



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA
DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE.
OCTUBRE 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BACHILLER SALAZAR CABREJOS MARISEL KATHERINE

**ASESORA
DRA. GALLO GALLO MARÍA SOCORRO**

PIMENTEL- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, que siempre guía mi camino, por brindarme vida y salud para cumplir con este anhelado sueño.

A mi esposo Reymi, por su amor y apoyo incondicional, durante toda mi preparación de pre grado

A mis Padres Rosa Elena y Atilano, regalo maravilloso que Dios me ha dado, por su amor y apoyo incondicional, durante toda mi vida y mi preparación de pre grado, a mis hermanos personas que han sido fundamentales en mi vida, por sus palabras de motivación y su cariño.

MARISEL K. SALAZAR CABREJOS

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos salud y fortaleza, por iluminar mi camino y darme la voluntad en los momentos más difíciles, permitiendo cumplir con éxito uno de mis sueños anhelado.

A mi esposo Reymi por su amor y presencia incondicional porque valió la pena su esfuerzo y sacrificio. A mis padres, por el apoyo y el amor que siempre me brindaron, por inculcarme valores y enseñanzas, que han sido de gran ayuda.

A los Docentes por ser ejemplo a seguir en mi vocación y brindarnos todo su apoyo, conocimientos y experiencias transmitidos durante mi formación académica y preparación para el futuro.

Al Hospital Referencial Ferreñafe por brindarme la oportunidad de realizar esta investigación. Así como a los adultos mayores, por recibirme de la mejor manera, brindándome su confianza y apoyo durante mi estadía en la Institución.

MARISEL K. SALAZAR CABREJOS

RESUMEN

La calidad de vida se basa en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas de la persona, buscando el bienestar y la felicidad de los individuos, esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida, por lo que es una prioridad el mejorar la calidad de vida de las adultos mayores; El presente estudio tuvo como **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017. **Material y Método:** Estudio cuantitativo, no experimental, transaccional descriptivo de corte transversal se trabajó con una muestra de 192 adultos mayores, la técnica fue la encuesta utilizando como instrumento el cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud (SF-36) Se asumió los criterios de inclusión y exclusión así como los criterios de rigor ético y científicos. El análisis se realizó en el software SPSS y EXCEL. **Resultados:** el 73% de la población en estudio se encuentran entre las edades de 60 – 74 años, el 60 % pertenece al sexo femenino; 35.9% presenta buena calidad de vida, la morbilidad más frecuente es HTA con 31%, Sólo un 33.3% presentan óptima calidad de vida, un 30.2% una calidad de vida aceptable y un 5% una calidad de vida regular. **Concluyendo:** que la población adulta mayor del Hospital Referencial Ferreñafe presenta una “buena Calidad de Vida” 35.9%, destacando un 0% en la categoría “mala calidad de vida”, dato que nos permite rechazar la hipótesis general, aceptando la hipótesis nula.

Palabras Clave: calidad de vida, adulto mayor

ABSTRACT

The quality of life is based on the fulfillment and satisfaction of the basic needs of the person, seeking the well-being and happiness of the individuals, hoping that they are functional for certain situations of life, so it is a priority to improve the quality of life of the elderly; **The objective** of this study was to: Determine the quality of life in the people assisted in the program of the elderly person at the Ferreñafe Referential Hospital. October 2017. **Material and Method:** Quantitative, non-experimental, cross-sectional descriptive transactional study was carried out with a sample of 192 older adults, the technique was the survey using the quality of life questionnaire related to health as an instrument (SF-36) The inclusion and exclusion criteria were accepted as well as the criteria of ethical and scientific rigor. The analysis was performed in the SPSS and EXCEL software. **Results:** 73% of the study population are between the ages of 60 - 74 years, 60% belong to the female sex; 35.9% present good quality of life, the most frequent morbidity is HT with 31%, only 33.3% have an optimal quality of life, 30.2% an acceptable quality of life and 5% a regular quality of life. **Concluding:** that the adult population of the Ferreñafe Referential Hospital presents a "good Quality of Life" 35.9%, highlighting 0% in the category "poor quality of life", data that allows us to reject the general hypothesis, accepting the null hypothesis.

Keywords: quality of life, older adult

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INDICE	iii
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	v
INTRODUCCIÓN	Vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos de investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos.	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Bases teóricas	17
2.3. Definición de términos	40
2.4. Hipótesis	40
2.4.1. Hipótesis general	40
2.4.2. Hipótesis específicas.	41
2.5. Variables	41
2.5.1. Definición conceptual de la variables	41
2.5.2. Definición operacional de la variable	41
2.5.3. Operacionalización de la variables	42

CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	58
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	58
3.3. Población y muestra	59
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	61
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	63
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos.	63
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	65
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS DE INFORMACION	85
ANEXOS	93
Anexo N°01: Matriz de consistencia	
Anexo N°02: Consentimiento informado	
Anexo N°03: cuestionario	
Anexo N°04: evidencias fotográficas	

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 01:	66
Tabla N° 02:	68
Tabla N° 03:	69
Tabla N° 04:	72
Tabla N° 05	74
Gráfico N° 01	67
Gráfico N° 02.	68
Gráfico N° 03	70
Gráfico N° 04	73
Gráfico N° 05	75

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud de los países a nivel mundial se vienen enfrentando a un gran reto ante el cual no están preparados, este es el envejecimiento poblacional, pues si en un inicio el trabajo se centró en aumentar la expectativa de vida de las poblaciones, hoy en día se ha convertido en prioridad, el mejorar la calidad de vida de estas personas, brindándoles las herramientas que necesitan para el autocuidado de su salud.

Por ello, en los últimos años, los estudiosos vienen desarrollando investigaciones que han permitido conceptualizar el término calidad de vida; siendo enfocado desde múltiples disciplinas relacionadas a las áreas médicas y sociales, así mismo se ha buscado encontrar la definición más apropiada para la vejez, estableciéndose que es “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, considerando que las sociedades no están preparadas para atender a una población envejecida se vienen realizando esfuerzos por crear una cultura de la longevidad, a través de la cual se busca que los individuos mediante el ejercicio de su autonomía y con ayuda de los profesionales de la salud en especial del profesional de enfermería logren mediante la adopción de conductas saludables vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales.

Pero para lograr este fin es necesario reconocer la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de vida que llevan actualmente y cuales son sus necesidades sentidas para que los profesionales podamos implementar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que le permita al Adulto Mayor (AM), asumir 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.

Por ello, determinar la calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe, nos permitió conocer los aspectos relacionados con su calidad de vida, hecho que motivó la realización del presente estudio, el cual consta de las siguientes partes:

Capítulo I: trata sobre el planteamiento y formulación del problema, objetivos, justificación y limitación de la investigación.

Capítulo II: se detalla el Marco Teórico donde se describe los antecedentes del estudio en el contexto internacional, nacional y regional relacionado con la investigación, base teórica.

Capítulo III: se plantea la hipótesis según lo planteado en la problemática, operacionalización de las variables e indicadores de estudio.

Capítulo IV: Se describe la metodología empleada, tipo y nivel de investigación, la cual es de carácter cuantitativo no experimental; descripción del ámbito de aplicación. La población fue de 381 adultos mayores y la muestra objetiva fue de 192, la técnica e instrumento de recolección de datos fue el cuestionario de calidad de vida relacionada con salud short form – 36.

Capítulo V: se presentan los resultados y análisis de la investigación respectiva, estimándose la contrastación de la hipótesis y discusión de los resultados. Además se presentan las conclusiones y recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso que afecta a las personas y poblaciones, y que actualmente genera un fenómeno llamado “envejecimiento demográfico”; que produce un cambio en la pirámide poblacional, que muestra un incremento en la población adulta mayor (AM) y una disminución en los primeros grupos etareos, por la caída de la natalidad. Este cambio es un evento mundial, siendo sus efectos mayormente observados en los países de América Latina entre los cuales se encuentra el Perú, debiéndose asumir retos en el cuidado del adulto mayor que permita disminuir los efectos de la morbilidad propia de esta etapa de vida y brindarles mejores condiciones de vida, siendo entes activos de su cuidado(1).

La Organización Mundial de la Salud establece desde el 2003 que se denomina adulto mayor a las personas cuya edad oscila entre 60 a más años, clasificándolos en personas de edad avanzada (60 a 74 años), viejas o ancianas (75 a 90 años), y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. El Perú por ser un país en vías de desarrollo se considera adulto mayor a todo individuo mayor de 60 años, teniendo en cuenta la clasificación dada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que considera anciano a toda persona mayor de

65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. (2)

Diferentes estudios evidencian el proceso de envejecimiento que acontece en las poblaciones del mundo en los últimos tiempos, y muestran que “entre el 2015 y 2050 la proporción de la población con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, aumentando del 12% al 22%” (3), estadísticas que nos muestran el pronto envejecimiento de las poblaciones dificultando a los estados adaptarse a la problemática propia de este grupo etáreo, ejemplo de ello, es Francia que pese a tener un desarrollo sostenible requirió de casi 150 años para adaptarse a un incremento de tan sólo 10% en la proporción de la población AM, mientras que Brasil, China y la India tendrán menos tiempo y deberán hacerlo en poco más de 20 años (3)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) consideran que para América Latina la población AM, pasó de 5.6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010 (4); dentro de este contexto Ecuador también mejoró su esperanza de vida, pasando de 48.3 años (1950-1955) a 75.6 años (2010-2015), teniendo un 7% de AM en el 2010 proyectándose a un 18% en el 2050 (1); mientras el Perú presenta un crecimiento de población de 8.76% AM en el 2010, y estimándose que la población de 65 – 70 años, se incrementará, pasando de poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010 a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, y la mayor parte de los cuales serán mujeres (5); según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población > de 60 años en el Perú, representó en el 2015 el 10% de la población total, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento (6).

Se aclara que la longevidad no es un indicador negativo, al contrario permite evaluar el grado de desarrollo humano alcanzado por un país, pero como ya se expresó en párrafos anteriores implica un enorme desafío social y político importante(1), por la miscelánea de enfermedades que surgen en esta edad debido a los cambios fisiológicos que se

producen con el tiempo y que apenas son asociados con la edad cronológica; sin embargo el modelo centrado en las carencias considera a la vejez como “un período de vulnerabilidad y desconexión teniendo como uno de los factores a la morbilidad y comorbilidad, (varias enfermedades crónicas al mismo tiempo), que en esta etapa la persona suelen presentar, provocando interacciones entre estas y/o sus tratamientos, repercutiendo en el funcionamiento y la calidad de vida, incrementando el riesgo de mortalidad por la suma de los efectos individuales de esas afecciones” (7).

Para lograr enfrentar este reto el Perú, ha desarrollado diferentes normativas entre las cuales tenemos el Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP; que aprueba el Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2013 -2017, avalados en el marco legal dado por la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29258 - Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; Ley N° 28803 – Ley de las Personas adultas mayores; el Decreto Supremo N° 1098 que aprueba la Ley de Organización y funciones del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, su reglamento de organización y funciones, aprobado por el Decreto Supremo N° 011-2011-MINDES que promueve la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores, en él se identifica cuatro objetivos y 23 acciones estratégicas con bienes y prestaciones de servicios dirigidas a los ciudadanos y ciudadanas considerados adulto mayor, quienes son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como toda personas de 60 a más años edad (8), con el objetivo de mejorar su calidad de vida mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa, la promoción de sus derechos, e intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado y la sociedad civil (9).

La calidad de vida se basa en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas de la persona, buscando el bienestar y la felicidad de los individuos esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida. En el adulto mayor, se considera en este caso las condiciones de vida mínimas como salud, obtener alimentos, estabilidad

en relaciones sociales, vestimenta, tiempo para ocio, recreación y que se respeten sus derechos humanos. Previo a entrar en la etapa de adulto mayor, muchas personas desde los 45 años empiezan a manifestar problemas de salud físicos, psicológicos y sociales, los cuales se agravan al ser adultos mayores.(10)

En el Perú, para dar viabilidad a los objetivos trazados en relación a la atención del AM, creó una comisión multisectorial para la formulación del Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (PLANPAM), que desde el 16 de junio de 2013 cuenta con el PLANPAM 2013-2017: "Promoviendo el envejecimiento activo y saludable", cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas AM; elaborado considerando los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional(4), e implemento desde el 2004 la Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (PAMs) en las Direcciones de Salud de nuestro país (11).

La Región Lambayeque, también presenta en la actualidad un crecimiento poblacional en el grupo etáreo del adulto mayor, tal es así que en el 2014 los adultos mayores fueron 128,357 que equivale al 9.15% de la población (12) incrementándose en 4,958 adultos mayores por año; y para el 2015, Lambayeque contaba con una población de 1,260,650 habitantes, donde el 10.6% eran AM (133,315), distribuidos en sus provincias de la siguiente manera: Chiclayo (92,236 AM), Lambayeque (30,345 AM), Ferreñafe (10,734 AM), de los cuales 47% (62,234 AM) son hombres y 53% (71, 081 AM) son mujeres; teniendo una distribución por edad de 60 – 64 (42,227 AM), 65 -69 (31,748 AM), 70 -74 (23,800 AM), 75 -79 (17,768 AM) y 80 a más (17,772 AM); en relación al nivel de instrucción el 45% de adultos mayores tiene primaria completa, 24% Secundaria completa, el 16% sin instrucción, 11% Técnico completa, 3% Primaria incompleta y 1% Secundaria incompleta (13); por consiguiente el AM debe enfrentar toda la problemática en salud pública antes descrita, para la cual los servicios de salud aún no están preparados a cabalidad.

En la provincia de Ferreñafe se tiene una proyección de atención del 15% de la población total del adulto mayor programándose entre todos los 28 establecimientos de salud para este año la atención de 1,478 AM. El Hospital Referencial Ferreñafe tiene asignada una población de adultos mayores distribuida de la siguiente manera: 60 – 64 años (811), 65 – 69 (587), 70 – 74 (476), 75 – 79 (347) y de 80 a más (410) siendo la población programada para atención de 395 adultos mayores (14), de los cuales en el primer trimestre de este año han recibido atención 956 adultos mayores de los cuales 388 fueron hombres y 568 mujeres (15); superando la demanda de atención a la oferta del servicio; así mismo tenemos que en el 2015 en esta institución se atendió a 458 AM con alguna patología, 51 en condición de fragilidad y 7 en condición de adulto mayor geriátrico complejo; 7 AM vivían violencia familiar, 44 AM presentaban trastornos depresivos, 24 AM presentaban problemas con el alcohol y tabaco y 4 AM habían presentado episodios psicóticos (16), problemas que nos referencian una inadecuada calidad de vida.

Teniendo en cuenta la problemática antes descrita y el objetivo trazado de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, es que se plantea como objeto de estudio de esta investigación “la calidad de vida en el adulto mayor”, asumiendo que es relevante en nuestro tiempo y para el futuro lograr que el adulto mayor se vea como integrante esencial de la sociedad, Por ello como investigadora planteo la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017?

