

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



TESIS

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

**CALIDAD DE VIDA DE LOS INTEGRANTES DE LA
ASOCIACIÓN ADULTO MAYOR LA TULPUNA. CAJAMARCA,
2016.**

PRESENTADO POR:

Bachiller en Enfermería Norith Silva Ortiz.

ASESORA:

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Cajamarca, 2017

**COPYRIGHT © 2017 by
NORITH SILVA ORTIZ
Todos los derechos reservados.**

A:

A Dios por su infinita misericordia, por concederme la vida, brindarme sabiduría y por ser el camino que me guía a lograr mi meta propuesta.

A mis queridos padres: Marcos y Francisca quienes han sido la guía y el camino para llegar a este punto de mi carrera, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos y me dieron ánimos para seguir adelante y culminar mi carrera.

A mis hermanos, por sus consejos para poder vencer los obstáculos que se presentaron.

Al tesoro más preciado de mi vida mi hijo, fue él quien me dio las fuerzas suficientes para salir adelante, crecer como persona y profesional.

A mis familiares quienes con su apoyo y consejos han contribuido en mi formación profesional.

Norith.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional de Cajamarca, especialmente a los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería por contribuir grandemente en mi formación profesional

A mi asesora la M.Cs. Delia Yturbe Pajares, por su apoyo constante, que hizo posible la elaboración y el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A los participantes adultos mayores de la asociación la Tulpuna quienes con su apoyo permitieron conocer el significado que tiene para ellos la calidad de vida.

A los profesionales y técnico que laboran en el Puesto de Salud la Tulpuna, por brindar las facilidades para la recolección de información.

Norith.

CONTENIDO

Ítem	Página
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema.	3
1.2. Formulación del problema.	6
1.3. Justificación del problema.	6
1.4. Objetivos.	
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.	8
2.1. Antecedentes del problema.	8
2.2. Fundamentos teóricos.	14
A. Adultos mayores	14
B. Características sociales y demográficas	16
C. Calidad de vida	17
D. Cambios físicos en el adulto mayor	22
2.3. Variables.	26
2.4. Operacionalización de Variables	27
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE ESTUDIO	
3.1. Tipo y diseño de estudio.	28
3.2. Ámbito de estudio	28
3.3. Población y muestra.	29
3.4. Unidad de análisis	29

3.5. Criterios de inclusión y exclusión	29
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.7. Descripción de los instrumentos para la recolección de datos.	30
3.8. Procesamiento y análisis de los datos	31
3.6. Aspectos éticos de la investigación	31
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	42
ANEXOS	49
Escala de vida de WHOQOL-BREF	49
Consentimiento informado	53

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características socio demográficas del adulto mayor de la Asociación La Tulpuna, 2016.	32
Tabla 2. Calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación La Tulpuna, Cajamarca, 2016.	35
Tabla 3. Dimensiones de la calidad de vida de los adultos Mayores de la Asociación La Tulpuna.	37

RESUMEN

Estudio descriptivo, exploratorio; tuvo como objetivo determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna-Cajamarca 2016, la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores de ambos sexos, en los que se evaluó su calidad de vida, utilizando el instrumento WHOQOL- BREF. Los resultados revelaron 44% de adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino; 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos; 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.

Palabras claves: Calidad de vida y adulto mayor.

ABSTRACT

Descriptive and exploratory study; the purpose of this research is to determine and to analyze the quality of life of members of the association “Adulto Mayor La Tulpuna – Cajamarca” in 2016. The sample was composed of 50 older adults of both genders, in which they were evaluated their quality of life, using the instrument WHOQOL- BREF. The results revealed that 44% of the elderly population is between 70 to 79 years old, 62% female; 74% did not have schooling level, half of the participants were widowers, 68% did have a regular quality of life, 18% without an adequate quality of life and 18% with a good quality of life. According to the physical dimension, 82% with a regular quality of life and just 18% presented a good quality of life; in the psychological dimension, a 92% did have a regular quality of life; in the relationship dimension, 58% showed a good quality of life, while only 6% did have a good quality of life and in the environmental dimension the elderly presented a regular quality of life in only 96%.

Keywords: Quality of life, and older adult.

INTRODUCCIÓN

La dinámica demográfica, incrementa en forma constante su importancia relativa dentro de la población total, dando lugar al proceso de envejecimiento de la población, desde el siglo pasado las poblaciones y las sociedades se han ido conformando por personas mayores, dicho cambio no solo se evidencia en la población de los países desarrollados, actualmente también lo es de las naciones en vías de desarrollo.

El envejecimiento, es un proceso relacionado con la forma de como las personas satisfacen sus necesidades en el desarrollo de todas las etapas de vida, los cambios propios de su evolución, las enfermedades que padecen, así como los estilos de vida que practica el adulto mayor. Sin embargo puede ser frágil cuando carece de recursos económicos o tiene ingresos muy limitados, con escasas relaciones sociales y con carencias importantes en su forma de vivir, como se puede apreciar en nuestro país.

La calidad de vida, es admitida como el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, permitiéndole una capacidad de actuar o de funcionar en un momento dado de la vida; pero en el adulto mayor los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de su proceso de envejecimiento influyen preponderantemente en ella. La utilización de este concepto se inicia en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, con una connotación económica, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras; sin embargo consideramos que calidad de vida es más que la seguridad económica, ella está determinada por factores físicos, psicológicos y sociales.

A pesar que el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), instituyó que la calidad de vida en la vejez depende de los progresos que se logren en tres áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar y la creación de entornos propicios y favorables; lamentablemente éste no alcanzan a nuestra población adulta mayor, considerada una de las más vulnerables, notándose un permanente descuido de todas las instituciones responsables.

La investigación fue desarrollada en el Centro Poblado La Tulpuna de Cajamarca, con el propósito de determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor del mismo nombre.

Con el fin de mostrar los resultados, la investigación se organizó en capítulos los que se describen a continuación:

En el Capítulo I, presenta la definición y delimitación del problema, formulación de problema, justificación de la investigación y objetivos.

El Capítulo II, aborda el marco teórico, antecedentes del estudio, fundamentos teóricos, variables de estudio y operacionalización de variables.

El Capítulo III, presenta la metodología de la investigación, tipo de estudio, ámbito de estudio, población y muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, descripción de técnicas e instrumentos, procesamiento, análisis y aspectos éticos.

El Capítulo IV, presenta los resultados de la investigación en tablas con su respectiva interpretación y discusión.

Finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Las poblaciones de todo el mundo están envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial de 60 años y más, doblará sus cifras, del 11% al 22%. En 2050, las personas de 60 años o más representarán un 34% de la población de Europa, un 25% de América Latina y el Caribe y Asia, y aunque África tiene la estructura demográfica más joven entre todas las regiones principales, en términos absolutos el número de personas de 60 años y más aumentará de 46 millones en el 2015 a 147 millones en 2050¹.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que el 2015, la población adulta mayor, en el Perú ascendió a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Cerca del 40% de los hogares tienen al menos un familiar adulto mayor. Como lo asevera la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del año 2014, revela que el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad ².

En el departamento de Cajamarca, que se encuentra en el cuarto lugar con mayor índice de adultos mayores del país, la población de 65 años a más en el 2005 fue de 85,523 representando el 6.3% de la población total ³.

La Organización Mundial de la Salud define como la calidad de vida, la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores

en la cual vive con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones de la persona ⁴.

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades, disminuyen en general la capacidad intrínseca del individuo y por tanto su calidad de vida. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian indeterminadamente con la edad de una persona en años.

En el mundo, el tema de envejecimiento es uno de los más preocupantes de nuestro siglo. Como afirma Ann Pawliczk del fondo demográfico de Naciones Unidas, los ancianos van a constituir el cambio demográfico más significativo de la historia ya que Europa, América del Norte y Países del Sur, cuentan con más del 50% de su población en edad de 60 años a más y para el 2025 esta población aumentará hasta el 70%. Así mismo Asia, que tenía en 1985 el 48% de población anciana para el 2025 tendrá 58%. En el caso de Europa será de 20% y 12% en África⁵.

