



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA**  
**SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL**  
**CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**TOMAS HANCCO YUCRA**

**Juliaca - Perú**

**2018**



**“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL  
CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017”**

Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería

TOMAS HANCCO YUCRA

Tutor: Lic. Rolando Germán Halanoca Pineda

Juliaca - Perú

2018

# HOJA DE APROBACIÓN

TOMAS HANCCO YUCRA

## “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017”

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del  
título de Licenciado en enfermería por la Universidad Alas  
Peruanas

---

Lic. Edit Arminda Ancieta Bernal  
Nº de colegiatura: 21637  
**Secretario**

---

Lic. Rolando Germán Halanoca Pineda  
Nº de colegiatura: 37092  
**Miembro**

---

Dr Victor Manuel Lima Condori  
Nº de colegiatura: 2202427495  
**Presidente**

Juliaca – Perú

2018

A nuestro padre todo poderoso que con  
inmensa bondad me ilumina,  
prestándome su ayuda, protección en  
cada momento de mi vida, guiándome  
por el buen camino

Agradezco a Dios por haberme concedido la fortaleza para realizar este trabajo de investigación y alcanzar mi meta trazada.

A nuestra alma mater, la Universidad Alas Peruanas por haberme dado la oportunidad de forjarme como futuro profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería al Director y cuerpo docentes por impartirnos sus conocimientos y brindarnos su apoyo durante mi formación profesional, de igual manera al cuerpo administrativo por su apoyo incondicional.

Un especial agradecimiento al Ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado por el asesoramiento estadístico y sus sabios consejos durante todo el proceso de investigación, que Dios me lo bendiga a este gran profesional.

A los adultos mayores del Centro de Salud Vallecito que participaron en el trabajo de investigación, por la facilidad y aceptación brindada en la ejecución de este trabajo de investigación

## RESUMEN

El **objetivo** fue describir la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito. **Materiales y métodos:** El tipo de investigación aplicado es descriptivo, nivel descriptivo, la muestra es no probabilística de 53 adultos mayores, la técnica fue la entrevista, y el instrumento la entrevista estructurada. **Resultados** siguientes; que la calidad de vida del adulto mayor es mala con un 77.4% en el Centro de Salud Vallecito, de acuerdo a las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor es mala en la funcionalidad física con un 69.8%, en funcionalidad social tuvo una mala calidad de vida con un 62.3%, en limitaciones del rol atributos a problemas físicos es mala calidad con un 84.9%, en las limitaciones del rol atributos a problemas emocionales con un 81.1%, en el estado mental la calidad de vida fue mala con un 60.4%; en la dimensión energía y fatiga tuvieron una mala calidad de vida con un 73.6%; la calidad de vida del adulto mayor en dolor es de mala calidad de vida en un 77.4%, en cuanto a la percepción de la salud en general es de mala calidad en un 54.7% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno. **Conclusión** que el nivel de calidad de vida fue mala en el centro de salud vallecito de la ciudad de Puno.

**Palabras clave:** Calidad de vida, adulto mayor, estado de salud.

## ABSTRACT

The **objective** was to describe the quality of life of the elderly person of the Vallecito Health Center. **Materials and methods:** The type of research applied is descriptive, descriptive level, the sample is non-probabilistic of 53 older adults, the technique was the interview, and the instrument the structured interview. Next **results**; that the quality of life of the older adult is poor with 77.4% in the Vallecito Health Center, according to the dimensions of the quality of life of the older adult is bad in physical functionality with 69.8%, in social functionality had a poor quality of life with 62.3%, in limitations of the role attributes to physical problems is poor quality with 84.9%, in the limitations of the role attributes to emotional problems with 81.1%, in the mental state the quality of life was bad with 60.4%; in the dimension of energy and fatigue they had a poor quality of life with 73.6%; the quality of life of the elderly in pain is of poor quality of life in 77.4%, in terms of the perception of health in general is poor quality in 54.7% in the Vallecito Health Center of the city of Puno. **Conclusion** that the quality of life level was poor in the Vallecito health center of the city of Puno.

Key words: Quality of life, older adult, state of health.

## LISTA DE CONTENIDO

Hoja de aprobación .....	iii
Dedicatoria .....	iv
Agradecimiento .....	iv
Lista de tablas .....	11
Lista de gráficos .....	12
Introducción.....	13
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>15</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	15
1.2. Formulación del problema .....	18
1.2.1. Problema General.....	18
1.2.2. Problemas Específicos .....	18
1.3. Objetivos de la investigación .....	19
1.3.1. Objetivo general .....	19
1.3.2. Objetivos específicos .....	19
1.4. Justificación del estudio .....	20
1.4.1. Importancia de la investigación.....	21
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	21
1.5. Limitaciones de la investigación.....	21
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.2. Bases teóricas.....	26
2.2.1. Calidad de vida. ....	26
2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida. ....	31
2.2.2.1. Funcionalidad física. ....	31
2.2.2.2. Funcionalidad social.....	31
2.2.2.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos. ....	32
2.2.2.4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales. ....	32
2.2.2.5. Estado mental. ....	33
2.2.2.6. Energía y fatiga.....	34
2.2.2.7. Dolor. ....	35
2.2.2.8. Percepción de la salud en general.....	37

2.3. Definición de términos básicos.....	38
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>40</b>
3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas .....	40
3.1.1. Hipótesis principal .....	40
3.1.2. Hipótesis derivadas .....	40
3.2. Variables. ....	41
3.2.1. Operacionalización de variables.....	42
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....</b>	<b>43</b>
4.1. Diseño metodológico.....	43
4.1.1. Tipo de investigación.....	43
4.1.2. Nivel de investigación.....	43
4.2. Diseño muestral .....	43
4.2.1. Población y muestra de la investigación.....	43
4.2.1.1. Población.....	43
4.2.1.2. Muestra.....	44
4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	44
4.3.1. Técnicas .....	44
4.3.2. Instrumentos.....	44
4.3.3. Validez y confiabilidad del instrumento .....	46
4.4. Técnicas de procesamiento de la información .....	47
<b>CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>48</b>
5.2. Discusión.....	67
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>72</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>
Anexo 1: Carta de presentación.....	77
Anexo 2: Cuestionario de salud sf- 36 .....	78
Anexo 3: Solicitud .....	83
Anexo 4: Base de datos realizado en el software SPSS V.23 .....	84
Anexo 5 : Calculo percentiles para el nivel de calidad de vida.....	85

Anexo 6 : Padron actualizado del adulto mayor del centro de salud vallecito...	94
Anexo 7 : Matriz de Consistencia.....	98
Anexo 8: fotografías .....	99

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla N° 01:</b> Calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	48
<b>Tabla N° 02:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	51
<b>Tabla N° 03:</b> ..... Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.	52
<b>Tabla N° 04:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (Irpfi) del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017. ....	54
<b>Tabla N° 05:</b> ..... Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (Irepe) del centro de salud vallecito, Puno-2017	57
<b>Tabla N° 06:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017 .....	59
<b>Tabla N° 07:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017 .....	60
<b>Tabla N° 08:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	63
<b>Tabla N° 09:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	65

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 01:</b> Calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	49
<b>Gráfico N° 02:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	51
<b>Gráfico N° 03:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017. ....	53
<b>Gráfico N° 04:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (lrpf) del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017. ....	55
<b>Gráfico N° 05:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (lrpe) del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017 .....	57
<b>Gráfico N° 06:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017 .....	59
<b>Gráfico N° 07:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	61
<b>Gráfico N° 08:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017. ....	63
<b>Gráfico N° 09:</b> Calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.....	65

# INTRODUCCIÓN

La calidad de vida es una evaluación de la experiencia de su propia vida hacen las personas, y , por lo tanto, la calidad de vida nos habla de la percepción subjetiva) que tienen las personas de su vida ( situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, urbana, laboral, etc.), y , en segundo lugar, entendemos la calidad de vida como bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, grupos y comunidades que les da capacidad de actuación , funcionamiento y sensación positiva con su vida, tanto en relación con la calidad de las condiciones de vida (objetiva), como referida a la satisfacción personal (subjetiva) y/o social con dichas condiciones, refiriéndonos a los valores personales y/o sociales.

Una de las definiciones más ampliamente consideradas es la que fija el grupo de estudios de calidad de vida, de la organización mundial de la salud (OMS), que define calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones ”.Esta definición pone el acento en la idea de calidad de vida individual, que proviene de la valoración que hacen los individuos sobre su entorno de vida; en el enfoque dicotómico subjetivo-objetivo, por cuanto son los individuos los que se pronuncian sobre los aspectos normativos y en relación con sus experiencias y expectativas; y en la influencia de diversos factores o dominios que se han de considerar. A esta definición se puede añadir el hecho de que la calidad de vida es dinámica y temporal.

De acuerdo a las normativas de la presentación del informe de investigación de pre grado dadas por la Universidad Alas Peruanas, las cuales por normativa fueron desarrollado con sus respectivas características y contenido es por ello que se considera lo siguiente:

En el primer capítulo denominado el problema se refiere al planteamiento del problema, la formulación del problema, objetivos, justificación, limitaciones del estudio que se presentaron para el desarrollo de la investigación.

En el capítulo segundo está involucrado el marco teórico, en el que están planteados los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, la definición de términos básicos

En el capítulo tres se encuentra la hipótesis, definición conceptual y operacionalización de variables, que sustentan el desarrollo adecuado del trabajo, pues a través de este capítulo se determinaron los términos básicos que se emplearon para el desarrollo de la investigación, para evitar cualquier confrontación de significados temáticos e interpretación de los resultados, por consiguiente, incurrir en contradicciones.

En el capítulo cuatro se plantea la metodología de la investigación, el tipo, nivel, método, población, muestra, técnicas e instrumentos; validez y confiabilidad del instrumento las que están en concordancia con las consideraciones de la normativa de la Universidad del esquema de Pre grado.

En el capítulo cinco se ha considerado los resultados como las tablas, gráficos y contrastación de las hipótesis desarrollados y calculados en el programa estadístico SPSS v.23., la discusión.

Finalmente las conclusiones, recomendaciones pertinentes, finalmente se consigna la bibliografía utilizada los anexos respectivos, de acuerdo a los lineamientos normas del presente año de la Universidad Alas Peruanas.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

La funcionalidad es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, para lograr el bienestar, a través de la interrelación de sus dimensiones. En cuanto al nivel de calidad de vida del adulto mayor tiene la capacidad de tomar decisiones por sí solo y afrontar las consecuencias de ello. Asimismo, en el estado mental se sufre cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo, por lo cual se requiere acción oportuna. Por otro lado, el apoyo social percibido es un elemento protector de los adultos mayores, que al moderar los efectos negativos del estrés se contribuye al bienestar y la satisfacción con la vida.

Además, la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme va pasando el tiempo. Esta importante para el equipo multidisciplinario, en lo cual el profesional de enfermería forma parte del cuidado integral de los adultos mayores según su clasificación: independiente, dependiente, parcialmente dependiente y dependiente funcional.

La evaluación geriátrica permite definir el nivel de dependencia y plantear los objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como instruir medidas de prevención para evitar mayor deterioro. Por otro lado, Lagos menciona que el programa educativo tiene una influencia en la mejora de la

funcionalidad del adulto mayor.

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, tal es así que para el 2000 y 2050 la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%; es decir, que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Asimismo, 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. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes (Organización Mundial de la Salud, 2012).<sup>(1)</sup>

A nivel Latinoamericano, Argentina se caracteriza por ser uno de los países más longevos por la mayor cantidad de años que logran vivir sus habitantes en la actualidad, lo cual se convierte en un desafío para que ese tiempo se disfrutara con calidad.

Asimismo, Chile presenta un evidente y sostenido proceso de envejecimiento en el aumento de la esperanza de vida de los chilenos y la disminución de la tasa de natalidad, fenómeno propio de países que paulatinamente alcanzan mayores niveles de desarrollo. El proceso de envejecimiento de la población ocurre en paralelo a su feminización debido a la mayor longevidad de las mujeres.

A nivel nacional, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2014), indicó que se proyecta para el 2050 que el porcentaje de personas adultas mayores será de 22.8%, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida a 74,28 años. Actualmente, existen en el Perú 2 millones 907 mil 138 personas mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,43% de la población total.

La población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565. Cada

año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática detalló que los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú.

En Lima Metropolitana el 11% de la población es adulta mayor, lo cual es más de un millón que tienen 60 a más años de edad, Lima centro tiene la mayor proporción de la población adulta mayor. En Lima Este existe un 8,6% de población adulta mayor, entre los cuales el distrito que tiene más adultos mayores con un 14% es La Molina y con un 13,9% San Luis, encontramos también el distrito de Lurigancho – Chosica con un 8,9% de población adulta mayor <sup>(2)</sup>

A medida que aumentan la edad, la calidad de vida en el Centro de Salud Vallecito se observó que es regular, pueden ser por motivos económicos, ausencia de familiares cercanos, ejercicios físicos, vivencia unipersonal ( vivir solo), mi experiencia cuando se realizó las prácticas comunitarias se observó que los adultos mayores o personas de la tercera edad en cuanto a su calidad de vida tienen que tener la autonomía, capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día.

