

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL ENFERMERÍA SEDE CHOTA



TESIS

**“CALIDAD DE VIDA Y CARACTERÍSTICAS SOCIALES DEL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS, EsSALUD
CHOTA 2014”**

PARA OBTENER EL TITULLO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA: Bach. Enf. INFANTE LLUNCOR ADELITH YESENIA

ASESORA: M.Cs. ROSA RICARDINA CHAVEZ FARRO

COASESORA: DRA. CARMEN YRENE YUPANQUI VASQUEZ

CHOTA – PERÚ-2014

JURADO EVALUADOR

- **Presidente** : M.Cs. Maria Eloisa Ticlla Rafael.
- **Secretaria** : Lic.Enf. Delia Mercedes Salcedo Vásquez.
- **Vocal** : M.Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui.

DEDICATORIA

A DIOS todopoderoso, que con su infinita bondad amorosa, me ha dado las fuerzas para poder seguir adelante y me ha salvaguardado para continuar con éxito alcanzar mi metas propuestas.

A mi padre: José por brindarme su amor y apoyo incondicional quien con esfuerzo, dedicación y perseverancia, contribuyó día a día en mi formación profesional como espiritual.

A mis hermanos: Max, Kathery, Maycool, Kiara ; por ser mis amigos, mi ejemplo y motivación para salir adelante, mi alegría, mi inspiración; por su apoyo, cariño y respeto; por estar siempre a mi lado

Yesenia

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Máter, de nuestra formación y a cada uno de los docentes de la U. N. C. Sede - Chota por su excelente enseñanza, orientación, amistad y apoyo incondicional en todo momento de mi formación y desarrollo profesional.

A M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro, por ofrecerme sus más apreciables conocimientos, por sus buenas y sabias orientaciones, por su paciencia, apoyo, solidaridad y amistad, que contribuyeron al desarrollo de mi tesis.

A los adultos mayores con diabetes que participaron del estudio de investigación en el estudio, y facilitaron la información necesaria para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo describir y analizar la calidad de vida y sus características sociales del adulto mayor con diabetes. De enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, con una población de 47 adultos mayores. Se empleó la entrevista y un cuestionario validado de 37 ítems. De las características sociales los adultos mayores se ubican en el grupo etario de 60 a 69 años de edad con el 61,7%. De la ocupación la población no económicamente activa representa 53,2% y el 46,7% a la población económicamente activa. Son casados 70,2% y el 6,4% pertenecen al grupo de viudos y solteros respectivamente, con respecto al sexo, el 51,1% son varones, y las mujeres 48,9%; la mayoría profesa la religión católica (95,7%). El 40,4% tienen educación superior no universitaria y un 6,4% tienen primaria y secundaria incompleta. El 85,1% de adultos mayores con diabetes tienen una buena calidad de vida y el 4,3% tienen mala calidad de vida. En conclusión los adultos mayores con diabetes mellitus usuarios de EsSalud Chota presentaron una calidad de vida global buena, en cuanto a la dimensión física, social tienen una buena calidad de vida, a diferencia de la dimensión psicológica que tiene una mala calidad de vida.

Palabras claves: Calidad de vida, Adulto mayor, Características Sociales, Diabetes.

ABSTRACT

The present study aims to describe and analyze the quality of life and social characteristics of older adults with diabetes. Quantitative approach, descriptive and cross - sectional, with a population of 47 seniors. The interview was used, and a questionnaire of 37 items. Social characteristics seniors are located in the age group of 60 - 69 years with 61,7%. Occupation of the economically active population represents 53,2% and 46,7% of the economically active population. They are 70,2% and 6,4% of the group of widows and unmarried respectively, with respect to sex, 51.1% were males and 48.9% married women; the majority is Catholic (95,7%). The 40.4% had no university education and 6,4% had incomplete primary and secondary. The 85,1% of older adults with diabetes have a good quality of life and 4,3% had poor quality of life. In conclusion older adults with diabetes mellitus EsSalud users Chota had a good overall quality of life in terms of physical, social dimension have a good quality of life, unlike the psychological dimension that has a poor quality of life.

Key words: Quality of life, Elderly adult, social characteristics, Diabetes.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA CIENTÍFICO	
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes sobre el estudio	20
2.2. Base conceptual	22
2.2.1. Generalidades del Adulto mayor	22
2.2.2. Diabetes mellitus	24
2.2.3. Calidad de vida	24
2.3. Variables	31
2.3.1 Definición conceptual y operacional	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de estudio	38
3.2. Escenario de estudio	38
3.3. Población	38
3.4. Técnicas y métodos de recolección de información	40
3.5. Instrumento	41
3.6. Procesamiento y análisis de la información	42
3.7.Aspectos éticos	43
CAPÍTULO IV: INTERPRETACIÓN, ANALISIS, RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

La presente investigación “Calidad de vida y características sociales del adulto mayor con Diabetes Mellitus en EsSalud Chota 2014” tiene por objetivo describir y analizar la Calidad de vida y sus características sociales de estos pacientes; toda vez que en el mundo y en nuestro país la población mayor de 60 años esta incrementándose considerablemente por lo que a tendencia, se tendrá un envejecimiento poblacional muy marcada y por ende las enfermedades crónico degenerativas sumaran a una calidad de vida buena y/o mala, por lo que actualmente la Diabetes es considerada como un problema para la Salud Pública, que depende mucho de los estilos de vida que llevan estos pacientes.

Para Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es entendida como la percepción de una persona que tiene de su posición de vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes, está influenciada de modo complejo por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno,¹ es por ello que los adultos mayores que padecen diabetes están expuestos a padecer procesos agudos, infecciones, graves descompensaciones metabólicas, coma diabético, complicaciones a largo plazo, infarto al miocardio, accidente vascular e insuficiencia renal y el riesgo de sufrir una amputación.¹

Por lo que el presente trabajo de investigación pretende concientizar la relevancia de conllevar los estilos de vida saludables para una calidad de vida adecuada, buena y prevenir las enfermedades como es la Diabetes.

El Primer Capítulo de este trabajo muestra el problema científico: planteamiento del problema, formulación del problema, justificación y los objetivos tanto generales como específicos.

El Segundo Capítulo contiene el marco teórico y conceptual: antecedentes del estudio, marco conceptual, variables, definiciones conceptual y operacional.

El Capítulo III abarca la metodología de la investigación, tipo y diseño, población, muestra, criterios de inclusión, exclusión, unidad de análisis y de observación, técnicas y métodos de recolección de información, descripción de los instrumentos, procesamiento para la recolección, presentación y análisis de la información.

En el Cuarto Capítulo se exponen los resultados encontrados con el análisis correspondiente, finalmente las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

I. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El crecimiento de la población total a nivel mundial ha sido negativo, en contraste con el incremento de la población de adultos mayores, La ONU proyecta que se llegara a alcanzar un incremento del 300% durante el quinquenio 2025 - 2030. Al respecto se menciona que la tasa de crecimiento de adultos mayores es del 2,2% anual, llegando alcanzar un 2,8% durante el quinquenio anteriormente mencionado, dicha tasa es mucho mayor a la tasa de crecimiento de la población, la cual actualmente es del 1,21% y se prevee que para el periodo quinquenal 2025 - 2030 será de 0,73%. Sin embargo, el grupo de edades que mayor crecimiento ha experimentado es el de las personas de 80 años y mas, con un crecimiento del 3,8% anual y se prevee que para el 2050, un 20% de los adultos mayores tendrá 80 años y más.²

El proceso de envejecimiento se encuentra en diferentes etapas a lo largo de todo el mundo. El continente con mayor proporción de adultos mayores es el continente europeo, incluyendo a Japón, cuyo porcentaje alcanza una cifra mayor al 20%. Por otro lado, la mayoría de los países de América Latina, África y una parte de Asia se encuentran en una etapa temprana de envejecimiento demográfico, ya que la proporción de personas de 60 años y más es de menos del 10%.²

En el año 2012 el Fondo de Población de Naciones Unidas informa que el 11,5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 22,6%. Para el mismo año el continente africano mantendrá la proporción más baja de adultos mayores 5,4%, seguido por América Latina y el Caribe 10,4% y Asia 10,6%, por lo que el envejecimiento demográfico para estas regiones será uno de los mayores retos a los que se enfrentarán durante la primera mitad del siglo XXI.³

En la Región de las Américas en el año 2010 la población de 60 años y más va en aumento ya que alcanza el 13,1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y 49 adultos de 75 años y más. Once países, Canadá, Cuba, Puerto Rico, Martinica, Barbados, Estados Unidos, Uruguay, Guadalupe, Antillas Holandizas, Argentina y Chile, superan el índice de envejecimiento de la región. De ellos, solo en Canadá la población de adultos mayores supera la población menor de 15 años, teniendo 122 adultos mayores por cada 100 niños.⁴

Asimismo, en Cuba, durante el 2011, la población media total fue de 11, 244, 543 habitantes; de ellos 2, 017, 540 eran adultos mayores, para representar 17,9 %.⁵

En el año 2010, 2.005.684 personas en Chile tuvieron más de 60 años, de ellos, el 56% fueron mujeres y el 44% hombres. Se espera que para el 2015, los mayores de 75 años sean el 4% de la población, medio punto porcentual más que el 2007.⁶

Según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica para el año 2009 en México uno de cada diez habitantes del país tenía 60 años y más.⁷

El Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2013 informó que en nuestro país actualmente hay 2'700.000 personas mayores de 60 años, lo que representa el 9% de la población total del país. En cuanto a género, al año 2012, la población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565. La institución detalló que los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú.⁸

En Cajamarca, la población adulta mayor de 65 años son 78, 728 habitantes, cuya razón de dependencia demográfica es el 70,6% y un índice de envejecimiento de 25,7%.⁹

Los adultos mayores están predispuestos para la diabetes mellitus esto debido a su edad, a sus estilos de vida no saludables, a la falta de actividad física, sedentarismo, obesidad. La alimentación en nuestra zona es a base de carbohidratos por lo cual la alimentación de estos adultos mayores no es la adecuada es por eso probablemente que están mas predispuestos a dicha enfermedad.