1.3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.3.1. Objetivo general

Determinar la calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la calidad de vida de las personas según edad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.
- Conocer la calidad de vida de las personas según género atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.
- Diferenciar la calidad de vida de las personas según presencia de morbilidad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.
- Identificar la calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe según dimensiones. Octubre 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El adulto mayor es considerado “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (17), lo cual es necesario tener en cuenta para lograr que esta población envejezca en forma positiva, por lo que evaluar la calidad de vida de este grupo humano se considera indispensable e imprescindible, teniendo en cuenta que este es un indicador de salud de las poblaciones que se centra más en la persona que en la enfermedad e incorpora la

percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud (18).

Diferentes autores refieren que “el estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo, teniendo en cuenta que uno de cada tres adultos mayores presentan algún tipo de enfermedad crónica, siendo las más frecuentes las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión” (1).

En respuesta a la necesidad de mejorar la condición de vida de la población adulta mayor, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó a diferentes asambleas en las cuales se estableció un plan de acción internacional que incorpora tres orientaciones: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable (19), y así lograr enfrentar la problemática que acompaña el cambio de la pirámide poblacional en los países del mundo, donde la población adulta mayor va incrementándose. Por todo lo antes expuesto y teniendo en cuenta que cada población es peculiar según el desarrollo político, social, económico etc que haya alcanzado, el presente informe de investigación dará a conocer como el adulto mayor percibe su calidad de vida, pues esta información se convertirá en una línea de base que permitirá en primer lugar plantear acciones para lograr un envejecimiento positivo conllevando en un futuro a maximizar el período de vida con salud e independencia en la vejez y en segundo lugar esta información permitirá evaluar la influencia de las intervenciones ejecutadas teniendo en cuenta los resultados descriptivos de esta investigación.

La investigación beneficia a los encargados de la atención del adulto mayor en el Hospital Referencial Ferreñafe, pues los resultados de este estudio les permitirán tomar decisiones que ayuden a resolver los problemas del costo y asignación de recursos destinados a este programa

pues el tener un previo diagnóstico de la calidad de vida de la población que acude al programa del adulto mayor le permitirá mejorar la planificación de las metas y actividades de la estrategia, logrando así intervenir las necesidades sentidas identificadas por el propio adulto mayor, logrando que estas sean significativas para esta población pues resuelven su problemática.

Los resultados de esta investigación le permitirán al adulto mayor conocer los aspectos que están afectando su calidad de vida para poder tomar conciencia de ellos y asumir un compromiso en el cuidado de su salud al buscar el apoyo necesario para poder lograr una adecuada adaptación a esta etapa de vida.

A los estudiantes y comunidad universitaria pues los resultados de este estudio se convertirán en un antecedente para lograr nuevas propuestas de investigación e intervención que permitan lograr mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El Presente estudio tuvo como limitación el tiempo que los adultos mayores del “Círculo del Adulto Mayor la alegría de vivir”, pudieron dedicar para la aplicación del instrumento, por lo que se tuvo que realizar varias sesiones para la recolección de la información.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación asumió como antecedentes internacionales los siguientes estudios:

Gordillo L.2017, Cuenca. Presentó su trabajo titulado “Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la Parroquia de Llacao, Cuenca 2015” cuyo objetivo fue: “determinar la calidad de vida del adulto mayor y su relación con la depresión en los adultos mayores de la parroquia Llacao 2015”; estudio de enfoque mixto, aplicó los cuestionarios validados como el Apgar familiar, el WHOQOLBREF, la escala geriátrica de Yesavage. Obteniendo entre sus resultados un bajo promedio de calidad de vida en el área física $43,71 \pm 11,61$; psicológica $47,64 \pm 11,03$; relaciones sociales $35,19 \pm 13,85$ y medio ambiente $38,97 \pm 10,37$. Los adultos mayores presentaron una alta prevalencia de depresión con el 94,6%. Se identificó una mayor calidad de vida en adultos mayores con mayor escolaridad, estado civil casado, ausencia de comorbilidades, ausencia de depresión y presencia de familia funcional. La percepción negativa está relacionada con la pobreza, la falta de apoyo social, familiar, problemas de salud y económicos, concluyendo que existe un promedio

bajo de nivel de calidad de vida en los adultos mayores que influye en una alta prevalencia de depresión (20).

Miranda L. , Soares S., Aparecida P. 2016. Brasil. Presentaron el estudio “Calidad de vida y factores asociados en personas mayores en un Centro de Referencia”. Cuyo objetivo fue identificar los factores asociados con una buena calidad de vida de las personas que utilizan un Centro de Referencia en la ciudad de Belo Horizonte, MG, Brasil. Estudio transversal de 257 ancianos que utilizaron un Centro de Referencia para Personas Mayores. La versión corta de la Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) se utilizó para evaluar la calidad de vida de las personas de edad avanzada. Resultados fueron: el 17.5% fueron hombres, 82.5% mujeres no se encontró relación entre sexo y CDV ($p= 0.876$); en relación a la edad 44.7% se encuentran entre 60 – 69 años, 44.7% se encuentran entre 70 – 79 años y 10.5% son mayores de 80 años, encontrándose relación significativa entre edad y CDV ($p= 0.025$); Solo el 9.7% de las personas mayores informaron una ausencia de enfermedad y el 33.0% informaron más de tres comorbilidades. Las enfermedades más frecuentes fueron hipertensión (63,4%) la cual tiene una relación significativa con CDV ($p= 0.001$), diabetes (23,7%) la cual tiene una relación significativa con CDV ($p= 0.019$) y enfermedades osteoarticulares (23,3%) las cuales tienen una relación significativa con CDV ($p= 0.002$). Conclusiones: Los datos que se obtuvieron se pueden utilizar para dirigir las estrategias de atención para las personas de edad más vulnerables, prestando especial atención a los problemas que afectan al medio ambiente; las enfermedades musculoesqueléticas, la hipertensión y la depresión se mantuvieron independientemente asociadas con la calidad de vida y la satisfacción con la salud después de ajustar el modelo. (21)

Sigüenza M, Sigüenza C, Sinche N. 2014 Cuenca. Publicaron el estudio “Calidad de vida en el Adulto Mayor en las Parroquia rurales de la ciudad de Cuenca, 2013”. Cuyo objetivo fue: establecer la calidad de vida del adulto mayor de las parroquias rurales del cantón cuenca en el año 2013.

Estudio de tipo descriptivo, aplico el instrumento WHOQOL – BREF. Teniendo como resultado la media de edad fue 74 .8 años. El 61.27% respondió que su calidad de vida en general es normal, es decir un puntaje de 3 sobre los 5 posibles; el 24.9% como poco mala y 1.1% puntuó como muy mala. Siendo los adultos mayores 65 – 74 años con calidad de vida bastante buena (19.6%) con una $p = 0.007$. y fueron los adultos mayores de más de 75 - 89 años quienes registraron en un 43.5 % mala calidad de vida encontrándose significancia estadística $p < 0.000$ valor del chi cuadrado = 10.87. sexo masculino obtiene mejores puntajes 81.9% ($p = 0.522$) y el sexo femenino presento mala calidad de vida en 31.3% y no se encontró significancia estadística ($p > 0.501$). (22)

Corugedo M, et.al. 2014 Cuba. Publicaron el artículo original titulado “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces”, cuyo objetivo fue caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces, fue un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. La población sujeta de estudio fueron 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces, para recolectar la información se aplicó la Escala M.G.H. siendo los resultados los siguientes: de forma general los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. Concluyendo que casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares (23).

Kumar S., Majumdar A., y Pavithra G. 2014. India. Presento el estudio Calidad de vida (QOL) y sus factores asociados utilizando WHOQOL-BREF entre ancianos en Puducherry urbano, India. Cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y sus factores asociados en la población de

edad avanzada. Estudio transversal comunitario entre 300 sujetos ancianos en la ciudad de Puducherry, India. La calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud BREF (WHOQOL-BREF) y las Actividades de la vida diaria (ADL) evaluaron los datos sobre la calidad de vida mediante la escala ADL de Katz. Los factores sociodemográficos y las condiciones mórbidas crónicas se registraron mediante el uso de un cuestionario estructurado. Resultados Se participó en un total de 300 sujetos con una tasa de respuesta del 94,3%. La mayoría (64%, 192) estaban en el grupo de edad de 60-69 años. Alrededor del 39.7% (119) de ellos eran hombres. Se descubrió que el trastorno musculoesquelético, la baja visión, la diabetes, la audición y las ADL deterioradas son factores importantes en el dominio físico de la puntuación de QOL, mientras que solo se encontró que el trastorno musculoesquelético es significativo en el dominio psicológico de la puntuación de QOL. La baja visión y el trastorno musculoesquelético se asociaron significativamente con el puntaje del dominio de la relación social, mientras que el deterioro de la audición y la AVD se asociaron significativamente con la puntuación del dominio ambiental de la CDV; El análisis de regresión lineal múltiple reveló que la edad avanzada, la no escolaridad, la ausencia de cónyuge, el tipo de familia nuclear, el trastorno musculoesquelético, la baja visión y el deterioro de la audición se asociaron independientemente con una puntuación de QOL baja. Las afecciones mórbidas crónicas tienen un efecto sobre la CDV Sin embargo, la hipertensión y la diabetes no se asociaron significativamente con la calidad de vida. Conclusión: la puntuación de QOL entre los ancianos es promedio, mientras que el dominio de relaciones sociales de la puntuación de QOL resultó bajo. La educación sanitaria con respecto a la actividad y los cambios ambientales y el aumento de las relaciones sociales pueden ayudar a mejorar la calidad de vida entre la población de la tercera edad. (24)

Cigarroa S y Solano L. 2013 México. Realizó el estudio “Calidad de Vida en el Adulto Mayor de la Zona Sur de Veracruz”, estudio de tipo descriptivo y transversal, tuvo como objetivo conocer la calidad de vida de

los adultos mayores del Centro de día de la zona sur de Veracruz. La población fue de 107 adultos mayores con una muestra de 40 participantes ambos sexos, se les aplicó el cuestionario SF-36. Predominó el sexo femenino con el 62.5%, los casados con el 60%, mayor participación de los de 60 a 71 años en un 65%, el 92.5% vive acompañado, el 60% depende económicamente de una pensión; el porcentaje mayor de escolaridad corresponde a la primaria con un 42.5%; Las dimensiones con mejor calidad de vida fueron rol físico y rol emocional ambos con una media de 91, siendo la más afectada salud general con una media de 44. Los adultos mayores del centro de día se encuentran en el puntaje de mejor CV (25).

Así mismo se asumieron estudios a nivel nacional:

Mazacón B. 2017 Lima. Realizó el estudio Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud planteándose el Objetivo: Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud. Estudio tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Participaron un total de 297 adultos mayores a quienes se le realizó una visita domiciliaria en la vivienda de los adultos mayores en donde se aplicó la encuesta sociodemográfica. También se aplicó el cuestionario SF-36. Obteniendo como resultado que la mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los intervenidos y los no intervenidos por el modelo de atención integral de salud, observándose que el puntaje promedio en el cuestionario SF-36 en los intervenidos fue de $92,3 \pm 10,7$ en comparación con los no intervenidos que tuvieron como puntaje promedio $93,0 \pm 10,5$ (Prueba t de Student; $p=0,554$). Al evaluarse el

puntaje obtenido según dimensiones X de calidad de vida se encontró que los intervenidos por el modelo de atención integral tuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos en la dimensión salud mental (Prueba t de Student; $p=0,022$). No existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las 7 dimensiones restantes. Donde se concluye que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. (26)

Pablo J. 2016. Lima. Realizó el estudio “Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales. Los Olivos. Lima 2016. Objetivo: Determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Materiales y métodos: Investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, utilizó una población de 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Aplicó el cuestionario de WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, encontrando como resultados que, del total de los adultos mayores 46% presentan una calidad de vida baja o mala, 41.3% presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% presentan una calidad de vida buena. En la Dimensión Salud física, se observó un 64.7% de adultos mayores con calidad de vida media o regular, en la Dimensión de Salud Psicológica 48% presentan Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales el 52.7% presenta calidad de vida media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente el 47.3% presenta calidad de vida baja o mala, llegando a la conclusión que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo (27).

Medina L. 2016. Lima. Realizó el estudio “Actividad recreativa y calidad de vida del adulto mayor en el centro del adulto mayor Pablo Bermudez – Essalud”, cuyo objetivo fue determinar la influencia de la actividad recreativa en la calidad de vida del adulto mayor en la casa del Adulto Mayor Pablo Bermudez- Jesus Maria 2011. También se aplicó el cuestionario SF-36. El estudio fue descriptivo, prospectivo y correlacional,

obteniendo como resultados que la población encuestada la mayormente fueron mujeres y donde la calidad de vida fue baja de acuerdo a las dimensiones de función física 70%, vitalidad 80%, salud genera al 70% función social al 60%, rol emocional 70% y salud mental 75% y el dolor corporal es alto 60%. En los adultos mayores encuestados la calidad recreativa es inadecuada de acuerdo a las dimensiones relacionadas sociales 55%, actividades físicas 70% y la productividad. Conclusiones; Se comprueba que la actividad recreativa es inadecuada y la calidad de vida es baja (28).

Hernández J, Chávez S, Carreazo Y. 2016. Lima. Publicó el artículo "Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú", cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú, fue una investigación transversal ejecutada en cuatro distritos rurales y uno urbano entre octubre del 2014 a enero de 2016, evaluándose la asociación entre el área de residencia y cinco variables sociodemográficas mediante la prueba de chi cuadrado. Utilizando los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD encustándose 447 adultos mayores con una media de edad de 69 años (+ 6,46 años), 207 del área rural, los cuales, en su mayoría, trabajaban y tenían menos años de educación, encontrándose que los adulto mayores del área rural tuvieron mayor calidad de vida en las dimensiones "Física", "Psicológico" y "Medioambiente" del WHOQOL-BREF y en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades del pasado, presente y futuro", "Participación social" y en el puntaje total del WHOQOL-OLD; mientras que los procedentes del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión "Intimidad", concluyendo que el área de residencia ejerce un efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud(29).

Mejia F. 2015. Huacho. Realizó el estudio, "Calidad de Vida de Adultos Mayores en la Comunidad de Lacsanga. Provincia de Huaura. 2015, se planteó como objetivo evaluar la calidad de vida que se presenta en los

adultos mayores en la comunidad de Lacsanga, fue un estudio de nivel descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal, utilizó una población de 50 adultos mayores a quienes se les aplicó la escala de FUMAT obteniendo como resultado que la población mayoritariamente es de sexo masculino, con una edad promedio de 75, estado civil casados e ingreso económico menor al sueldo mínimo vital. Se comprobó la hipótesis general concluyendo calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Lacsanga, se presentan inaceptables en un 80% de la población. De todas las hipótesis específicas se comprobó que su calidad de vida es inaceptable sin embargo en la dimensión bienestar material la mayoría está ubicada en el primer percentil que señala un mayor deterioro en relación a las otras dimensiones medidas (30).