Los problemas que se encontró con respecto a la calidad de vida son la falta de ejercicio (no realiza ejercicio físico), funcionalidad social ( no se junta con amigos), problemas emocionales (tristeza, angustia, quedarse solos), la energía y fatiga, la percepción de la salud en general, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores así como la capacidad funcional de una persona aumenta en los

primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y empieza a declinar con un ritmo determinado por el comportamiento y las cosas expuestas a lo largo de la vida.

En la práctica se encuentran oportunidades para favorecer la salud del adulto mayor, en lo cual el enseñar al adulto mayor sobre la nutrición y el ejercicio apropiado ayudará a mantener su independencia. La actividad física habitual puede prolongar los años de independencia, mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad de los adultos mayores. El ejercicio regula el aumento de la fuerza; y ayuda a mantener la masa corporal.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?

- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Describir la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017
- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.

- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- Describir la calidad de vida del adulto mayor dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017
- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.

#### **1.4. Justificación del estudio**

Una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad en nuestro país es la población adulta mayor, la mayoría de familias llegado el momento suelen abandonarlas a su suerte en la soledad, sin posibilidad de apoyo alguno. En otros casos los llevan a vivir consigo a lugares totalmente extraños para ellos donde no hay posibilidad de que puedan realizar las actividades que solían hacer en su vida cotidiana y ello hace que se sientan reclusos en un espacio que lo único que le dará es insatisfacción y finalmente la muerte adelantada.

El estudio de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes. Y está cada día más presente en los diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas. Su estudio aporta una medida global del impacto de la enfermedad, ayuda en la toma de decisiones clínicas y evalúa el cambio después de una determinada intervención.

La población adulta mayor requiere de vivir con calidad; el presente proyecto tiene por finalidad analizar el problema para generar soluciones

factibles a ser aplicadas en nuestra realidad; para de esa forma mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

#### **1.4.1. Importancia de la investigación**

El presente trabajo de investigación se realizó en beneficio de los adultos mayores, para saber cómo es su calidad de vida, para que el centro de salud tome medidas preventivas para de alguna forma mejorar dicha calidad de vida de los adultos mayores, esta investigación beneficia directamente al adulto mayor del Centro de Salud Vallecito.

#### **1.4.2. Viabilidad de la investigación**

La investigación es viable por que se contó con los recursos humanos en este caso el investigador y los adultos mayores, además se contó con los recursos económicos para la presente investigación, además es viable también por que está de acuerdo a la realidad y los datos serán recolectados en espacio y tiempo determinado.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Al momento de realizar la entrevista de la calidad de vida al adulto mayor, nos dimos cuenta que la mayoría tenía problemas de sordera, y que no entendían lo que se les leía por que nos pidió repetir varias veces la pregunta, con esto podemos mencionar que esto fue un limitante en nuestra investigación, aparte de esto podemos mencionar que algunos de estos adultos mayores no quisieron colaborar con la investigación por su mal genio y que decía para que “me vas a pagar”, pero de alguna forma se les dio gaseosa y pan para que colaboren con la presente investigación, ya que ellos no querían colaborar sin nada a cambio y solamente se iban.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

**Millán I.** en el año 2010 realizó una investigación en la ciudad Habana titulada :”Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”, cuyo objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad en Cuba. El estudio fue descriptivo, teniendo como muestra 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano. Las conclusiones fueron que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos.<sup>(3)</sup>

**Söderhamn, Lindencrona y Ek** en el año 2010 realizada en Suecia titulada “Capacidad de autocuidado entre los hogares residencia ancianos en un distrito de salud en Suecia”. Realizaron una investigación teniendo como objetivo describir la capacidad para el autocuidado entre la casa de vivienda de ancianos en la comunidad, en un distrito de la salud en el oeste de Suecia. Metodología el tipo de estudio fue descriptivo, utilizaron dos instrumentos de autoinforme, además de una serie de preguntas relacionadas con el autocuidado se distribuyeron por correo a una edad estratificados muestra aleatoria y finalmente completado por un total de 125 sujetos. Llego a las conclusiones que la capacidad del autocuidado y la agencia de autocuidado disminuyeron para los encuestados más de 75 años de edad. Capacidad de autocuidado fue predicho por tres medios productivos para el autocuidado y cuatro factores de riesgo. <sup>(4)</sup>

**Rubio D.Y. , Rivera L.B., Borges L.C. y Gonzáles F.V.** en el año 2015 realizó una investigación titulada: “Calidad de vida en el adulto mayor” .El envejecimiento poblacional del mundo y de Cuba es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico técnica del siglo XXI; sus consecuencias unidas a características socio-demográficas pueden afectar la calidad de vida. La aparición del concepto calidad de vida y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo, es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. Conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor y su relación con el envejecimiento, nos motivó a la realización de este trabajo. Llegó a la siguiente conclusión la satisfacción de las necesidades del hombre, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y ésta es a su vez, el fundamento concreto de bienestar social y estado de salud. La calidad de vida es un proceso multifactorial que tiene un carácter primario individual y subjetivo y teniendo como resultante el estado de salud de cada individuo en particular, más el estado de satisfacción de su vida, que él percibe y desea. El paciente es el único autorizado para opinar sobre la calidad de

su vida, y el respeto por su autonomía nos obliga como médicos, a tratar al adulto mayor de acuerdo a la valoración que éste hace de la calidad de su vida. El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital. <sup>(5)</sup>

**Castiblanco y Fajardo** (2017), en Colombia realizó una investigación “Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) de la comuna ocho, ubicado en el barrio La Cima de Ibagué en el departamento del Tolima, Colombia. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con muestra de 88 adultos mayores, entre 60 y 93 años de edad. La información se recolectó entre octubre y diciembre de 2014, durante la práctica de la asignatura Enfermería del Adulto Mayor; se aplicó la encuesta: evaluación de la capacidad de percepción de autocuidado del adulto mayor, constó de ocho categorías que evaluaron la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor; fue procesada con el programa Excel en cuatro etapas: 1. Sistematización de información; 2. Transcripción de respuestas en tablas estadísticas, 3. Análisis de categorías según criterios de evaluación del instrumento y 4. Interpretación de los resultados obtenidos a partir de su aplicación. Resultados: El adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta. Conclusiones: Se determinó que la capacidad y percepción de autocuidado de los adultos mayores es parcialmente adecuada en las siguientes categorías: eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, y control de salud, debido a que estas categorías obtuvieron puntaje mayor en la calificación intermedia. No se evidencio déficit de autocuidado inadecuado para ninguna categoría, debido a la interdisciplinariedad del programa <sup>(6)</sup>

### 2.1.2. Antecedentes Nacionales

**Alfaro, Levis; Jennyfer, Joan; Castillo, Frank; Villa, Elena** en el año 2014 en Lima-Perú realizaron una investigación: "Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014.", El objetivo del presente trabajo fue determinar la calidad de vida en personas adultas mayores que residen en los centros del adulto mayor, de los distritos de Chaclacayo y Chosica. En cuanto a la metodología corresponde al diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo. Se utilizó el muestreo por conveniencia, con criterios de inclusión y exclusión, el grupo de participantes fue 112 personas, 49 varones (43,8%) y 63 mujeres (56,3%). Se utilizó la Escala de Calidad de Vida FUMAT de Verdugo, Gómez, y Arias (2009). Los resultados que se encontraron fueron los siguientes: con respecto al perfil de calidad de vida el 83% de los adultos mayores presentan calidad de vida promedio. Es decir, en la dimensión bienestar emocional presentó el 71,4%, en la dimensión de relaciones interpersonales el 64,3%, en la dimensión bienestar material 92%, en la dimensión desarrollo personal 77%, en la dimensión bienestar físico 55%, en la dimensión de inclusión social 74,1%, evidencian calidad de vida promedio. En la dimensión autodeterminación el 61,6 % tiene bajo nivel de calidad de vida y, en la dimensión derecho, presenta calidad de vida mayor al promedio con 79%. En conclusión, el presente estudio señala que los adultos mayores, residentes en los Centros de Reposo de Chaclacayo y Chosica, tienen una calidad de vida promedio en las siete dimensiones estudiadas. No así en los resultados de calidad de vida en las dimensiones de derecho (mayor al promedio) y autodeterminación (menor al promedio).<sup>(7)</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Calidad de vida.**

Para Schalock la calidad de vida se define como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida en el hogar y en la comunidad, en el trabajo (o escuela en el caso de los niños), y de salud y bienestar. Como tal, la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos. Así el aspecto central del estudio de la calidad de vida percibida de una persona incluye la relación entre fenómenos objetivos y subjetivos. <sup>(8)</sup>

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer. <sup>(5)</sup>

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. <sup>(1)</sup>

Los factores más comunes que constituyen la concepción y medida de la calidad de vida incluyen:

- Vida en el hogar y en la comunidad.
- Empleo (incluyendo nivel económico)
- Propiedades
- Integración social (familia, amigos, apoyos naturales).
- Estado de salud y seguridad
- Control personal
- Posibilidad de elección (incluyendo la oportunidad de tomar decisiones).

Una de las definiciones más ampliamente consideradas es la que fija el grupo de estudios de calidad de vida, de la organización mundial de la salud (OMS), que define calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. Esta definición pone el acento en la idea de calidad de vida individual, que proviene de la valoración que hacen los individuos sobre su entorno de vida; en el enfoque dicotómico subjetivo-objetivo, por cuanto son los individuos los que se pronuncian sobre los aspectos normativos y en relación con sus experiencias y expectativas; y en la influencia de diversos factores o dominios que se han de considerar. A esta definición se puede añadir el hecho de que la calidad de vida es dinámica y temporal <sup>(9)</sup>.

La calidad de vida es una evaluación de la experiencia de su propia vida hacen las personas, y, por lo tanto, la calidad de vida nos habla de la percepción subjetiva que tienen las personas de su vida (situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, urbana, laboral, etc.), y, en segundo lugar, entendemos la calidad de vida como bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, grupos y comunidades que les da capacidad de actuación, funcionamiento y sensación positiva con su vida, tanto en relación con la calidad de las condiciones de vida (objetiva), como referida a la satisfacción personal (subjetiva) y/o social con dichas condiciones, refiriéndonos a los valores personales y/o sociales. <sup>(3)</sup>

En este sentido la Organización Mundial de la Salud también define la calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.”<sup>(10)</sup>

Para Verdugo y Rodríguez define a la Calidad de vida como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una”. Este concepto queda definido en 8 dimensiones. Cada una de ellas viene definida por una serie de indicadores.<sup>(11)</sup>

Los indicadores son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que nos van a permitir evaluar la satisfacción con una determinada área de la vida de la cuidadora primaria o cuidador, hermano o hermana, persona con discapacidad o cualquier otro miembro de la familia.

#### **2.2.1.1. Dimensiones: Bienestar Emocional**

Indicadores: Estabilidad mental: Ausencia de estrés, sentimientos Negativos; Satisfacción, Auto concepto.

El bienestar emocional representa la habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarla y de realizarlo en forma apropiada. Las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado en la vida emocional del ser humano incluyen la capacidad para controlar efectivamente el estrés negativo, el ser flexible y el compromiso para resolver conflictos. La gente que consistentemente tratan de mejorar su bienestar emocional tiende a disfrutar mejor la vida.

#### **a. Dimensiones: Relaciones Interpersonales**

Indicadores: Relaciones sociales, Relaciones familiares, Relaciones de pareja, Tener amigos y amigas estables y claramente identificados, Tener contactos sociales positivos y gratificantes.

**b. Dimensiones: Bienestar Material**

Indicadores: Condiciones de la vivienda, condiciones del lugar de trabajo, condiciones del servicio al que acude, Empleo, Ingresos, Salario, Posesiones.

**c. Dimensiones: Desarrollo Personal**

Indicadores: Educación; Oportunidades de aprendizaje; Habilidades relacionadas con el trabajo; Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa); Actividades de la vida diaria.

**d. Dimensiones: Bienestar Físico**

Indicadores: Atención sanitaria; Sueño; Consecuencias de la salud (dolores, medicación); Salud general; Movilidad; Acceso a ayudas técnicas.

El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado/agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación. La persona tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran menoscabadas. Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud física. En muchas situaciones, la dimensión física puede ser la más importante. En la mayoría de los programas de bienestar y aptitud física (establecidos o para ser mercadeados) el enfoque o base es el bienestar físico como el instrumento principal diseñado para operar el organismo humano.