En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613 000 y, para el año 2025, habrá 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento está condicionado por los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y estilos de vida favorables ⁶.

Envejecer y jubilarse en nuestro país, habitualmente significa deterioro económico debido a que las pensiones son ínfimas, obligando a la dependencia económica familiar, que muchas veces no es prolongado, la afiliación del adulto mayor de 65 años a un sistema de pensiones en el año 2002 fue del 41.66% de éste el 97% pertenecen al Sistema Nacional de Pensiones (SNP) y el resto a un seguro privado de pensiones⁵. Y dependiendo del tipo de profesión u ocupación que ejercieron la escala es siempre insuficiente haciendo que el adulto mayor viva en la precariedad.

La calidad de vida de la persona mayor, está determinado por factores adversos, que casi siempre impiden su inserción en la sociedad. Según el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) los indicadores de calidad de vida en Perú se

encuentran dentro del promedio de América Latina; es decir, por debajo de los países desarrollados. En cuanto al índice de desarrollo humano, (que se mide en tres dimensiones básicas: esperanza de vida, nivel educacional e ingreso per cápita), el Perú es un país de desarrollo intermedio en el mundo, situándose en el 13avo lugar en el contexto latinoamericano y 82 a nivel mundial ⁷.

En el año 2006 se promulgó la Ley 28803, del Adulto Mayor Peruano, con un conjunto de directrices para la protección y cuidado de las personas mayores, que viven en nuestro territorio, atendiendo las políticas planteadas en las Asambleas sobre el Envejecimiento realizadas años antes. Así mismo cuenta desde el 16 de junio de 2013 con el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores (PLANPAM) 2013-2017, con cuatro lineamientos de política nacional: envejecimiento saludable, empleo, previsión y seguridad social, participación e integración social, educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez; con el fin de promover un envejecimiento activo y saludable. El que se fundamenta en la Ley N° 28803 del adulto mayor.

Además existe el Programa Nacional Vida Digna, a cargo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) fue creado en setiembre del año 2012, por decreto supremo N° 006-2012-MIMP. Dicho programa busca resolver el problema de cientos de personas de más de 60 años que habitan permanentemente en las calles y pernoctan en lugares públicos y privados; teniendo como meta atender en el 2016 a 1050 persona adultas mayores en situación de abandono. Sin embargo no se observan avances al respecto, en la mayoría de establecimientos de salud no se cuenta con el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor y en los que existen, se desarrollan actividades aisladas.

Otro problema visible en nuestro medio es la escases de profesionales especialistas en Gerontología y Geriatría; el Hospital Regional Docente de Cajamarca cuenta con solo un Geriatra para toda la población adscrita o no al SIS.

Reconocemos el esfuerzo de la Municipalidad Provincial de Cajamarca, por haber creado en algunos sectores las denominadas Asociaciones de Adulto Mayor.

Los adultos mayores, en nuestro país, no han sido mayormente considerados dentro de esas prioridades. Es indudable que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con solvencia económica. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría⁷.

La problemática descrita motivó la inquietud de investigar acerca de la calidad de vida de este grupo poblacional y tratar de responder la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Cajamarca 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los cambios demográficos en nuestra patria significarán un desafío en términos de atenciones de salud y pensiones para el año 2025 de las personas mayores de 60 años, la que se acentuará con fuerza en los próximos 40 años.

El envejecimiento de la población constituye hoy en día uno de los problemas sociales que mayor atención reclama. El adulto mayor sobrelleva cambios físicos, psicológicos y sociales, que muchas veces se convierten en patologías asociadas a dicho proceso y repercuten grandemente en su calidad de vida.

En nuestra localidad no se han encontrado estudios recientes sobre el tema, de ahí la importancia de realizar la presente investigación y hacer una aproximación de la calidad de vida de los adultos de la Asociación del Adulto Mayor La Tulpuna de Cajamarca, el mismo que servirá de referente para conocer la situación de poblaciones similares.

Será de utilidad para motivar futuras investigaciones sobre el tema en otros grupos de adultos mayores y recomendar mejoras en las políticas tanto de salud, como educativas y sociales, en favor de este grupo en su mayoría vulnerable.

La investigación es factible por contar con los medios institucionales y logísticos así como los económicos personales para su desarrollo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Cajamarca 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Cajamarca, 2016.
2. Identificar y analizar la calidad de vida de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Cajamarca, en sus dimensiones físicas, psicológicas, ambientales y relaciones interpersonales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES

Cuevas M. (2004), investigó los factores que dan calidad de vida en la tercera edad, determinó que las variables que más impactan en la calidad de vida del adulto mayor son el nivel socioeconómico y la educación, demostrándose que a mayores niveles educacionales leen más, realizan más actividad física y tienen la percepción de autoeficacia y que a menor nivel educacional tienen sensación de que el mundo es más hostil hacia ellos, se sienten incomprendidos 74%; más que los que llegaron a la universidad 52%. Asimismo, en lo que la gran mayoría de los adultos mayores coinciden es que la familia es un pilar fundamental de la calidad de vida, Concluyendo que es importante influir sobre el significado atribuido a la vejez, la percepción de autoeficacia y de salud de los adultos mayores, a través de la capacitación, pero también de la educación de los niños ya desde la edad escolar ⁸.

Hechavarría R. y Cols. (2006), publicó el artículo sobre calidad de vida en el adulto mayor. Reveló que del total de pacientes: 64,6% corresponde al género femenino y 35,4% al masculino; la edad que más incidió fue entre los 60 – 74 años, 62,3%. La mala calidad de vida representó 77,7% y teniendo buena calidad de vida solo 22,3%. Concluyendo que en los adultos mayores prima la mala calidad de vida⁹.

Adriana A. (2006), realizó una investigación acerca de la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en ancianos de ciudad México, integrantes del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) de esta ciudad. Los resultados muestran que el 63,9% padece alguna enfermedad, principalmente crónico-degenerativa (53,9%). La calidad de vida fue

significativamente diferente para los enfermos vs no enfermos ($t=-4,38$, g.l. = 184, $p<0,000$). Concluyendo que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar la enfermedad que pueden padecer los adultos mayores ¹⁰.

Quintanar A. (2010), estudio la calidad de vida de los adultos mayores del municipio de Telepongo, Hidalgo; a través del instrumento WHOQOL-BREF. En esta investigación se describieron algunas características de las representaciones sociales de la calidad de vida: económicas, familias, sociodemográficas, de seguridad social y de condiciones de salud física y emocional de la población adulta mayor, con el objetivo de orientar la implementación de programas de promoción de la salud, prevención, atención y socialización del adulto mayor, para medir la representación social que tienen sobre su calidad de vida se aplicó el instrumento de evaluación de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF. La estrategia de muestreo utilizada para la selección de los sujetos fue de tipo probabilística. Concluyendo que, los adultos mayores tienen estilos de vida no saludable; así como también en los dominios de relaciones sociales y aspectos afectivos, ya que manifiestan falta de comunicación, autoestima baja y un sistema de valores pernicioso ¹¹.

Flores M y cols. (2010), en su investigación “Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares”, encontró que 60.1% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como buena, 43.5% se sentían satisfechos y 13.2% insatisfechos con la vivienda. Los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias 22.3%, la salud mental se identificó que el 66.3% mantenían una salud mental estable y sólo el 33.3% presentaban una salud metal alterada. Concluyendo que la edad, el género y las condiciones de la vivienda, determinaban considerablemente la calidad de vida y salud en el adulto mayor ¹².