Garcilazo M. 2015. Lima. Presentó el trabajo “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014”, planteándose el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, obteniendo como resultado una prevalencia de 75,7% respecto a la capacidad de autocuidado de los adultos mayores, En relación a la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales según dimensión procedimental, se encontró que las capacidades para ir de compras y preparar la comida y responsabilidad de la medicación son las áreas más comprometidas con el 43,2%, 41,9% y 54,1% de dependencia respectivamente, en relación la dimensión cognitiva del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, tienen un nivel de deterioro cognitivo leve 59,5% que influye en la dependencia del adulto mayor para realizar las AIVD 75,7%, concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las

actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida (31).

Como estudios a nivel local se asumió:

Chafio P, Gallo G. 2016. Chiclayo. Presentó el estudio “Calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo – 2015” cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus. Estudio cuantitativo descriptivo, que utilizó como técnica a la entrevista y como instrumento de recolección de información la escala FUMAT atendiendo a ocho dimensiones con una validez por alfa de cronbach de $\alpha=0,954$ y una correlación entre dos mitades $r=,905$. Encontrando como resultados que el índice de calidad general del adulto mayor esta en nivel óptimo con un 47.6%, y por dimensión: bienestar emocional: óptimo 95.2%; Relaciones interpersonales; óptimo 88.1%; bienestar material 71.4%; desarrollo personal: superior 66.7%; físico personal: óptimo 57.1%; autodeterminación: superior 61.0%; Inclusión Social: óptimo 61.9%; derecho: óptimo 61.9%. Concluye que la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el Centro de Salud José Olaya se encontró en un percentil óptimo. (32)

2.2. BASES TEÓRICAS

ADULTOS MAYORES Y ENVEJECIMIENTO

Actualmente se manejan varias definiciones sobre el término adulto mayor. Salvador Gimenez hace referencia que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación. Rodríguez García asume que el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas; mientras las Naciones Unidas consideran al anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de

60 para los países en desarrollo y la OMS, asume como adultos mayores a las personas de 60 a 74 años denominándolas de edad avanzada o adultos mayores jóvenes; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. (30)

El MINSA define al adulto mayor, a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. Lo clasifica en tres grandes grupos:

- **Persona adulta mayor autovalente:** Persona adulta mayor capaz de satisfacer sus necesidades básicas (comer, vestirse, bañarse, entre otros) y realizar actividades instrumentales (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajo fuera de casa). Se considera al 65% del total de adultos mayores.

- **Persona adulta mayor frágil:** Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y que es más susceptible a discapacitarse y presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de adultos mayores tienen esta condición.

- **Adulto mayor dependiente o postrado:** Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Entre el 3 – 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición. (30)

Actualmente no hay un único paradigma de la vejez y el envejecimiento, porque tiene características que varía de acuerdo a los diferentes contextos sociales, económicos, culturales, históricos, enmarcando una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (32).

Muchos autores han definido el envejecimiento, encasillándolo en algunas características tal es así que surgen las siguientes definiciones:

Envejecimiento como una etapa cronológica de la vida: “Suma de todos los cambios que se dan en un organismo con el paso del tiempo” (33).

Envejecimiento como un proceso de deterioro biológico: “Suma de todos los cambios que se dan con el tiempo y conducen a alteraciones funcionales y a la muerte” (33).

Envejecimiento como daño celular y molecular:) “Cambios en las membranas, citoplasma y/o en el núcleo de las células, que deterioran los órganos y sistemas” (33).

Envejecimiento primario y secundario: “El envejecimiento primario es el resultado de procesos biológicos hereditarios que dependen del tiempo; el envejecimiento secundario está provocado por el declive de las funciones, a causa de las patologías crónicas” (33).

Envejecimiento programado: “Los organismos tienen un ‘período de vida finito’ que determina su muerte por activación de un gerontogen” (33).

Envejecimiento como consecuencia de la inadaptación: “El tiempo genera cambios en el organismo que disminuyen la probabilidad de supervivencia y reducen la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y adaptación a las demandas ambientales” (33).

Envejecimiento por el uso y abuso: “La enfermedad, el desuso o el abuso de los órganos genera el deterioro de los mismos” (33).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) “el envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie humana durante todo el ciclo de vida, produciendo limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio”. El hablar de la edad cronológica en que comienza la etapa de la vejez es un asunto sociocultural, porque cada sociedad establece el límite de edad para que una persona sea considerada mayor o de edad avanzada (34).

Mayormente la edad establecida por las sociedades se relaciona con la pérdida de capacidades instrumentales y funcionales que le dificultan a la persona mantener la autonomía e independencia. Sin embargo pese a la disfuncionalidad que experimenta el AM, esta etapa puede ser “de pérdidas como también de plenitud”, dependiendo de la combinación de factores como: recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales, así como de su condición y posición al interior de la sociedad. Esto nos remite a conjugar la edad con otros elementos sociales tales como: “sexo, clase social o la etnicidad, que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades”; así mismo es importante conocer que el concepto de vejez

culturalmente está relacionado con todas las etapas del ciclo vital en relación a roles, normas, valores, posición, y que pautan la barrera de inclusión y de exclusión para el AM, facilitándole una identidad que le permite ser reconocido por los integrantes de la población a la que pertenecen (34).

Actualmente, los países del mundo han asumido el modelo de envejecer activo, el cual busca en el AM una actitud positiva ante la vida, calidad de vida y vida saludable; naciendo de este objetivo las organizaciones de adultos mayores, las cuales aparecen en respuesta a la vida por esta población, en aras de fomentar su participación activa. El envejecimiento activo permite hoy en día que los adultos mayores participen de diferentes organizaciones, de actividades políticas y educativas, de movimientos sociales, culturales y deportivos, etc; repercutiendo además en forma positiva en la dimensión psicológica del AM, generando en él un sentimiento de utilidad y pro-actividad frente a determinados eventos, posibilitando su inclusión en diferentes espacios de la sociedad en la que vive (34).

Envejecimiento: Teorías y Percepciones

Según Huerta citado por Bastos, define vejez humana como “un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo que varía de una persona a otra según las acciones u omisiones realizadas durante cada etapa de su vida”; mientras Molina sostiene que “la vejez es el resultado del sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y a su sistema de valores”, además abarca un bienestar global: bio-psicológico, económico y social”. Este autor señala como algunas de las Teorías Sociológicas del Envejecimiento a: (34)

Teoría de la Actividad (R.W. Havighurst y R. Albrecht, 1953).	“Reafirma que lo más importante es estar socialmente involucrado, es decir “haciendo algo o formando parte de algo”, aunque no es un objetivo la satisfacción y autonomía
---	---

	de los AM, es decir presenta las actividades sociales como una manera de amortiguar la pérdida de los roles más importantes”.
Teoría de la Desvinculación: (E. Cummings y W.E. Henry, 1963).	“Según la cual la toma de conciencia de la temporalidad de la vida llevaría a la reorganización de los proyectos personales en función del tiempo que le resta por vivir y del valor de sus diversas posibilidades; sin embargo, no idealiza su satisfacción, y menos aún, sus estados de ánimo positivos”.
Teoría de la Continuidad. (R.C. Atchley, 1971)	“Propone que no haya una ruptura radical ni tampoco transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, aunque presenta una falla en adaptación a la vejez, puesto que señala solamente lo que una persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, pero no propone cómo actuar en el presente para mejorar una situación difícil, así mismo en esta teoría se le da mayor importancia a la continuidad interna en el sentido de identidad y se le resta importancia al ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas, es decir, a la continuidad externa”.

Lamentablemente estas teorías no contemplan al AM como un ser potencial para generar desarrollo social y tan sólo resaltan la limitación, invalidez, deterioro y de pérdidas en ellos (34).

Desafortunadamente, el hecho de asociar la vejez a un estado de decadencia aún persiste en la sociedad contemporánea, lo que necesitaría ser quebrado y modificado. En búsqueda de esto, muchos países han utilizado la designación “mejor edad” para los AM, como intento y propuesta de revelar el mundo de ellos como un grupo necesario para que la sociedad experimentase su humanidad y agradecimiento, desvinculándoles de la percepción de jubilación, deterioro y enfermedades. Al interpretar la vejez como un proceso de desarrollo de calidad de vida, se percibe que ella podría ser una etapa de la vida tan sana como otras, incluso con algunas funciones y habilidades tanto o más eficaces que otras etapas. La inteligencia, la capacidad de aprendizaje, la experiencia, la personalidad y los sentimientos son funciones que el hombre no pierde con la edad, sino que se enriquecen siempre y cuando encuentren un ambiente propicio que podría ser generado a través de la autoconstrucción de los servicios. Para esto, tanto la sociedad como el Gobierno deberían tomar conciencia de los AM y responder a sus demandas, propiciando para ellos condiciones y entornos favorables de producción y de satisfacción.

Asimismo muchos AM desean seguir activos en búsqueda de la realización personal y de la generación de ingresos, y podrían por tanto constituirse en una fuerza para el desarrollo social a través del ejercicio de sus responsabilidades, donde lo más importante para ellos sería sentirse autónomos y satisfechos consigo mismos y con el ambiente que les rodea. Como la satisfacción es subjetiva y depende de la percepción y de la expectativa de cada uno, se propone la posibilidad de la autoconstrucción de los servicios, donde el AM vigente podría ser partícipe del proceso de construcción para mejorar la calidad de servicio para sí mismo. (35).

CALIDAD DE VIDA

Evolución del concepto Calidad de Vida

A nivel mundial, la medición de la calidad de vida se ha convertido en un aspecto importante teniendo en cuenta los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad que comenzaron a ser relevantes en los países desarrollados por el incremento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas (36).

Para entender la evolución del concepto “calidad de vida (CV)” es importante conocer el significado de la palabra “calidad”, que según evidencia encontrada, fue utilizada por primera vez por el filósofo y político romano Cicerón, Según Badía y Lizán “calidad viene del latín *qualitas* que significa aquello que convierte a una persona en cual, por lo tanto la individualiza y la diferencia de los demás seres. La cualidad por excelencia del ser humano es la razón, de modo que calidad de vida viene a identificarse con racionalidad. En este primer nivel puramente descriptivo, calidad de vida es sinónimo de vida humana (a diferencia de vida infrahumana)” (37).

Estos autores también mencionan que el término calidad de vida apareció en los debates públicos sobre el medio ambiente y deterioro de las condiciones de la vida urbana y que este concepto se refería al cuidado de la salud personal, convirtiéndose luego en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose después según Schwartzmann a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, tal como se refleja en la declaración universal de los derechos humanos de 1948 y en la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud posterior a la segunda guerra mundial (36).

Badía & Lizán refieren que en entre el año 1950 y principios de la década de 1960 hubo un interés por conocer el bienestar humano, debido a la preocupación por las consecuencias de la industrialización, buscando indicadores que les permita medir la calidad de vida, siendo los primeros indicadores de objetivo (aspectos económicos y sociales) surgiendo posteriormente algunos indicadores subjetivos (37).

Vinaccia, en relación a la evolución del concepto de la calidad de vida refiere que a fines de los años 50 (s. XX) este constructo fue ligado al aspecto

económico, siendo el economista norteamericano John Kenneth Galbraith quien elabora una tesis que subrayan la humanización del medio socioeconómico, interesándose por las clases menos favorecidas y en políticas públicas que los dignifiquen. Desde este momento la Calidad de vida se convirtió en la preocupación del hombre, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (33), por lo que a continuación presentaremos la evolución de este término con el transcurrir de los años hasta la actualidad:

Autor	Definición
Dalkey y Rourke (1973)	“Un sentimiento personal de bienestar de satisfacción/insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad” (38)
Andrews y Whitney (1976)	“La calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo” (38)
Shaw (1977)	“Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad” (39).
Shin y Jhonson (1978)	“Calidad de vida es la posesión de los recursos que se necesitan para la satisfacción de las necesidades o deseos, participación en actividades que hagan posible el desarrollo personal y autoactualización y comparación satisfactoria de uno mismo con otros” (38).
la encuesta Sobre la Calidad de vida (1979)	“La calidad de vida es una sociedad sería, en suma, el grado en que las condiciones en dicha sociedad permite a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándose una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia y significa analizar

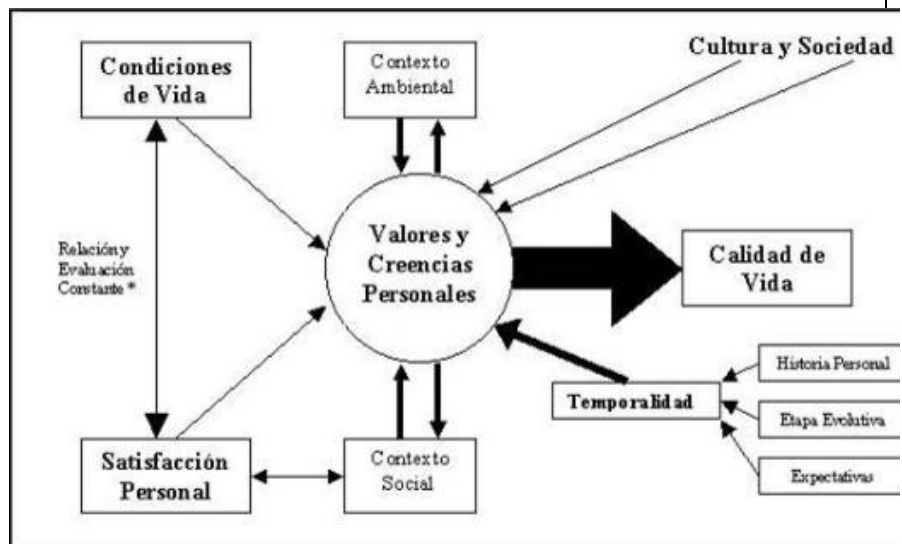
	las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad” (38).
Bestuzhev – Lada (1980)	“Calidad de vida significa evaluar la gratificación que la gente deriva del grado en que sus necesidades materiales y mentales se encuentran satisfechas en el presente” (38).
Levi y Anderson (1980)	“Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de la felicidad, satisfacción con la vida y el bienestar” (38).
Salomón (1980)	“La calidad de vida es un concepto inclusivo que cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentadas por los individuos” (38).
Viney y Westbroock (1981)	Señalan el carácter multidisciplinario y complejo del concepto de calidad de vida, y lo refieren a la manera en que los pacientes hacen significativa su experiencia (38).
Lewton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982)	“La calidad de vida se puede comprender mejor en el conjunto de evaluaciones que el sujeto realiza sobre su vida actual” (40).
Horley (1984)	“Calidad de vida es la relación entre la idoneidad de las circunstancias materiales y los sentimientos de la persona acerca de esas circunstancias” (38).
Hornquist (1982)	“Calidad de vida es la satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural” (39).
Lawton (1984)	“Calidad de vida es el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios importantes de su vida actual” (38).