**e. Dimensiones: Autodeterminación**

Indicadores: Autonomía; Metas y preferencias personales; Decisiones; Elecciones.

**f. Dimensiones: Inclusión Social**

Indicadores: Participación; Integración; Apoyos.

**g. Dimensiones: Derechos**

Indicadores: Conocimiento de derechos; Defensa de derechos; Ejerce derechos; Intimidad y respeto.

La calidad de vida es definida como un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas universales y étnicas ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales <sup>(8)</sup>.

### Cuadro 1

*Dimensiones de calidad de vida y ejemplos de apoyos individualizados.*

<b>Dimensión</b>	<b>Ejemplos de apoyos individualizados</b>
Desarrollo personal	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistida, sistemas de comunicación.
Autodeterminación	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
Relaciones interpersonales	Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones/interacciones comunitarias.
Inclusión social	Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales.
Derechos	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidad cívica, respeto y dignidad.
Bienestar emocional	Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de auto identificación (espejos, etiquetas con el nombre).
Bienestar físico	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición
Bienestar material	Propiedad, posesiones, empleo

Fuente: Revista del concepto de calidad de vida en los servicios de apoyos para personas con discapacidad intelectual 2007.

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones

tan subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social, y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país. Se trata, pues, de un concepto demasiado abstracto e impreciso, sin un consenso previo sobre su significado y, por tanto sin una base suficiente para construir una teoría o un modelo de medición <sup>(12)</sup>.

## **2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida.**

### **2.2.2.1. Funcionalidad física.**

Similar al concepto de capacidad funcional, resulta la dimensión más cercana a las medidas clínicas tradicionalmente usadas en medicina. Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar una actividad normal. La función física contempla fundamentalmente dos dominios: la capacidad para las actividades de la vida diaria, como las restricciones del movimiento corporal ( andar, inclinarse y subir/bajar escaleras), las limitaciones en la movilidad ( permanencia en cama) o la interferencia con las actividades de autocuidado ( bañarse, vestirse, o comer); y la capacidad para el esfuerzo, la energía o la actividad positiva, que se refiere a la ejecución de actividades vigorosas o a la realización de esfuerzos sin manifestar excesiva fatiga y se utiliza cada vez más en la evaluación de la calidad de vida <sup>(12)</sup>.

### **2.2.2.2. Funcionalidad social.**

Para Sánchez define a la funcionalidad social como a la capacidad para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social y que están tradicionalmente estructuradas en forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad. Constituyen un parámetro muy estimado en la evaluación de la calidad de vida al proporcionar un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir sobre el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia. Las limitaciones en los roles habituales son evaluadas en relación con la actividad más importante de la persona, incluyendo el trabajo y las tareas domésticas. <sup>(12)</sup>

Pero la calidad de vida tiene también un enfoque social y económico, pues la vida humana requiere de determinadas condiciones de orden social y económico, por ser estas fundamentales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, estas son fundamentales para el bienestar del ser humano. Y, ¿qué decir del aspecto psicológico?. La armonía interior, el comportamiento y la actitud son aspectos determinantes que están muy relacionados con la forma de vida y las circunstancias en que estas se desarrollan, y tiene que ver con el modo de vida de las personas. <sup>(5)</sup>

#### **2.2.2.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos.**

Para Sánchez esta dimensión del estilo de vida reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o del tratamiento. En general se consideran los síntomas o las molestias referidas por el paciente, las sensaciones displacenteras que pueden disminuir la calidad de vida de un individuo, como dolor, náuseas y disnea. Resulta el dominio de carácter más objetivo y estas sensaciones suelen ser fundamentales en los instrumentos de calidad de vida. <sup>(12)</sup>

#### **2.2.2.4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.**

Según Charlotte Bühler un problema emocional “es una interrupción, una detención que tiene un individuo o un grupo en su evolución o desarrollo “por otra parte la Lic. Moraima Núñez Lara define los problemas emocionales como: “Cuadros clínicos que se instalan en la vida emocional de un individuo y que pueden interrumpir, congelar, distorsionar y/o desconectar cualquiera, algunas o muchas y en los casos más graves todas las expresiones comportamentales de su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, social y/o vital”. Al revisar con detenimiento esta definición podemos observar que la manifestación de los problemas emocionales varían de un individuo a otro de acuerdo a sus características individuales, a su historia personal, tomando en cuenta los factores genéticos y

ambientales así como también la intensidad y magnitud de la situación(es), indicadores estos que le permitirán a los especialistas (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos) definir el grado del problema.

El Dr. Bower señala que existen problemas emocionales de diferentes grados, así tenemos los leves o transitorios que son aquellos que presentan conductas atípicas circunstanciales y/o reactivas producto de un conflicto que está enfrentando en ese momento (reciente separación de los padres, muerte o enfermedad de un familiar etc.) esta situación puede durar algunos días, semanas o hasta 3-4 meses notando en la conducta mejoras en forma progresiva. También tenemos problemas emocionales en donde la atipicidad de las conductas permanece, interrumpiendo, congelando sus diferentes actividades diarias, deteriorando las relaciones interpersonales <sup>(12)</sup>

#### **2.2.2.5. Estado mental.**

Se refiere a indicadores cognitivos y afectivos. Para los últimos se emplean los dominios del bienestar subjetivo como: felicidad, satisfacción con la vida y afecto positivo, mientras que los indicadores cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, la confusión o el deterioro para pensar y concentrarse, ambos componentes, afectivo y cognitivo, participan en los juicios que se hacen sobre la propia calidad de vida y se hallan significativamente influidos por el proceso de la enfermedad y el tratamiento <sup>(12)</sup>

El concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. Además, esta entidad en la vejez implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. <sup>(5)</sup>

#### **2.2.2.6. Energía y fatiga.**

La fatiga, como concepto, resulta muy difícil de definir ya que cada persona tiene su propia idea de lo que significa estar cansado. ¿Quién no se ha sentido cansado alguna vez? El concepto fatiga está referido a aquellas situaciones concebidas en el ámbito fisiológico como muy dispares. Por ejemplo se puede hablar de fatiga cuando nos referimos a un corredor de velocidad que no puede mantener un determinado ritmo de carrera; cuando un ciclista de carretera abandona el Tour; o cuando, después de varias sesiones de entrenamiento el deportista no puede mantener una intensidad de trabajo. Puede tratarse de la fatiga respecto a un grupo concreto y localizado de músculos, o bien a una situación de cansancio generalizada <sup>(13)</sup>.

La fatiga se define como un conjunto de cambios que experimenta nuestro organismo cuando se encuentra sometido a condiciones extremas de sobre entrenamiento; o bien cuando no estamos habituados a un tipo de trabajo con una intensidad concreta e intentamos superar nuestro propio límite de esfuerzo.

La fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o la falta de sueño. Sin embargo, también puede ser un signo no específico de un trastorno psicológico o fisiológico grave. La fatiga puede aparecer como síntoma aislado o acompañando a otros síntomas en una amplia gama de problemas de salud y enfermedades. La fatiga puede convertirse en un asunto crítico en la vida de una persona. Puede afectar a la forma en que la persona se siente en relación a si misma, en relación a sus actividades diarias y su relación con otras personas. Las personas afectadas podrían faltar al trabajo, retirarse de sus amistades, requerir de más horas para dormir y en algunos casos podrían verse imposibilitados de llevar a cabo cualquier actividad física debido a la fatiga. La fatiga puede ser aguda o crónica. La fatiga aguda es el cansancio normal con síntomas ocasionales que se presentan de repente y duran poco tiempo. En un individuo

saludable, el descanso generalmente alivia la fatiga, y le permite a la persona regresar a sus actividades normales. La fatiga crónica es de carácter duradero. El síndrome de fatiga crónica presenta un debilitamiento prolongado que podría ser persistente o recurrente <sup>(13)</sup>.

#### **2.2.2.7. Dolor.**

El dolor ha sido identificado como uno de los síntomas más comunes en la consulta médica general; dentro de los problemas relacionados con el envejecimiento este síntoma está adquiriendo cada vez mayor importancia por los cambios demográficos evidentes. Sin embargo, este tema no es abordado por investigadores y clínicos<sup>1,2,18</sup>. En los adultos mayores, es un problema de salud pública, pues son más susceptibles a experimentar dolor en comparación con otros grupos de edad<sup>5,13,17</sup>. Estudios de gran escala han estimado una prevalencia de dolor, entre un 25% y un 50%, en pacientes de la comunidad y 45-90% en instituciones especializadas<sup>7</sup>. Hasta el 61,7% de las personas con dolor toman algún medicamento y hay un 29% de autoprescripción ante la presencia del dolor. <sup>(14)</sup>

En el adulto mayor el dolor puede tener múltiples causas, presentaciones variables y numerosos significados; un dolor no controlado puede tener gran impacto en la calidad de vida, en el estado funcional y en el bienestar psicosocial. Las consecuencias del dolor incluyen limitación en movimientos, disminución en las actividades de socialización, depresión, trastornos del sueño, así como incremento en el uso y consumo de los recursos de salud<sup>7</sup>. El dolor también puede tener un impacto negativo en los grandes síndromes geriátricos incluyendo trastornos del equilibrio, caídas, polifarmacia, trastornos cognitivos y desnutrición. Por todo lo mencionado es recomendable que a los adultos mayores se les pregunte por este síntoma y sus características. A este grupo de pacientes se les debe brindar un tiempo para preguntar y entender, porque es normal el enlentecimiento en el pensamiento al envejecer; el dolor debe ser evaluado de forma correcta, dándole manejo en cualquier sitio y el personal de salud debe estar adecuadamente entrenado para hacerlo <sup>(14)</sup>

El envejecer no es otra cosa que observar biomolecularmente un microcosmos de actividad celular y enzimática en descenso, unido a cambios dados en la genética misma de nuestro código de reproducción y funcionalidad celular como: <sup>(15)</sup>

- Pérdida del potencial replicativo, basado en el modelo fibroblástico, que demuestra que luego de 50 divisiones, el código presenta cambios degenerativos que llevan a una apoptosis programada.
- Acumulación de radicales libres que, en interacción con las membranas bilipídicas celulares, genera su deterioro y expone dramáticamente a la célula a destrucción por cambios osmóticos que habitualmente debe tolerar.
- Pérdida en la capacidad de degradación intracelular de desechos como los pigmentos de residuo metabólico, que generan un efecto deletéreo en las mitocondrias, órganos clave en la respiración celular y la génesis de energía.
- Relación entre genes activadores y supresores de actividad replicativa, procancerígena y coformadora de efectos mutágenos. <sup>(15)</sup>

Todo lo anterior contribuye a los cambios orgánicos funcionales propios del adulto mayor, estos avances en el conocimiento de la biología del envejecimiento sustentan los cuidados que se deben tener en la formulación y aproximación terapéutica de estos pacientes. <sup>(15)</sup>

Uno de los mayores retos es identificar el dolor percibido por el paciente cuando hay un déficit de comunicación o, en el peor de los casos, un déficit del estado de conciencia, además de la coexistencia de la enfermedad demencial. Por tal razón, diversos estudios han intentado valorar la real validez de análisis basados en la observación, durante el examen clínico, encontrándose utilidad en los siguientes parámetros que, por facilidad nemotécnica.

#### **2.2.2.8. Percepción de la salud en general.**

Para Sánchez, et al (2008) la percepción de la salud están basadas fundamentalmente en autopercepciones generales de salud, incluyen las evaluaciones que el individuo hace de los efectos que tiene su salud sobre otros aspectos de la vida. Por otra parte, la salud percibida también puede ser un indicador de los cuidados médicos y usarse como predictor de la mortalidad, en esta dimensión se incluye también la satisfacción con la salud derivada de las actividades, las relaciones y los estados de ánimo respecto a los profesionales, al tratamiento prescrito y a la aceptación de su enfermedad. <sup>(12)</sup>

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria. <sup>(3)</sup>

El estudio de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes. Y está cada día más presente en los diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas. Su estudio aporta una medida global del impacto de la enfermedad, ayuda en la toma de decisiones clínicas y evalúa el cambio después de una determinada intervención. <sup>(5)</sup>

Los investigadores con orientación clínica suelen definirla en términos de salud y de discapacidad funcional. Rivera, aporta que "no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar de los ancianos y, que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos <sup>(5)</sup>

## **2.3. Definición de términos básicos.**

### **Calidad de vida**

Se define como el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud.

### **Dolor corporal.**

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

### **Función social.**

Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

### **Función física**

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

### **Rol físico.**

Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

### **Rol emocional.**

Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

### **Salud general.**

Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

**Salud mental.**

Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

**Vitalidad.**

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas**

##### **3.1.1. Hipótesis principal**

La calidad de vida del adulto mayor es regular del Centro de Salud Vallecito , Puno-2017.