Es así que para Estados Unidos, los casos diagnosticados de diabetes tipo 2 alcanzan al 5.9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana.⁸

Según la Asociación Americana de Diabetes y la Federación Internacional de Diabetes en el 2011 reportaron que en los Estados Unidos la Diabetes Mellitus afectó aproximadamente a 24 millones de personas, de los cuales 17.9 millones han sido diagnosticadas. La India, es el país con la mayor población de personas con Diabetes Mellitus en el mundo.⁷

En Latinoamérica, el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en el año 2000 fue de 35 millones, en la cual se proyecta a 64 millones en el año 2025.⁷ Es así que Latinoamérica incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional.¹

En Costa Rica, la diabetes es una de las causas más frecuentes de consulta médica por morbilidad colocándola de segundo lugar entre la población adulta mayor. Las personas diabéticas consumen una cantidad enorme de recursos médicos del país, ocupando en costos el primer lugar en todos los hospitales y clínicas públicas. Debido a sus complicaciones crónicas, como las amputaciones de las extremidades inferiores, la ceguera, la insuficiencia renal y vascular, que a la vez son devastadoras e irreversibles en la salud de las personas, tiene un la diabetes tiene un impacto económico importante en el ámbito individual y en el familiar.¹⁰

En Cuba en el año 2011, la prevalencia de diabetes mellitus en el país fue de 45,7, con predominio en el grupo etario de 60-64 años y una tasa de 181 por 1 000 personas.⁷

En Ecuador, los casos notificados para diabetes Mellitus fueron de 92, 629, en 2010. Sin embargo, el número es mucho mayor, porque más de la mitad de las personas que la padecen no lo sabe. A ello hay que sumar los enfermos de diabetes tipo 1, cuya cifra total también es desconocida. Según algunos datos, en el Ecuador hay alrededor de 500 mil personas que sufren de diabetes, pero apenas unas 100 mil reciben tratamiento adecuado.¹¹

Actualmente el Perú se encuentra entre los cinco países con mayor número de casos, siendo antecedido por Brasil, México, Argentina y Colombia. A nivel nacional, la diabetes mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados, siendo las mujeres quienes encabezan la lista de afectados con un total de 27, 453 casos registrados, mientras que los varones suman 14,148; asimismo Piura y Lima son los más afectados (2,5%). Esta situación también se ve de manera concreta en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde según la oficina de estadística e informática durante mayo y junio del 2011, se han registrado 747 y 857 casos de diabetes respectivamente, identificados en el Programa de diabetes.¹²

Ministerio de Salud en el año 2009, informó que con el aumento de la esperanza de vida de la población, se está presentando un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, dentro de ellas tenemos la diabetes; enfermedad crónica no transmisible considerada actualmente por la Asociación Americana de Diabetes como un problema de Salud Pública, y es definida como una alteración metabólica que se caracteriza por presentar hiperglucemia y complicaciones microvasculares y cardiovasculares que reducen la calidad de vida; enfermedad que produce un impacto socioeconómico importante en el país que se traduce en una gran demanda de los servicios ambulatorios, hospitalización prolongada, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad producto de las complicaciones agudas y

crónicas. Siendo así, que debe tenerse en cuenta los servicios especializados en geriatría y gerontología, los que existen en las grandes ciudades del país y no tiene la capacidad para atender estos nuevos requerimientos que plantea el proceso de envejecimiento demográfico.²

Al respecto, informes de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud en el año 2013 indicó que la diabetes es la décima quinta causa de mortalidad en el país. Estudios de la Universidad Cayetano Heredia apuntan que la prevalencia en Lima es mayor que en cualquier otro departamento del Perú 7,6% debido al desordenado estilo de vida en la población urbana. En la Gerencia Regional de Salud a nivel de Trujillo, en el año 2012 se presentaron un total de 1383 pacientes con diabetes. En el Programa de Diabetes Essalud - Florencia de Mora, en el año 2012 se notificaron 163 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.⁷

Según la Dirección Regional de Salud en el año 2014, en Cajamarca no hay datos oficiales de la incidencia de la diabetes, es de suponer que con los cambios de los estilos de vida en los últimos años esta enfermedad ha venido creciendo entre los cajamarquinos existiendo una prevalencia a nivel mundial de un 14%. Para prevenirla y controlarla, la Dirección Regional de Salud de Cajamarca ha realizado una campaña de despistaje el 14 de noviembre del año en curso, fecha en la que se celebra el Día Mundial de la Diabetes siendo este un mal que se puede prevenir.¹³

Según la Dirección de Salud - Chota se han reportado en el presente año 2014, 19 casos de diabetes mellitus en adultos mayores.¹⁴

Según registros en lo que va del año en EsSalud son 47 los adultos mayores con diabetes, se ha podido observar a la mayoría de ellos preocupados, tristes, deprimidos por su situación de salud, pero a la misma vez notamos que tienen el apoyo familiar, pues acuden acompañados a la consulta por algún familiar. Asimismo, algunos que padecen la enfermedad entre 10 y 15 años, tienen complicaciones como neuropatía diabética, extremidades amputadas, entre otras; lo que repercute en su calidad de vida.

Para el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el año 2008, la calidad de vida de los adultos mayores está asociada a las características sociales, económicas, que influyen sobre la posibilidad de enfrentar la vejez de forma sana y activa. Desde la perspectiva de los adultos mayores, sus principales problemas están relacionados con la falta de dinero y la soledad.¹⁵

El envejecer, con una buena calidad de vida, permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. La calidad de vida en el adulto mayor va a depender de las oportunidades, de las formas en cómo transcurre la vida, no sólo depende de los recursos cuantitativos, sino de cómo es el desarrollo cualitativo de su vida, con quienes se vincula, como lo hacen, donde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quien frecuenta, etc.¹⁶

Existe evidencia que la diabetes mellitus afecta negativamente la calidad de vida. Diversas características se han reportado vinculadas a una mejor o peor calidad de vida en personas con diabetes mellitus tales como el sexo, edad, la presencia de una pareja, nivel de estudios, apoyo social, índice de masa corporal; complicaciones derivadas, comorbilidades asociadas, tipo de tratamiento y satisfacción con éste, control glucémico y la satisfacción con la salud. La diabetes mellitus acorta la expectativa de vida, empeora el pronóstico funcional y se asocia a complicaciones potencialmente letales. Los pacientes adultos mayores atraviesan períodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas y físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales, afectando todos los aspectos de su vida. Así, los factores que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad son las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica, la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida. Del mismo modo, las aspiraciones de auto desarrollo y el

interés en el bienestar de los demás, se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez, que a su vez impacta la calidad de vida.¹⁷

En España, los diabéticos tipo 2 con evolución de su enfermedad por encima de 10 años alcanzaron el 40,6% y deterioro en la calidad de vida de un 8,3%, sin embargo los pacientes con evolución menor de 5 años mostraron mejor calidad de vida. Por lo que se afirma que el estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida. En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, el simple conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, también puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de su salud.¹⁸

Por el contrario, Carmona encontró que en Colombia la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus es buena, donde los mejores porcentajes son en salud mental 86,0%, rol emocional 68,3% y vitalidad 75,9%. Las escalas de rol físico y salud general tienen los porcentajes más bajos con 40,3% y 37,5% respectivamente.¹⁹

También, Alfaro en México encontró que más de la mitad de los adultos mayores tienen una buena calidad de vida, quienes viven en familias extensas y reciben apoyo de sus familiares.²⁰

En Lima la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus fue regular. En cuanto, a la dimensión física también fue regular ya que realizan actividades diarias, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una calidad de vida regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo libre, no obstante presentan problemas económicos. En la dimensión psicológica poseen una calidad de vida regular, ya que se sienten satisfechos con su vida y son capaces de aprender cosas nuevas, pese a ello, refieren que en ocasiones están deprimidos y tristes.¹

Al ser la diabetes mellitus un problema de salud pública, no discrimina edad, sexo, o condición social, en los adultos mayores la gran mayoría de los casos se presentan por estilos de vida no saludables en cuanto a su alimentación y actividad física principalmente. La alimentación en la zona de estudio es a base de carbohidratos, y generalmente estas personas no realizan actividad física de manera continua, las mujeres son quienes permanecen mayormente en casa realizando actividades domésticas sin realizar actividad física, de otro lado muchos varones al jubilarse disminuyen sus actividades y optan por el sedentarismo predisponiéndose a padecer diabetes.