Ordoñez L. (2011), Indagó sobre la auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural y pertenecientes a la provincia de pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar, prevalece la funcionalidad familiar moderada en un 94% y solo el 6% con disfuncionalidad moderada en zona rural relacionada con la calidad de vida. La autovaloración de calidad de vida de los

adultos mayores fue mala en un 56% en estado de salud física y en el mental representa un 52 %, concluyendo que, los adultos mayores se auto valoraron con buena calidad de vida en el área urbana y mientras que en zona rural con mala calidad, además la disfuncionalidad de las familias del adulto mayor presenta asociación con una percepción negativa de la calidad de vida mayor ¹³.

Duran A. (2013), estudio la percepción de la calidad de vida en hogares para adultos mayores, determinó que el 80,6% de adultos mayores consideraban que su calidad de vida es buena o muy buena, 16,1% indicando que es normal, mientras que el 3,2% percibe que su calidad de vida es mala. En el ámbito de la salud, 71% percibe que está muy satisfecho con su salud, mientras que el 16,1% se siente en un umbral normal y un 12,9% manifiesta estar insatisfecho con su salud. Cuando se habla de dolor, el 51,6% indicaron que presenta poco o nada de dolor en su vida, el 35,5% manifiesta que tiene lo suficiente como para experimentar molestias físicas y un 12,9% presenta niveles de dolor que podrían interferir con su vida normal ¹⁴.

Corugedo M. y Cols. (2014), indagó sobre calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del Municipio Cruces, encontró que los adultos mayores 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 adultos mayores perciben baja calidad de vida, debido al predominio de mala calidad en las relaciones con sus familiares ¹⁵.

Morales R. (2015), estudió la calidad de vida del paciente adulto mayor asociada a su ámbito físico, psicológico, relaciones sociales y su entorno ambiental. Utilizó el test WHOQOL-BREF, determinando como satisfactorios para una adecuada calidad de vida los dominios físicos 50%, entorno ambiental 50% y psicológico 45%; en tanto el dominio de relaciones sociales indicó solamente 35%, considerándose no satisfactorio. La calidad de vida del adulto mayor, es satisfactoria, debido a que 3 de los 4 dominios estudiados resultaron ser adecuados (dominios físico, psicológico y entorno ambiental). El dominio social fue el menos satisfactorio; en cuanto a la percepción del adulto mayor a cómo es su vida actual, el 42% consideró normal,

buena o muy buena y un 75% consideró como normal, bastante satisfactorio o muy satisfactorio su estado de salud actual, concluyendo que la calidad de vida del adulto es satisfactoria, debido a que 3 de los 4 dominios estudiados fueron adecuados¹⁶.

2.1.2 NACIONALES

Vera M. (2007), investigó sobre el significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, determinó que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfacción como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Concluyendo que para la familia, es necesario que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene, y vivienda ¹⁷.

Coronado J. y cols. (2009), estudió la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la Ciudad de Chiclayo. Determinaron que existe un marcado vínculo, ya que los estratos inferiores de calidad de vida (“muy baja”) el mayor porcentaje de los ancianos (13,1% y 33-1% respectivamente) no tenían pareja, mientras que en los estratos más elevados de vida (“medio” y “alto”) el mayor porcentaje (16,9% y 6,9 % respectivamente) tenían su compañía marital. Por lo que concluyeron, que la relación de pareja es un factor importante en la autoevaluación del nivel de vida ¹⁸.

Córdova N. (2012), en su investigación sobre la calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, surgiendo dos categorías denominadas: 1) la familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor; 2) el estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor. En la primera es la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares las que generan procesos de comunicación afectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida. La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionado por las modificaciones en su funcionalidad física y emocional.

Concluyeron que la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga ¹⁹.

Manrique B. (2014), estudió la calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adultos mayores. A través del cuestionario de salud SF-36 y la escala de esperanza de Herth, en una muestra de 48 personas cuyas edades oscilan entre los 65 a 85 años. Los resultados indicaron que existe una mayor calidad de vida relacionada con la salud en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Concluyendo que existen relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente con el componente mental ²⁰.

García J. (2016), realizó una investigación sobre calidad de vida del adulto mayor de la casa. Los resultados mostraron que, del total de los adultos mayores 46% presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% presentan una calidad de vida buena. Se determinó que en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Concluyendo que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo ²¹.

Pablo JP. (2016), investigó la calidad de vida del adulto mayor de la casa polifuncional Palmas Reales, encontrando que del total de adultos mayores 46% presentaban una calidad de vida baja o mala, 41.3% con calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% tenían una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que en la dimensión salud física, 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la dimensión de salud psicológica 48% tenían calidad de vida media o regular, respecto a la dimensión de relaciones sociales 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la dimensión

medio ambiente 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Concluyendo que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su calidad de vida como bajo o malo ²².

2.1.3 LOCALES

Quiliche N. y Rodríguez L. (2007), en su estudio que título: Calidad de vida y grado de depresión del Adulto Mayor, determinaron que el mayor porcentaje de adultos mayores corresponden al sexo femenino 86,4%; entre 60 a 69 años de edad, 63%; con nivel de instrucción superior, 45,7%, casados, 56,8%; residentes en zona urbana, 95,1%; con buena calidad de vida, 87,7% ²³.

Huamán A. (2009), revela que la calidad de vida del adulto mayor es mala, acentuándose la percepción de más mala calidad en el área física que en la mental más relacionándose estrechamente con: tener más de 70 años, ser mujer, no tener ningún grado de instrucción, residir en la zona rural o urbano marginal, ser soltero o viudos, no tener ingresos económicos y tener alguna patología crónica limitante ²⁴.

Alcántara D. y Ruiz T. (2012), mediante la tesis titulada: Calidad de Vida del Adulto Mayor con accidente cerebro vascular y factores sociodemográficos y patológicos, determinaron que la información obtenida de 30 pacientes mediante la Escala SF-36 permitió valorar su calidad de vida en sus diferentes dimensiones y se expresaron cuantitativamente a través de puntajes agregados. Calificando así un puntaje menor a 50 puntos para una calidad de vida baja y mayor o igual a 50 puntos para una calidad de vida alta. Los resultados revelaron que: el mayor porcentaje de adultos mayores con ACV corresponden al sexo femenino 53.3%; 80 a más años de edad, 43.3%; nivel de instrucción primaria o ninguna, 90.0%, casados, 46,7% residentes en zona urbana, 66.7%; remuneración mensual menor de 100 o ninguna, 63.3%; predominó la patología cardiovascular, 80.0%; y baja calidad de vida, 96.7%. Concluyendo que existe una relación significativa entre la calidad de vida con algunos factores sociodemográficos y patológicos determina a través del valor P 0.002 y 0.041 <0.05 correspondiente ²⁵.

2.2 FUNDAMENTOS TEORICOS

A. Adulto Mayor

Se define al adulto mayor como la persona adulta en plenitud de su tercera edad; personas adultas mayores y ancianos son vocablos que se refieren a lo mismo, aunque el término ha evolucionado para dignificar a los ancianos superando referencias estigmatizadas y excluyentes, por lo que se considera adulto mayor a toda persona de 60 años o más de cualquier sexo, raza religión, color, posición económica y social. Se considera que los adultos mayores se encuentran entre los grupos vulnerables de la sociedad, lo que difiere es el momento histórico político en que se han nombrado como viejos, ancianos, personas de edad avanzada, personas mayores o adultos mayores ²⁶.

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando ²⁷.

Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad. Ahora bien, cabe destacarse, que sin lugar a dudas las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajase y acompañando a esto se prolongase la cantidad de años, a 70, para clasificar a este grupo poblacional ²⁸.

Clasificación del Adulto Mayor

La población mayor de 65 años: no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes. Consecuentemente hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores, las siguientes son las definiciones que de manera aproximada tienen consenso en el ámbito médico ²⁹.