##### **3.1.2. Hipótesis derivadas**

- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física es regular del Centro de Salud Vallecito , Puno-2017.
- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.

- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- La calidad de vida del adulto mayor dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017
- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.
- La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.

### **3.2. Variables.**

#### **Variable 1**

- calidad de vida

### 3.2.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Calidad de vida es el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud	1. Funcionalidad Física (FF).	Respuestas y calificación al cuestionario para determinar la calidad de vida: SF-36	Nominal	1. Buena 2. Regular 3. Mala
		2. Funcionalidad Social (FS).		Nominal	
		3. Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF).		Nominal	
		4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE).		Nominal	
		5. Estado mental (EM)		Nominal	
		6. Energía y Fatiga (EF).		Nominal	
		7. Dolor.		Nominal	
		8. Percepción de la salud en general (PSG).		Nominal	

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Diseño metodológico**

##### **4.1.1. Tipo de investigación**

El presente estudio corresponde al tipo de investigación descriptivo por que investiga cualidades o atributos de la población objeto en estudio, transversal porque el recojo de información fue en un solo momento de tiempo <sup>(16)</sup>.

##### **4.1.2. Nivel de investigación**

La presente investigación es de nivel descriptivo ya que describe los fenómenos sociales o clinicos en una circunstancias temporal y geográfica determinada, su finalidad es describir frecuencias y/o promedios. <sup>(17)</sup>

#### **4.2. Diseño muestral**

##### **4.2.1. Población y muestra de la investigación**

###### **4.2.1.1. Población**

La población estuvo constituida por 53 personas de la tercera edad más conocidos como adultos mayores del Centro de Salud Vallecito, estos datos son según el reporte estadístico del Centro de Salud Vallecito.

#### **4.2.1.2. Muestra**

La muestra es no probabilística y constó con el total de la población que son 53 personas de la tercera edad del Centro de Salud Vallecito, datos obtenidos de los informes estadísticos que nos proporciono el Centro de Salud Vallecito.

### **4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

#### **4.3.1. Técnicas**

La técnica que se utilizó en la presente investigación fue la entrevista, ya que se buscara la indagación, exploración y recolección de datos, mediante preguntas formuladas directa o indirectamente a los sujetos que constituyen la unidad de análisis del estudio investigativo. <sup>(18)</sup>

#### **4.3.2. Instrumentos**

El instrumento que se utilizó es la entrevista estructurado, permite una respuesta directa, mediante la hoja de preguntas que se le entrega a cada una de ellas. Las preguntas estandarizadas se preparan con anticipación y previsión <sup>(18)</sup>

El nombre del instrumento es Cuestionario de Salud SF- 36, que consta de 36 preguntas. anteriormente tuvo el nombre original de The Short Form- 36 Health Survey, realizandose por primera vez en 1992 (E;E;U;U), las versiones que tuvieron fuerón:

La versión más reciente SF- 36 2.0 (Su objetivo es mejorar las características métricas de las dos escalas de Rol Emocional y Rol Físico y además, mejora la estimulación de las respuestas faltantes). Por otro lado, existen dos versiones reducidas: el SF- 12 (Es un cuestionario más corto usado para medir la salud Física y Mental en general, aunque implica una pérdida de precisión en las puntuaciones con respecto al SF- 36); el SF- 8 (Permite el cálculo de un perfil de ocho escalas comparable al SF- 36 y también de las dos medidas, física y mental; fue construido para sustituir al

SF- 36 y SF- 12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional). Por último está el SF-6D (Es un instrumento de medida de la salud basado en preferencias, que permite hacer evaluaciones en atención sanitaria, a partir de bases de datos del SF- 36 ya disponibles o futuras). Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa semana anterior (Rojas , 2003).

Adaptación Española: Alonso J, Prieto L, y Antó JM. utilizaron el tipo de instrumento es cuestionario, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por distintos tratamientos médicos y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Con un total de 36 ítems, formando 8 dimensiones.

Los 36 ítems exploran 8 dimensiones del estado de salud que detallaremos a continuación :

## Cuadro Nº 2

### Dimensiones del estado de salud

<b>Dimensiones</b>	<b>Numero de preguntas</b>	<b>Items</b>
1. Funcionalidad Física (FF)	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
2. Funcionalidad Social (FS)	2	20,32
3. Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF)	4	13,14,15,16
4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE)	3	17,18,19
5. Estado mental (EM)	5	24,25,26,28,30
6. Energía y Fatiga (EF)	4	23,27,29,31
7. Dolor	2	21,22
8. Percepción de la salud en general (PSG).	5	33,34,35,36,1

Fuente : Elaboración propia.

Existe una cuestión no incluida en estas 8 dimensiones, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Por el contrario, hay aspectos importantes de la salud como son el funcionamiento Cognitivo, Sexual y Familia, que no los evalúa este instrumento. Las opciones de respuesta se presentan en escalas de tipo Likert, que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuestas varía entre dos, tres y seis según el ítem.

En el instrumento existio preguntas directas e indirectas y en base al instrumento SF-36 se analizó y se muestra a continuación :

**Preguntas directas:**

3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,24,25,28,29,31,32.

**Preguntas indirectas:** 1,20,21,22,23,26,27,30,33,34,35,36

#### **4.3.3. Validez y confiabilidad del instrumento**

En cuanto a la fiabilidad del instrumento tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la “función social” que es de 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. la validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para la función física, vitalidad y percepción general de la salud y de 0.6, para función social. Si la comparación se hace con seis meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que baja hasta 0.43.

Y presenta una validez en la que se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios. Los valores psicométricos de la adaptación española, son parecidos a los originales, excepto la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es menor.

Con respecto a la corrección e interpretación del instrumento existen dos formas de puntuación. La primera (Rand Group), establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de

salud) a 100 (mejor estado de salud), y proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas. No todas las respuestas tienen el mismo valor, sino que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma (The Health Institute), da diferentes pesos específicos a cada respuesta. Las medias y desviación típica en población general española son: función física 94.4 (SD 12.8), función social 96 (SD 14.1), limitación rol: problemas físicos 91.1 (SD 25.7), limitación rol: problemas emocionales 90,1 (SD 26), salud mental 77.7 (SD 17.3), vitalidad 69.9.

#### **4.4. Técnicas de procesamiento de la información**

Se elaboraron cuadros estadísticos numérico-porcentuales, con sus correspondientes cálculos estadísticos, interpretaciones y comentarios de acuerdo a los ítems planteados en el cuestionario de calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito , Puno-2017.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

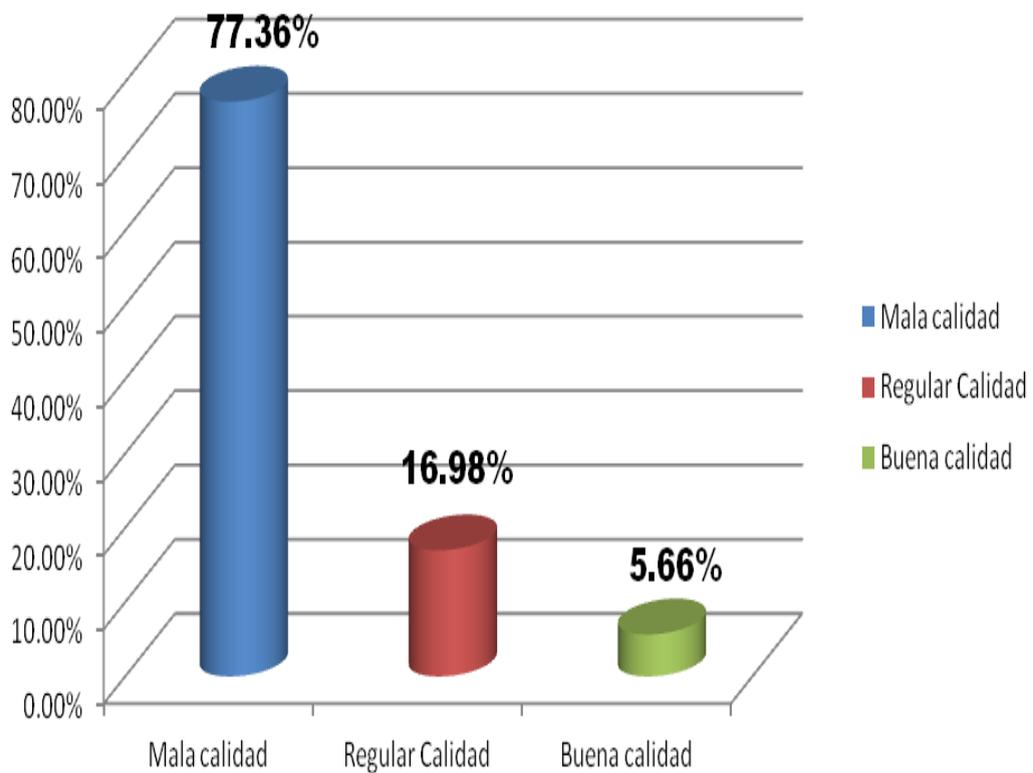
#### 4.1. Análisis descriptivo de tablas y gráficos

**TABLA N° 01**  
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD**  
**VALLECITO, PUNO-2017.**

	fi	%
Mala calidad	41	77,4
Regular Calidad	9	17,0
Buena calidad	3	5,7
Total	53	100,0

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 01**  
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD**  
**VALLECITO, PUNO-2017.**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 01 se observa que el 77.36% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 16.98% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 5.66% con una buena calidad de vida.

El envejecimiento del organismo humano es un proceso individual y colectivo a la vez, en el sentido que se produce en el individuo, pero es muy condicionado por la sociedad, por la calidad de vida y por los modos de vida. En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto que el avance social está orientado hacia esa dirección: buscar un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida.

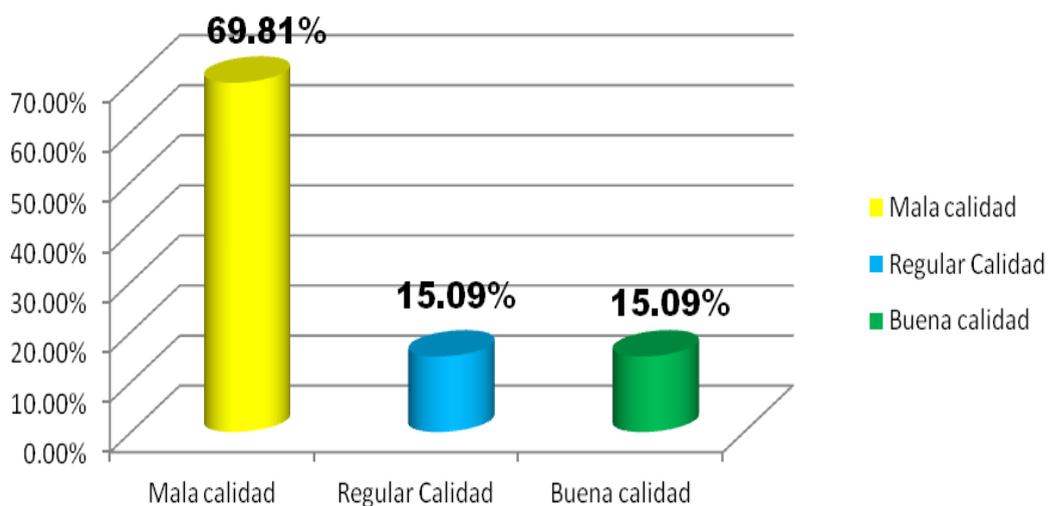
En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés

**TABLA N° 02**  
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN**  
**FUNCIONALIDAD FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-**  
**2017.**

	fi	%
Mala calidad	37	69,8
Regular Calidad	8	15,1
Buena calidad	8	15,1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 02**  
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN**  
**FUNCIONALIDAD FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-**  
**2017.**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 02 se observa de acuerdo a nuestra dimensión de funcionalidad física que el 69.8% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 15.1% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 15.1% con una buena calidad de vida.

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia

Bienestar se ha identificado con “desarrollo económico”, “con la riqueza familiar o individual”, “con el nivel de vida”, “con el estado de salud”, “con la longevidad individual”, con la calidad y cantidad de los “servicios médicos”, con los “ingresos o salarios” con “la satisfacción de necesidades y deseos” y con la existencia de la llamada “felicidad”, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar.