Por todo lo expuesto y teniendo conocimiento de la problemática actual en la que viven los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles sobre todo la diabetes, nos permitimos hacernos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la calidad de vida y características sociales de los adultos mayores con diabetes mellitus, Chota 2014?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la calidad de vida y características sociales del adulto mayor con diabetes mellitus - Chota 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El número de personas adultas mayores con diabetes es cada vez mayor, va en aumento a nivel mundial, nacional y aún más a nivel regional y local por lo que el presente trabajo de investigación pretende aportar datos que ayuden a la implementación y ejecución de estrategias sobre la prevención y control de la diabetes Mellitus y la de sus complicaciones lo que conllevaría a una mejor calidad de vida para este grupo que padece la enfermedad.

Los resultados de la investigación proporcionarán al personal de enfermería que maneja la cartera del adulto mayor de EsSalud información real y objetiva para plantear estrategias, planes y programas que promuevan la mejora de calidad de vida de los adultos mayores con diabetes.

La investigación es sumamente importante para todo el equipo de salud y sobretodo para la profesión de enfermería en el área de gerontología y geriatría, ya que con ella se puede dar respuesta a la realidad demográfica por la que actualmente está atravesando nuestro país y por el compromiso social que debemos asumir con los adultos mayores, proponiendo modelos de intervención más participativos y realistas, en el marco de los valores y creencias de las personas mayores quienes tienen características singulares y propias, sobre todo los que adolecen de la enfermedad del siglo XXI como es la Diabetes Mellitus.

Asimismo, los resultados de la investigación permitirán a las autoridades de salud, planificar y diseñar políticas para promover la mejor atención de salud con recursos humanos calificados, que ayudará a conocer y satisfacer oportunamente las necesidades reales y complicaciones de los adultos mayores con diabetes y así fomentar el autocuidado en el adulto mayor y mejorar su calidad de vida.

La investigación que se plantea estudiar servirá para que las entidades de la salud locales formulen, implementen y ejecuten programas de apoyo para los adultos mayores y de esta manera controlar y evitar las complicaciones de la diabetes mejorando los hábitos, costumbres, modos de vida y por ende llegar a tener una calidad de vida adecuada.

1.4.OBJETIVOS

1.5.OBJETIVO GENERAL

- Describir y analizar la Calidad de vida y sus características sociales del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus, EsSalud – Chota 2014.

1.6.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socialmente al Adulto Mayor con diabetes, EsSalud – Chota 2014.
2. Identificar la Calidad de Vida del Adulto Mayor con diabetes mellitus, EsSalud – Chota 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Alfaro N. (2006), en México realizó un estudio, en México, cuyo título fue “Calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 de un Hospital de Segundo Nivel de H. Matamoros Tamaulipas”. El diseño de estudio fue descriptivo correlacional, la población estuvo conformada por 68 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Llegando a la conclusión que: la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 fue de regular a baja, la dimensión preocupación social e impacto de la enfermedad fueron las que obtuvieron resultados más bajos.¹⁸

Por otra parte, Alfaro N. (2006), en México, realizó un estudio sobre la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, utilizando una muestra de 150 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. De los resultados el 62,7% de ellas fueron mujeres con edad promedio de 68,9 y el 37,3% fueron hombres con edad promedio de 70,9%. Se encontró que más de la mitad tienen buena calidad de vida, en familias extensas; los compensados viven en familias nucleares, reciben apoyo y refieren satisfacción; mencionan quienes reciben apoyo en caso de invalidez.²⁰

Asimismo, Hervas A. (2007), en Pamplona investigó sobre la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tomando como población a 95 adultos mayores. El estudio que utilizó fue cuantitativo, el diseño de investigación fue transversal, descriptivo. Donde se concluye que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor calidad de vida relacionada con la salud.²⁴

También, Romero Massa E. (2010), en Colombia, investigó sobre la Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena, quien realizó un estudio descriptivo con una muestra de 315 pacientes. Donde el autor obtuvo los siguientes resultados: el 62,2% de

los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentan una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes en salud mental 86,0%, rol emocional 68,3% y vitalidad 75,9%. Las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% y 37,5% respectivamente. Donde se concluye que los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Cartagena, Colombia presentan una calidad de vida a nivel global buena, especialmente en la salud mental y sus funciones, vitalidad, función física. Las más afectadas fueron en las escalas relacionadas con el rol físico y la salud general.²¹

Del mismo modo, en la investigación realizada por Casanova Moreno M. (2010), en Colombia, sobre la calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2 en el Policlínico Hermanos Cruz, el estudio fue descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyeron a 91 pacientes diabéticos tipo 2. De los resultados hubo un predominio del sexo femenino. Al relacionar la calidad de vida con las variables estudiadas se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los sobrepesos, los portadores de enfermedades cerebro vasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada. Donde se concluye que la calidad de vida se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo.²²

Además, se realizó otro estudio por Fenco Asalde M. 2010, en Lima, titulado “La calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, el estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron a 50 adultos mayores con diabetes tipo 2. Donde se concluye: que la mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una calidad de vida regular, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el insomnio, la depresión y déficit de memoria afectan su calidad de vida, no considerándola buena.¹

También, Alfaro N. (2006), en México realizó un estudio en Bogotá: titulado “La calidad de vida en personas con situación de enfermedad

crónica en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron a 90 adultos mayores con diabetes tipo 2. Donde se concluye: que su calidad de vida se encuentra afectada negativamente en las dimensiones física, psicológica, social, y en menor grado en la dimensión espiritual, lo cual redundará en su bienestar.²⁵

Finalmente, en otro estudio realizado por Lucas Medranda D. (2013), en Manabí, “La diabetes mellitus y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en la parroquia Andrés de Vera de Portoviejo en el periodo de Octubre del 2012 a Marzo 2013. De enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte longitudinal; la muestra estuvo compuesta por 27 adultos mayores. De los resultados más relevantes se encontró que el mayor porcentaje de la población con Diabetes pertenece al género femenino, y en menor porcentaje al género masculino. Los adultos mayores manifestaron diferentes alteraciones en la dimensión física, biológica y psicológica con respecto a su calidad de vida.²⁶

En Cajamarca no se encontró antecedentes sobre la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

2.2- BASE CONCEPTUAL.

A. Generalidades del Adulto Mayor

Definición de Adulto Mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación. Otra es, que el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas. Existe también la tendencia de relacionar a esta persona con la muerte, enfermedades, dependencia, soledad y pérdida de status.¹

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.¹

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2010, las personas de 60 a 74 años son consideradas 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. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.¹

El Ministerio de Salud en el año 2010 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.¹

B. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias.

De esta forma los niveles de glucosa en sangre permanecen dentro de unos límites muy estrechos, entre 70 – 120 mg/dl. La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento. En el estado diabético, las células dejan de responder a la insulina, o bien el páncreas deja totalmente de producirla. Esto conduce a hiperglicemia, que causa complicaciones metabólicas agudas y crónicas.¹

C. CALIDAD DE VIDA.

En la actualidad no hay un concepto único para calidad de vida, pues existen varias definiciones desde diferentes puntos de vista, aquí se muestran las que tienen relación con el presente trabajo de investigación.

Para la Organización Mundial de la Salud en el año 1993 , definiò la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes". Este es un concepto complejo, el que está enmarcado por la salud física de la persona, por su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con su ambiente.¹⁵

Para este estudio se trabajó con la definición de calidad de vida según la Organización Panamericana de la Salud en el año 1999, definió a la calidad de vida como la situación que engloba las diferentes dimensiones que determina el grado de bienestar de las personas o de una población; por esta razón, la calidad de vida no se expresa sólo en parámetros económicos o materiales sino sociales, psicológicos y ambientales, los que a su vez deben estar en armonía con la historia, tradición y cultura de esa población.¹⁵

D. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

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.¹

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 visual, 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.¹¹

Se ha demostrado el deterioro de la calidad de vida en adultos mayores que padecen patologías de sueño. Incluso algunos trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva diurna,

pueden exacerbar estos síntomas, traduciéndose en baja calidad de vida relacionada con la salud.¹

Una persona diabética puede realizar prácticamente cualquier tipo de actividad física y/o ejercicio durante por lo menos 30 minutos todos los días de la semana, bien puede ser de predominio aeróbico como: caminar, pedalear, bailar, natación, ejercicio en el agua entre otros y los de fuerza muscular. Es importante que la persona que padece esta enfermedad realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducirla hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad.¹

Dimensión Social

Muchas investigaciones han encontrado que envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social. El anciano suele mostrarse menos agresivo y competitivo, necesita menos de la presencia de otras personas a fines, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita. En general, el anciano es más precavido, más rígido y siente el medio ambiente como más amenazante y hostil que las personas de menos edad.¹

El declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a la jubilación es, en sí mismo, para la persona que se jubila, una

experiencia que desvaloriza. La corriente vital, de la persona que se jubila puede ser afectada por la retirada de la vida profesional activa, del grupo de pertenencia dinámica.¹

El adulto mayor puede tener la impresión de que la corriente de la vida va fluyendo sin él, que ha quedado reducido a simple espectador. En realidad no tiene que ser así, se hace forzosa la solución positiva de la crisis de la jubilación, para evitar que el anciano desemboque inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida; el tedio y la soledad. El tedio, puede definirse como un sentido de reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente, en una reunión familiar o junto a sus nietos.¹

En cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida en esta edad, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.¹