<p>Blanco-Abarca (1985), (38)</p>	<pre> graph TD A[DOMINIOS/COMPONENTES CONDICIONES DE VIDA] --> B[Propiedades y características objetivas y cuantificables] B --> C[Propiedades y características subjetivas, percibidas] C --> D[Evaluación/Valoración de esas propiedades] D --> E[Grado de satisfacción con cada uno de los aspectos de la vida] E --> F[Grado de satisfacción general] F --> G[CALIDAD DE VIDA] D --- H["Nivel aspiración Expectativas Grupos referencia Necesidades person. Escala de valores Nivel de equidad"] subgraph Variables direction LR VO[Variables Objetivas] --- A VS[Variables Subjetivas] --- D end </pre>
<p>Brengelmann (1986)</p>	<p>“Calidad de vida son las cosas para disfrutar la libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicósomáticas, ingerir poca medicación, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar un sentido a la vida” (40).</p>
<p>Abbey y Andrews (1986)</p>	<p>“Modelaron los determinantes psicológicos de la calidad de vida, y propusieron que las variables social-psicológicas como el estrés, el control sobre la propia vida, el control por otro, el apoyo social y el desempeño personal influyen las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión, que entonces determinan los resultados de la CV, tales como el disfrute, la irritación emocional, el éxito en la vida y la evaluación del yo” (40).</p>
<p>Calman (1987)</p>	<p>“Calidad de vida es la distancia entre los logros y las aspiraciones, conceptualización que, como la anterior, hace referencia a la valoración por parte del sujeto” (38).</p>

Jern (1987),	“Calidad de vida es la forma en que la persona valora su propia vida” (38).
McDowell y Newell (1987)	“Describen la evolución que ha sufrido el concepto de calidad de vida desde una concepción puramente material en términos de ingresos, posesiones y símbolos de éxito profesional hacia una concepción más espiritual, en la que los ejes constitutivos serían conceptos más subjetivos tales como satisfacción con la vida, desarrollo personal y participación en la comunidad” (38).
Spitzer (1987)	“Define la calidad de vida como la valoración de una serie de atributos (físicos, sociales, y mentales) entre aquellas personas que sufren enfermedades” (38).
Torrance (1987),	“Se trata de un concepto multidimensional que incluye todos aquellos factores que impactan sobre la vida del individuo” (38).
Walker y Rosser (1987)	“Calidad de vida representa un amplio espectro de dimensiones de la experiencia humana que van desde aquellas asociadas a las necesidades vitales, tales como comida y cobijo, a aquellas asociada con desarrollar un sentido de plenitud y felicidad persona” (38).
Wiklund y cols. (1987)	“Calidad de vida es la disminución de la sintomatología, incremento del bienestar, y mantenimiento de una buena capacidad funcional para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria” (38).
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida (39).
Chubon (1987)	“Calidad de vida es aquello que nos hace sentir que la vida merece la pena vivirla” (38).
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual

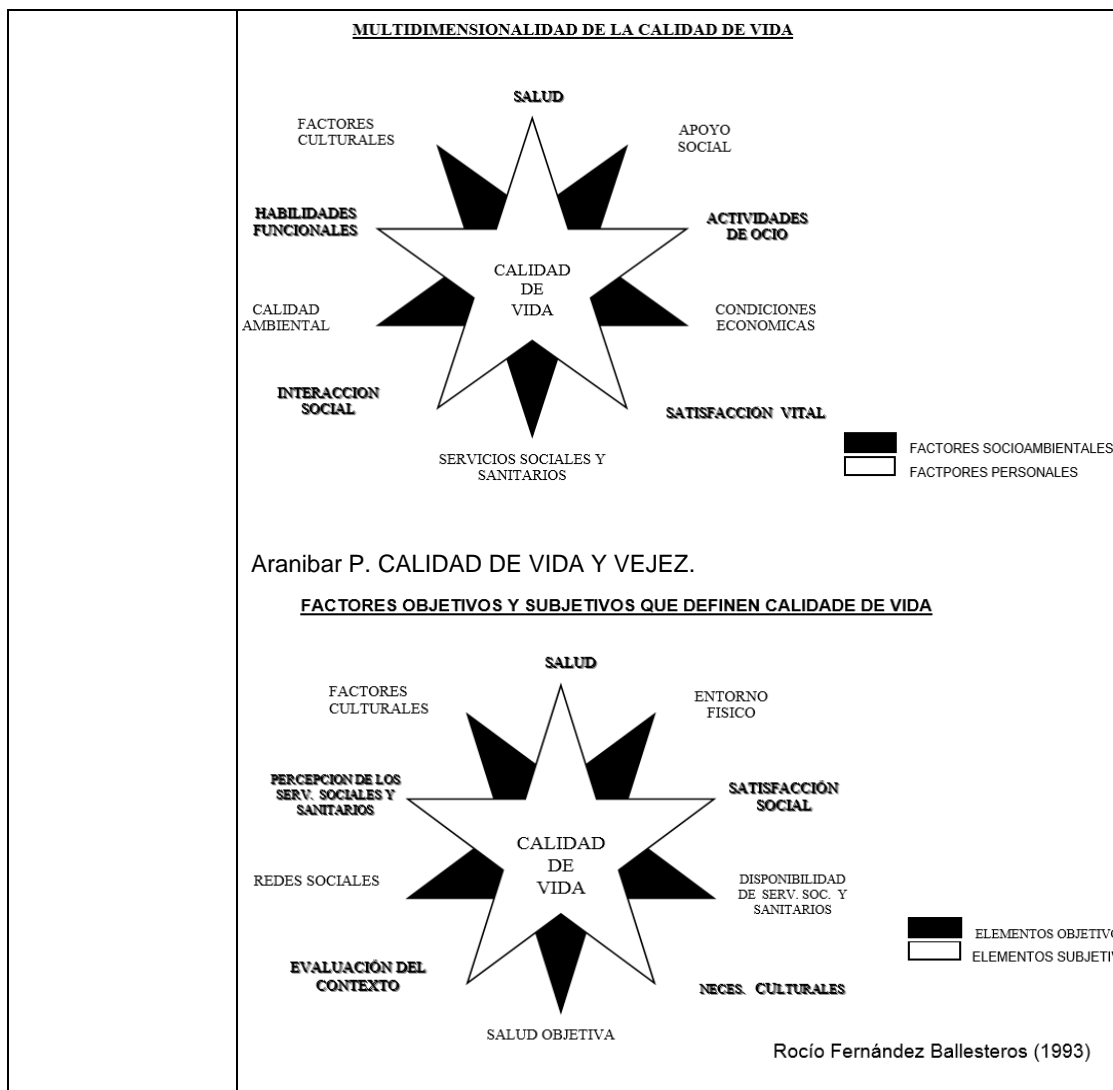
	presente (39).
Birdwood (1988)	“Conceptualiza la calidad de vida como la suma de todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida” (38).
De Haes y Van Knippenberg (1989),	“Calidad de vida es la evaluación global y completa de las buenas o satisfactorias características de la vida” (38).
Goodinson y Singleton (1989)	“Calidad de vida es el grado de satisfacción con las circunstancias percibidas de la vida” (38).
Holmes (1989)	“Calidad de vida es un concepto dinámico, abstracto y complejo que representa las respuestas individuales a factores físicos, mentales y sociales que contribuyen a una vida diaria satisfactoria” (38).
Baca (1990)	“Calidad de vida, en general abarca una amplia serie de factores físicos, psíquicos y sociales, así como sus limitaciones, los cuales van a condicionar al individuo y su entorno, derivando de ellos diferentes grados de autosatisfacción” (38).
Celia y Tulskey (1990)	“Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal” (41).
Ferrans (1990)	“Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella” (39).
Bobes (1991)	“Calidad de vida es un concepto personal e interno, basado en la integración de varios factores relacionados con la idea del Yo, y con la interacción del individuo con su mundo externo y con sus proyectos existenciales. Asimismo, señala que la enfermedad afectará directamente a la calidad de vida alterando el sentido del Yo, tanto psicosocial como

	físico” (38).
Chaturvedi (1991)	“La calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo” (42).
Bigelow et al., (1991)	“La calidad de vida es la Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar” (39).
García-Riaño e Ibáñez (1992)	“La calidad de vida, es la valoración que el sujeto hace, en un momento dado, de su vida completa considerada como un todo, con referencia no sólo al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo ya un futuro más o menos distante” (38).
Quinteros (1992)	“Calidad de vida es un indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado” (41).
OMS (1994)	“La Calidad de vida hace alusión a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, y abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona” (40).



<p>Grupo WHOQOL.(1 995) creado por OMS (39)</p>	<pre> graph TD CV[Calidad de Vida] --> PO[Percepción Objetiva] CV --> AS[Autoreporte subjetivo] PO --> DF[Dominio Físico] PO --> DP[Dominio Psicológico] AS --> DP AS --> MA[Medio Ambiente] DF --> NI[Nivel de Independencia] DP --> RS[Relaciones Sociales] MA --> E[Espiritualidad, religión, creencias personales] </pre>									
<p>Veenhoven (1998)</p>	<p>Clasificaron la Calidad de vida considerando: La habilidad como calidad del entorno, relacionada con las condiciones externas necesarias para una buena vida; la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción que permite la integración de los significados anteriores con la capacidad que tiene la gente para enfrentarse a la vida y la plenitud como calidad de resultado la cual se centra y describe los productos de la vida como disfrute de esta (40).</p>									
<p>Martin & Stockler (1998)</p>	<p>Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida (39).</p>									
<p>Haas (1999)</p>	<p>“Calidad de vida es el resultado de la evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece” (39).</p>									
<p>Veenhoven 2000. (39).</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">Modelo de calidad de vida</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Calidades externas</td> <td>Calidades internas</td> </tr> <tr> <td>Oportunidades de la vida</td> <td>Habitabilidad del entorno</td> <td>Capacidad para la vida del individuo</td> </tr> </table>	Modelo de calidad de vida				Calidades externas	Calidades internas	Oportunidades de la vida	Habitabilidad del entorno	Capacidad para la vida del individuo
Modelo de calidad de vida										
	Calidades externas	Calidades internas								
Oportunidades de la vida	Habitabilidad del entorno	Capacidad para la vida del individuo								

	Resultados de vida	Utilidad de vida	Apreciación del individuo
Ejemplo de Modelo de calidad de vida			
		Calidades externas	Calidades internas
Oportunidades de la vida		Aire limpio Seguridad social	Salud física Salud mental
Resultados de vida		Criar hijos Ser buen ciudadano	Satisfacción con la vida Nivel de humor
Lawton (2001)	“Calidad de vida es el resultado de la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo” (39).		
IMSERSO, 2010	“Concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso especial para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro” (41).		



Calidad de vida en el adulto mayor.

Los adultos mayores son una población importante para las sociedades porque en su vida se contiene mucha sabiduría., Este grupo etéreo es sumamente valioso porque son ejemplo de carácter y fuerza de voluntad para la conquista de las cosas importantes y las no tan importantes durante el ciclo de la vida, por ello sus experiencias son elemento apreciables para las nuevas generaciones (1), siendo esencial que los estados prioricen el mejorar su calidad de vida y haciéndolos partícipes de la toma de decisiones en su vida personal, familia y comunidad, pues aún tienen mucho que aportar.

Hablar de cómo mejorar la calidad de vida de este grupo etéreo, es algo utópico si no se tiene en claro el concepto que poseen lo adultos mayores sobre la calidad de vida, por ello varios estudiosos han intentado descifrar los aspectos que involucra esta acepción, entre los cuales a continuación mostraremos los más relevantes:

Autor	Definición
Velandia (1994)	“La calidad de vida del adulto mayor es el resultado de la interacción entre las diversas características de la vida humana tales como la alimentación, educación, vivienda, entre otras; cada una de ellas es significativa en la existencia humana, pues permite un óptimo bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del ser humano a su entorno, las cuales se dan en forma personal y diferentes; que influyen estas en su salud física, emocional, mental y espiritual”(42).
Martín (1994)	La calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”(43)
Krzeimen (2001)	Señala que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida que este logre el reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; entonces, a partir de estas experiencias su ser se sentirá con ganas de continuar el proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social (42).
O’Shea (2003)	“La calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye

	una buena vida y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida” (42).
Taylor (1996)	“Es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones (...) por narraciones, notas de campo, grabaciones, inscripciones de audio, registros escritos de todo tipo (...) parte de la realidad concreta y de los datos que esta le aporta, sirven para llegar a una teorización posterior, a través del análisis e interpretación de la información y su comprensión” (43).
Serge Moscovici	“Las representaciones sociales son conocimientos comunes, construcciones simbólicas, sistema de pensamientos que se crean en las interacciones humanas y sociales, expresadas a partir de conceptos, declaraciones y explicaciones que se dan en la vida cotidiana, en las comunicaciones interindividuales, según códigos o normas socioculturales establecidos en la realidad”(43).
Straus	Las personas son el producto de su cultura, el tiempo en el que viven, el género, la experiencia y la educación dentro de un contexto” (43)

Elementos importantes del concepto de Calidad de Vida del Adulto Mayor.

Como elementos relevantes dentro del concepto de calidad de vida se considera a la especificidad, multidimensionalidad, aspectos objetivos y aspectos subjetivos.

Cuando nos referimos a la especificidad hacemos alusión a las características específicas de este grupo de edad que no se observan en los otros como por ejemplo: el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros.

Esta especificidad dependerá del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, tal como lo manifiestan algunos estudiosos de este tema “desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo” (41).

La concepción de que la calidad de vida es multifuncional se relaciona con múltiples factores, entre los cuales tenemos a la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental (redes de apoyo y servicios sociales), por ello las personas de esta etapa de vida, sea cual fuere su condición, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida (42).

En relación a los aspectos objetivos de la calidad de vida son los indicadores observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros y los aspectos subjetivos son las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros(41).

Conceptualización de la Calidad de Vida



La salud elemento implícito en el concepto de calidad de vida.

En las personas que se encuentran en la etapa adulta mayor, los estilos de vida que hayan tenido va a influir en la forma de envejecer, es decir, dependiendo del estilo de vida que asumió durante sus primeras etapas dependerá de qué manera se presenten ciertas enfermedades o manifestaciones propias de la edad, así como sí se puede disminuir o retrasar la aparición de algunas de ellas. (41).

Paterne G, Bardales Y, Martinez M citados por Valera L, nos refieren que “la calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo”, así mismo este autor cita el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: “el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias”, teniendo en cuenta este concepto podemos afirmar que la calidad de vida deber ser evaluada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (19).