**TABLA N° 03**

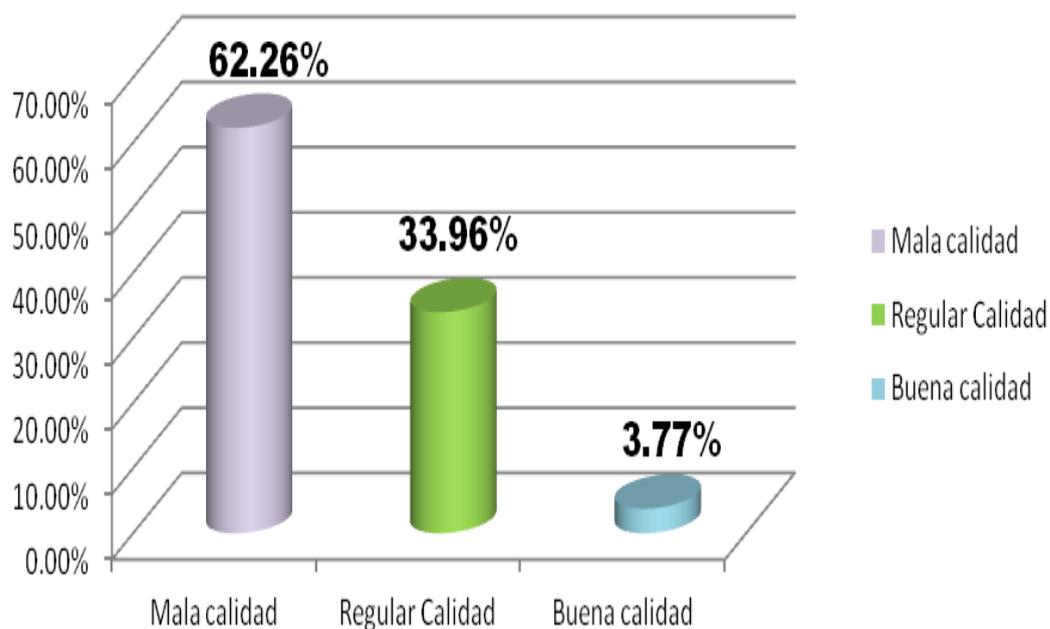
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN  
FUNCIONALIDAD SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-  
2017.**

	fi	%
Mala calidad	33	62,3
Regular Calidad	18	34,0
Buena calidad	2	3,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 03**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN  
FUNCIONALIDAD SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-  
2017.**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 03 se observa que el 62.3% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 34.0% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 3.8% con una buena calidad de vida.

El concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros, como por ejemplo, bienestar, felicidad, etc. Resulta evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc), y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí mismo. La calidad de vida, por tanto, pertenece al ámbito de la subjetividad, pero tiene mucho que ver con el mapa de la objetividad que envuelva a la persona. La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria. El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD).

**TABLA N° 04**

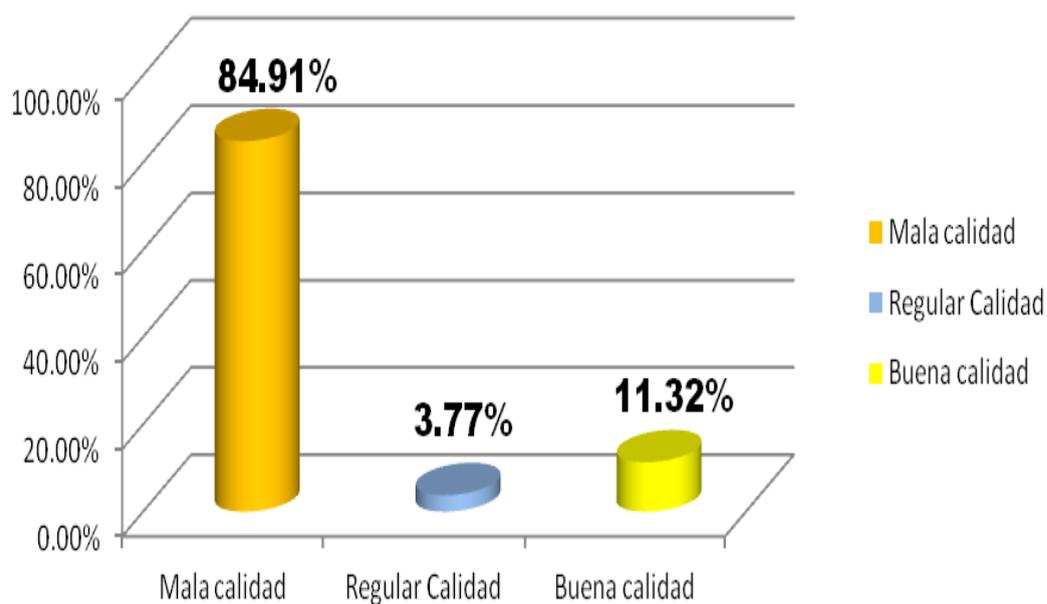
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN  
LIMITACIONES DEL ROL ATRIBUIDOS A PROBLEMAS FÍSICOS (LRPF)  
DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017.**

	Fi	%
Mala calidad	45	84,9
Regular Calidad	2	3,8
Buena calidad	6	11,3
Total	53	100,0

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 04**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN  
LIMITACIONES DEL ROL ATRIBUIDOS A PROBLEMAS FÍSICOS (LRPF)  
DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017.**



Fuente : Matriz de datos

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En la tabla N° 04 se observa en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF) que el 84.9% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 3.8% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 11.3% con una buena calidad de vida.

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar. El ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos

**TABLA N° 05**

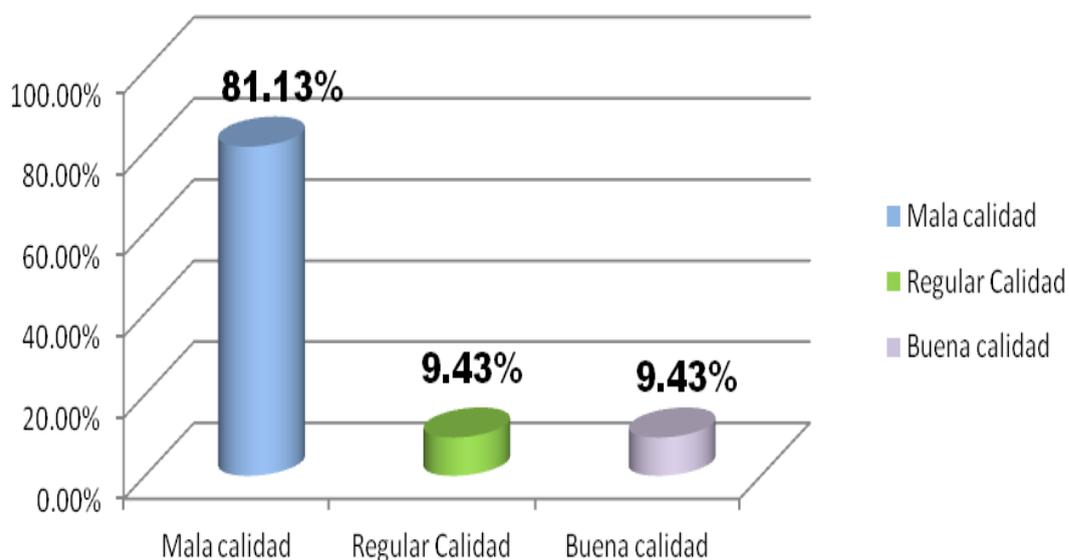
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN  
LIMITACIONES DEL ROL ATRIBUIDOS A PROBLEMAS EMOCIONALES  
(LRPE) DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**

	fi	%
Mala calidad	43	81,1
Regular Calidad	5	9,4
Buena calidad	5	9,4
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 05**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN  
LIMITACIONES DEL ROL ATRIBUIDOS A PROBLEMAS EMOCIONALES  
(LRPE) DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 05 en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales se observa que el 81.13% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 9.43% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 9.43% con una buena calidad de vida.

El concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. Además, esta entidad en la vejez implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Pero la calidad de vida tiene también un enfoque social y económico, pues la vida humana requiere de determinadas condiciones de orden social y económico, por ser estas fundamentales para el desarrollo como seres humanos y poder satisfacer sus necesidades de tipo material. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, estas son fundamentales para el bienestar del ser humano. Y, ¿qué decir del aspecto psicológico?. La armonía interior, el comportamiento y la actitud son aspectos determinantes que están muy relacionados con la forma de vida y las circunstancias en que estas se desarrollan, y tiene que ver con el modo de vida de las personas. De una forma u otra, los factores sociales, individuales relacionados con el nivel de vida, son los que determinan la calidad de vida de este grupo poblacional y mejorará en la medida que ellos como un todo funcionen y se integren. La salud y la satisfacción juegan un papel primordial donde se pueda lograr una calidad de vida ajustada a la esperanza de vida

**TABLA N° 06**

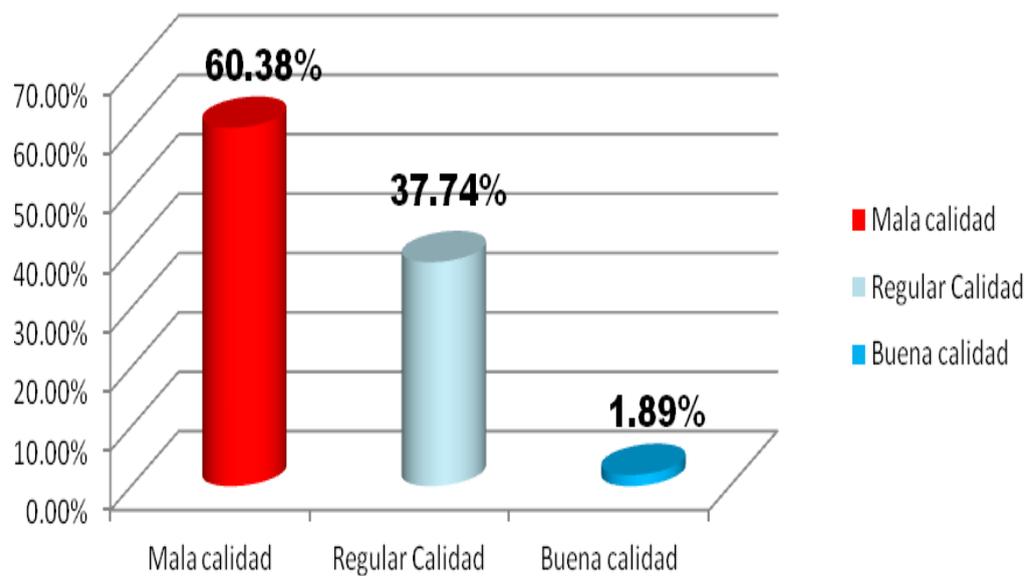
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**

	fi	%
Mala calidad	32	60,4
Regular Calidad	20	37,7
Buena calidad	1	1,9
Total	53	100,0

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 06**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 06 en la dimensión estado mental se observa que el 60.38% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 37.74% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 1.89% con una buena calidad de vida.

La esencia de la calidad de vida es subjetiva en realidad, cada cultura, cada sociedad con sus diferentes valores y las connotaciones socioculturales, evalúan desde sus puntos de vista, diferentes muchas veces, su percepción de calidad de vida y esta puede obtenerse en cualquier etapa de la vida si se saben observar algunos principios que resultan básicos para lograrla. La buena percepción del estado de salud, el nivel educativo alcanzado, la economía y el entorno social favorables, el grado de satisfacción que se experimenta y el logro de los objetivos individuales, están íntimamente asociados a una experiencia positiva del envejecimiento y la longevidad satisfactoria

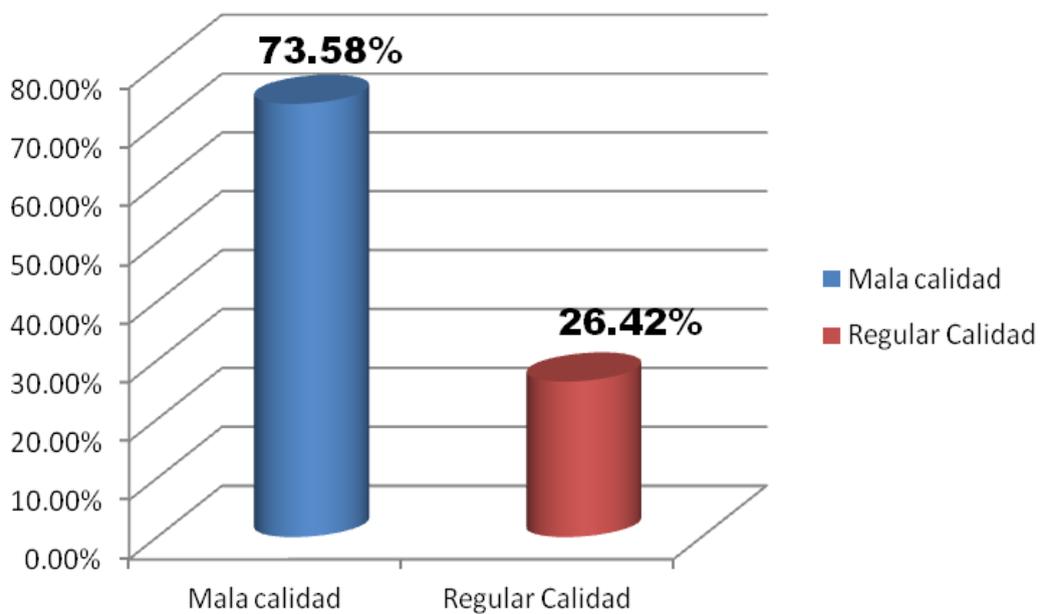
La razón de ser de la ética es la humanización de las conductas. El profesional de la salud debe analizar las consecuencias de sus actos y respetar los límites que cada paciente ponga, según su apreciación de la calidad de vida. Debe ser este el sentido, en el trabajo diario con los adultos mayores. Hasta ahora, todo lo que se trata de hacer para lograr una longevidad satisfactoria son acciones parciales, como conocer cuáles son las dificultades que frecuentemente se presentan a partir de los 60 años de edad y tratar de encontrar mecanismos que retarden su aparición, pero en realidad deberíamos enfocarnos mejor en conocer las diferentes etapas de la vida, desde el momento de la fecundación, embarazo, parto, niñez, adolescencia y más tarde la adultez, para poder llegar a la meta, una supervivencia de 120 años, pero con una vida feliz, armónica, saludable, es decir, una vida con calidad satisfactoria