Un enfoque simplista del ocio y de la recreación en la tercera edad, nos lleva a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor. En esta edad, la actividad física - intelectual favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. Como menciona el Geriata Cowgill la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones

y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento.¹

Otra subdimensión que se considera es la calidad ambiental que por lo general incluye problemas relacionados con el medioambiente que decrecientan el bienestar subjetivo. Estos aspectos son principalmente: contaminación, ruido, pérdida de tiempo, transportarse de un lugar a otro en la ciudad. No hay que dejar de lado el aspecto económico dentro del cual transcurre la vejez y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas.¹

Las desigualdades de género pueden entenderse como consecuencia de las condiciones de vida en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida (la participación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres, tienden a tener carreras profesionales discontinuas, trabajan en peores condiciones, reciben menores ingreso en igual posición ocupacional y generalmente se insertan en el mercado informal); las desigualdades por edad, como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas (públicos o privados) para garantizar el mantenimiento de rentas durante períodos amplios; o bien, las desigualdades en función a la residencia son dables de registrar a través de los equipamientos y servicios públicos a los que tienen acceso los ancianos; finalmente, es también posible dar cuenta de las desigualdades basadas en factores que actúan en momentos anteriores del curso vital, como la nutrición en la infancia, el nivel educativo, la ocupación y los ingresos.¹

Se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo, incluye la posesión de un patrimonio (casa propia, bienes, entre otros)

Dimensión Psicológica

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo.¹

Según Anderson el bienestar se traduce como el estar bien, adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la autoaceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc. Abreu indica que la calidad de vida tiene un componente relacionado con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida.¹

El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras. Un déficit en el estado mental empobrece la calidad de vida del adulto mayor como afecciones a la memoria, que es una de las experiencias mentales que resulta ser vital para los seres humanos porque de ella depende la habilidad para recordar personas, eventos y experiencias del pasado.¹

E. CARACTERISTICAS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR

En cuanto a edad y sexo en nuestro país estas dos variables se encuentran determinadas por las tendencias demográficas; así, con respecto a la edad, la población peruana está envejeciendo, el 9,1% corresponde a las personas mayores de 60 años; por esta razón, en los últimos años se han incrementado las investigaciones realizadas a este grupo etario. Con respecto a la condición orgánica de la persona, en nuestro país el sexo femenino aventaja al sexo masculino, y más aún en la etapa de la ancianidad, las mujeres ocupan un número significativo de adultos mayores, que va aumentando con el paso de los años; ello se debe, puntualmente, a aspectos económicos y sociales.¹⁵

En lo que concierne a la ocupación el adulto mayor tiene una actividad laboral limitada, por las exiguas oportunidades con que cuenta, y porque a partir de una edad determinada tienen que dejar el status laboral que despliegan, pasando a formar parte de las filas de los jubilados y/o cesantes. Esta situación crea en este grupo etario períodos de ansiedad, frustraciones y retraimiento del medio social, factores que influyen en el menoscabo de su salud.¹⁵

En cuanto al estado civil el adulto mayor le da gran importancia a la condición conyugal por el hecho de que la persona se siente estable económicamente, así como también repercute en su estado emocional como en su vida en general. Para otros, el estar solos ya sea porque jamás encontraron una pareja o no quisieron contraer nupcias o, tempranamente, es decir, antes de llegar a los 60 años, enviudaron o quizás se divorciaron y nunca más volvieron a casarse, en esta etapa tienen un tipo de vida específico.¹⁵

Asimismo la religión es el conjunto de creencias y prácticas acerca de lo divino o sagrado, tanto personal como colectivo, de tipo existencial, moral y espiritual. Cuando la persona llega a ser adulta mayor busca acercarse a Dios, se inclina por un tipo de religión; los motivos son

muy diferentes, unos quizás porque están enfermos o padecen de una enfermedad crónica y otros porque ven muy cercana la etapa de la muerte. Los adultos mayores con las creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos.¹⁵

Con lo referente al grado de instrucción las personas que tienen 60 y más años de edad pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron una característica permanente durante varias décadas. Hasta hoy, una buena proporción de este grupo poblacional continúa sin saber leer y escribir, lo cual no solamente les impide alcanzar objetivos preventivos en distintos ámbitos y aspectos de su vida, como por ejemplo en el cuidado de su salud y de su propia seguridad, sino que también les resta oportunidades para elevar su bienestar y, por ende, su calidad de vida.¹⁵ Asimismo, en la actualidad, no valora las experiencias obtenidas por los adultos mayores a lo largo de su vida en diversas facetas y las recientes generaciones no reciben este tradicional cúmulo de conocimientos. En nuestro país no existen programas que incorporen activamente a los adultos mayores para la transmisión de sus enseñanzas, ni tampoco programas que admitan a estas personas para que reciban entrenamiento laboral para que les permita continuar participando en acciones provechosas.¹⁵

2.3. Variables:

Variable 1: Calidad de vida global del adulto mayor con diabetes mellitus.

Variable 2: Características sociales del adulto mayor.

2.3.1 Definición conceptual y Operacional de las variables

Variable 1: Calidad de vida global del adulto mayor con diabetes mellitus.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	CATEGORIZACIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Calidad de Vida Global del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus	Cuantitativa discreta.	Calidad de vida global es la situación que abarca las diferentes dimensiones que determina el grado de bienestar de las personas o de una población, los que a su vez deben estar en armonía con la historia, tradición y cultura de esa población. ¹⁵		Malo Regular Bueno	<78 79 a 85 >86	Ordinal

			Dimensión física.	Malo Regular Bueno	<18 19 a 20 >21	Ordinal
			Dimensión social.	Malo Regular Bueno	<42 43 a 46 >47	Ordinal
			Dimensión psicológica.	Malo Regular Bueno	<15 17 a 18 >19	Ordinal

Variable 2: Características sociales del adulto mayor.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Características sociales del adulto mayor.	Cualitativa Nominal	Son características propias del adulto mayor. Esto implica esencialmente asumir y resolver la aceptación de la edad, una redefinición de roles, la educación, la búsqueda e identificación de formas alternativas para el cese de ingresos y, la revisión de vida y establecimiento de nuevas metas. Se puede precisar que el papel que desempeña en la sociedad estos adultos está influenciado por las nociones propias y expectativas acerca de cómo debe comportarse; las nociones y expectativas de otros relevantes como la norma del grupo o de la población; las sanciones positivas o negativas que imponen otras personas.			Nominal

Edad	Cuantitativa Continua	Es la acumulación del tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo, demostrable de características físicas. ²⁷	<input type="checkbox"/> De 60 a 69 años <input type="checkbox"/> De 70 a 79 años <input type="checkbox"/> De 80 a más		Ordinal
Ocupación	Cualitativa Nominal	Es el oficio asalariado que desempeña un individuo, se aprende y se perfecciona interactuando directamente con una materia en particular. ²⁸	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Jubilado/cesante <input type="checkbox"/> Otro		Nominal
Estado civil.	Cualitativa Nominal	Es la situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. ²⁹	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo		Nominal

Sexo	Cualitativa nominal	El concepto sexo, desde la sexología, va mas allá de los genitales; hace referencia a toda la estructura corporal. ³⁰	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nominal
Religión	Cualitativa Nominal	Llamado así al conjunto de creencias y prácticas acerca de lo divino o sagrado, tanto personal como colectivo, de tipo existencial, moral y espiritual. ¹⁵	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> No católica		Nominal
Grado de instrucción	Cualitativa ordinal	Se entiende por nivel de instrucción de una persona el que corresponde al grado más avanzado terminado y/o al último año de estudios cursado o terminado a que haya llegado esa persona en el sistema de enseñanza ordinario, especial de su Estado o de otro Estado. ¹⁵	<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria		Ordinal

			completa <input checked="" type="checkbox"/> Superior no universitaria <input checked="" type="checkbox"/> Superior universitaria		
--	--	--	--	--	--

CAPITULO III

III. METODOLOGÍA

1.1. Tipo de estudio

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal. Descriptivo porque se identificó y describió las dimensiones de calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus. Y es de corte transversal porque las variables se estudiaron en un período señalado.³¹

1.2. Área de estudio.

Fue en el Distrito de Chota, la cual se encuentra ubicada en la parte central de la Provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta a 2388 msnm y a 150 km al norte de Cajamarca o a 219 km al este de Chiclayo, Lambayeque.

Sus límites son: NORTE: con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo; SUR: con las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz; ESTE: con el río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya; OESTE: con las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe.

1.3. Escenario de estudio.

El estudio se realizó en el Centro Médico EsSalud – Chota, ubicado en el distrito del mismo nombre. En la Cartera de Servicios del Adulto y Adulto Mayor, donde se realizan diferentes actividades preventivas, promocionales, de control y seguimiento al dicho grupo. Se atienden a adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles como son: hipertensión arterial, diabetes, osteoartrosis, accidente cerebrovascular, parkinson, síndrome metabólico, desarrollando las mismas actividades en la adultez intermedia. Este programa está a cargo de un profesional en enfermería como responsable, quien realiza las

coordinaciones pertinentes con otros profesionales del equipo de salud cuando se requiere.

Este Centro Médico cuenta con las siguientes áreas de atención: 2 consultorios de medicina general, 1 consultorio de obstetricia, 1 consultorio de odontología, 1 consultorio de nutrición, hospitalización, tóxico y emergencias, programa de adulto mayor, 1 consultorio de CRED, rayos x, laboratorio y farmacia.