Para el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a los factores relacionados con la salud permitiendo distinguir aquellos que se relacionan con la enfermedad o con los efectos del tratamiento, siendo su meta preservar la calidad de vida mediante de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud (44), entre los cuales se encuentra el Cuestionario de Salud SF-36, el cual será detallado más adelante.

Enfermedad Crónica

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida de esta. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan inicio a la enfermedad, entre estos factores está el ambiente, estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida entre otros, y la presencia de una enfermedad persistente que pueda pasar a ser crónica. Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la hipertensión a la diabetes, hasta la artritis reumatoide y el cansancio crónico (Centers for Disease Control and Prevention, 2009) (39).

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en casi todos los países. De los 58 millones de muertes que se presentaron en el mundo en el año 2005, 35 millones fueron atribuibles a enfermedades crónicas como cardiopatías, cánceres, enfermedades pulmonares, osteomusculares y genito-urinarias, prácticamente el doble de las enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la malaria, la enfermedad materna infantil y las carencias nutritivas múltiples. Solamente un 20% de las muertes causadas por enfermedades crónicas se presentan en países desarrollados, mientras el 80% se registran en países con niveles de ingreso medio bajo, en el cual vive la mayoría de la población mundial (39).

A nivel psicosocial, las enfermedades crónicas producen altos niveles de estrés teniendo un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de las personas que las padecen y requieren un periodo de adaptación de parte del individuo y de la familia (39).

Stanton, Reverson y Tennen identificaron cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas: como la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas (39).

El impacto de la enfermedad crónica según HWU (1995) produce estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Por otro lado el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores produce según Northam (1997) alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad (39).

Calidad de vida en personas con enfermedad crónica.

Considerando a los autores revisados, es preciso mencionar que para este estudio la persona con enfermedad crónica, es aquel adulto que vive la experiencia de padecer una situación de enfermedad, con una evolución de seis meses, que por su cronicidad le causa discapacidad, la cual afecta sustancialmente su calidad de vida. Según Sánchez, “La enfermedad crónica, por ser permanente, requiere largos periodos de cuidado, tratamiento paliativo y control”, que afecta profundamente la calidad de vida, al dificultar el desempeño, funcionalidad de las actividades laborales y sociales, lo cual lleva al paciente al aislamiento social y a la dependencia (45).

Vivir con una enfermedad crónica discapacitante, de acuerdo con Barrera y Cols. Es la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional, que produce incapacidad permanente y exige cuidados por largo tiempo, al igual que tratamiento y control continuos. Por esta razón, la persona que la padece debe hacer modificaciones en su estilo de vida. Además, las recaídas y deterioro progresivo, llevan al paciente a experimentar cambios a nivel

emocional y social, como también sentimientos de desesperanza e impotencia, lo cual reduce su calidad de vida (45).

Según Pinto, cuando una persona convive con una enfermedad crónica, tanto el paciente como su familia deben enfrentar el estigma que esta produce, por las incapacidades y discapacidades que generan. Estos aspectos son determinantes, dado que de alguna manera ocasionan alteraciones en la calidad de vida, al generar cambios en las dimensiones física y emocional, caracterizados por la pérdida de la independencia, manifestación de sentimientos de desesperanza, incertidumbre ante lo desconocido o por el futuro incierto de la enfermedad (45).

Mientras Álvarez y Cols. Señalan que los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. En el caso de los diabéticos se ha informado de mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima, y sentimientos de desesperanza y minusvalía. En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica. (45)

MOS SF-36 (Medical Outcomes Study, 36-Item Short Form): Ware, 1992.

Es un instrumento desarrollado en E.E.U.U. dentro del marco del “RAND Health Program”, evalúa la calidad de vida más en pacientes crónicos y es utilizado a nivel mundial; Valora ocho conceptos de salud que son: Funcionamiento físico, Rol físico, Dolor corporal., Salud general, Vitalidad, Funcionamiento social, Rol emocional, Salud mental. Es un cuestionario autoadministrado de 36 ítems. Requiere unos 5-10 minutos para su cumplimentación, proporcionando un perfil de estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho escalas o conceptos de salud. Éste es uno de los instrumentos genéricos más recomendable por su universalidad, su exhaustivo y riguroso estudio psicométrico, la facilidad de su manejo, tanto por parte del clínico como del paciente, la facilidad, rapidez y utilidad de la interpretación de los resultados.(46)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Calidad de vida:** “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” (46).
- **Envejecimiento:** Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo (47).
- **Envejecimiento activo:** Cambios en los modelos de cómo se invierte el tiempo en los diferentes grupos de edad, forma de redistribuir actividades a lo largo de la vida (48).
- **Personas mayores:** Se considera población de edad o mayor a aquellas personas que tienen 65 o más años; el umbral es arbitrario, pero generalmente aceptado. Naciones Unidas también considera el umbral de los 60 años población mayor (49).

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe presentan una calidad de vida en percentil 5 (Mala calidad de vida).

2.4.2. Hipótesis Específicas

- La calidad de vida es menor a mayor edad en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017 (baja calidad de vida).
- La calidad de vida es menor en la población femenina del programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017
- La calidad de vida es menor a mayor morbilidad en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017
- Las dimensiones con mejor calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe fueron rol físico y rol emocional y la más afectada la salud general. Octubre 2017.

2.5. VARIABLES

- **Definición conceptual de la variable.**

Calidad de vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. (49)

- **Definición operacional de la variable.**

Calidad de vida: condiciones en que vive el adulto mayor que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción, vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla según edad, género, morbilidad tanto física, social y emocional

2.5.1. Operacionalización de la Variable

Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicadores	Items	Técnicas e instrumentos
Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, con el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.	- Función física	Es el grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc.	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar	Técnica: encuesta Cuestionario de Salud SF 36.

					<p>a los bolos o caminar más de una hora?</p> <p>3. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?</p> <p>4. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?</p> <p>5. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?</p> <p>6. Su salud actual, ¿le limita para</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>agacharse o arrodillarse?</p> <p>7. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?</p> <p>8. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?</p> <p>9. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?</p> <p>10. Su salud actual, ¿le limita para</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					bañarse o vestirse por sí mismo?	
		- Rol físico	Es el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado.	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud	

					<p>física?</p> <p>3. 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?</p> <p>4. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	
		- Dolor corporal	Es el grado de intensidad del dolor y su efecto.	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	1. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? 2. 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)?	
		- Salud General	Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	1. En general, usted diría que su salud es: 2. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas. 3. Estoy tan sano como cualquiera. 4. Creo que mi salud va a empeorar. 5. Mi salud es excelente.	
		- Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad frente	P5 mala calidad de vida P25 regular	1. Durante las 4 últimas semanas,	

			<p>al sentimiento de cansancio y agotamiento.</p>	<p>calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida</p>	<p>¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <p>2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p> <p>3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?</p> <p>4. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					cansado?	
		- Función Social	Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social.	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	1. 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? 2. 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)?	
		- Rol Emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	1. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a	

			<p>dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo.</p>		<p>causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?</p> <p>2. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					nervioso)? 3. 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)?	
		- Rol Salud Mental		P5 mala calidad de vida	1. Durante las 4 últimas	

			<p>Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.</p>	<p>P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida</p>	<p>semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</p> <p>2. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?</p> <p>3. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <p>4. Durante las 4</p>	
--	--	--	--	---	--	--

					<p>últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?</p> <p>5. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?</p>	
		Percepción de salud	<p>Punto de vista del entrevistado en relación a su salud comparado con el año anterior</p>	<p>P5 mala calidad de vida</p> <p>P25 regular calidad de vida</p> <p>P50 aceptable calidad de vida</p> <p>P75 Buena calidad de vida</p> <p>P100 óptima</p>	<p>1. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?</p>	

				calidad de vida		
		Edad	Tiempo de vida, expresada en años, del paciente que ingresa en el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores jóvenes - Viejos o ancianos - Grandes viejos o longevos 	<ul style="list-style-type: none"> 60 – 74 años 75 - 90 años 90 – 100 años 	
		Género	Sexo del paciente que ingresa en el estudio	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Hombre Mujer 	
		morbilidad	Es la presencia concurrente de enfermedades diagnosticadas medicamente en el individuo.	Enfermedades crónicas frecuentes en el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad vascular periférica - Enfermedad cerebrovascular: - Gastritis - Patología 	

					hepática ligera: - Diabetes Mellitus II - Diabetes con lesión orgánica - hemiplejia - catarata - artritis - hipertensión - sin morbilidad	
--	--	--	--	--	--	--

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva, la cual buscó determinar la calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. (50) Es un estudio de medición de variable independiente cuya misión fue observar y cuantificar la calidad de vida que presenta el adulto mayor, así como algunas características sociodemográficas de esta población, sin establecer relaciones entre éstas. Analizando la variable de forma autónoma o independiente con el fin de establecer las características más resaltantes.

El estudio se enmarcó en un diseño transversal, porque a través de un corto tiempo se pudo observar el comportamiento de la variable calidad de vida, y sus características más resaltantes.

La presente investigación es de nivel Pre grado, enmarca por sus características un estudio Cuantitativo, no experimental, transaccional descriptivo.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Referencial Ferreñafe, el cual tiene adjudicada una población total de 35,925 personas distribuidas

según etapas de vida, asumiendo como universo los adultos mayores de la población sujeta a atención de la Estrategia Sanitaria Adulto Mayor conformado por 2,631 AM, siendo la población muestral los adultos mayores inscritos en el “Círculo del Adulto Mayor, la alegría de vivir” que hacen una población de 381 personas AM inscritas. (15)

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población definida como “conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio; donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación” (51)

La población de estudio estuvo conformada por 381 personas en etapa adulto mayor que acudieron al programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe.

La muestra definida como “subgrupo de la población o un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características a la que llamamos población.” (51)

Esta investigación trabajó con los adultos mayores que acudieron al programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe, y para identificar la muestra de estudio se aplicó la fórmula de población finita:

FÓRMULA:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de AM que acuden en un mes

Z= 1.96 (su nivel de confianza del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%= 0.05)

Con un nivel de confianza de 95%, proporción p,q de 50%, nivel de error aceptado de 5% y la población es 381 personas adultos mayores

Reemplazamos

$$N = 381$$

$$p = 50\%$$

$$q = 1 - 50\%$$

$$E = + / - 5\%$$

n = la muestra

$$Z = 1.96$$

FÓRMULA:

$$n = \frac{N * Z^2 p * q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p * q}$$
$$n = \frac{(381) (1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.05)^2 (381 - 1) + (1.96)^2 (0.05) (0.95)}$$
$$n = \frac{365.9124}{1.9104}$$
$$n = 192$$

La información referida a los AM fue proporcionada por el Hospital Referencial Ferreñafe, teniendo en cuenta el padrón actualizado de inscritos:

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores desde los 60 años de edad, de ambos sexos.
- Adultos mayores que pertenezcan al programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe y que acuden al menos 1 vez al mes a su control.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona y que acepten participar en el estudio previo consentimiento por escrito.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que no deseen participar en la presente investigación.

- Adultos mayores con impedimento evidente para responder el cuestionario SF- 36

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios SF 36 incompletos.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se aplicó para recolectar los datos fue la entrevista, la cual recopiló la información mediante una conversación entre la investigadora y el adulto mayor, acerca de la calidad de vida que tiene el adulto mayor que acude al programa del Hospital Referencial Ferreñafe, la entrevista estuvo estructurada a partir de un cuestionario permitiendo que la información que se obtuvo resulte fácil de procesar, sin necesitar un entrevistador muy diestro al existir uniformidad en el tipo de información que se obtendrá.

El instrumento a que se utilizó fue el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36).; el cual es un instrumento genérico de medición de CVRS, que consta de 36, preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware y Sherbourne 1992 y Ware et al. 1993). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y

transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).

Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia (Ware et al. 1994). El cuadro N° 1 muestra las características de las ocho dimensiones principales, los dos resúmenes y la pregunta de transición del cuestionario de salud SF-36. El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica. (52)

Cuadro N°01

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF – 36

	Nº ITEMS	Nº NIVELES	PUNTUACIÓN (1)
Funcionamiento físico	10	21	0 - 100
Rol físico	4	5	0 - 100
Dolor corporal	2	11	0 - 100
Salud general	5	21	0 - 100
Vitalidad	4	21	0 - 100
Funcionamiento social	2	9	0 - 100
Rol emocional	3	4	0 - 100
Salud mental	5	26	0 - 100
Transición	1	5	-
Resumen físico	35	-	50 (10)
Resumen Mental	35	-	50 (10)

(1) Las puntuaciones 0 -100 tienen ese rango y se interpretan como el peor o mejor estado de salud, respectivamente; en las puntuaciones 50 (10) la población de referencia tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El cuestionario genérico de Calidad de Vida (SF-36) viene siendo utilizado a nivel internacional y fue diseñado para evaluar diferentes aspectos relacionados con la salud, desde la perspectiva del individuo. Originalmente fue desarrollado por Ware y Gandek y posteriormente adaptado y validado en España por J. Alonso y col.

La validez y confiabilidad del instrumento se muestra en el cuadro N° 02, mediante el alpha de cronbach. (53)

Cuadro N° 02

Escalas	Ítems	Alpha de cronbach
Función física	10	0.92
Rol físico	4	0.82
Dolor corporal	2	0.80
Salud general	5	0.69
Vitalidad	4	0.75
Función social	2	0.50
Rol emocional	3	0.89
Salud mental	5	0.80

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se procedió a solicitar la autorización del Director del Hospital Referencial Ferreñafe, entregando la respectiva carta de presentación emitida por la escuela de Enfermería, luego se coordinó con la enfermera responsable del programa la fecha y hora de reunión con los adultos mayores en la cual se le brindó información sobre la investigación, objetivos, beneficios etc, así mismo quienes desearon participar en forma voluntaria del estudio firmaron el consentimiento

informado; posteriormente se acordó con cada uno de ellos el día, hora y lugar de la entrevista, en la cual se recogió los datos.

Finalmente los datos fueron pasados a una base en el programa SPSS V22.0, obteniendo los resultados en forma global y por dimensiones, siendo analizados posteriormente.