1. **Adulto mayor sano:** Es una persona de edad avanzada sin enfermedades objetivables, es decir, que no se puede medicalizar. Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.
2. **Adulto mayor enfermo:** En medicina se llama así al adulto mayor sano que presenta una enfermedad aguda. Es decir, su perfil es similar al de cualquier adulto que presenta una enfermedad y que acude a una consulta o tiene un ingreso a un hospital por un proceso único. No tiene demencias ni conflictos sociales que generen riesgo a su salud. Sus problemas de salud pueden ser atendidos con el servicio convencional y con la especialidad médica pertinente.
3. **Adulto mayor frágil:** Conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo. Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo conducir un coche por un periodo prologado) puede necesitar ayuda. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad. Tiene alto riesgo de generar síndromes geriátricos.
4. **Paciente geriátrico:** Persona de edad avanzada con una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental. En este tipo de paciente hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria. La práctica geriátrica abarca la atención de los adultos mayores en un sentido amplio pero es claro que los dos últimos perfiles son los que constituyen su población de atención principal, básicamente porque los mayores frágiles y pacientes geriátricos son los que más necesidad tienen de la atención especializada en geriatría²⁹.

Por lo general las personas adultas mayores tienen algunas limitaciones que de alguna manera condicionan su calidad de vida, como el padecimiento de enfermedades propias o asociadas al proceso de envejecimiento: artrosis, diabetes, cataratas, párkinson, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y neurológicas (el alzhéimer, demencia senil), que menoscaban su actividad física y por tanto su autocuidado. Otro problema crucial es aislamiento social y la escasa o nula oportunidad de trabajo, asimismo el deficiente acceso a parques de diversión para su edad donde puedan realizar actividades físicas y sociales³⁰.

B. Características sociales y demográficos

Es importante conocer que según el último Perfil Sociodemográfico del departamento de Cajamarca realizado a través del censo 2007 se evidencia que la población masculina del departamento de Cajamarca representa el 49,9% y la población femenina el 50,1%, ha incrementado la proporción de personas de 15 a 64 años al 58,6%; y finalmente la proporción de la población de 65 y más años de edad también aumentó al 6,4% ³.

La descripción de las características sociales y demográficas, permite conocer la distribución y progresión real del estado de salud y enfermedad, esta distribución de condiciones de salud y enfermedad se encuentra íntimamente ligada a las características propias de la persona ³¹.

- **Edad:** Es el tiempo de existencia transcurrido desde el nacimiento de un individuo, es uno de los factores de mayor importancia en la aparición de enfermedades, pues las cambiantes influencias biológicas, o de comportamiento, modifican los tipos de enfermedad a los cuales están expuestas las personas ³¹.
- **Sexo:** Representa una tasa poblacional importante, las enfermedades son diferentes entre los sexos, una primera razón es de base biológica, pero existen otras relacionadas con los factores ambientales ³².

- **Ocupación:** Es uno de los índices básicos que sirven para determinar la posición social y económica del individuo. Las condiciones generales bajo las cuales trabaja una persona, por ejemplo la cantidad de ejercicio físico, tensión mental o alteración de la rutina relacionada con una clase determinada de labor, puede desempeñar un papel decisivo en la aparición de enfermedades³¹.
- **Estado civil:** Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, la clasificación de estados civiles más habitual es la siguiente: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, conviviente, separado/a³².

C. Calidad de Vida

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, lo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"³³.

Según García, citado por Castañeda, refiere que el concepto calidad de vida se asocia globalmente con las condiciones materiales en que se desenvuelve la existencia de los individuos y más en concreto, con la experiencia personal que resulta de dichas condiciones, y esto nos conduce a desglosar los dos términos que comprenden el concepto: calidad de vida y vida. Este autor

refiere que, “el sustantivo “calidad” hace referencia a la naturaleza más o menos satisfactoria de una cosa o, si prefiere, a aquellas propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”; esta información permite deducir, que se trata básicamente de las condiciones en las cuales se desenvuelve la existencia de cada quien, comparadas con las de cualquier otro humano. La expresión calidad de vida ha sido interpretada casi siempre con una visión antropocéntrica. Así Castañeda sostiene que el termino vida se refiere a la vida humana, “se asimila “vida” a “actividad”, como la forma más específicamente humana de relacionarse con el mundo”³⁴.

La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida³⁵.

Dimensión física

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados. Los cambios más significativos a nivel sensorial en los ancianos, son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Sobre todo se da la pérdida de agudeza, lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo lo que dificulta su interrelación con otras personas. Las inseguridades y el miedo a salir de su propia casa aumentan por el deterioro de los sentidos vestibulares, que causan la

descoordinación psicomotriz con tiempos de reacción más lentos, la sensación de no poder dominar su cuerpo en un ambiente extraño ³⁶.

Dimensión Psicológica

Hace referencia con la salud mental (psiquis), en la cual se debe considerar el estado cognitivo y el afectivo del individuo. En esta dimensión, se pueden detectar cambios mentales asociados al envejecimiento, aparecimiento de estados de alteración de la memoria, afecciones afectivas. Se deben considerar patologías comunes como: depresión, ansiedad, Alzheimer, demencia senil. Estas patologías afectan directamente el bienestar del individuo ³⁷.

Dimensión de relaciones interpersonales

El adulto mayor posee un valor social indiscutible dada la sabiduría acumulada, por lo que no amerita ser excluido de los ámbitos cotidianos y productivos de la sociedad y de los servicios esenciales, sobre todo si se toma en cuenta la tendencia de la población mundial, que paulatinamente va incidiendo en cada país, por ser un factor importante en el complemento de la educación social y constituye elemento importante en la reproducción cultural y social de la familia y comunidad ³⁷.

Dimensión ambiental

Según Granda Fuster (1997), citada por Morales, la familia continúa siendo la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población adulta mayor. Por otra parte en la tercera edad se produce un marcado cambio en la importancia que cobran las amistades como fuente de apoyo emocional. Estas relaciones proporcionan intimidad emocional y compañía. La persona mayor con frecuencia se dirige a sus amistades cuando se encuentra preocupada o sola, también proporciona apoyo emocional, consejo y frecuentemente actúa como confidente de la persona mayor ³⁷.

a. Calidad de vida del Adulto Mayor

‘Calidad de vida del adulto mayor’, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”³⁸.

Según Fernández y Yániz (2002). Refiere que la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos. Asimismo señalan que en la calidad de vida durante la vejez intervienen diferentes aspectos, entre ellos los siguientes³⁹.

- 1. Características de los ancianos:** a) personalidad afectiva, depresión, ansiedad y hostilidad; b) funciones cognitivas, memoria, orientación, percepción, capacidad de aprendizaje, habilidades psicomotoras, atención, juicio e inteligencia; c) relaciones familiares y sociales, estructura familiar, patrón de relación con familia y amigos, competencia personal y bienestar, y adaptación ambiental.
- 2. Relaciones humanas:** relaciones que se desarrollan entre el anciano y el entorno social que permiten un apoyo instrumental y afectivo a) pareja,

estado civil, relación y satisfacción: b) familia, hijos, cosas en común, responsabilidad con respecto a los miembros y parientes; c) amigos, organizaciones a las que pertenece, tiempo que le dedica a los amigos y ocupación del tiempo libre. Entorno físico: a) necesidades físicas externas, confort físico y arquitectónico, accesibilidad, diseño, características de seguridad y orientación; b) necesidades físicas internas, intimidad o espacio de soledad para la intimidad de la pareja, comunicación o espacio para la interacción social, independencia, expresividad y control o posibilidad de modificar su entorno.

Quintero y González (1997), la calidad de vida del adulto mayor debe ser ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario, ésta última se convertirá sólo en un incremento de la esperanza de la incapacidad, la cual indiscutiblemente se observa más en edades avanzadas. La calidad de vida en los adultos mayores de acuerdo a este autor, debe centrarse en los siguientes aspectos: Estado de salud de la población anciana, determinar factores de riesgo, predecir discapacidades e incapacidades de este grupo de población, seguridad económica y material, protección social y familiar, participación y reconocimiento social, satisfacción, bienestar, mantener intereses ⁴⁰.