1.4. Población y muestra.

Estuvo constituida por 47 adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus, según consta en el registro del programa del adulto mayor del Centro de Atención Primaria II - EsSalud – Chota. Agosto 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores con edad comprendida entre los 60 años más.
- Adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II que son atendidos en el Programa de Adulto Mayor.
- Adultos mayores atendidos y usuarios del EsSalud.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos mayores con hipoacusia bilateral.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en la investigación.
- Adultos mayores con Alzheimer, Demencia Senil, Parkinson.

1.1.1 Unidad de Análisis y de Observación.

Estuvo conformado por cada uno de los adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el programa de Adulto Mayor.

1.2 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- ✍ La técnica que se empleó para la presente investigación fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario validado por Fenco Asalde Maritza (2010), el cual se encuentra estructurado en 37 ítems.

- ✍ Para iniciar la recolección de datos se hicieron los trámites correspondientes solicitando permiso escrito al Director del EsSalud – Chota explicando los objetivos y propósito del estudio a fin de obtener facilidades para la ejecución del presente trabajo de investigación.

- ✍ Luego me presenté con el Licenciado encargado del programa de adulto mayor para que en las mañanas me permita encuestar en su consultorio a los pacientes que acudían a su cita; asimismo me brindó las direcciones y teléfonos de los adultos mayores para visitarlos y encuestarlos en sus hogares previo acuerdo con cada uno de ellos.

- ✍ Al iniciar la entrevista se evaluó mediante sus respuestas si este adulto mayor está apto para responder con veracidad cada pregunta.

- ✍ Luego expliqué a los adultos mayores sobre los objetivos del estudio solicitando su participación voluntaria la misma que una vez aceptada queda registrada en un documento de consentimiento informado.

- ✍ Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el Cuestionario sobre calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus Fenco Asalde Maritza (2010), (Anexo N°2). El que consta

de tres partes: Introducción donde se consigna la presentación, el propósito y la importancia de la participación del encuestado; la segunda, corresponde a las características sociales y la tercera; el contenido propiamente dicho (calidad de vida).

El puntaje del instrumento es el siguiente:

Para la Calidad de Vida Global:

✍ Malo <78

✍ Regular 79 a 85

✍ Bueno >86

Para la Calidad de Vida en la dimensión física:

✍ Malo <18

✍ Regular 19 a 20

✍ Bueno >21

Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 1, 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 29, 30, 31, 32

Para la Calidad de Vida en la dimensión social:

✍ Malo <42

✍ Regular 43 a 46

✍ Bueno >47

Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 6, 7, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 34.

Para la Calidad de Vida en la dimensión psicológica:

✍ Malo <16

✍ Regular 17 a 18

✍ Bueno >19

Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 3, 4, 35, 36, 37.

Cada ítem está relacionado según indicadores de la calidad de vida. (Anexo N° 3).

Para una mejor interpretación en cuanto al instrumento se coloreó cada ítem según la dimensión a la que correspondía. (Anexo N° 4)

Donde:



El color amarillo corresponde a la Dimensión Física



El color rojo a la Dimensión Social



El color azul a la Dimensión Psicológica

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el procesamiento y análisis de los datos de la manera siguiente:

- ✍ Se codificó la encuesta a fin de obtener los intervalos de valor final de manera global y para cada una de las dimensiones de la Calidad de Vida, como son: dimensión física, dimensión social, dimensión psicológica.
- ✍ La información fue recolectada en forma manual y digitada para su procesamiento estadístico. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 21.
- ✍ Los mismos que son presentados en tablas estadísticas. Para la presentación de resultados se utilizó tablas simples las que fueron analizadas posteriormente. Para poder analizar los datos se utilizó la estadística descriptiva, consistente en describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlos con antecedentes y teorías;

todo ello tendiente a determinar los objetivos formulados en base a los resultados obtenidos en el procesamiento de datos.

3.7. RIGOR ÉTICO

- a. **Autonomía:** La participación fue de carácter voluntario, para garantizar que cualquier participante podría negarse a realizarlo o retirarse en cualquier momento, si considerase que cualquiera de sus derechos pudiera verse amenazado. En este trabajo de investigación los pacientes geriátricos con diabetes mellitus tomaron la decisión de participar o no en la investigación, quienes firmaron un consentimiento informado.³²

- b. **No maleficencia:** Principio de la bioética que afirma el deber de no hacer a los demás algo que no desean; así mismo es simplemente abstenerse intencionalmente de acciones que pueden causar daño. Se recogió la información, luego que el participante firmó el consentimiento informado. En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que en este estudio no hay riesgo de hacer daño a la persona, ya que solo se buscó obtener información, mas no realizar experimentos en dicha población en estudio.³²

- c. **Justicia:** La población se eligió de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual todos los adultos mayores tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos.²⁶

- d. **Beneficencia:** El presente trabajo de investigación beneficiará a los pacientes porque se implementaran estrategias, planes, para mejorar su calidad de vida. Además esta investigación servirá de guía para el desarrollo de otros estudios en el futuro. ³²

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS, Y DISCUSIÓN

TABLA 1. Características sociales del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus EsSalud- Chota 2014

Características sociales	N°	%
Edad		
De 60 a 69 años	29	61.7
De 70 a 79 años	12	25.5
De 80 a más años	6	12.8
Ocupación		
Ama de casa	14	29.8
Comerciante	5	10.6
Profesor	8	17.0
Jubilado/cesante	11	23.4
Otro	9	19.2
Estado civil		
Soltero	3	6.4
Casado	33	70.2
Conviviente	8	17.0
Viudo	3	6.4
Sexo		
Hombre	24	51.1
Mujer	23	48.9
Religión		
Católica	45	95.7
No católica	2	4.3
Grado de Instrucción		
Sin instrucción	4	8.5
Primaria incompleta	3	6.4
Primaria completa	4	8.5
Secundaria incompleta	3	6.4
Secundaria completa	10	21.3
Superior no universitaria	19	40.4
Superior universitaria	4	8.5
Total	47	100.0

En la tabla 1, con respecto a la edad se observa que el 61.7% corresponde al grupo entre 60 a 69 años, y el 12,8% corresponde al grupo de 80 años a más. Los resultados encontrados son similares a los hallazgos de Alfaro, Carothers y Gonzalez (2006), quienes estudiaron la calidad de vida de un grupo de adultos mayores con diabetes mellitus cuyas edades oscilaban entre 60 a 93 años.²⁰

A nivel nacional se tiene una población adulta mayor aproximada del 9.1%, grupo etario que está aumentando en nuestro país, existiendo una mayor expectativa de vida y aumentado el riesgo de contraer enfermedades no trasmisibles como la diabetes mellitus, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación; lo que puede verse reflejado en el estudio que se tiene un mayor porcentaje de adultos entre 60 y 69 años con diabetes mellitus esto probablemente debido a que no tienen estilos de vida saludables, realizan poca actividad física y el consumo de muchos carbohidratos en su dieta.

Por otro lado, en cuanto al sexo, los hombres representan el 51.1%, y las mujeres el 48.9%. Sin embargo, se ha encontrado diferencias en cuanto al sexo de los adultos mayores predominando los varones en nuestro estudio y las mujeres en el estudio de Alfaro²⁰, de Manabí (2013)²⁶, el mayor porcentaje de la población objeto de estudio con Diabetes pertenece al género femenino, y en menor porcentaje pertenece al masculino. Por otro lado en nuestro estudio se da la diabetes mayormente en varones probablemente a que en su juventud no llevaron estilos de vida saludables, tomaron bebidas alcohólicas, fumaron, etc.

Con lo referente a estado civil se observa que los participantes en estudio son casados 70.2% y el grupo de viudos y solteros comparten

un porcentaje similar de 6.4%. Los resultados son similares a los hallazgos encontrados en el estudio realizado por Montenegro Y Requejo (2010); donde se encontró que el 75,7% de la población en estudio son casados y en menor proporción de separados con 5,7%, no se encontró ningún participante con estado civil soltero.³³

Cabe señalar que en nuestro estudio el mayor porcentaje estaba casado, lo que favorece, en general, una garantía para la convivencia, pues la pareja tiene mayores posibilidades de auto ayudarse. Una de las principales razones por la que los casados son más longevos es que, al compartir los gastos, sufren menos situaciones de estrés. Y eso se traduce en salud a manos llenas y por ende una mayor calidad de vida. La capacidad de amar y la capacidad de ser amados son las dos condiciones básicas de la calidad de vida del adulto mayor. Los adultos mayores toleran menos la viudez que las longevas, además de tener una oferta mayor para componer una nueva pareja. Eso trae consigo soledad y tristeza ya que tras la pérdida algunos adultos mayores no superan la soledad y no se dan la oportunidad de conocer una nueva pareja o tener una nueva relación lo que llevaría a que este grupo no tenga una buena calidad de vida.

En cuanto a la ocupación la población no económicamente activa representa el 53.2% correspondiendo a este grupo las amas de casa con el 29.8% y los jubilados y cesantes con el 23.4%, y la población económicamente activa representan el 46.7%, los que lo conforman: el 10% son comerciantes, profesores y el grupo de "otros" entre los que se encuentran técnicos en enfermería, biólogos, ingenieros representa el 19.1%.