CAPITULO IV RESULTADOS

Tabla N°01

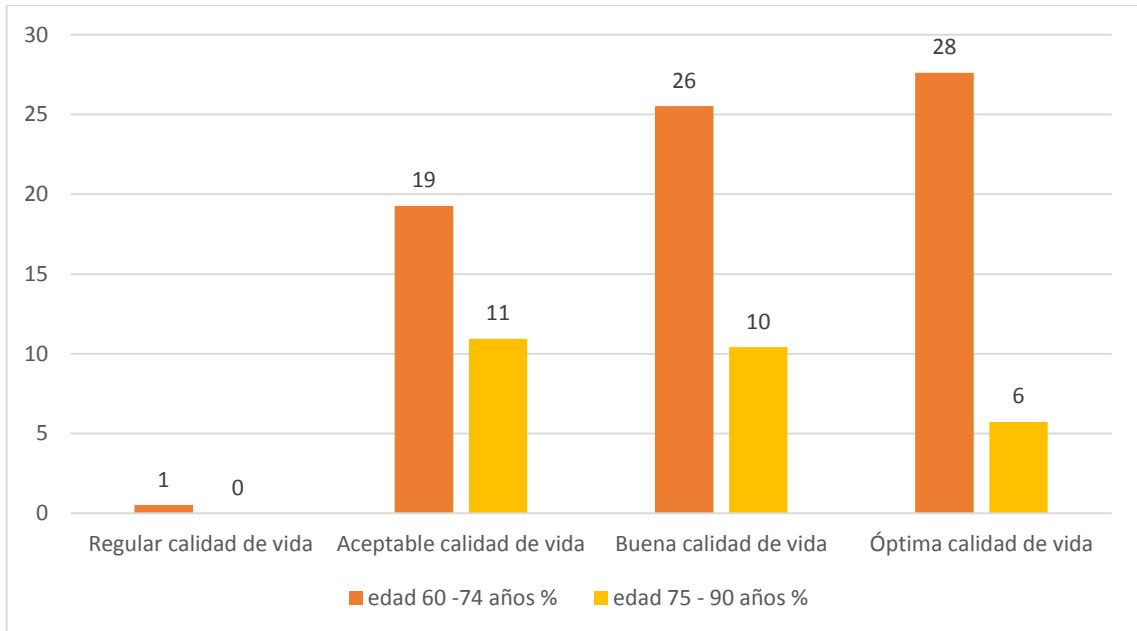
Calidad de vida de las personas según edad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.

	Edad					
	60 -74 años		75 - 90 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Regular calidad de vida	1	1	0	0	1	1
Aceptable calidad de vida	37	19	21	11	58	30
Buena calidad de vida	49	26	20	10	69	36
Óptima calidad de vida	53	28	11	6	64	33
Total	140	73	52	27	192	100

Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

Gráfico N°01

Calidad de vida de las personas según edad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.



Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

En la Tabla y Gráfico N° 1, se evidencia que el mayor porcentaje 73% (140) de adultos mayores que se atienden en el Hospital Referencial Ferreñafe se encuentran entre las edades de 60 – 74 años, de los cuales el 28 % (53) tienen una óptima calidad de vida, el 26% (49) buena calidad de vida. Así mismo se evidencia que el 27% (52) de la población entre los 75 – 90 años el 11% (21) presenta aceptable calidad de vida y un 10% (20) buena calidad de vida.

Tabla N°02

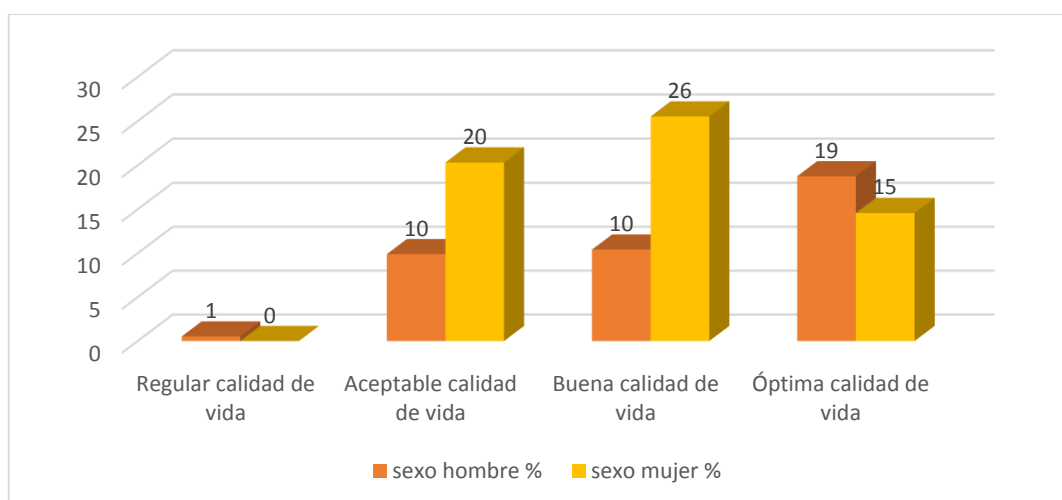
Calidad de vida de las personas según género atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.

	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Regular calidad de vida	1	1	0	0	1	1
Aceptable calidad de vida	19	10	39	20	58	30
Buena calidad de vida	20	10	49	26	69	36
Óptima calidad de vida	36	19	28	15	64	33
Total	76	40	116	60	192	100

Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

Gráfico N°02

Calidad de vida de las personas según género atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.



Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

En la tabla y figura N°2, se observa que el 60 % (116) de la población pertenece al sexo femenino y el 40% (76) al sexo masculino. El 19 % (36) de la población del sexo masculino tiene una calidad de vida óptima, el 10% (20) de la población con buena y aceptable calidad de vida respectivamente y en

relación al sexo femenino, el 26% (49) presenta buena calidad de vida y un 20% (39) aceptable calidad de vida.

Tabla N°03

Calidad de vida de las personas según morbilidad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe.

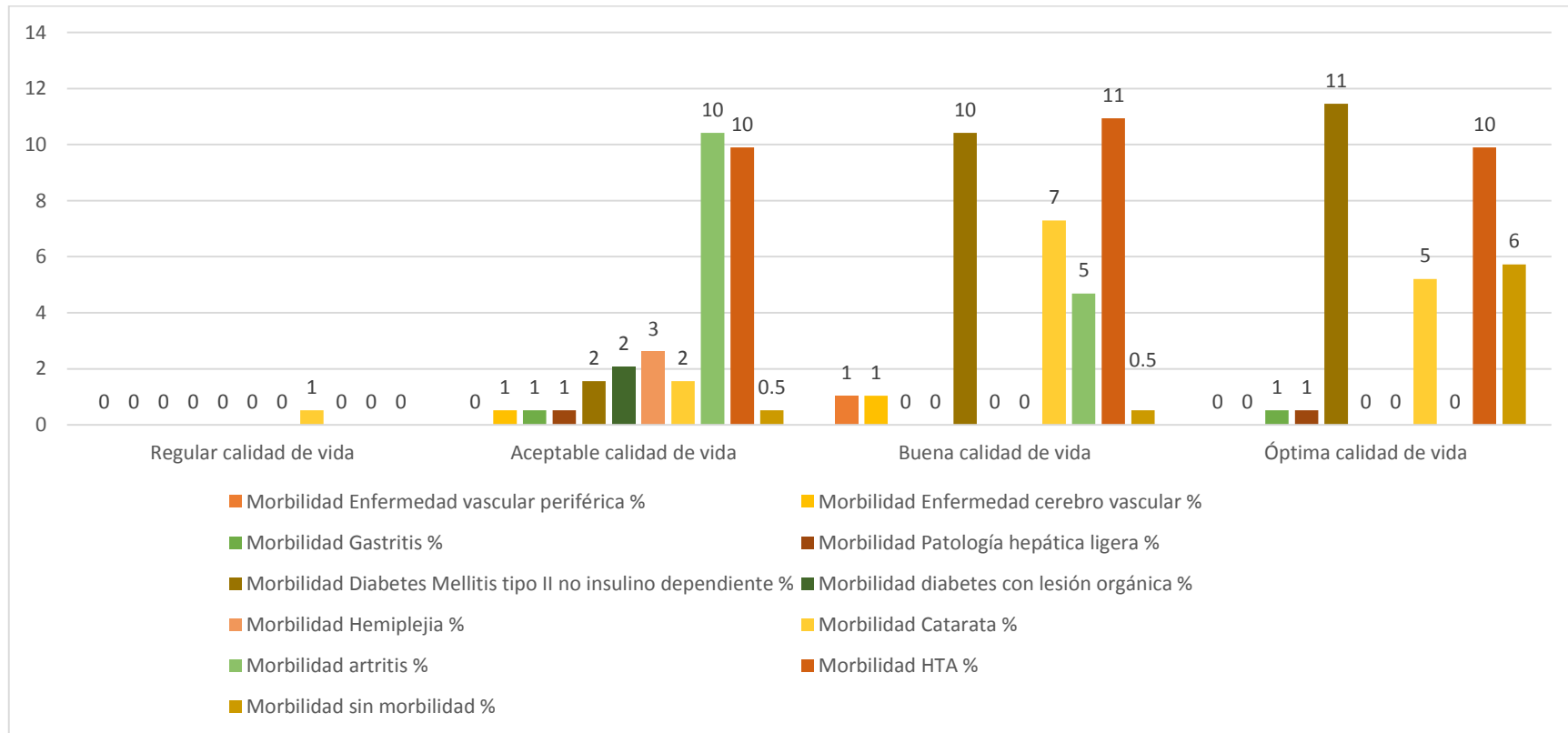
Octubre 2017.

	Enfermedad vascular periférica		Enfermedad cerebrovascular		Gastritis		Patología hepática ligera		Morbilidad Diabetes Mellitus tipo II no dependiente		diabetes con lesión orgánica		Hemiplejía		Catarata		Artritis		HTA		sin morbilidad		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	Regular calidad de vida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Aceptable calidad de vida	0	0	1	1	1	1	1	1	3	2	4	2	5	3	3	2	20	10	19	10	1	0.5	58	30	
Buena calidad de vida	2	1	2	1	0	0	0	0	20	10	0	0	0	0	14	7	9	5	21	11	1	0.5	69	36	
Óptima calidad de vida	0	0	0	0	1	1	1	1	22	11	0	0	0	0	10	5	0	0	19	10	11	6	64	33	
Total	2	1	3	2	2	1	2	1	45	23	4	2	5	3	28	15	29	15	59	31	13	7	192	100	

Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

Gráfico N°03

Calidad de vida de las personas según morbilidad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.



Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

En la tabla y gráfico N° 03 se muestra que la morbilidad más frecuente en el adulto mayor que se atiende en el Hospital Referencial Ferreñafe es la hipertensión con 31% (59), un 23% (45) de la población presenta diabetes mellitus tipo II no insulina dependiente y un 15% (29) padece catarata y artritis. También se evidenció que los adultos mayores con óptima calidad de vida presentan patologías como Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependientes 11% (22) y con HTA 10% (19). Con Buena Calidad de Vida presentan el 11% (21) HTA y 10% (20) Diabetes Mellitus no insulino dependientes. Con aceptable calidad de vida 10% (20) HTA y artritis respectivamente y mala calidad de vida solo se evidencia en adultos mayores con cataratas 1% (1).

Tabla N°04

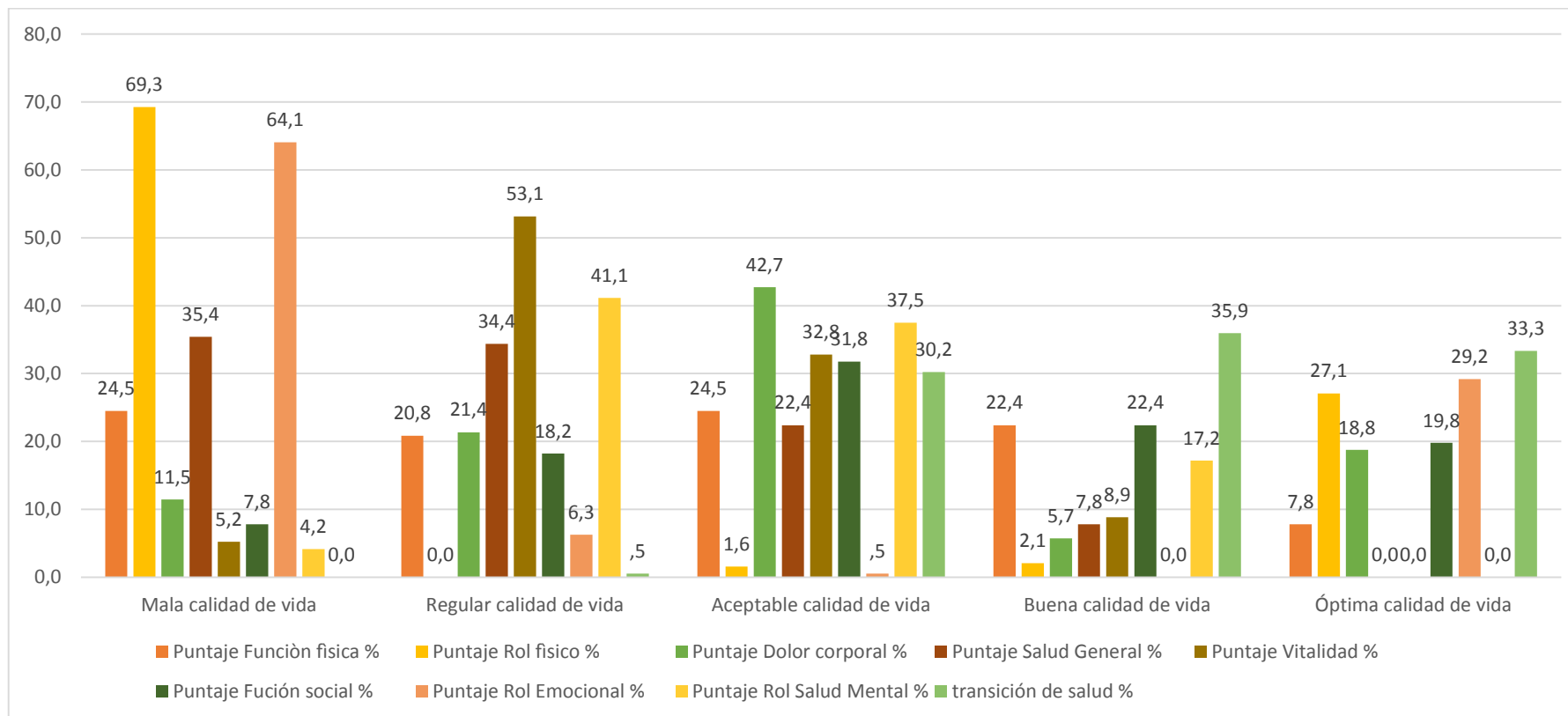
Calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe según dimensiones Octubre 2017.