Para Velasco y Sinibaldi (2001), el adulto mayor debe tener una mejor atención en sus necesidades integrales ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna; pero ello no es tarea fácil, ya que el envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social, emocional y afectivo que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo. Para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad ⁴¹.

En este mismo sentido, Lazarus (1998), menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control. Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los adultos mayores, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la fragilidad física que aumenta en este periodo de la vida ⁴².

D. Cambios físicos en el Adulto Mayor

- **Sistema Nervioso Central:** El adulto mayor presenta cambios a nivel cerebral y medular, como atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años), disminución de los procesos dendríticos, reducción de la sustancia blanca, disminución de la velocidad de conducción y aumento del tiempo de respuesta reflejo; estos cambios generan en algunos ancianos disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto, puede observarse en algunos casos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje. También, puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte anti gravitacional y el balance. Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas ⁴³.
- **Sistema Nervioso Autónomo:** En el adulto mayor se observa disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina,

norepinefrina y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post sinápticos. Llevando a la disminución de la sensibilidad de los baro receptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural, deterioro de la regulación de la temperatura corporal, disminución de la motilidad intestinal lo que puede producir constipación; además, puede presentarse trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, conduciendo a problemas como incontinencia urinaria ⁴³.

- **Sistema Locomotor:** El adulto mayor muestra atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por denervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular), produciendo osteoporosis, cambios degenerativos en ligamentos, tejidos peri articulares y cartílago, engrosamiento sinovial, opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación. Estos cambios conllevan a la pérdida de masa muscular, predisposición a calambres musculares y desarrollo de hernias tanto intra como extra abdominales, teniendo debilidad muscular, limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal, cifosis, disminución de la estatura, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez articular y predisposición al dolor, disminución en la confianza y seguridad para la actividad, limitando la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual ⁴³.
- **Sentido de la visión:** Presenta fisiología alterada del vítreo y retina, degeneración macular, trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino; lo que ocasiona la disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad, trastorno en la acomodación y reflejos pupilares, alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía ⁴⁴.

- **Audición y equilibrio:** Se presenta una alteración en la función de células sensoriales en el aparato vestibular, provocando disminución de la audición y alteraciones del equilibrio ⁴⁴.
- **Olfato y Gusto:** Descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias y disminución en la producción de saliva ⁴⁴.
- **Sistema Gastrointestinal:** En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado, la pérdida de piezas dentales que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para lo cual es importante una buena masticación, disminución de los movimientos esofágicos, cuya función es facilitar la deglución, reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión, atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor, disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto estreñimiento ⁴⁵.
- **Sistema Respiratorio:** Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios), todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce un 10% y 15%, en la aparición de una enfermedad respiratoria, siendo el enfisema muy común en personas de edad avanzada ⁴⁵.
- **Sistema Cardiovascular:** En el corazón; hay un aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre; las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos

flexibles, es decir, conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general ⁴⁵.

- **Sistema Génito-Urinario:** El aparato genito-urinario de la mujer sufre una atrofia de la mucosa uretral y vaginal (discomfort e infecciones urinarias), una atrofia, hiperplasia o ulceración vulvar (prurito, sequedad, dolor) y una relajación del piso pélvico (cistocele, rectocele, prolapso uterino, incontinencia urinaria), mientras que en el hombre se agranda la próstata (obstrucción e infección urinaria) y hay una menor secreción de fluidos, así como de espermatozoides ⁴⁶.

- **Sistema Endocrino:** Existe una disminución de la función testicular y ovárica con el deterioro de las hormonas sexuales como la testosterona (disminución del libido sexual) y de los estrógenos (climaterio y menopausia), con elevación de las hormonas hipofisarias estimulantes, una disminución de la absorción y activación de la vitamina D (osteopenia), una disminución de la homeostasis de la glicemia (hiperglucemia), una disminución de la producción de tiroxina, un aumento de la hormona antidiurética, una disminución de la hormona de crecimiento (disminución de la masa muscular), una disminución de la renina y de la aldosterona (hiponatremia/hiperkalemia). También se produce una alteración de la función neuroendocrina, con disminución de la producción de neurotransmisores, como la dopamina, la norepinefrina y de los opioides. Todos estos cambios traen como consecuencia la disminución del estímulo de la secreción hipofisaria, una respuesta alterada al estrés, una mayor prevalencia de diabetes, osteopenia, disfunción sexual ⁴⁶.

- **Piel:** Se da de forma general una pérdida de elasticidad y una pérdida de agua intracelular. A esto se le puede sumar un adelgazamiento de la piel, una disminución en la producción de ácido hialurónico que, una menor vascularización y una dificultad en la producción de colágeno. Estos cambios fisiológicos originan alteraciones morfológicas como la aparición de arrugas, la flacidez y la sequedad ⁴⁷.

La importancia del porque tomar como base y centrarnos en mencionar las características y cambios del adulto mayor radica en que son referentes o parámetros de medición de estudio para poder medir la calidad de vida del adulto mayor.

2.3 VARIABLES DE ESTUDIO

2.3.1 Variable principal: Calidad de vida del adulto mayor.

2.3.2 Variable interviniente: Características sociodemográficas de los adultos mayores.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIONES	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de vida del Adulto Mayor	Calidad de vida está influido de modo complejo por la salud física, psicológica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales de la persona así como su relación con su entorno ³⁶ . La calidad de vida del adulto mayor se medirá a través Cuestionario WHOQOL-BREF, el cual será aplicado por la tesista.	Cualitativa	Sentimientos referentes a Calidad de vida: 1 pregunta	Muy mala	1	intervalo
				Mala	2	
				Regular/normal	3	
				Buena	4	
				Muy buena	5	
		Cualitativa	Satisfacción con su salud: 1 pregunta	Muy insatisfecha	1	intervalo
				Un poco insatisfecha	2	
				Normal	3	
				Bastante satisfecha	4	
				Muy satisfecha	5	
		Cualitativa	Física Psicológica Relaciones sociales Ambientales: 24 preguntas	Nada	1	intervalo
				Un poco	2	
				Normal	3	
				Bastante	4	
				Extremadamente	5	
Características Socio demográficos	Permite conocer la distribución y progresión real del estado de salud y enfermedad. Reportada por el adulto mayor	Cuantitativa		Edad	60 – 69 años 70 – 79 años 80 años a más	continua
				Sexo	0. Masculino 1. Femenino	
				Nivel Educativo	0. Iltrado 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior	Ordinal
				Estado civil	0. Soltero 1. Casado 2. Conviviente 3. Separado 4. Viudo	Continua

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, y observacional.

Descriptivo porque se relata los fenómenos o hechos en relación a la investigación, sin explicar las relaciones que se identifiquen entre los diferentes factores.

Observacional porque recibe la información, de forma directa de los involucrados, sobre aspectos importantes que miden su calidad de vida.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El programa de Adulto Mayor La Tulpuna se encuentra ubicado en el sector 21-Shucapampa del distrito de Cajamarca, fue inaugurada el 12 de abril del 2011, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, dicho programa en la actualidad cuenta con 80 integrantes entre hombres y mujeres quienes están a cargo de la coordinadora la Sra. María Marcelina Celada Sangay, a la vez cuenta con dos profesionales un obstetra y un ingeniero quienes están pendiente de las actividades realizadas en el programa, el Programa Adulto Mayor es financiado por la Municipalidad Distrital de Cajamarca.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población: Constituida por 80 adultos mayores de la “Asociación Adulto Mayor La Tulpuna de la ciudad de Cajamarca. Entre los cuales están incluidos adultos mayores independientes y dependientes (postrados en cama).