A diferencia del estudio realizado por Montenegro Y Requejo (Chota - 2010); respecto a la ocupación se apreció que el grupo de trabajador cesante alcanzo el 54,3% y el grupo de profesores presenta la

proporción más baja con 20,0%, no se encontró ningún participante artesano u obrero³³

La mayor parte de participantes son amas de casa, que muchas veces son esposas de trabajadores titulares asegurados que en varios casos han fallecido. De otro lado los jubilados acceden a la atención de salud en esta institución como trabajadores públicos que son beneficiados con múltiples actividades preventivas, recreacionales y de rehabilitación por parte del personal de EsSalud. Otro grupo importante son enfermeras, ingenieros, etc que son trabajadores activos. El grupo conformado por profesores que laboran en el MINED que acceden también a esta atención en EsSalud, y finalmente los comerciantes que hacen un pago mensual como asegurados.

En cuanto a la religión la mayoría profesa la religión católica representando el 95.7%, frente al 4.3% que no profesa esta religión. Los resultados son similares a los hallazgos encontrados en el estudio realizado por Montenegro y Requejo (2010); donde se encontró que 92,9% practicaban la religión católica.³³

La espiritualidad en la adultez mayor, tiene que ver con el bienestar psicológico de la persona en su relación con los demás, con su propio crecimiento personal y el propósito que le da a su vida. En la vida religiosa la calidad de vida proporciona este tipo de satisfacción personal en tres niveles fundamentales: a nivel personal mediante la experiencia de fe, a nivel comunitario mediante una convivencia con calidad, a nivel apostólico mediante una misión realizada y disfrutada. La provincia de Chota es una población netamente católica en su mayoría.

Con respecto al grado de instrucción se observa que el mayor porcentaje tienen educación superior no universitaria representando el 40.4% y el porcentaje más bajo lo representan aquellos adultos mayores que tienen primaria incompleta y secundaria incompleta con el 6.4% en cada uno de ellos.

A diferencia del estudio realizado por Montenegro y Requejo (2010); donde se encontró que en lo referente al grado de instrucción el porcentaje más alto se presentó en los adultos mayores con estudios superiores con 78,6% y la proporción menor en aquellos con primaria completa con 1,4% debemos mencionar que no se presentó ningún participante analfabeto y con secundaria incompleta.³³

En relación a la formación de las actuales generaciones de Adultos Mayores de nuestro país, es importante destacar que la misma fue caracterizada por la cultura del esfuerzo y el trabajo, y por la carga de tener que responder a las expectativas y frustraciones que sobre ellos depositaron sus padres. Por otra parte, esta población está constituida por generaciones que no han atravesado la masificación de la educación. También la educación de los adultos mayores depende del estrato social a que se encuentren a menor estrato social menor nivel de educación. Para las personas que transitan por esta etapa de la vida, la educación puede contribuir al desarrollo de una cultura del envejecimiento y elevación de la calidad de vida expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar.

**TABLA 2: Calidad de Vida del Adulto Mayor con diabetes mellitus
EsSalud- Chota 2014**

Calidad de vida	N°	%
Mala	2	4,3
Regular	5	10,6
Buena	40	85,1
Total	47	100,0

En la tabla 2, se muestra la calidad de vida del adulto mayor con diabetes en el cual se observa que el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan una buena calidad de vida con el 85,1%, y el porcentaje más bajo lo representa los adultos mayores con una mala calidad de vida con el 4,3%.

Estos resultados difieren de los hallazgos encontrados por el estudio realizado en Nueva León (2004), donde se mostró que la calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 fue de regular a baja.¹⁸ Del mismo modo, también en Pamplona (2007), se investigó sobre la Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, teniendo como resultados que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud.²⁴ Por otro lado, en Lima (2010), también se investigó sobre la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, encontrando que los resultados difieren, puesto que la calidad de vida de los adultos mayores fue regular.¹

Los resultados encontrados en el presente estudio son equivalentes a los hallados por una investigación hecha en México (2006), donde se encontró que más de la mitad perciben buena calidad de vida, en familias extensas; los compensados viven en familias nucleares, reciben apoyo y refieren satisfacción; mencionan quienes reciben apoyo en caso de invalidez.²⁰ Asimismo, en Colombia (2010) se realizó un estudio sobre la Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 presentándose a nivel global

una buena calidad de vida, especialmente en la salud mental y sus funciones, vitalidad, función física.²¹

Probablemente la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus es buena, porque están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares, además de considerar que su salud es satisfactoria y al menos están contentos con su tratamiento actual. Además estos adultos mayores pueden valerse por sí mismos, han logrado autorealizarse profesionalmente, su ingreso económico les alcanza para sobrevivir. Asimismo, este grupo etario cumple con roles acorde con la sociedad y las relaciones interpersonales son óptimas. La calidad de vida buena nos refleja el apoyo familiar tanto emocional como económico, lo que es bueno para que un adulto mayor pueda desarrollarse normalmente en nuestra sociedad.

TABLA 3: Dimensiones de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes mellitus EsSalud-Chota 2014.

DIMENSIONES	Mala		Regular		Buena		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Física	4	8,5	3	6,4	40	85,1	47	100,0
Social	0	0,0	0	0,0	47	100,0	47	100,0
Psicológica	47	100,0	0	0,0	0	0,0	47	100,0

En la tabla 3, según la dimensión física se muestra que el 85,1% de los adultos mayores con Diabetes mellitus obtuvo una calidad de vida buena; el 8,5% una calidad de vida mala en dicha dimensión. Y un 6.4 % regular. El 100 % adultos mayores tuvieron una buena calidad de vida en la dimensión social y asimismo el 100% una mala calidad de vida en la dimensión psicológica.

En cuanto a la dimensión física estos resultados difieren de los hallazgos encontrados en Colombia (2010), donde se encontró que las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% y 37,5% respectivamente porque no pueden valerse por sí mismo, necesitan de apoyo para poder movilizarse y no cuentan un tratamiento continuo y supervisado.²¹ Además en Lima (2010), también se encontró diferencias en cuanto a la dimensión física ya que muestra una calidad de vida regular porque realizan actividades diarias, tienen poca dificultad para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una calidad de vida regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades, no obstante presentan problemas económicos a contrario de los hallazgos del presente estudio donde se observa una calidad de vida buena en esta dimensión.¹

En el estudio se encontró que en la dimensión física la mayoría tiene una buena calidad de vida, esto se debe probablemente a que como personas diabéticas realizan cualquier tipo de actividad física y/o ejercicio durante por lo menos 30 minutos diarios. Es importante que la persona que padece esta enfermedad realice actividad física porque mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducirla hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad. A pesar que en el estudio se ha encontrado que en esta dimensión la calidad de vida es buena se debe promocionar la actividad física en estos tipos de pacientes, ya que de esta manera se les estaría concientizando en cuanto a su salud y como cuidarla.

Con respecto a la dimensión social en la totalidad de los participantes tienen una buena calidad de vida. A diferencia del estudio realizado en Bogotá (2012), donde se encontró que su calidad de vida se encuentra afectada negativamente en las dimensiones física, psicológica, social, y en menor grado en la dimensión espiritual, lo cual redundaría en su bienestar a diferencia de los hallazgos encontrados en el presente estudio donde sólo se ve afectada la dimensión psicológica.²⁵

En cuanto a la dimensión social, el envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia sociales decir

depender de los demás. El anciano suele mostrarse menos agresivo y competitivo, necesitan menos de la presencia de otras personas como sus hijos, etc, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita. En general, el anciano es más precavido, más rígido y siente el medio ambiente como más amenazante y hostil que las personas de menos edad.¹

Al contrario de este estudio donde el apoyo familiar es la base de una buena calidad de vida y los adultos mayores tienen tiempo para el ocio, para la recreación en grupos y aparte los programas que brinda EsSalud ayudan a este tipo de pacientes a autorrealizarse en todos los ámbitos de la vida, este grupo afirma que vive acompañado, que su ingreso económico mensual le alcanza para vivir; que está satisfecho con sus relaciones familiares y sociales, con sus actividades que realiza en su tiempo libre y con su vivienda.

En lo referente a la dimensión psicológica la totalidad de adultos mayores tiene una mala calidad de vida. A diferencia de un estudio realizado en Colombia (2010), donde se encontró que las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Cartagena, Colombia presentan una calidad de vida buena, especialmente en la salud mental.²¹ Del mismo modo en Manabí (2013), hallaron que los adultos mayores encuestados manifestaron diferentes alteraciones en la dimensión física, biológica y psicológica.²⁶

En cuanto a la dimensión psicológica se ve muy afectada en esta etapa de la vida ya que el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo. Según Anderson el bienestar se traduce como el estar bien,

adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la autoaceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc. Un déficit en el estado mental empobrece la calidad de vida del adulto mayor como afecciones a la memoria, que es una de las experiencias mentales que resulta ser vital para los seres humanos porque de ella depende la habilidad para recordar personas, eventos y experiencias del pasado.¹

Esto probablemente a que los adultos mayores se sienten tristes y con problemas de memoria, aprendizaje. Es frecuente la disminución de la autoestima, debido a que los adultos mayores pierden actividad laboral o sea dejan de trabajar, no cuentan con dinero para sus necesidades y por lo tanto tienen que depender de sus hijos. Además la memoria es muy frágil a esta etapa ya que se les olvida donde dejan sus pertenencias y por ende tienen que depender de sus cuidadores para muchas cosas.