	Puntaje Función física		Puntaje Rol físico		Puntaje Dolor corporal		Puntaje Salud General		Puntaje Vitalidad		Puntaje Función social		Puntaje Rol Emocional		Puntaje Rol Salud Mental		Percepción de la salud	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Mala calidad de vida	47	24.5	133	69.3	22	11.5	68	35.4	10	5.2	15	7.8	123	64.1	8	4.2	0
Regular calidad de vida	40	20.8	0.0	0.0	41	21.4	66	34.4	102	53.1	35	18.2	12	6.3	79	41.1	1	.5
Aceptable calidad de vida	47	24.5	3	1.6	82	42.7	43	22.4	63	32.8	61	31.8	1	.5	72	37.5	58	30.2
Buena calidad de vida	43	22.4	4	2.1	11	5.7	15	7.8	17	8.9	43	22.4	0	0.0	33	17.2	69	35.9
Óptima calidad de vida	15	7.8	52	27.1	36	18.8	0	0.0	0	0.0	38	19.8	56	29.2	0	0.0	64	33.3
Total	192	100.0	192	100.0	192	100.0	192	100.0	192	100.0	192	100.0	192	100.0	192	100.0	192	100.0

Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

Tabla N°04

**Calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe según dimensiones
Octubre 2017.**



Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

En la tabla N°04 se observa que las dimensiones que se encuentran con mayor porcentaje de adultos mayores en “óptima calidad de vida” son: Rol emocional con 29.9% (56) y Rol físico con 27.1% (52). En las dimensiones salud general, vitalidad y salud mental existe un 0% de adultos mayores en esta categoría. En relación a la categoría “buena calidad de vida” se evidencia que el mayor porcentaje de adultos se encuentra en las dimensiones: 22.4%(43) en las dimensiones función física y función social respectivamente, así mismo se encontró en esta categoría un 0% de adultos mayores en la dimensión rol emocional. En la categoría “aceptable calidad de vida” se observó un 42.7% (82) de adultos mayores en la dimensión dolor corporal y un 37.5% (72) en la dimensión salud mental. En la categoría “regular calidad de vida” se evidencia un 53.1% (102) de adultos mayores en la dimensión vitalidad y un 41.1% (79) en la dimensión salud mental y un 0% de adultos mayores en rol físico; finalmente en la categoría “mala calidad de vida” se encontró un 69.3% (133) de adultos mayores en la dimensión Rol físico y un 64.1% (123) en la dimensión rol emocional y un 0% en la dimensión salud actual en relación al año pasado.

Tabla N°05

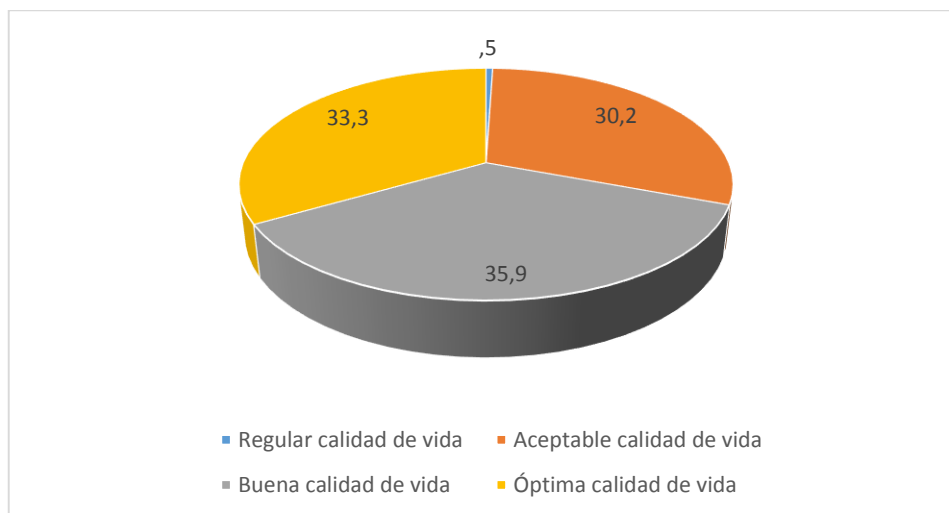
Calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Regular calidad de vida	1	5
Aceptable calidad de vida	58	30.2
Buena calidad de vida	69	35.9
Óptima calidad de vida	64	33.3
Total	192	100.0

Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

Figura N°05

Calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.



Fuente: Cuestionario de salud SF -36. Hospital Referencial Ferreñafe 2017.

En la Tabla y figura N° 05 se evidencia que el 35.9% (69) presenta buena calidad de vida, un 33.3% (64) óptima calidad de vida, un 30.2% (58) aceptable calidad de vida y un 5% (1) regular calidad de vida.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Abordar el tema calidad de vida requiere tener presente que esta se basa en “el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas de la persona, buscando el bienestar y la felicidad de los individuos esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida”; por ello al evaluar la calidad de vida del adulto mayor debemos considerar las peculiaridades de esta población teniendo en cuenta las condiciones de vida mínimas como salud, obtener alimentos, estabilidad en relaciones sociales, vestimenta, tiempo para ocio, recreación y que se respeten sus derechos humanos. (10)

La medición de la calidad de vida en la actualidad es un aspecto importante en los países a nivel mundial por los cambios que se vienen observando en los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad que comenzaron a ser relevantes en los países desarrollados por el incremento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas (36). Por ello el interés como profesional de enfermería de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores en primer lugar por ser una población vulnerables, luego por estar consciente del incremento de este grupo etáreo en la pirámide poblacional y tercero porque hasta el día de hoy estamos demostrando no estar preparados para abordar la problemática que atañe a esta población y que merma su calidad de vida.

Al estudiar las condiciones del adulto mayor debemos tener en cuenta que en cuanto a los grupos de edades se considera tres grupos: etapa adulto mayor joven, estas personas conservan mejor su validez, tienen su protagonismo y son más independientes; etapa adulto mayor viejos/ ancianos y etapa adulto

mayor longevos, grupos donde comienzan a presentar discapacidades por las enfermedades que se presentan, cambios conductuales, agudización de rasgos de la personalidad y tendencia a la soledad, perdiendo un tanto su protagonismo y su capacidad para ejecutar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. (57)

El presente estudio encontró que el mayor porcentaje de adultos mayores en el Hospital Referencial Ferreñafe se encuentran entre 60 – 74 años (AM Joven) con un 73%, de los cuales el 28 % tienen una óptima calidad de vida, el 26% buena calidad de vida, así mismo se evidencia que la población entre los 75 – 90 años (AM anciano) (27%), presenta aceptable calidad de vida 11% seguido de un 10% en buena calidad de vida. Similares resultados encontraron Cigarroa S y Solano L. (23) quienes evidencian que los adultos mayores de 60 a 65 años tienen mejor calidad de vida en comparación con los otros rangos de edad. Este mismo comportamiento lo encontró, Gordillo L. (20) en su estudio donde observó un descenso en todas las áreas de calidad de vida a medida que se aumentó de grupo etario. Sigüenza (22) observo este mismo comportamiento de reducción a mayor edad, siendo los adultos mayores 65 – 74 años con calidad de vida bastante buena (19.6%) con una $p = 0.007$. y fueron los adultos mayores de más de 75 - 89 años quienes registraron en un 43.5 % mala calidad de vida encontrándose significancia estadística $p < 0.000$ valor del chi cuadrado = 10.87.

En relación al género, podemos decir que en la etapa adulto mayor la mayoría de esta población son mujeres, especialmente en el grupo mayor de 80 años. Si bien es cierto la mujer vive más, esto no indica que viva mejor, sino todo lo contrario. Los problemas surgidos a lo largo de la historia personal, como: mala nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida. (58)

Siendo observado esta peculiaridad en nuestro estudio encontrando que el 60% de la población pertenece al sexo femenino y el 40% al sexo masculino; así mismo se encontró que 19% de la población del sexo masculino tiene una

calidad de vida óptima seguido de un 10% de la población con buena y aceptable calidad de vida respectivamente; en relación al sexo femenino se evidencia que el 26% presenta buena calidad de vida y un 20% con aceptable calidad de vida. Similares resultados encontraron Cigarroa S y Solano L (23) evidencian que existe una mejor calidad de vida en el género masculino, comparado con las mujeres; Gordillo L. (20) observo una mayor calidad de vida en las relaciones sociales en los del sexo masculino sin observarse diferencias en el resto de áreas según el sexo y Sigüenza. (22) observo que el sexo masculino obtuvo mejores puntajes 81.9% ($p=0.522$) y el sexo femenino presento mala calidad de vida en 31.3% y no se encontró significancia estadística ($p>0.501$).

Sobre la repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en esta etapa de vida un deterioro funcional, mental y social; destacando la disminución funcional, incapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria que limitan su autonomía. Las enfermedades neurológicas pueden afectar la cognición, limitando la memoria, capacidad de juicio, abstracción y propiciando la depresión (59); el presente estudio evidenció que la morbilidad más frecuente en el adulto mayor que se atiende en el Hospital Referencial Ferreñafe es la hipertensión con un 31%, un 23% presenta diabetes mellitus tipo II no insulina dependiente, un 15% padece catarata y artritis. Por otro lado, encontramos que adultos mayores con óptima calidad de vida presentan patologías como Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependiente 11% y HTA 10%; con Buena Calidad de Vida presentan 11% HTA y 10% Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependientes; con regular calidad de vida 10% HTA y artritis respectivamente y mala calidad de vida solo se evidencia en adultos mayores con cataratas 1%.

Similares resultados encontraron Chafio (32) la calidad de vida del adulto mayor con diabetes se encontró en un percentil óptimo. A diferencia de Gordillo L. (20) la hipertensión arterial mostró una menor calidad de vida al compararse con la ausencia de comorbilidades.

En relación a las dimensiones estudiadas sobre la calidad de vida del adulto mayor el presente estudio nos muestra que aquellas que se encuentran con

mayor porcentaje de adultos mayores en “óptima calidad de vida” son: Rol emocional con 29.9% y Rol físico con 27.1%, Además, en las dimensiones salud general, vitalidad y salud mental existe un 0% de adultos mayores en esta categoría; en relación a la categoría “buena calidad de vida” el mayor porcentaje de adultos se encuentra en las dimensiones: salud actual en relación al año pasado 35.9% y 22.4% en las dimensiones función física y función social respectivamente y un 0% de adultos mayores en la dimensión rol emocional; En la categoría “aceptable calidad de vida”, se observó un 42.7% de adultos mayores en la dimensión dolor corporal y un 37.5% en la dimensión salud mental; en la categoría “regular calidad de vida” se evidencia un 53.1% de adultos mayores en la dimensión vitalidad y un 41.1% en la dimensión salud mental así mismo en esta categoría se obtuvo un 0% de adultos mayores en rol físico. Finalmente, en la categoría “mala calidad de vida” el 69.3% de adultos mayores se encontraron en la dimensión Rol físico y un 64.1% en la dimensión rol emocional y un 0% en la dimensión salud actual en relación al año pasado.

Resultados que muestran que debemos mejorar la actuación de los servicios de salud que se brinda al adulto mayor dando mayor énfasis en la dimensión rol físico y rol emocional que permitan al adulto mayor encontrarse en un nivel más alto de calidad de vida.

Similares resultados encontraron Cigarroa. (23) las dimensiones con mejor calidad de vida fueron rol físico y rol emocional ambos con una media de 91. Por otro lado, Mazacón B (26). Evidencia que la mayor puntuación promedio la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6).

A diferencia de los resultados encontrados por Gordillo L.(20) encontró un bajo promedio de calidad de vida en el área física $43,71 \pm 11,61$; Medina L.(28) encontró baja calidad de vida de acuerdo a las dimensiones de función física 70%, vitalidad 80%, salud general 70%, función social 60%, rol emocional 70%,

salud mental 75% y el dolor corporal es alto 60%. Pablo J. (24) evidencia la Calidad de Vida del adulto mayor en la Dimensión Salud Física, un 64,7% (97) presentan Calidad de vida media o regular; seguido por un 20,7% (31) que presentan calidad de vida baja o mala; solo un 14,7% (22) presentan una calidad de vida buena. La calidad de vida del adulto mayor en la Dimensión Relación Social, un 52,7% (79) presentan una calidad de vida media o regular; seguido por un 25,3% (38) que presentan calidad de vida baja o mala y solo un 22% (33) presentan una calidad de vida buena y Sigüenza (22) determinó que existe una baja calidad de vida al haber obtenido en el área de salud física de $57,91 \pm 10,26$ y el área de relaciones sociales $52,32 \pm 12,99$.

Finalmente la presente investigación evidencia que el 35.9% de adultos mayores presentan buena calidad de vida, un 33.3% óptima calidad de vida, un 30.2% aceptable calidad de vida y un 5% regular calidad de vida, cifras similares encontraron Sigüenza. (22) el 61.7% de la población en estudio presentan una calidad de vida normal, un 24.9% su calidad de vida poco mala, 12.3% una calidad de vida bastante bien, y 1.1% su calidad de vida es muy mala.

A diferencia de los resultados encontrados por Pablo J. (27) el 46% presentan una calidad de vida baja o mala, 41.3% una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% una calidad de vida buena; Medina (28) evidencia que del total de los adultos mayores su calidad de vida es baja 60%, el 25% una calidad de vida alta y por último la calidad de vida media con un menor porcentaje del 15%.

Los resultados mostrados en el presente trabajo nos conducen a replantear la actuación del personal de salud en la atención del adulto mayor, porque aunque los valores de la calidad de vida de esta población se encuentre en niveles aceptables, debemos tener en cuenta esta fortaleza para poder intervenir en aras de mejorar los resultados mostrados, permitiendo disminuir los problemas en salud pública que se relacionan con este grupo etáreo y que a la vez afecta la economía del país.

CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores que se atienden en el Hospital Referencial Ferreñafe el 73% se encuentran entre los 60 – 74 años de los cuales el 28 % tienen una óptima calidad de vida.
2. El 60 % de la población pertenece al sexo femenino y el 40% al sexo masculino; así mismo se encontró que el mayor porcentaje 19% de la población masculina tiene una “calidad de vida óptima” y el 26% de la población femenina presenta “buena calidad de vida”.
3. La morbilidad más frecuente en el adulto mayor que se atiende en el Hospital Referencial Ferreñafe es la hipertensión arterial con un 31%.
4. Los adultos mayores con “óptima calidad de vida” presentan patologías como Diabetes Mellitus tipo II no insulino dependientes 11% e HTA 10%; y los adultos mayores con mala calidad de vida evidencian problemas visuales (cataratas) 1%.
5. Las dimensiones que se encuentran con mayor porcentaje de adultos mayores en “óptima calidad de vida” son: Rol emocional con 29.9% y Rol físico con 27.1%; en la categoría “buena calidad de vida”, el mayor porcentaje de adultos se encuentra en las dimensiones: salud actual en relación al año pasado 35.9% y 22.4% en las dimensiones función física y función social respectivamente. En la categoría “aceptable calidad de vida” se observó un 42.7% de adultos mayores en la dimensión dolor corporal y un 37.5% en la dimensión salud mental; en la categoría “regular calidad de vida” se evidencia un 53.1% de adultos mayores en la

dimensión vitalidad y un 41.1% en la dimensión salud mental; finalmente en la categoría “mala calidad de vida” se encontró un 69.3% de adultos mayores en la dimensión Rol físico y un 64.1% en la dimensión rol emocional.