3.3.2 Muestra: Constituida por los integrantes de la “Asociación Adulto Mayor La Tulpuna de la ciudad de Cajamarca que asistían permanentemente a esta Asociación, es decir 50 adultos mayores.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor la Tulpuna de la localidad de Cajamarca.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1 Criterios de Inclusión

- Adulto mayor que pertenece a la “Asociación Adulto Mayor La Tulpuna de la ciudad de Cajamarca.
- Adultos que se movilicen solos o con ayuda.
- Adultos lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona, con tratamientos simples, que les permita expresarse verbalmente.
- Adultos que deseen participar en la investigación voluntariamente.

3.5.2 Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con grado de dependencia III.
- Adultos mayores con alguna anomalía perceptual que le impida contestar el cuestionario.
- Adultos que no deseen participar en la investigación

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Se empleó como técnicas la observación directa y la entrevista para aplicar el cuestionario WHOQOL-BREF a los participantes. La observación directa permitió el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones empíricas válidas para el estudio

Instrumentos: se aplicó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, versión de 26 preguntas

3.7 DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El WHOQOL-BREF brinda una visión de calidad de vida del adulto mayor, con puntajes de cuatro dominios. Existen dos ítems que se examinan de forma separada: el ítem número 1 pregunta por la percepción individual de su calidad de vida, y el ítem número 2 pregunta acerca de la percepción individual de su salud. La separación en cuatro dominios separa 4 grupos de percepción individual de calidad de vida relacionado con ese dominio. El puntaje en cada ítem se expone en dirección positiva (es decir mayor puntaje equivale a mayor calidad de vida). El puntaje de cada ítem se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio. Los resultados se multiplican por 4 para equipararlos a la interpretación que se realiza con el WHOQOL-100²⁹.

El centro WHOQOL de Barcelona, España, autorizó y facilitó el instrumento. El WHOQOL BREF con 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información se recopiló de forma computarizada, se digitó una base de datos, diseñada en el programa Microsoft Excel versión 2013; se procesó utilizando el Software Estadístico SPS versión 22, cuyos resultados se presentan en tablas aplicándose estadígrafos descriptivos como frecuencias y porcentajes.

Los resultados se presentan en tablas estadísticas simples de esta manera nos permite valorar la calidad de vida del adulto mayor de la Asociación La Tulpuna.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La información se manejó en forma confidencial, única y exclusivamente con fines de estudio la misma no ocasionará ningún perjuicio a los participantes, sin embargo al abordar al entrevistada/o se le proporcionó toda la información al respecto y se le solicitó el consentimiento informado teniendo en cuenta el principio de autonomía (Anexo N° 2).

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Características socio demográficas del adulto mayor de la Asociación La Tulpuna, 2016.

Características sociales y demográficas	N°	%
Edad		
60 a 69 años	17	34.0
70 a 79 años	22	44.0
80 a 89	10	20.0
90 a más años	1	2.0
Sexo		
Masculino	19	38.0
Femenino	31	62.0
Estado civil		
Soltero	3	6.0
Casado	15	30.0
Conviviente	6	12.0
Separado	1	2.0
Viudo	25	50.00
Nivel educativo		
Iletrado	37	74.0
Primaria	11	22.0
Secundaria	2	4.0
Superior	0	0.0
Total	50	100.0

FUENTE: Cuestionario características socio demográficas del adulto mayor de la Asociación

La Tulpuna - aplicado por la autora - 2016.

Según las características sociodemográficas se observa que los integrantes de la Asociación Adulto Mayor la Tulpuna, encontrándose 78% entre 60 a 79 años de edad, 62 % de sexo femenino, 50% viudos, 74% iletrados.

INEI (2015), la población adulta mayor, en el Perú ascendió a 3 millones 11 mil 50 personas, que representan el 9,7% de la población; de este total, el 53,3% son mujeres y 46,6% son hombres, coincidiendo con nuestros datos; así como los resultados de Hechavarría R. y cols (2006), 64,6% correspondía al género femenino y 35,4% al masculino. El sexo constituye una tasa poblacional importante, porque define a hombre y mujer en tareas, roles y estilos de vida diferentes, además están estrechamente relacionadas con los factores ambientales, características fisiológicas y patrones culturales que determinan su calidad de vida ^{2, 9, 32}.

Los datos del Censo sociodemográfico de Cajamarca(2007) guardan relación con nuestro estudio, puesto que, la proporción de la población de 65 y más años de edad aumentó a 6,4%, ubicando a Cajamarca en el cuarto lugar con mayor índice de adultos mayores del país. Además es notable que el envejecimiento genera un deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado y los adultos mayores se ven limitados en realizar algunos trabajos, como actividades que requieran esfuerzo físico o demanden de muchas horas de trabajo y que por necesidad económica se ven obligados a realizar alguno de estos, teniendo repercusión en su estado de salud ^{3, 5}.

El hecho que en el estudio la mayoría sean viudos o separados determina la calidad de vida de estas personas, ya que la falta del compañero (a) puede conducirlos a la soledad, depresión, desánimo y pérdida del deseo de vivir. Por ello Cuevas M. (2004), reporta en su estudio que la gran mayoría de los adultos mayores coinciden que la familia es un pilar fundamental de la calidad de vida, además Coronado J. (2009) indica que la relación de pareja es un factor importante en la autoevaluación del nivel de vida y que el mayor porcentaje de ancianos (33,1%) no tienen pareja, concordando con nuestros resultados ^{8, 18}.

En nivel de escolaridad, se pueden ver reflejados en la calidad de vida, ya que las personas con más grado de instrucción puede comprender mejor su salud, aprender a prevenir enfermedades o tratar mejor la enfermedad que puede padecer, en cambio los que tienen bajo nivel de escolaridad se ven limitados en su autocuidado por el desconocimiento de medidas de prevención.

Para Córdova NH, (2012), la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares generan procesos de comunicación afectiva o inefectiva, satisfactoria o no; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria o insatisfactoria de su calidad de vida ¹⁹.

Cuevas M. (2004) encontró que a mayores niveles educacionales las personas leen más, realizan más actividad física y tienen la percepción de autoeficacia y que a menor nivel educacional tienen sensación de que el mundo es más hostil hacia ellos, se sienten incomprendidos ⁸.

Al momento de realizar la recolección de datos a través de la técnica de observación directa se evidenció que la mayoría de los adultos mayores no tenía relación su edad cronológica con su edad biológica evidenciado por sus características físicas. Mediante los resultados se puede indicar, que la edad de los adultos mayores de la asociación la Tulpuna, está comprendida entre los 60 a 79 años de edad, lo que se considera que están en una etapa de vida en la cual pueden satisfacer sus necesidades por ellos mismos sin dejar de lado la vigilancia de los familiares para evitar posibles riesgos de caídas los que pueden conllevar a mayores complicaciones e incluso a la dependencia total; considerando que los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se los considera como individuos vulnerables.

Referente al sexo las mujeres adultas mayores por sus estilos de vida y el cuidado que tienen con su salud, la esperanza de vida es mayor que la del varón, la cual le permite enfrentar con mejor temperamento esta etapa de la vida ya que tiene mayor fortaleza para poder ayudar al hombre a sobrellevar esta nueva etapa que está influenciada por diversos factores biológicos y del entorno.

Las estadísticas son muy claras la mayoría de adultos mayores son viudos estado civil que los vuelve vulnerables para enfrentar las condiciones básicas de la vida como son: pérdidas de facultades físicas, psíquicas, económicas y afectivas que lo conducen a disminuir su calidad de vida, ya que solos tienen que enfrentar la tensión emocional y de soledad que significa vivir solo muchas veces alejado de los hijos y de la familia.

Tabla 2. Calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación La Tulpuna, Cajamarca, 2016.

Calidad de vida	N°	%
Mala	9	18.0
Regular	34	68.0
Buena	7	14.0
Total	50	100.0

FUENTE: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado por la autora - 2016.