CONCLUSIONES

Al analizar y describir la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes usuarios de EsSalud-Chota y las características sociales permitió concluir:

1. Las características sociales: la mayoría de adultos mayores tienen entre 60 a 69 años de edad, casi la tercera parte son amas de casa; más de la mitad son casados; y de sexo varones, la mayoría profesan la religión católica, y casi la mitad tienen superior no universitaria.
2. La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una calidad de vida global buena.
3. La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una buena calidad de vida en la dimensión física y la totalidad de ellos en la dimensión social; y en su totalidad presentan una mala calidad de vida en la dimensión psicológica.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente trabajo me permito formular las siguientes recomendaciones:

1. A los profesionales de salud:

Implementar talleres o programas en los que participen los adultos mayores y que según sus preferencias se pueda fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual.

Brindar capacitaciones respecto a habilidades sociales y mecanismos de adaptación de adulto mayor frente a las pérdidas en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Fomentar acciones que mejoran la salud de la población adulta mayor y por ende del individuo en general, mediante el incremento de información preventiva y la promoción de hábitos sanos, como la actividad física.

Efectivizar un emisión televisiva a fin que puedan participar según su estado de salud los adultos mayores que tengan disposición a hacerlo en un programa de inserción social.

2. A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca:

A los docentes del área adulto mayor organicen y ejecuten de cursos de especialización y capacitación continua y permanente para los profesionales de la salud responsables de los programas de adultos mayores, en las áreas de geriatría y gerontología.

3. **A los alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca:**
Realizar estudios de tipo cualitativos al respecto a fin de obtener testimonios acerca de la calidad de vida del adulto mayor diabético.

4. **Al presidente del Gobierno Regional:**
Al Presidente del Gobierno Regional, la creación de dependencias de salud de los adultos mayores a fin de prevenir y/o disminuir las enfermedades crónicas, discapacidades y complicaciones de salud entre otras que deterioran la calidad de vida del adulto mayor.

5. **Al alcalde provincial de Chota**
La creación e implementación de programas gerontológicos que incorporen activamente a los adultos mayores, para fomentar el desarrollo de acciones de difusión, información y educación, estilos de vida saludables y el cuidado de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fenco AM. La calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis]. Peru: Universidad Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina; 2010. Disponible en : http://sisbib.unmsm.edu.pe/m_noticias/archivos/tesis/2013/tesis/MH-tesis.pdf
2. udlap.mx [Internet]. México: udlap; 2004 [actualizado 23 junio 2004; citado 01 julio 2014]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lat/villanueva_a_ee/capitulo2.pdf
3. inegi.org.mx [Internet]. México: inegi; 2012 [actualizado 23 junio 2014; citado 01 julio 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>
4. World Health organization [database on the Internet]. Washington D.C: National Library of Medicine (US); 2012 - [cited 2014 Jun 20]. 20037; [about 3 p.]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-mas-60-anos-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=fr
5. Rivera CC. Impacto de la Diabetes Mellitus en el Bienestar Socioeconómico de los Adultos Mayores. [Tesis doctoral]. Costa rica: Universidad de costa rica sistema de estudios de posgrado; 2009.
6. Schkolnik CM. Envejecimiento En Chile Y El Mundo. Prensa.ine .26 de setiembre del 2007: p. 2.

7. inegi.org.mx [Internet]. México: inegi; 2010 [actualizado 23 junio 2014; citado 23 junio 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/edad10.asp?s=inegi&c=2769&ep=43>
8. Paredes CP. Adultos mayores representan el 9% de la población del Perú. El Comercio. 25 de agosto del 2014 : p. 2.
9. Portilla GL. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. [Tesis]. Perú: Universidad Mayor De San Marcos, Facultad de Psicología; 2011. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3279/1/portilla_gl.pdf
10. Casanova MM, Trasancos DM. Ancianos con diabetes mellitus de tipo 2: retos actuales para la salud pública cubana. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2014 Jun 15] ; 17(8): 2093-2095. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800001&lng=es
11. Medranda DI, Zamora FJ. La diabetes mellitus y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en la parroquia Andres de vera de Portoviejo en el periodo de octubre del 2012 a marzo 2013. [Tesis doctoral]. Manabí: universidad técnica de Manabí; Facultad de ciencias de la salud; 2013.
12. Aguilera FP. Modelo pedagógico para favorecer cambios en el estilo de vida del adulto de la tercera edad dirigidos a prevenir la diabetes mellitus. [Tesis doctoral]. Holguín: universidad de ciencias pedagógicas.

13. DIRESA, Campaña de Despistaje de Daibetes- 2014. Cajamarca-Perú: 2014. Disponible en; URL disponible en: <http://www.diresacajamarca.gob.pe/noticias/diresa-realizar-campa-de-despistaje-de-diabetes-ante-incremento-de-casos>
14. DISA Chota – Area de Estadística- Adulto Mayor - 2014. Chota - Perú; 2014.
15. Farro C. “Calidad de vida del adulto mayor y condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales del usuario de EsSalud, chota ”. [Tesis]. Perú: Universidad nacional de Cajamarca; 2008.
16. Monterrosa Lz, Rodríguez SR. Calidad De Vida Del Adulto Mayor, Sibasi Nueva Concepción 2005. [Tesis]. San Salvador: Universidad de San Salvador, Facultad de medicina; 2010. Disponible en : <http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/22/Calidad%20de%20Vida%20en%20el%20Adulto%20Mayor%20ISSS%20Ilopango%202014.pdf>
17. Urzúa M A, Chirino A, Valladares G. La calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Jul 05] ; 139(3): 313-320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000300005>
18. Meza GS. Calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis]. Nueva León: Universidad de Nueva León, Facultad de enfermería; 2004. Disponible en : <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149336.pdf>

19. Andarcia S. Atención social a los adultos y adultas mayores integrantes de la aldea de encuentro "la milagrosa." [Tesis]. Cumana: Universidad de oriente nucleo de sucre; Escuela de ciencias sociales; 2010. Disponible en http://www2.focus.abengoa.es/castellano/Informe_Anuar_Focus-Abengoa_2010.pdf
20. Alfaro AN, Carothers EM, González TS. La calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Redalyc, [Internet]. 2006 [citado 14 de Junio del 2014]; 8(3):152-157. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14280303.pdf>
21. Romero ME, et al . Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo residentes en cartagena colombia. Rev.cienc.biomed [revista en la Internet]. 2010 junio [citado 2014 junio 14] ; 1(2): 190-198. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=67898&id_seccion=3889&id_ejemplar=6819&id_revista=237
22. Casanova M, Delgado M, Orraca O, Gómez Diana B. Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2014 Nov 29] ; 15(2): 145-156. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200014&lng=es
23. Chirino A, Valladares G. La calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Jun 15] ; 139(3): 313-320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000300005>

24. Hervás A., Zabaleta AG., Beldarrain O., Díez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2014 Jun 16]; 30(1): 45-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272007000100005>
25. Segura BI. La calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud Barranquilla Ilubith María segura Barrios universidad nacional de colombia facultad de enfermería programa de maestría en enfermería. [Tesis]. Costa rica: Universidad nacional de Colombia, Facultad de enfermería; 2012. Disponible en : <http://www.bdigital.unal.edu.co/6984/1/539505.2012.pdf>
26. Zamora FJ. La diabetes mellitus y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en la parroquia Andres de vera de Portoviejo en el periodo de octubre del 2012 a marzo 2013. [Tesis]. Manabí: universidad técnica de Manabí; Facultad de ciencias de la salud; 2013. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/100>
27. Pellejero G, Torres I, La educación de la sexualidad: el sexo y el género en los libros de texto de Educación Primaria. *Rev de Educación*. 2008; 78(2):399- 427.
28. Word. Press [Internet]. Peru:Gaston M; 27 agosto 2008 [25 de enero 2012; 28 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/ocupacion.php>

29. Word. Press [Internet]. Peru: Mazza M; 27 octubre 2008 [25 de enero 2013; 28 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://gmazzamaio.files.wordpress.com/2012/02/estado-civil.pdf>
30. Unesco.es [Internet]. Peru; 27 agosto 2012 [25 de diciembre 2012; 28 de noviembre 2014]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.phpURL_ID=13136&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
31. Hernández R, García O. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios. Dpto. Medicina, HU Salamanca. 2006. disponible en: jmhr@usal.es
32. Noreña A, Alcaraz N, Malpica P. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cuantitativa. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2012 Nov 27]; 12(3): 263-274. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>
33. Montenegro L, Requejo R. "Prácticas de Autocuidado y Algunas Características Socioeconómicas de los Adultos Mayores Con Diabetes Mellitus Tipo II - "Essalud" Chota – 2010". [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2010.

ANEXOS

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....,
manifiesto que he leído los objetivos de la investigación “Calidad De Vida y características sociales del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus”, que se realizará con los adultos mayores que son usuarios de ESSALUD - Chota y los beneficios del estudio. Me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Se me informó que se me aplicará un cuestionario sobre calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus, bajo compromiso de no divulgar mi nombre en ningún informe o publicación; la información que yo brinde será estrictamente confidencial y de uso exclusivo de la investigadora.