**TABLA N° 07**  
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN ENERGÍA Y**  
**FATIGA DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**

	fi	%
Mala calidad	39	73,6
Regular Calidad	14	26,4
Total	53	100,0

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 07**  
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN ENERGÍA Y**  
**FATIGA DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 7 en la dimensión energía y fatiga se observa que el 73.58% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 26.42% que tuvieron una regular calidad de vida.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"

El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia

**TABLA N° 08**

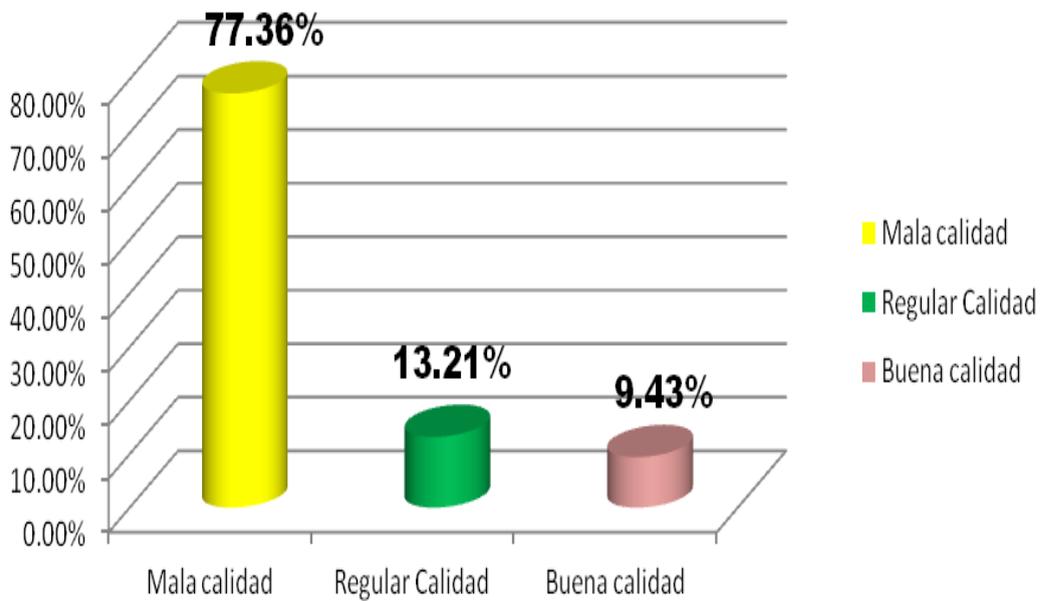
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN DOLOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017.**

	fi	%
Mala calidad	41	77,4
Regular Calidad	7	13,2
Buena calidad	5	9,4
Total	53	100,0

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 08**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN DOLOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017.**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 08 en la dimensión dolor se observa que el 77.36% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 13.21% que tuvieron una regular calidad de vida, finalmente existe un 9.43% con una buena calidad de vida.

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

Sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor. El envejecimiento, es un proceso más dentro de la carrera de la vida de los seres vivos.

Se están haciendo numerosos descubrimientos relacionados con las causas que lo provocan, son varias las teorías que se mueven en torno a tan misterioso proceso de deterioro de la vida. Todas en su mayor parte fundamentadas y aprobadas, pero ninguna llega al fondo de la cuestión, o quizá no hay fondo, simplemente hay que aceptarlo tal como es. El envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores, reduciéndose así mismo su autonomía y calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

**TABLA N° 09**

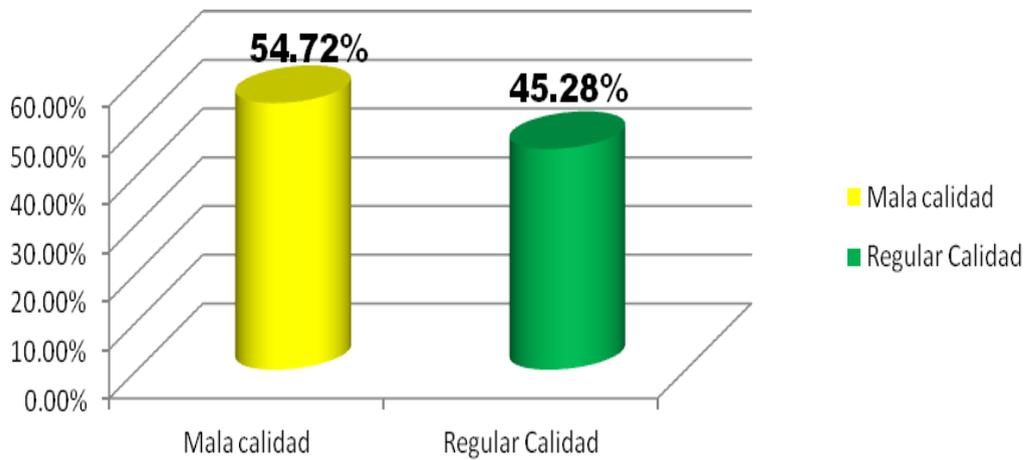
**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN GENERAL DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017.**

	fi	%
Mala calidad	29	54,7
Regular Calidad	24	45,3
Total	53	100,0

Fuente : Matriz de datos

**GRÁFICO N° 09**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LA DIMENSIÓN PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN GENERAL DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017.**



Fuente : Matriz de datos

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 09 en la dimensión percepción de la salud en general se observa que el 54.72% de adulto mayor tuvieron mala calidad de vida, seguidamente de 45.28% que tuvieron una regular calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes. Y está cada día más presente en los diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas. Su estudio aporta una medida global del impacto de la enfermedad, ayuda en la toma de decisiones clínicas y evalúa el cambio después de una determinada intervención. La sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones y entre los distintos grupos, en un mundo cada vez más complejo, más inseguro, más indeterminado. El concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. Además, esta entidad en la vejez implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

## 5.2. DISCUSIÓN

La calidad de vida del adulto mayor es mala con un 77.4%, la calidad de vida del adulto mayor es mala en la dimensión funcionalidad física con un 69.8% en el Centro de Salud Vallecito.

La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social es mala con un alto porcentaje de 62.3% en el Centro de Salud Vallecito.

De acuerdo a los investigadores Castiblanco, M. A.; Fajardo, E. muestra resultados similares que el adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de autocuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta.

La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos es mala con un alto porcentaje de 84.9% en el Centro de Salud Vallecito.

La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales tuvo un alto porcentaje de mala calidad de vida en un 81.1%, en el Centro de Salud Vallecito.

La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental fue mala con un 60.4% en el Centro de Salud Vallecito.

También es corroborado por Millán I. Llegó a los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano.

De acuerdo a los Söderhamn, Lindencrona y Ek Llegó a las conclusiones que la capacidad del autocuidado y la agencia de autocuidado disminuyeron para los encuestados más de 75 años de edad. Capacidad de autocuidado fue predicho por tres medios productivos para el autocuidado y cuatro factores de riesgo. <sup>(4)</sup>

También encontró resultados similares Borg, Hallberg y Blomqvist los resultados fueron que la edad media en la muestra total fue de 77.9; mujeres (79.5) y fueron significativamente mayores que los hombres (77.0). Una baja satisfacción de vida se encontró entre las mujeres, así como los que viven en alojamientos especiales. Para la satisfacción con la vida se utilizó el Índice Z que fue de 15.3 (SD 5.6) en la muestra total. La **conclusión** fue que la satisfacción de vida de las personas mayores con incapacidad de autocuidado es determinado por varios factores: aspectos sociales, físicos, mentales y financieros. Estos factores deben tenerse en cuenta en el cuidado de estas personas para preservar su satisfacción con la vida.

La calidad de vida del adulto mayor dimensión energía y fatiga es de mala calidad en un 73.6% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno.

**Rubio D.Y. , Rivera L.B., Borges L.C. y Gonzáles F.V.** también encontró resultados parecidos y afirman que la idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. Conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida del adulto mayor y su relación con el envejecimiento, nos motivó a la realización de este trabajo. Llegó a la siguiente conclusión la satisfacción de las necesidades del hombre, es lo que condiciona la llamada "Calidad de Vida" y ésta es a su vez, el fundamento concreto de bienestar social y estado de salud. La calidad de vida es un proceso multifactorial que tiene un carácter primario individual y subjetivo y teniendo como resultante el estado de salud de cada individuo en particular, más el estado de satisfacción de su vida, que él percibe y desea. El paciente es el único autorizado para

opinar sobre la calidad de su vida, y el respeto por su autonomía nos obliga como médicos, a tratar al adulto mayor de acuerdo a la valoración que éste hace de la calidad de su vida. El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital. <sup>(5)</sup>

La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor es de mala calidad de vida en un 77.4% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno.

La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general es de mala calidad en un 54.7% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno.

Esto es corroborado por los investigadores Alfaro, Levis; Jennyfer, Joan; Castillo, Frank; Villa, Elena quienes encontraron resultados similares que se encontraron fueron los siguientes: con respecto al perfil de calidad de vida el 83% de los adultos mayores presentan calidad de vida promedio. Es decir, en la dimensión bienestar emocional presentó el 71,4%, en la dimensión de relaciones interpersonales el 64,3%, en la dimensión bienestar material 92%, en la dimensión desarrollo personal 77%, en la dimensión bienestar físico 55%, en la dimensión de inclusión social 74,1%, evidencian calidad de vida promedio. En la dimensión autodeterminación el 61,6 % tiene bajo nivel de calidad de vida y, en la dimensión derecho, presenta calidad de vida mayor al promedio con 79%. <sup>(7)</sup>

## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor es mala con un 77.4%, en regular 17%, y en buena calidad de vida con un mínimo porcentaje de 5.7% en el Centro de Salud Vallecito.
- SEGUNDA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor es mala en la dimensión funcionalidad física con un 69.8% en el Centro de Salud Vallecito.
- TERCERA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social es mala con un alto porcentaje de 62.3% en el Centro de Salud Vallecito.
- CUARTA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos es mala con un alto porcentaje de 84.9% en el Centro de Salud Vallecito.
- QUINTA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales tuvo un alto porcentaje de mala calidad de vida en un 81.1%, en el Centro de Salud Vallecito.
- SEXTA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental fue mala con un 60.4% en el Centro de Salud Vallecito.
- SÉPTIMA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor dimensión energía y fatiga es de mala calidad en un 73.6% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno.

**OCTAVA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor es de mala calidad de vida en un 77.4% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno.

**NOVENA:** Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general es de mala calidad en un 54.7% en el Centro de Salud Vallecito de la ciudad de Puno.

## RECOMENDACIONES

- Primera :** Se recomienda a los familiares que estén pendiente del cuidado del adulto mayor ya que ellos también de alguna forma están descuidando su calidad de vida, y esto afectara a su salud con el tiempo.
- Segunda:** Se les recomienda a los adultos mayores que tengan una buena nutrición para el bienestar de su alimentación, ya que el cuerpo es el templo de la alimentación.
- Tercera:** Se les recomienda a los adultos mayores que realicen ejercicios físicos a diario para el bienestar de su estado físico, ya sea en el lugar donde vive o en el centro de salud más próximo.
- Cuarta :** Se les recomienda a los adultos mayores que se integren a grupos sociales ya que despejara la mente y estarán en constante comunicación con otros adultos mayores y pasaran el tiempo, ya que estar solo trae como consecuencia tristeza, ansiedad, estrés.
- Quinta :** Se recomienda a los adultos mayores a realizar caminatas para no tener problemas atribuidos a problemas físicos, y también una buena alimentación para que también no haya problemas con el pasar de los años.
- Sexta :** Se recomienda a los adultos mayores no quedarse solo, ya que la ausencia de estar solo provoca emociones como la tristeza, depresión, ansiedad, y eso causa afecta directamente a las emociones de los adultos mayores.
- Séptima:** Se recomienda a los adultos mayores que estén alertas y en conciencia ( no preocuparse en nada) ya que esta etapa de su vida tienen a olvidar cosas, su estado emocional disminuye significativamente, y los problemas de recuerdo se hacen muy difíciles.