6. En general se evidencia que la población adulta mayor del Hospital Referencial Ferreñafe presenta una “buena Calidad de Vida” 35.9%, destacando que en el puntaje general tenemos 0% en la categoría “mala calidad de vida”, dato que nos permite rechazar la hipótesis general, aceptando la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital Referencial Ferreñafe coordinar con el área del Programa de Desarrollo del personal, capacitaciones (cursos, talleres, pasantías) que le permitan al personal de enfermería y otros profesionales como equipo multidisciplinario, mejorar su atención al grupo del adulto mayor principalmente en las dimensiones de rol físico y emocional los cuales afectan su calidad de vida.
2. A los profesionales de enfermería mejorar las estrategias de atención al adulto mayor, centrándose en el aspecto físico y emocional, utilizando terapias alternativas como medicina natural, yoga, acupuntura, meditación entre otros que les permitan asumir conductas saludables en busca de incrementar su calidad de vida y/o evitar su deterioro.
3. Al personal de enfermería promover un trabajo en equipo multidisciplinario (médicos, oftalmólogos, psicólogos, nutricionistas, etc) para prevenir enfermedades discapacitante que afectan considerablemente la calidad de vida del adulto mayor. Además realizar alianzas estratégicas con instituciones (colegios, jardines, establecimientos de salud, elaborar programa de apoyo y voluntariado) para brindarle la oportunidad al adulto mayor para sentirse productivo y que aún es capaz de aportar a la sociedad.
4. Capacitar al familiar cuidador, para que identifique factores de riesgo en la salud el adulto mayor, brindarles una alimentación saludable, así como para que promuevan actividades que le permitan al AM mantenerse activo.

5. Al adulto mayor buscar espacios que le permitan socializar con otras personas y buscar ejecutar actividades recreativas (caminatas, ejercicios, bailes, paseos).

REFERENCIAS DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de las personas adultas mayores. Ecuador. 2012. http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf. [último acceso 14 marzo 2017].
2. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México; 2011. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf. [último acceso 25 marzo 2017].
3. OMS. Datos y cifras. envejecimiento y ciclo de vida. OMS. entrada en vigor el 28 de agosto de 2011. http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/ [último acceso 18 marzo 2017].
4. Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables N° 5. Lima: MINP; 2013. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf. [último acceso 20 marzo 2017].
5. Licas Torres M. *Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014*. [Tesis grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima - Perú 2015..
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana 2015. Lima: INEI; 2015. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf. [último acceso 19 marzo 2017].
7. OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.2015, Estados Unidos.p.p 282. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf [último acceso 23 marzo 2017].

8. Varela L, Tello T. Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. 2da ed: Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p 19-24
9. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. Perú. 2013. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf> [último acceso 2 abril 2017].
10. Padilla I. *Calidad de Vida del Adulto Mayor dentro del Asilo los Hermanos de Belén*. [Tesis grado]. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 2013.
11. <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/adultomayor.asp> [último acceso 3 abril 2017].
12. MINSA. III Informe anual de seguimiento al cumplimiento de La ley de las personas adultas mayores. Periodo 2014. https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/Informe2014_1.pdf. [último acceso 8 abril 2017].
13. INEI. Estimaciones y Proyecciones. <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lambayeque2.html>. [último acceso 10 abril 2017].
14. Unidad de estadística de la Red De Salud Ferreñafe. Población De Establecimientos Según Distritos Y Grupo Etáreo De La Gerencia Regional De Salud Año 2017.
15. Unidad de estadística del Hospital Referencial Ferreñafe. Número de atendidos y atenciones al establecimiento por sexo según grupo etareo del 01 de enero al 31 de marzo del 2017.
16. Unidad de Estadística del Hospital Referencial Ferreñafe. Reposte estadístico enero – diciembre 2016
17. Campos F, León D, Rojas M. Guía Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. 2011.
18. Madrigal M, Velandrino A, Ruzafa M. Evaluacion de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. [Internet]. pp. 467 – 578.

https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf

[último acceso 12 abril 2017].

19. Valera L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Perú. jun. 2016. 33(2):199-201, Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2219> [último acceso: 14 abril. 2017].
20. Gordillo L. *Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la Parroquia de Llaoca, Cuenca 2015*. [Tesis Posgrado]. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Centro de Posgrados. Cuenca 2017.
21. Miranda Livia Carvalho Viana, Sonia María Soares, Patricia Silva Aparecida Barbosa. Calidad de vida y factores asociados en ancianos de un Centro de Referencia a la Persona mayor. *Salud pública colectiva* [Internet]. 2016 Nov [citado 2018 Feb 21]; 21 (11): 3533-3544. De: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201601103533&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>. Último acceso: 25 noviembre del 2017.
22. Siguenza M, Siguenza C, Sinche N,. Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca, 2013. Tesis previa a la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. 2013.
23. Corugedo M, García D, González V, Crespo G, González G, Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Rev Cubana Med Gen Integr* . 2014 Jun; 30(2), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006&lng=es. [último acceso: 23 abril. 2017]
24. Kumar S., Majumdar A., y Pavithra G. Calidad de vida (QOL) y sus factores asociados utilizando WHOQOL-BREF entre ancianos en Puducherry urbano, India. *Revista de Investigación Clínica y Diagnóstica: JCDR*, 2014. 8 (1), 54-57. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2014/6996.3917>. [último acceso: 23 noviembre 2017]

25. Cigarroa S y Solano L. *Realizó el estudio Calidad de Vida en el Adulto Mayor de la Zona Sur de Veracruz*. [Tesis de grado]. Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería. Veracruz. México 2013.
26. Mazacon B. *Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del canton Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud*. Tesis (Doctora en Ciencias de la Salud). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado. 2017. 96 h. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561> [último acceso: 25 noviembre 2017]
27. Pablo J. *Calidad de vida del adulto mayor de la casa Polifuncional Palmas Reales. Los Olivos. Lima 2016*. [Tesis de grado]. Universidad San Martín de Porras. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Lima. 2016.
28. Medina L. *Actividad recreativa y calidad de vida del adulto mayor en el centro del adulto mayor Pablo Bermudez – Essalud* [Tesis de grado]. Universidad Ricardo Palma. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Lima. 2014.
29. Hernández J; Chávez S y Carreazo Y. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev. Perú. med. exp. Salud Pública* 2016, 33(4) pp. 680-688. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400010&lng=es&nrm=iso. [último acceso: 25 abril. 2017]
30. Mejia F. *Calidad de Vida de Adultos Mayores en la Comunidad de Lacsanga. Provincia de Huaura. 2015*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela Profesional De Trabajo Social. Huacho. 2015.
31. Garcilazo M. *Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014*. [Tesis de grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina. Lima 2015.

32. Chafio P, Gallo G. *Calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el centro de salud José Olaya Chiclayo – 2015*. [Tesis de grado]. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo. 2016.
33. Fenco M. *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010*. [Tesis de grado]. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. 2010.
34. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 19.
35. Olascoaga A. *Participación social y su influencia en la calidad de vida de adultos mayores* [Pre proyecto de tesis], Universidad de la República. Facultad de Psicología. 2014.
36. Fernandez J. *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. [Tesis Doctoral]. Universitat de València. Departament de antropologia social. Servei de Publicacions. España. 2009. p.p.567.
37. Bastos A. *Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor: Una Aproximación Constructivista*. [Tesis Magistral]. Universidad de Chile. Chile 2009
38. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil: Una aproximación conceptual. *Rev. Psicología y Salud*. Colombia. 2008. 18(1): 37-44, https://www.researchgate.net/publication/26575348_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_infantil_Una_aproximacion_conceptual [último acceso: 5 mayo. 2017]
39. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de Vida Relacionada con la Salud Infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Rev. Psychologia: avances de la disciplina*. Colombia. 2013. 7(2), 69-86 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297229855006> [último acceso: 5 mayo. 2017]
40. Bobes J, González P, Bousoño M y Suárez E. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Rev.Psiquiatría*. 5(6). 1993.

- https://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Bobes_Desarrollo.pdf. [último acceso: 15 mayo. 2017]
41. Urzúa A, & Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Rev. Terapia psicológica*. Chile.2012. 30(1) 61-71. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006 [último acceso: 18 mayo. 2017]
 42. Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Rev. Psychol. Av. Discip.* [Internet]. Bogotá, Colombia. Enero – Junio. 2012. 6(1) pp. 123-136. <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>. [último acceso: 21 mayo. 2017]
 43. Ardila, R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, [Internet]. Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. 2003. 35(2), pp. 161-164, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>. [último acceso: 25 mayo. 2017]
 44. Campos F, León D, Rojas M. Guía Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.2011.
 45. Bartra A, Carranza R. La enfermedad del Siglo XXI y la calidad de vida en adultos mayores de Tarapoto. *Revista Aportes Universitarios*. [Internet]. Perú 2013. 3(1). p.p. 141 - 151. http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/ra_universitarios/article/view/68 [último acceso: 29 mayo. 2017]
 46. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Rev. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. [Internet]. Perú 2007. 68 (3) p.p 284 – 290. <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/121> [último acceso: 1 junio. 2017]
 47. Velarde E, Avila C. Evaluación de la calidad de vida. *Rev. Salud Pública*. [Internet]. México. 2002. 44(4). Pp 349 -361.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009 [último acceso: 4 junio. 2017]

48. Segura I. *Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla*. [Tesis magistral]. Universidad Nacional De Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, D. C. 2012.
49. Aranibal P. Calidad de vida y vejez. <http://www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D>
50. Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Servicio Central de publicaciones del gobierno Vasco. Vitotia 2011. p.p.214.
51. Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006. Brasil: BIREME, 2006. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
52. Glosario 2002. Anejo B". En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577. Accesible en formato pdf: <http://www.imserosmayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2002/inf2002pdf/vol1/glosario.pdf>
53. Fidias G. Arias. El proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ª ed. Venezuela. Editorial Episteme; 2012. p.146.
54. Hernández, R. Metodología de la investigación. 5ª ed. México. Editotal McGraw Hill; 2010. p. 613.
55. Arostegui I, Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). Rev. Estadística Española. [Internet]. España 2008. 50(167) págs. 147 a 192. Disponible: www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader...6... [último acceso: 9 junio. 2017]
56. Rodríguez M, Merino M, Castro M. Valoración psicométrica de los componentes físicos (CSF) y mentales (CSM) del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Revista Ciencia y Enfermería* [Internet]. Concepción 2009. 15 (1): 75-88. Disponible en :

- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100009 [último acceso: 9 junio. 2017]
57. Avendaño M, Bravo C, Hernández E. Calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2009;13(1): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es. [Último acceso: 23 de noviembre del 2017].
58. Barrantes M. Género, Vejez Y Salud. *Acta bioeth.* [Internet]; 2006, 12(2): 193-197. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200008>. Último acceso 20 noviembre 2017]
59. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per* [Internet]. Perú. 2009. 26(4): 230 -238. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400008 [último acceso: 17 noviembre 2017]

ANEXOS

Anexo N°1- Matriz de consistencia

Titulo	Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Marco Teórico	Metodología
Calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.	Problema principal ¿Cuál es la calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017?	Objetivo principal Determinar la calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017	Hipótesis General Las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe presentan una calidad de vida en rango del percentil 5 (Mala calidad de vida).	Calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor	P5 mala calidad de vida P25 regular calidad de vida P50 aceptable calidad de vida P75 Buena calidad de vida P100 óptima calidad de vida	Adulto mayores Envejecimiento Calidad de vida. MOS – SF 36	Descriptiva, transversal Entrevista Cuestionario de Salud SF-36 Ficha Informativa

	<p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuál es la calidad de vida de las personas según edad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017?</p>	<p>Objetivos secundarios</p> <p>Identificar la calidad de vida en las personas según edad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>La calidad de vida es menor a mayor de edad en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017</p>	<p>Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Personas de edad avanzada. 60 -74 años •Viejas o ancianas. 75 – 90 años •Grandes viejos o grandes longevos. >90 años 		
	<p>¿Cuál es la calidad de vida de las personas según género atendidas en el programa</p>	<p>Conocer la calidad de vida en las personas según género atendidas en el programa</p>	<p>La calidad de vida es menor en la población femenina del programa del adulto mayor</p>	<p>sexo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer 		

	del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017?	del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.	del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017				
	- ¿Cuál es la calidad de vida de las personas según presencia de morbilidad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017?	- Diferenciar la calidad de vida en las personas según presencia de morbilidad atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.	- La calidad de vida es menor a mayor morbilidad en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017 - Las dimensiones con mejor	morbilidad	- Enfermedad vascular periférica - Enfermedad cerebrovascular : - Gastritis - Patología hepática ligera: - Diabetes Mellitus II - Diabetes con lesión orgánica - hemiplejía - catarata - artritis		

	<p>- ¿Cuál es la calidad de vida de las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe según dimensiones. Octubre 2017?</p>	<p>- Identificar la calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe según dimensiones. Octubre 2017</p>	<p>calidad de vida en las personas atendidas en el programa del adulto mayor del Hospital Referencial Ferreñafe fueron rol físico y rol emocional y la más afectada la salud general. Octubre 2017</p>		<p>- hipertensión - sin morbilidad</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo N° 2: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor(a):

Nombre y Apellido:

Fecha:

Investigador responsable:

Al contestar este cuestionario, de forma voluntaria, estará participando de una investigación que lleva como nombre: Calidad de Vida de las Personas Atendidas en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Referencial Ferreñafe. Octubre 2017.

La información que proporcione será utilizada para fines de esta investigación y podrán ser publicadas en distintos medios de su competencia.

Se garantiza que su identidad será de carácter confidencial.

Las respuestas aquí contenidas serán expresadas sólo en términos de porcentajes. Cualquier duda o consulta, realícela a la investigadora en el momento de ser entregado este documento.

Se solicita responder la totalidad de las respuestas del cuestionario y hacerlo de la manera más clara posible.

Muchas gracias por su cooperación.

Encuestada(o)

DNI N°

Bach. De Enfermería

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen 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. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

DATOS INFORMATIVOS:

CODIGO: _____

EDAD: 60 – 74 años () 75 - 90 años () 90 – 100 años ()

SEXO: Hombre () Mujer ()

MORBILIDAD:

- Enfermedad vascular periférica ()
- Enfermedad cerebrovascular: ()
- Enfermedad Pulmonar Crónica: ()
- Patología del tejido Conectivo: ()
- Enfermedad ulcerosa: ()
- Patología hepática ligera: ()
- Patología hepática moderada o grave: ()
- Diabetes: ()
- Diabetes con lesión orgánica: ()
- Hemiplejía: ()
- Patología renal (moderada o grave): ()
- Neoplasias: ()
- Leucemias: ()
- Linfomas malignos: ()
- SIDA: ()

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE 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.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

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?

1 Si

2 No

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?

1 Si

2 No

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)?

1 Si

2 No

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)?

1 Si

2 No

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)?

1 Si

2 No

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.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5
Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5
Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5
Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5
Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5
Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5
Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
5 Nunca

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)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
5 Nunca

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