Chota,.....de.....2014

Firma del participante



ANEXO N°2

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Estimado (a) señor (a), mi nombre es Yesenia Infante Lluncor soy Bachiller de Enfermería de la U.N.C, en coordinación con EsSalud estoy realizando un estudio sobre la "Calidad de Vida y características sociales del adulto mayor con diabetes mellitus, EsSalud – chota 2014" con el objetivo de describir y analizar la Calidad de vida y sus características sociales y de salud del adulto mayor con diabetes mellitus, Essalud – Chota 2014. Por lo que se solicita responder sinceramente todas las preguntas para poder orientar o formular estrategias que permitan mejorar su calidad de vida. Dicha información será de carácter confidencial por lo cual se agradece de antemano su colaboración.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta, marque con un aspa (X) según crea conveniente. Elija solo una alternativa. Use lapicero azul o negro.

Responda todas las preguntas.

I. CARACTERISTICAS SOCIALES

1) Edad: _____ Años

4) Sexo: M F

2) Ocupación: _____

5) Religión: _____

3) Estado Civil:

a) Soltero

b) Casado

c) Conviviente

d) Divorciado

e) Viudo

6) Grado de Instrucción: _____

II. CALIDAD DE VIDA

Nº	Ítems	Siempre 1	A veces 2	Nunca 3
1	¿Con qué frecuencia padece de insomnio?			
2	¿Con qué frecuencia la diabetes afecta su vida sexual?			
3	¿Se siente deprimido, triste, desesperado?			
4	¿Tiene problemas de memoria?			

5) ¿Cómo considera su actual estado de salud?

3 Buena 2 Regular 1 Mala

6) ¿Con quién vive usted?

1 Solo 2 Acompañado: (Especifique con quién) _____

¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con...?

Nº	Ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1	No tengo 0
7	Familias				
8	Amigos, vecinos.				

¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades?

Nº	Ítems	Ninguna 3	Poca 2	Demasiado 1

9	Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse.....)			
10	Realizar tareas domesticas.			
11	Caminar.			

Ítems N° 12 ¿usted puede valerse por sí mismo?

3 Siempre 2 A veces 1 Nunca

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

Ítems N° 13 1 Paso el día completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.)

Ítems N° 14 2 Realizo algunas actividades cotidianas normales (voy hacer compras)

Ítems N° 15 3 Realizo algunas actividades físicas o deportivas ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.)

¿Con que frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

N°	Ítems	Siempre 3	A veces 2	Nunca 1
16	Leer un libro o un periódico.			
17	Visitar a parientes o amigos.			
18	Ver televisión, escuchar radio.			

19	Caminar, ir de compras.			
20	Realizar actividades recreativas con otras personas.			
21	Cuidar niños.			
22	Hacer manualidades (coser)			

Ítems N° 23 ¿qué tan satisfecho esta con las actividades que realiza en su tiempo libre?

3 Satisfecho 2 Indiferente 1 Insatisfecho

¿En qué medida está satisfecho en los siguientes aspectos de la casa donde vive?

N°	Ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1
24	Ruido, silencio.			
25	Temperatura, iluminación.			
26	El orden y la limpieza.			
27	Las comodidades (electrodomésticos, etc.)			

Ítems N° 28 ¿Qué tan satisfecho esta con la vivienda que tiene?

3 Satisfecho 2 Indiferente 1 Insatisfecho

¿Qué tan satisfecho esta con...?

N°	Ítems	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho
		3	2	1
29	¿El tiempo que gasta en hacerse chequeos?			
30	¿Tu tratamiento actual?			
31	¿Sus conocimientos sobre su diabetes?			
32	¿La apariencia de su cuerpo?			
33	¿Su vida en general?			

Ítems N° 34 ¿Cómo califica el ingreso económico mensual que ingresa a su hogar?

- 1 No le alcanza.
- 2 Le alcanza para sobrevivir.
- 3 Le alcanza para vivir con comodidades.
- 4 Es suficiente.

Ítems N° 35 ¿considera que usted está en la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas?

- 2 Si
- 1 No

Ítems N° 36 Para usted ¿qué es más importante para tener una buena calidad de vida?

- 6 Tener buena salud.

- 5 Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 4 Poder valerme por mi mismo.
- 3 Tener una vivienda buena y cómoda.
- 2 Tener oportunidades de aprender conocer nuevas cosas.
- 1 Tener una buena pensión o renta.
- 0 Otras ¿cuáles?

Ítems N° 37 ¿cómo valora usted su propia calidad de vida?

- 3 Bueno 2 Regular 1 Mala

ANEXO N° 3

DIMENSIONES	INDICADOR
✓ Física	* Sueño * Vida sexual * Satisfacción de su estado de salud actual * Autonomía funcional * Actividad física
✓ Social	* Satisfacción con las relaciones familiares * satisfacción con la vida * Satisfacción con las relaciones sociales * Recreación * Satisfacción general dela vivienda. * Ingresos
✓ Psicológica	* Depresión * Aprendizaje * Memoria



ANEXO N°4

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Estimado (a) señor (a), mi nombre es Yesenia Infante Lluncor soy Bachiller de Enfermería de la U.N.C, en coordinación con EsSalud estoy realizando un estudio sobre la “Calidad de Vida y características sociales del adulto mayor con diabetes mellitus, EsSalud – Chota 2014” con el objetivo de describir y analizar la Calidad de vida y sus características sociales y de salud del adulto mayor con diabetes mellitus, Essalud – Chota 2014. Por lo que se solicita responder sinceramente todas las preguntas para poder orientar o formular estrategias que permitan mejorar su calidad de vida. Dicha información será de carácter confidencial por lo cual se agradece de antemano su colaboración.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta, marque con un aspa (X) según crea conveniente. Elija solo una alternativa. Use lapicero azul o negro.

Responda todas las preguntas.

III. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

- 1) Edad: _____ Años 4) Sexo: M F
- 2) Ocupación: _____ 5) Religión: _____
- 3) Estado Civil:
- a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo

6) Grado de Instrucción: _____

IV. CALIDAD DE VIDA

Nº	Ítems	Siempre 1	A veces 2	Nunca 3
1	¿Con qué frecuencia padece de insomnio?			
2	¿Con qué frecuencia la diabetes afecta su vida sexual?			
3	¿Se siente deprimido, triste, desesperado?			
4	¿Tiene problemas de memoria?			

5) ¿Cómo considera su actual estado de salud?

3 Buena 2 Regular 1 Mala

6) ¿Con quién vive usted?

1 Solo 2 Acompañado: (Especifique con quién) _____

¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con...?

Nº	Ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1	No tengo 0
7	Familias				
8	Amigos, vecinos.				

¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades?

N°	Ítems	Ninguna 3	Poca 2	Demasiado 1
9	Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse.....)			
10	Realizar tareas domésticas.			
11	Caminar.			

Ítems N° 12 ¿usted puede valerse por sí mismo?

3 Siempre 2 A veces 1 Nunca

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

Ítems N° 13 1 Paso el día completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.)

Ítems N° 14 2 Realizo algunas actividades cotidianas normales (voy hacer compras)

Ítems N° 15 3 Realizo algunas actividades físicas o deportivas ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.)

¿Con que frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

N°	Ítems	Siempre 3	A veces 2	Nunca 1
16	Leer un libro o un periódico.			
17	Visitar a parientes o amigos.			

18	Ver televisión, escuchar radio.			
19	Caminar, ir de compras.			
20	Realizar actividades recreativas con otras personas.			
21	Cuidar niños.			
22	Hacer manualidades (coser)			

Ítems N° 23 ¿qué tan satisfecho está con las actividades que realiza en su tiempo libre?

3 Satisfecho 2 Indiferente 1 Insatisfecho

¿En qué medida está satisfecho en los siguientes aspectos de la casa donde vive?

N°	Ítems	Satisfecho 3	Indiferente 2	Insatisfecho 1
24	Ruido, silencio.			
25	Temperatura, iluminación.			
26	El orden y la limpieza.			
27	Las comodidades (electrodomésticos, etc.)			

Ítems N° 28 ¿Qué tan satisfecho está con la vivienda que tiene?

3 Satisfecho 2 Indiferente 1 Insatisfecho

¿Qué tan satisfecho está con...?

N°	Ítems	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho
		3	2	1
29	¿El tiempo que gasta en hacerse chequeos?			
30	¿Tu tratamiento actual?			
31	¿Sus conocimientos sobre su diabetes?			
32	¿La apariencia de su cuerpo?			
33	¿Su vida en general?			

Ítems N° 34 ¿Cómo califica el ingreso económico mensual que ingresa a su hogar?

- 1 No le alcanza.
- 2 Le alcanza para sobrevivir.
- 3 Le alcanza para vivir con comodidades.
- 4 Es suficiente.

Ítems N° 35 ¿considera que usted está en la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas?

- 2 Si
- 1 No

Ítems N° 36 Para usted ¿qué es más importante para tener una buena calidad de vida?

- 6 Tener buena salud.
- 5 Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 4 Poder valerme por mi mismo.
- 3 Tener una vivienda buena y cómoda.
- 2 Tener oportunidades de aprender conocer nuevas cosas.
- 1 Tener una buena pensión o renta.
- 0 Otras ¿cuáles?

Ítems N° 37 ¿cómo valora usted su propia calidad de vida?

- 3 Bueno 2 Regular 1 Mala