En esta tabla, se obtuvo como resultado 68% tiene regular calidad de vida, un 14% tienen buena calidad de vida; estos resultados coinciden con el estudio de Corugedo (2014) un 82% de los adultos mayores perciben una regular calidad de vida. Por lo contrario estos datos difieren con el estudio encontrado de Hechavarría (2006) 77,7% tienen mala calidad de vida, asimismo en un estudio nacional de García JP. (2016) el 46 % de los adultos mayores presentan una calidad de vida baja o mala es decir en su mayoría, y solo un 12,7% presentan una calidad de vida buena muy parecido a los resultados de esta investigación. Pero no es una realidad lejana para nuestro ámbito local debido a que en el estudio de Huamán A. (2009) también reveló que la calidad de vida del adulto mayor cajamarquino es mala en el 71 %^{15, 9, 21, 24}.

Según Velandia (1994) la Calidad de vida del adulto mayor', es "la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez"³⁸.

Según Fernández y Yániz (2002). Refiere que la calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud,

determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos.³⁹.

Es por ello que para mantener un buen nivel de bienestar, la persona adulta mayor necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad, y en cuanto al Gobierno Peruano debería de aportar presupuestos descentralizados y trabajar a través de los lineamientos de Salud para mejorar las estrategias de intervención y mejorar ampliamente la calidad de vida en este grupo vulnerable de la sociedad.

Tabla 3. Dimensiones de la calidad de vida de los adultos Mayores de la Asociación La Tulpuna.

Dimensiones	N°	%
Físicas		
Regular	41	82.0
Buena	9	18.0
Psicológica		
Regular	46	92.0
Buena	4	8.0
Relaciones interpersonales		
Mala	18	36.0
Regular	29	58.0
Buena	3	6.0
Ambiental		
Mala	1	2.0
Regular	48	96.0
Buena	1	2.0
TOTAL	50	100.0

FUENTE: Cuestionario WHOQOL-BREF aplicado por la autora - 2016

En esta tabla se muestra las dimensiones de la calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación La Tulpuna, apreciándose en la dimensión física, el 82% de adultos mayores tenían regular calidad de vida y un 18% tenía buena calidad de vida, estos datos coinciden con los de García JP (2016) quien encontró que en la dimensión salud física 64.7% de adultos mayores presentaban una calidad de vida media o regular²¹. El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados. Los cambios más significativos a nivel sensorial en los ancianos, son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Sobre todo se da la pérdida de agudeza, lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo lo que dificulta su interrelación con otras personas. Las inseguridades y el miedo a salir de su propia casa aumentan por el deterioro de los sentidos

vestibulares, que causan la descoordinación psicomotriz con tiempos de reacción más lentos, la sensación de no poder dominar su cuerpo en un ambiente extraño ³⁶. Respecto a la dimensión psicológica donde hace referencia con la salud mental (psiquis), en la cual se debe considerar el estado cognitivo y el afectivo del individuo, donde el 92% de los integrantes de la Asociación La Tulpuna tenían regular calidad de vida, el 8% de ellos tenían buena calidad de vida, datos que son similares al estudio de García P. (2016) en donde la dimensión de salud psicológica el 48% presentaba una calidad de vida media o regular, Quintanar A. (2010) refiere que presentan falta de comunicación, autoestima baja y un sistema de valores pernicioso ^{11,21}. En esta dimensión, se pueden detectar cambios mentales asociados al envejecimiento, aparecimiento de estados de alteración de la memoria, afecciones afectivas. Se deben considerar patologías comunes como: depresión, ansiedad, Alzheimer, demencia senil, estas patologías afectan directamente el bienestar del individuo ³⁷.

Referente a la dimensión de relaciones interpersonales, el 58% de adultos mayores presentaban regular calidad de vida, un 6% presentó buena calidad de vida. Estos resultados coinciden con García P. (2016) reportó 52.7% de adultos mayores tenían calidad de vida media o regular ¹⁶. Para Coronado J. y Cols. (2009) concluye, que la relación de pareja es un factor importante en la autoevaluación del nivel de vida ^{21, 18}. Puesto que el adulto mayor posee un valor social indiscutible dada la sabiduría acumulada, por lo que no amerita ser excluido de los ámbitos cotidianos y productivos de la sociedad y de los servicios esenciales, sobre todo si se toma en cuenta la tendencia de la población mundial, que paulatinamente va incidiendo en cada país, por ser un factor importante en el complemento de la educación social y constituye elemento importante en la reproducción cultural y social de la familia y comunidad ³⁷.

En relación a la dimensión ambiental, 96% de los adultos mayores tenían regular calidad de vida, 2% mala calidad de vida; estos resultados difieren con García JP. (2016) en esta dimensión indicó que 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala ²¹. Según Granda Fuster (1997), citada por Morales, la familia continúa siendo la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población adulta mayor. Por otra

parte en la tercera edad se produce un marcado cambio en la importancia que cobran las amistades como fuente de apoyo emocional. Estas relaciones proporcionan intimidad emocional y compañía. La persona mayor con frecuencia se dirige a sus amistades cuando se encuentra preocupada o sola, también proporciona apoyo emocional, consejo y frecuentemente actúa como confidente de la persona mayor ³⁷.

El adulto mayor tiene deficiencia al realizar actividades de la vida diaria (cocinar, barrer, salir de casa, alzar objetos pesados, etc.), en muchos de los casos esta dimensión es afectada por la presencia de enfermedades, llevándolos a la depresión, con autoestima baja, haciéndolos inseguros de realizar nuevas actividades. Por lo tanto su actividad sexual está seriamente afectada y en su mayoría viven solos entonces sus relaciones interpersonales son reducidas y en cuanto al apoyo social es deficiente, el no contar con recursos económicos y que esto influye en la accesibilidad y calidad de servicios de salud que ellos requieren, además las oportunidades de adquirir nueva información sobre su autocuidado se ve limitado y el entorno donde viven no es el más apropiado porque no hay lugares donde puedan participar de actividades de recreación y ocio (parques, club de adultos mayores, etc.).

CONCLUSIONES

1. Las características sociales y demográficas de los integrantes de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna, en su mayoría están comprendidos en el grupo etario de 60 y 79 años de edad, predominando el sexo femenino, viudos e iletrados.
2. La calidad de vida de la mayoría de adultos estudiados fue regular
3. La calidad de vida de los adultos mayores de la Asociación Adulto Mayor La Tulpuna, en sus cuatro dimensiones: ambiental, psicológica, física e interpersonal fue regular; sin embargo en lo referente a la última dimensión un porcentaje minoritario pero de gran importancia tuvieron mala calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Se hacen las siguientes recomendaciones:

1. A la Municipalidad Provincial de Cajamarca quién está a cargo de la “Asociación Adulto Mayor La Tulpuna” que realice visitas domiciliarias para asesorar a la familia sobre calidad de vida (bienestar y seguridad) del adulto mayor y a la vez mejorar las estrategias de apoyo al adulto mayor en dicha asociación para lograr que todos alcancen una calidad de vida buena.
2. A las docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca para que continúen y enfatizen la enseñanza sobre el cuidado del Adulto Mayor y como profesionales de Enfermería velen por una calidad de vida digna del adulto mayor.
3. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería que motiven a los estudiantes para que continúen investigando en el tema del adulto mayor

