermero

Institución:

Hospital Nacional Capitana Hendrix

Fecha: *10/09/16*

Firma: *[Firma]*

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			✓	
Amplitud de contenido			✓	
Redacción de los ítems			✓	
Claridad y precisión		✓		
Pertinencia			✓	

Datos del Experto:

Nombre y Apellido:

Susana Isabel Jara Niquin

Profesión:

de enfermería

Nº Colegiatura: *59119*

Cargo:

JEFA ENFERMERA

Institución:

C.S. Laura Caller

Fecha:

02-09-2016

Firma:

[Firma manuscrita]
Susana Isabel Jara Niquin
Licenciada en Enfermería
C.E.P. N° 5019

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENT E	ACEPTAB LE	BUENO	EXCELENT E
Congruencia de ítems		X		
Amplitud de contenido		X		
Redacción de los ítems		X		
Claridad y precisión	X			
Pertinencia		X		

Datos del Experto:

Nombre y Apellido:

Rosa Tuxi Medina

Profesión: Enfermera

N° Colegiatura: 43352

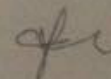
Cargo:

Enfermera Asistencial

Institución:

Hospital Emergencias Grau

Fecha: 05-09-16

Firma: 

FORMATO DE JUICIO DE EXPERTO SOBRE LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
	E	LE		E
Congruencia de ítems		X		
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los ítems		X		
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Datos del Experto:

Nombre y Apellido:

RICHARD C. ANTON TALLEDO

Profesión: PSICÓLOGO

Nº Colegiatura: 13491

Cargo:

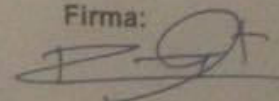
DOCENTE

Institución:

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

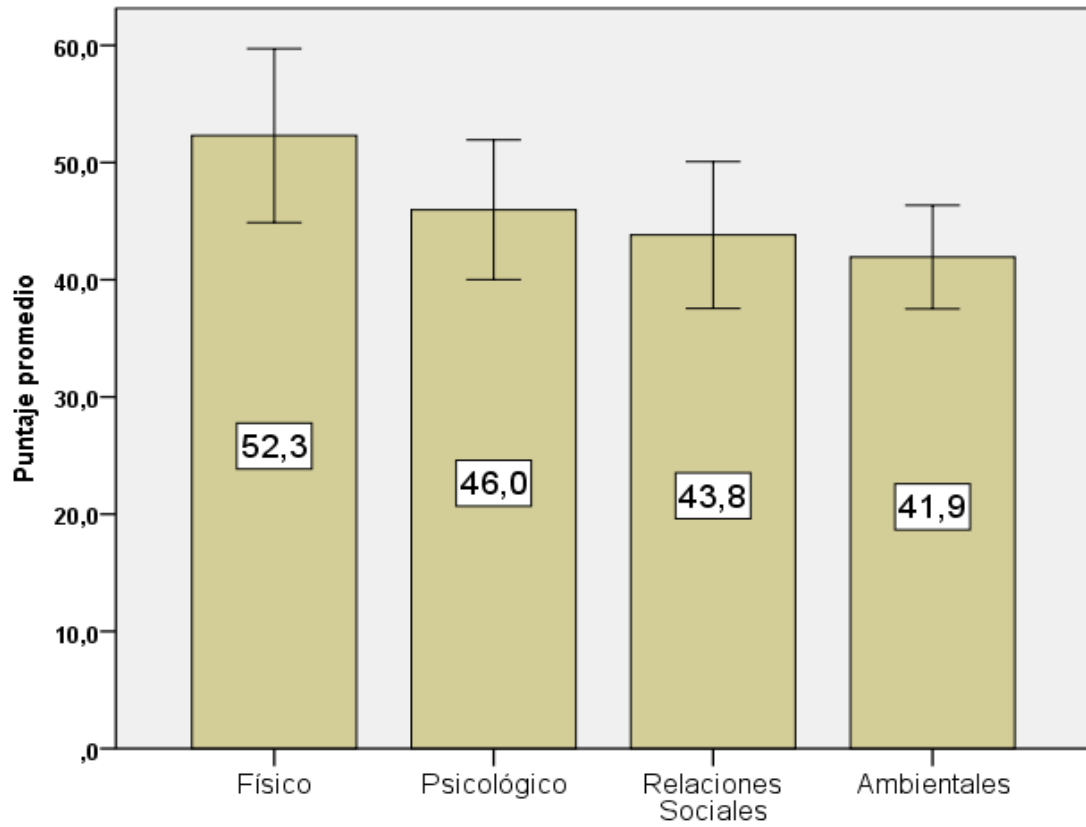
Fecha: 07/ SEPTIEMBRE / 2016

Firma:



ANEXO H

PRUEBA PILOTO – CONFIABILIDAD.



Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,925	24

ANEXO I

Tabla 1.

Calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud
Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Objetivo general

Calidad de vida general	n	Porcentaje
Baja	30	40%
Media	30	40%
Alta	15	20%
Total	75	100%

ANEXO J

Tabla 2.

Calidad de vida en su dimensión física en adultos mayores
del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Primer objetivo específico

Calidad de vida en su dimensión física	n	Porcentaje
Baja	34	45%
Media	18	24%
Alta	23	31%
Total	75	100%

ANEXO K

Tabla 3.

Calidad de vida en su dimensión psicológica en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Segundo objetivo específico

Calidad de vida en su dimensión psicológica	n	Porcentaje
Baja	41	55%
Media	15	20%
Alta	19	25%
Total	75	100%

ANEXO L

Tabla 4.

Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Tercer objetivo específico

Calidad de vida en su dimensión relaciones sociales	n	Porcentaje
Baja	14	19%
Media	48	64%
Alta	13	17%
Total	75	100%

ANEXO M

Tabla 5.
Calidad de vida en su dimensión ambiente en adultos mayores del Centro de Salud Laura Caller, Los Olivos – 2016.

Cuarto objetivo específico

Calidad de vida en su dimensión ambiente	n	Porcentaje
Baja	29	39%
Media	36	48%
Alta	10	13%
Total	75	100%

ANEXO N
CENTRO DE SALUD LAURA CALLER