**Octava:** Se recomienda a los adultos mayores que cuando tengan algún dolor corporal acudan inmediatamente al centro de salud más cercano para que sean atendidos ya que es su derecho.

**Novena:** Se recomienda a los adultos mayores realizarse chequeos periódicamente para que no afecte a su salud en general, porque deben saber que los adultos mayores cuentan con el seguro SIS (seguro integral de salud), además de ellos es gratuito y lo atenderán de la mejor manera, ya que como adulto mayor tendrás un cuidado especial por que estas en la etapa de envejecimiento.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Envejecimiento. [Online].; 2012 [citado 5 Enero 2017]. Disponible en : [https://www.google.com.pe/?gws\\_rd=ssl#q=oms](https://www.google.com.pe/?gws_rd=ssl#q=oms).
2. INEI. ESTADISTICAS POBLACIONES. [Online].; 2014 [citado 12 Febrero 2018]. Disponible en : [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe).
3. Milán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista cubana. 2010; 26(4).
4. Soderhamn O, Lindencrona C, Ek A. Capacidad de autocuidado entre los hogares residencia ancianos en un distrito de salud en Suecia. Revista Internacional de estudios de enfermería. 2010; 37(4).
5. Rubio DY, Rivera L, Borges LdC, Gonzáles FV. Calidad de vida en el adulto mayor. Revista científico-metodológica. 2015 Julio-Diciembre ;(61): p. 1-7.
6. Castiblanco MA, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. Salud uninorte barranquilla. 2017 ; 33(1).
7. Alfaro L, Jennyfer J, Castillo F, Villa E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de chaclacayo y chosica,Lima,Perú,2014. Revista de investigación universitaria. 2014; 4(2).
8. Schalock RI, Verdugo Má. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos de personas con discapacidad intelectual. revista española sobre discapacidad intelectual. 2007;; p. 21-36.
9. Rojo F, Fernández G. calidad de vida y envejecimiento:la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida Madrid: fundacion BBVA; 2011.
10. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015.
11. Verdugo MA, Rodriguez A. Guía F de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad Andalucía: Dirección General de Persona con Discapacidad.; 2011.
12. Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT, et al. Manual SERMEF de rehabilitacion y medicina Física Buenos aires: Médica panamericana; 2008.

13. Rodriguez M, Nuñez A. Aproximacion teorica sobre la fatiga y el sobreentrenamiento Buenos aires; 2010.
14. Fernandez CF. Dolor en el adulto mayor Bogotá: Guadalupe Ltda; 2007.
15. Buendia A, Camacho RE, Castro W, Cruz MÁ, Florez SP. Organizacion y evaluacion de una clinica dolor. Primera edición ed. Colombia : Centro editorial Universidad del Rosario ; 2010.
16. Hernandez R, Fernandez C, Baptista Mdp. Metodología de la investigacion Mexico: Publicaiones McGraw-Hill Interamericana; 2010.
17. Cabel J, Castañeda R. Proyecto de investigacion de ciencias medicas Lima: San Marcos; 2014.
18. Carrasco S. Metodología de la investigación científica Lima: San Marcos ; 2015.
19. Orem ED. Modelo de orem la teoria de enfermeria una teoria general madrid : Masson; 1993.
20. Moya R, Saravia G. Probabilidades e inferencia estadistica Lima: Editorial San Marcos; 2004.
21. Ibañez V. Estadistica aplicada a la educacion Puno: Editorial Puno; 2007.

# **Anexos**

## **Anexo 1**

### **CARTA DE PRESENTACIÓN**

Juliaca, 15 de Diciembre 2017  
Señor Doctor

**Juan Gualberto Trelles Yenque**

Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud  
Universidad Alas Peruanas

**Asunto: Carta presentación del proyecto titulado “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017”**

Respetado Doctor Trelles.

Mediante la presente presento mi trabajo de Investigación para su Aprobación e Inscripción y Autorización de Ejecución del Desarrollo de Tesis.

Para lo cual me comprometo a:

1. Realizar la investigación en el tiempo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, así como cumplir con la entrega de los informes de avance (parcial y final) para su revisión por el comité evaluador.
2. Autorizar la publicación del producto o procesos de investigación/creación terminados, en espacios pertinentes para su valoración, así como en el Repositorio de la Universidad.
3. Anexar a esta investigación el acta o las cartas de participación de las instituciones vinculadas al proyecto.
4. Cumplir con las consideraciones Éticas de Helsinki y Nüremberg, así como garantizar las normas éticas exigidas por la aplicación de formatos de Consentimiento y/o Asentimiento Informado que requiera la investigación.

Además declaro:

1. Que es un trabajo de investigación es original.
2. Que son titulares exclusivos de los derechos patrimoniales y morales de autor.
3. Que los derechos sobre el manuscrito se encuentran libres de embargo, gravámenes, limitaciones o condiciones (resolutorias o de cualquier otro tipo), así como de cualquier circunstancia que afecte la libre disposición de los mismos.
4. Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
5. Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
6. Que todos los colaboradores han contribuido intelectualmente en su elaboración.

Cordialmente.

**TOMAS HANCCO YUCRA**  
**Cod. 2010180229**  
**Facultad MHyCS**  
**EP. De Enfermería**

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36 V 2.0

#### I. INSTRUCCIONES:

Las preguntas siguientes se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida responda solo una de las alternativas.

#### II. Datos Generales:

N° de ficha \_\_\_\_\_

- Edad: \_\_\_\_\_ ( )
- Sexo: \_\_\_\_\_ M ( ) F ( )
- Grado de Instrucción:  
Primario ( ) Secundario ( ) Superior ( )
- Ocupación:  
Labores de casa ( ) jubilado ( ) trabajador activo ( ) otros ( )
- Estado civil:  
Soltero (a) ( ) conviviente ( ) casado ( ) separado ( ) viudo ( )

Marque con una sola respuesta:

#### 1. En general, usted diría que su salud es:

(1) Excelente (2) Muy buena (3) Buena (4) Regular (5) Mala

#### 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- (1) Mucho mejor ahora que hace un año
- (2) Algo mejor ahora que hace un año
- (3) Más o menos igual que hace un año
- (4) Algo peor ahora que hace un año
- (5) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

N°	Interrogantes	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, me limita nada
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, caminar más de una hora?			
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

		SI	NO
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		

14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

**20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

(1) Nada      (2) Un poco    (3) Regular    (4) Bastante    (5) Mucho

**21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

(1) No, ninguno      (2) Sí, muy poco      (3) Sí, un poco  
(4) Sí, moderado      (5) Sí, mucho      (6) Sí, muchísimo

**22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

(1) Nada      (2) Un poco    (3) Regular    (4) Bastante    (5) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas, en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

**33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

## ANEXO 3

### SOLICITUD

#### "Año del buen servicio al ciudadano"

SOLICITO: Permiso para recolección de datos

**SEÑOR JEFE DEL CENTRO SALUD VALLECITO Dra. ROSA RIVERO FERNÁNDEZ**

Yo, **TOMAS HANCCO YUCRA**,  
Identificada con DNI N° 43210434 con domicilio  
en el Jr. Independencia N° 672 de la ciudad de  
Juliaca. Ante Ud. respetuosamente me  
presento y digo:

Soy bachiller de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Juliaca, solicito a su persona permiso para la recopilación de datos sobre el adulto mayor, cuya investigación lleva por título: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017**. Los datos recopilados son para fines de investigación sobre la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a su jefatura acceder a mi solicitud por ser justo y legal.

Juliaca, 25 de setiembre del 2017.

---

**TOMAS HANCCO YUCRA**  
DNI N° 43210434

# ANEXO 4

## BASE DE DATOS REALIZADO EN EL SOFTWARE SPSS V.23

BASE DE DATOS ORIGINAL THOMAS 12-11-17.sav (ConjuntoDatos1) - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 53 de 53 variables

	P1	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24
36	50,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	75,00	60,00	75,00	60,00	60,00
37	50,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	25,00	100,00	100,00	60,00	80,00
38	75,00	50,00	,00	,00	50,00	,00	,00	,00	50,00	,00	,00	,00	100,00	,00	,00	,00	,00	,00	25,00	20,00	25,00	40,00	20,00
39	75,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	50,00	40,00	50,00	40,00	40,00
40	75,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	25,00	20,00	25,00	40,00	40,00
41	75,00	50,00	50,00	,00	,00	50,00	,00	50,00	,00	50,00	50,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	50,00	40,00	50,00	40,00	60,00
42	75,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	100,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	25,00	60,00	50,00	40,00	60,00
43	75,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	20,00	,00	40,00	60,00
44	50,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	60,00	80,00
45	50,00	50,00	50,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	100,00	50,00	80,00	100,00	60,00	80,00
46	75,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	50,00	50,00	50,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	,00	100,00	100,00	75,00	60,00	75,00	60,00	60,00
47	100,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	25,00	40,00	25,00	40,00	40,00
48	75,00	50,00	50,00	50,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	50,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	50,00	20,00	25,00	40,00	20,00
49	75,00	50,00	50,00	50,00	,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	100,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	75,00	,00	25,00	60,00	60,00
50	100,00	50,00	50,00	50,00	,00	50,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	25,00	20,00	25,00	40,00	40,00
51	75,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	,00	25,00	60,00	25,00	60,00	60,00
52	75,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	25,00	,00	25,00	40,00	20,00
53	75,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	50,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	20,00	,00	40,00	60,00
54																							
55																							
56																							
57																							
58																							

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON



## 1. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión función física.

1. Puntaje teórico:

Mínimo : 0

Máximo: 1000

2. Recorrido ( R)

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 1000 - 0 = 1000$

3. Recorrido medio ( R)

$R = R / 2$

$R = 1000 / 2$

$R = 500$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

$\text{Met} = 0 + 500 = 1000 - 500 = 500$

5. Tercio cuartil teórico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 500 + 500/2$

$\text{TCT} = 750$



### Nivel de calidad de vida en la dimensión función física

**Mala calidad** : 0 – 500

**Regular calidad** : 501 – 750

**Buena calidad** : 751 – 1000

## 2. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión función social.

1. Puntaje teórico:

Minimo : 0

Máximo: 200

2. Recorrido ( R )

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 200 - 0 = 200$

3. Recorrido medio ( R )

$R = R / 2$

$R = 200 / 2$

$R = 100$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

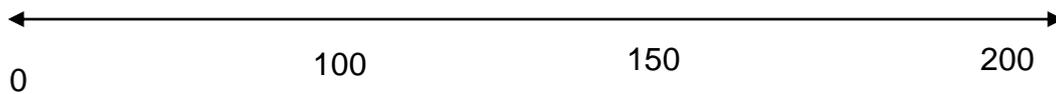
$\text{Met} = 0 + 100 = 200 - 100 = 100$

5. Tercio cuartil teórico ( TCT )

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 100 + 100 / 2$

$\text{TCT} = 150$



### Nivel de calidad de vida en la dimensión función social.

Mala calidad : 0 – 100

Regular calidad : 101 – 150

Buena calidad : 151 – 200

### 3. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión rol físico.

1. Puntaje teórico:

Mínimo : 0

Máximo: 400

2. Recorrido ( R)

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 400 - 0 = 400$

3. Recorrido medio ( R)

$R = R / 2$

$R = 400 / 2$

$R = 200$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

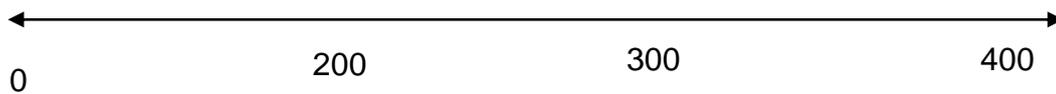
$\text{Met} = 0 + 200 = 400 - 200 = 200$