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Liberacion C. El envejecimiento poblacional en Costa Rica y sus efectos en la construccion social. [Internet]. 2016 [Citado 16 Nov 2016]. Disponible en: <https://congresoplblog.wordpress.com/2016/09/20/el-envejecimiento-poblacion-al-en-costa-rica-y-sus-efectos-en-la-construccion-social/>
2. INEI. Instituto Nacional de Estadística Informática. [Internet]. 2015 [Citado 16 Nov 2016]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
3. Vargas J, Díaz W y García F. Perfil Sociodemográfico del Departamento de Cajamarca [Internet]. 2007 [Citado 18 Oct 2016]. Disponible en: ftp://www.unfpa.org.pe/POBLACION_DESARROLLO/INEI/INEI_Perfiles_Sociodemograficos/INEI_Perfil_Sociodemografico_Cajamarca.pdf
4. Alcántara DR y Ruiz T. Calidad de vida del adulto mayor con accidente cerebrovascular y factores sociodemográficos y patológicos. Hospital Regional de Cajamarca 2012. [Citado 18 Nov 2016].
5. Perfil del adulto mayor Perú – INTRA II. 2004. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II – Perú.
6. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Pág. 284 – 290 [Internet]. [Citado 12 Dic 2017]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v68n3/pdf/a12v68n3.pdf>
7. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores. PLANPAM 2013-2017. Programa Social [Internet]. Lima. 2013 [Citado 12 Dic 2016]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf

8. Cuevas M. Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de Vida. Rev. El Mercurio [Internet]. 2004 [Citado 09 Dic 2017]. Disponible en: <http://globalag.igc.org/elderrights/world/2004/quality.htm>
9. Hechavarria R, Martos F, Cruz F, Soria X y Savigne Y. Calidad de vida en el adulto mayor 2006. Revista ciencias [Internet]. 2006 [Citado 28 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/EEVEpAZZAuctOGOuZr.php>
10. Adriana AL y Gonzáles C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. Investigacion Cientifica. Mexico [Internet]. 2006 [Citado 29 Nov 2016]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/456/313>
11. Quintanar A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-BREF [Internet]. 2010 [Citado 13 Dic 2016]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
12. Flores ME, Troyo R y Vega MG. Procesos Psicológicos y Sociales. Investigación calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México. Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara México [Internet]. 2010 [Citado 05 May 2017]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-De-Vida-Y-Salud.pdf>
13. Ordóñez LM. Auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (Unidad de Atención Ambulatoria la Ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar. Quito [Internet]. 2011 [Citado 02 May 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4096/T-PUCE-3780.pdf?sequence=1>

14. Duran A. Percepción de la calidad de vida en hogares para adultos mayores en Chile [Internet]. 2013 [Citado 02 May 2017] Disponible en: <https://www.slideshare.net/funiber/tesis-alumno-funiber-andrs-duran-percepcin-de-la-calidad-de-vida-en-un-grupo-de-adultos-mayores>
15. Corugedo MC, García D, González VI, Crespo GA, González G y Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio cruces - Revista urbana de medicina general integral. 201430(2):208-216 [Internet]. 2014 [Citado 02 May 2017] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006
16. Morales R. Calidad de vida del paciente adulto mayor asociado a su ámbito físico, psicológico, relaciones sociales y su entorno ambiental. Universidad de San Carlos de Guatemala [Internet]. 2015 [Citado 02 May 2017] Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2159/>
17. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Lima. 2007; 68(3): 284-290.
18. 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 [Internet]. 2009 [Citado 26 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>
19. Córdova NH. Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo [Internet]. 2010 [Citado 06 Ene 2017]._Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/577>
20. Manrique BA. Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana [Internet]. 2014 [Citado 06 Ene 2016]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5746>

21. García JP. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales”. Tesis de Grado. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Lima [Internet]. 2016 [Citado 18 Ener 2017]. Disponible: http://www.repositorio academico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf
22. Pablo JP. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales”. Lima [Internet]. 2016 [Citado 03 May 2017] Disponible en:[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j .pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf)
23. Quiliche N y Rodríguez L. Calidad de Vida y Grado de Depresión del Adulto Mayor, EsSalud Cajamarca 2006.
24. Humán A. Calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Municipalidad de Cajamarca-2008. Tesis Doctoral. Cajamarca: Universidad Nacional De Cajamarca, Cajamarca - 2009.
25. Alcántara DR y Ruiz TB. Calidad de vida del adulto mayor con accidente cerebrovascular y factores sociodemográficos y patológicos. Hospital Regional de Cajamarca 2012.
26. Palacios D, Castro C, Reygadas D. Calidad de vida: Una perspectiva individual. Monografias.com [Internet]. [Citado 14 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida.shtml>
27. Definición ABC tu diccionario [Internet]. [Citado 13 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
28. García SZ y Morales. La Exclusión Social del Adulto Mayor en los Servicios de Salud de Guatemala. Tesis Para optar el Grado de Magister. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala [Internet]. 2009 [Citado 12 Feb 2017]. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/3955/1/15_1487.pdf

29. Clasificación del Adulto Mayor, SCRIBD [Internet]. 2014 [Citado 16 Nov 2016] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/90787160/Clasificacion-de-Adulto-Mayor>
30. Publicado por Vida Ok. La tercera edad. Características del adulto mayor [Internet]. [Citado 02 Ene 2017]. Disponible en: <http://horabuena.blogspot.pe/2011/08/la-tercera-edad-caracteristicas-del.html>
31. Lazarus, E. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona [Internet]. 1998 [Citado 02 May 2017]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Sakil-Esther.pdf>
32. Dever A. Epidemiología y administración de servicios de salud. Maryland, Estados Unidos: OPS; 1991.
33. Luján IM. Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de belén. Campus central Guatemala de la Asunción [Internet]. 2014 [Citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
34. Garcia M. La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. Revista de investigacion N°57 [Internet]. 2005 [Citado 20 Dic 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/2053485.pdf>
35. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua. Programa Adulto Mayor. Centro de Geriatria y Gerontología. Guía Calidad de Vida en la Vejez. Herramientas para Vivir Más y Mejor, Chile [Internet]. 2011 [Citado 20 Dic 2016] Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
36. Fenco AM. La calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Universidad Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina, Lima [Internet]. [Citado 03 May 2017] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/m_noticias/archivos/tesis/2013/tesis/MHtesis.pdf

37. Morales R. Calidad de vida del paciente adulto mayor asociado a su ámbito físico, psicológico, relaciones sociales y su entorno ambiental. Universidad de San Carlos de Guatemala [Internet]. 2015 [Citado 03 May 2017] Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2159/>
38. Velandia AL. Investigación en Salud y Calidad de Vida. Publicado en: El arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 2002 [Citado 01 Ene 2017]. Disponible en: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.pe/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>
39. Fernández, L. y Yániz, B. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en esquizofrenias, informaciones psiquiátricas [Internet]. 2002 [Citado 03 May 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>
40. Quintero, G. y González, C. Calidad de vida. Contexto socioeconómico, salud en personas de edad avanzada. Madrid: Biblioteca Nueva [Internet]. 1997 [Citado 03 May 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>
41. Velasco M, y SinibaldiJ. Evaluación de la calidad de vida. México [Internet]. 2011 [Citado 03 May 2017] Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Sakil-Esther.pdf>
42. Lazarus, E. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona [Internet]. 1998 [Citado 02 May 2017]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Sakil-Esther.pdf>
43. Jazmín. Cambios físicos del adulto mayor [internet]. 2002 [Citado 24 Ene 2017]. Disponible en: <http://terceraedad-adultomayor.blogspot.pe/2012/04/cambios-fisicos-en-la-vejez.html>

44. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado 22 May 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
45. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet]. [Citado 23 May 2017]. Disponible en: <http://assets.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
46. Penny E y Melgar F. Geriatria y Gerontología para el médico internista [Internet]. 2012 [Citado 22 May 2017]. Disponible en: https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
47. Cambios físicos asociados al proceso de envejecimiento. Aula virtual [Internet]. 2014 [Citado 22 May 2017]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-2.-cambios-fisicos-asociados-al-proceso-de>

ANEXO 1
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE WHOQOL-BREF

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Mala	Regular/Normal	Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de recreación?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 2
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificado (a) con D.N.I.
N°....., beneficiario..... declaro
voluntariamente mi aceptación para el proceso de investigación titulada
.....y haber sido
informado que no afectara mi integridad, la información es anónima,
comprometiéndome a facilitar la información requerida.

En señal de conformidad, firmo el presente consentimiento informado.

.....
Firma del beneficiario.