5. Tercio cuartil teorico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 200 + 200 / 2$

$\text{TCT} = 300$



**Nivel de calidad de vida** en la dimensión rol físico.

Mala calidad : 0 – 200

Regular calidad : 201 – 300

Buena calidad : 301 – 400

#### 4. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión rol emocional

1. Puntaje teórico:

Minimo : 0

Máximo: 300

2. Recorrido ( R)

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 300 - 0 = 300$

3. Recorrido medio ( R)

$R = R / 2$

$R = 300 / 2$

$R = 150$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

$\text{Met} = 0 + 150 = 300 - 150 = 150$

5. Tercio cuartil teórico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 150 + 150 / 2$

$\text{TCT} = 225$



#### Nivel de calidad de vida dimensión rol emocional

Mala calidad : 0 – 150

Regular calidad : 151 – 225

Buena calidad : 226 – 300

## 5. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión salud mental

1. Puntaje teórico:

    Mínimo : 0

    Máximo: 500

2. Recorrido ( R )

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 500 - 0 = 500$

3. Recorrido medio ( R )

$R = R / 2$

$R = 500 / 2$

$R = 250$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

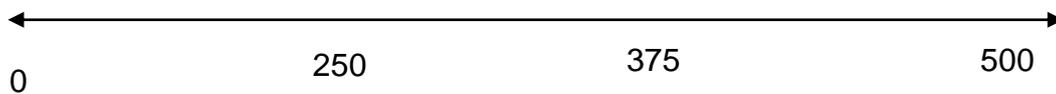
$\text{Met} = 0 + 250 = 500 - 250 = 250$

5. Tercio cuartil teórico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 250 + 250 / 2$

$\text{TCT} = 375$



### Nivel de calidad de vida salud mental

Mala calidad : 0 – 250

Regular calidad : 251 – 375

Buena calidad : 376 – 500

## 6. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión vitalidad

1. Puntaje teórico:

Minimo : 0

Máximo: 400

2. Recorrido ( R )

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 400 - 0 = 400$

3. Recorrido medio ( R )

$R = R / 2$

$R = 400 / 2$

$R = 200$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

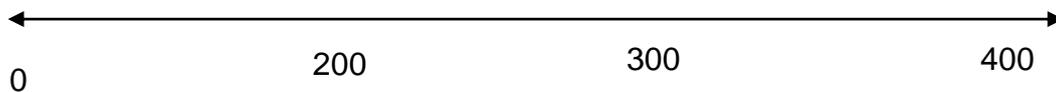
$\text{Met} = 0 + 200 = 400 - 200 = 200$

5. Tercio cuartil teorico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 200 + 200 / 2$

$\text{TCT} = 300$



### Nivel de calidad de vida vitalidad

Mala calidad : 0 – 200

Regular calidad : 201 – 300

Buena calidad : 301 – 400

## 7 .Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión dolor corporal

1. Puntaje teorico:

Minimo : 0

Máximo: 200

2. Recorrido ( R)

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 200 - 0 = 200$

3. Recorrido medio ( R)

$R = R / 2$

$R = 200 / 2$

$R = 100$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

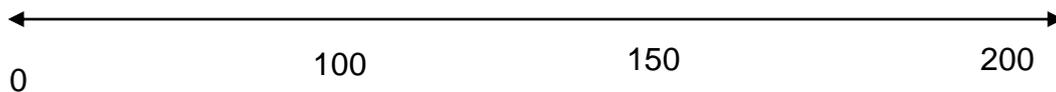
$\text{Met} = 0 + 100 = 200 - 100 = 100$

5. Tercio cuartil teorico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 100 + 100/2$

$\text{TCT} = 150$



### Nivel de calidad de vida en la dimensión dolor corporal

Mala calidad : 0 – 100

Regular calidad : 101 – 150

Buena calidad : 151 – 200



ANEXO 6

PADRON ACTUALIZADO DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO

PADRON ACTUALIZADO DE ADULTOS MAYORES PENSION 65 DEL BARRIO VALLECITO

PUNO - 2017



St: Juan Belizario Quispe  
DNI: 02403424  
PRESIDENTE

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION	FIRMA	OBS
1	Juan Belizario Quispe	02403411	67	05-04-1949	Av. H. Te. Alcanosa		
2	Leonor Apaza V. Ramos	01216667	83	14-04-1934	J. N. Te. Te. Te. Te.		
3	Guillermo Choque Quispe	01226786	68	14-09-1949	J. Surgo Saavedra		
4	Martin Sufo Quispe	01203689	77	01-07-1940	J.R. 29 de Junio		
5	Rosa Quispe de Quispe	01215626	73	30-08-1944	J.R. Mansano		
6	María Torres de Sumbaco	01220999	79	20-04-1938	J.R. Los Pelmaros		
7	Pastora Tempde Sufo	01334332	73	30-03-1944	J. 29 de Junio		
8	Berita chura Yana	02403619	61	21-03-1956	Av. Al. Escalosa		
9	Prudencia Lopez V. de Casby	01219362	77	06-03-1940	J.R. Beltrán		
10	Luciano Huerta Calson	01218133	71	05-01-1946	P.S. San Rafael		
11	Paulina Roque Suarez	42551627	70	22-06-1947	P.S. San Rafael		
12	Mariana C. de C. Callo	01203982	67	06-10-1949	J. Los Mansanos		
13	Taburcio Amores Mamani	01210285	77	11-04-1940	Av. Floreal P.S.		
14	Eva Humberto Zapana	01210284	84	23-11-1933	Av. Floreal		
15	Apolinaria Bibiano de Arce	01226420	73	13-04-1944	J. Corobamburo		
16	Sabrina Marcela Borda	01240272	74	22-07-1942	J. San Miguel		
17	Emilio Quispe Mamani	01217875	86	19-12-1931	P.S. San Rafael		Disaparecido



**PADRON ACTUALIZADO DE ADULTOS MAYORES PENSION 65 DEL BARRIO VALLECITO**  
**PUNO - 2017**

Sr. Juan Ecizarrio Quispe  
DNI: 02603441  
**PRESIDENTE**

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION	FIRMA	OBS
18	Achiviana Yaneas So Se	01210156	81	08-04-1936	P. San Rafael		
19	José Ramón Páucar	01207700	85	06-01-1893	J. Los Manzanos		
20	Venancia Charca Quispe	02390997	72	10-04-1945	P. San.		
21	Suana Quispe de Colca	01288556	77	04-03-1940	J. Jesús Barahua		
22	Dionicio Campos Puma	01282431	74	15-02-1937	J. 23.4.M. D.O		
23	Modesta Manos Pineda	01271162	77	15-06-1940	J. Aguas Uchib		
24	Dionisia Huamán de Chambi	01515963	84	13-03-1933	J. Jorge Barahua		
25	Felmina Jacinto de Cárdenas	01308436	87	26-08-1930	J. Conchamani		
26	Estela Supo Cruz	01307642	75	06-02-1941	J. Ch. Nebreanguel		
27	Eulalia Colla de Arias	01217060	74	12-02-1943	J. Amazonas		
28	Elvanda Colla de Quispe	01217614	78	10-11-1939	J. Rumi		
29	Maria Huamán de Choque	01228638	74	21-11-1943	B. Navari		
30	Luisa Hoa de Bustos	01307551	74	11-10-1943	J. Bellavista		
31	Lucila Panca Cocha	01252529	72	29-07-1945	J. Lampa		
32	Silia Gonzales Páucar	01275772	82	16-06-1936	J. Huancayo		
33	Abigayndina Gonzales Dal	01213348	62	02-07-1955	J. Huancayo		
34	José Ramón Panca Quispe	01222747	80	16-12-1942	J. Palmaru		Disculpa



ADRON ACTUALIZADO DE ADULTOS MAYORES PENSION 65 DEL BARRIO VALLECITO

PUNO - 2017

Sr. Juan Belizario Quispe  
DNI. 02403432  
PRESIDENTE

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION	FIRMA	OBS
35	Madista Gonzales de Parca	01222746	72	04-06-1945	JR. Palomani		
36	Andrea Solon Sano Mamani	01224094	71	03-02-1946	AV. Floreal		
37	Marcelo Sucasaca Paucar	01208777	87	29-09-1930	JR. NewPo'		Disceparcitado
38	Florencia Quijpe Songo	29507746	80	26-10-1937	JR. ASongara		
39	Felipa Tipo de Quijpe	01232729	72	05-06-1946	J. huancayo		
40	Dominica Coila Quijpe	01213775	72	15-06-1946	JR. Los Encas		
41	Marcoseta huancayina	01308740	80	10-06-1937	JR. 23 de Mayo		
42	Rubica Salgado de Suyo	01227010	68	04-03-1949	JR. 1º de Mayo		
43	Tomás Pedro Mamani Flores	01227160	61	21-24-1956	JR. Alhambra		
44	Isabel Esidoron de Marcosa	01778964	74	03-07-1943	J. Carmen Alto		
45	Cesaris Cahue Cahue	01219350	70	10-12-1947	P. San Juan		
46	Rocío Paucar de Cahue	01202033	67	08-10-1950	P. San Juan		
47	Victoria Laura Hanes	01211820	75	15-02-1942	J. Alto Blandino		
48	Nicolasa Ceolla Parca	01251971	74	21-11-1943	J. Los Huanesinos		Disceparcitado
49	Susana Tipode Coila	01215415	163	17-08-1953	J. huancayo		
50	Leopoldo Huelosa Apaza	01224552	80	14-11-1937	J. Katakuni		
51	Jonas Pacompiza Quijpe	01216816	74	21-03-1937	JR huancayo		



## Anexo 7 Matriz de Consistencia

### CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VALLECITO, PUNO-2017

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variabes	Dimensiones	Indicadores	metodología
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017?</p> <p>¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p><b>Objetivos específicos .</b></p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>Describir la calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>La calidad de vida del adulto mayor es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>. La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad física es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión funcionalidad social es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas físicos es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión limitaciones del rol atributos a problemas emocionales es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión estado mental del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión energía y fatiga del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión dolor del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p> <p>La calidad de vida del adulto mayor en la dimensión percepción de la salud en general del Centro de Salud Vallecito es regular del Centro de Salud Vallecito, Puno-2017.</p>	<p><b>variable 1</b></p> <p>Calidad de vida del adulto mayor</p> <p><b>2</b></p>	<p>1. Funcionalidad Física (FF).</p> <p>2. Funcionalidad Social (FS).</p> <p>3. Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF).</p> <p>4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE).</p> <p>5. Estado mental (EM)</p> <p>6. Energía y Fatiga (EF).</p> <p>7. Dolor.</p> <p>8. Percepción de la salud en general (PSG).</p>	<p>1. Sí, me limita mucho</p> <p>2. Sí, me limita un poco</p> <p>3. No, no me limita nada</p> <p>1. Nada</p> <p>2. Un poco</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Bastante</p> <p>5. Mucho</p> <p>1. Siempre</p> <p>2. Casi siempre</p> <p>3. Muchas veces</p> <p>4. Algunas veces</p> <p>5. Solo alguna vez</p> <p>6. Nunca</p> <p>1. Sí.</p> <p>2. No.</p> <p>1. Sí.</p> <p>2. No.</p> <p>1. Siempre</p> <p>2. Casi siempre</p> <p>3. Muchas veces</p> <p>4. Algunas veces</p> <p>5. Sólo alguna vez</p> <p>6. Nunca</p> <p>1. Siempre</p> <p>2. Casi siempre</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Sólo alguna vez</p> <p>5. Nunca</p> <p>1. Siempre</p> <p>2. Casi siempre</p> <p>3. Muchas veces</p> <p>4. Algunas veces</p> <p>5. Sólo alguna vez</p> <p>6. Nunca</p> <p>1. Siempre</p> <p>2. Casi siempre</p> <p>3. Algunas veces</p> <p>4. Sólo alguna vez</p> <p>1. No, Ninguno.</p> <p>2. Sí, muy poco</p> <p>3. Sí, un poco</p> <p>4. Sí, moderado</p> <p>5. Sí, mucho</p> <p>6. Sí, muchísimo</p> <p>1. Nada</p> <p>2. Un Poco</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Bastante</p> <p>5. Mucho</p> <p>1. Totalmente cierta.</p> <p>2. Bastante cierta</p> <p>3. No lo sé</p> <p>4. Bastante falsa</p> <p>5. Totalmente falsa</p> <p>1. Excelente</p> <p>2. Muy buena</p> <p>3. Buena</p> <p>4. Regular</p> <p>5. Mala</p>	<p><b>Tipo DE INVESTIGACIÓN:</b> descriptivo</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> 53 personas mayores de edad adulto mayor.</p> <p><b>MUESTRA:</b> no probabilística 53 personas de adulto mayor.</p> <p><b>TÉCNICAS:</b> Entrevista</p> <p><b>INSTRUMENTOS</b> Entrevista estructurada</p>

FOTOGRAFÍAS

Fig 1. Centro de Salud Vallecito



Fig 2. Realizando ejercicios con los adultos mayores



**Fig 3. Realizando encuestas al adulto mayor del centro de salud vallecito.**



**Fig 4. Realizando encuestas al adulto mayor del centro de salud vallecito.**



**Fig 5. Realizando encuestas al adulto mayor del centro de salud vallecito**



**Fig 6. Realizando ejercicios de calentamiento del adulto mayor.**

