

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS:

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS
RELACIONADO CON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y
FAMILIARES. ESSALUD. CAJAMARCA: 2013**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: DEYSI ROXANA CAMPOS MORO

Asesora:

Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES

Cajamarca – Perú

2019

COPYRIGHT © 2019 by
DEYSI ROXANA CAMPOS MORO
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS
RELACIONADO CON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y
FAMILIARES. ESSALUD. CAJAMARCA: 2013**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: DEYSI ROXANA CAMPOS MORO

JURADO EVALUADOR

Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Asesora

Dra. Francisca Elena Romero Muñoz
Jurado Evaluador

M.Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña
Jurado Evaluador

M.Cs. Petronila Ángela Bringas Durán
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2019



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

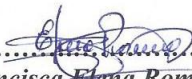
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 17 horas, del día 17 de julio de dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. FRANCISCA ELENA ROMERO MUÑOZ, M. Cs. FLOR VIOLETA RAFAEL SALDAÑA, M.Cs. PETRONILA ANGELA BRINGAS DURÁN**, y en calidad de Asesora la **Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS RELACIONADO CON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y FAMILIARES. ESSALUD. CAJAMARCA: 2013”**, presentada por la **Bach. en Obstetricia DEYSI ROXANA CAMPOS MORO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó aprobar con la calificación de Dieciocho la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia DEYSI ROXANA CAMPOS MORO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**

Siendo las 13:30 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Asesor


.....
Dra. Francisca Elena Romero Muñoz
Jurado Evaluador


.....
M. Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña
Jurado Evaluador


.....
M. Cs. Petronila Ángela Bringas Durán
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A:

DIOS, por estar conmigo en cada paso que doy, por ser mi guía, mi fortaleza, por la tranquilidad que me dio en aquellos momentos difíciles, y por permitirme culminar una meta más en mi vida.

MI MADRE, por su amor, paciencia, comprensión, por ser el pilar más importante y ser un ejemplo de perseverancia.

MI FAMILIA, por su cariño, motivación, apoyo incondicional y estar conmigo en los buenos y malos momentos; en especial a Jaffir.

MIS AMIGAS Y AMIGOS, por compartir momentos significativos conmigo y estar dispuesto a escucharme y apoyarme en cualquier momento.

DEYSI ROXANA

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fuerza para superar obstáculos y dificultades en mi vida y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por brindarme la posibilidad de realizar mi Maestría en Salud Pública y culminar este estudio de investigación.

Al director del Hospital EsSalud de Cajamarca, por su colaboración al brindarme los datos de los pacientes adultos mayores con osteoporosis usuarios de EsSalud Cajamarca.

A todos los adultos mayores por abrirme las puertas de su hogar y participar amablemente en la investigación científica sin interés alguno.

Un reconocimiento especial a la Dra. Angélica Morán Dioses, por su apoyo constante en la realización de esta investigación.

A mi familia y amigas (os) por su apoyo incondicional, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ellos.

“Lo ideal es tener todas las edades al mismo tiempo: la capacidad de asombro del recién nacido, la magia del niño, la sabiduría del viejo, y la experiencia acumulada del adulto que le permite el “sentir” y el “saber” de cada experiencia”.

Eduardo Galeano.

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIACIONES	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	2
1.3 Justificación del Problema	2
1.4 Objetivos	3

CAPÍTULO II: EL MARCO TEÓRICO

2.1 Ubicación del problema en el contexto histórico social.	4
2.2 Antecedentes sobre el estudio	5
2.3 Teorías científicas	9
2.3.1 Teoría sobre calidad de vida	9
2.3.2 Teorías del envejecimiento	9
2.4 Bases teóricas y conceptuales	10
2.4.1 Adulto mayor	12
2.4.2 Calidad de vida	12
2.4.2.1 Calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis	13
2.5 Factores en la calidad de vida del adulto mayor	15
2.5.1 Factores socioeconómicos y familiares del adulto mayor con osteoporosis	16
2.5.1.1 Factores sociales de los adultos mayores con osteoporosis	16
2.5.1.2 Factores económicos de los adultos mayores con osteoporosis	18

2.5.1.3	Factores familiares de los adultos mayores con osteoporosis	20
2.6	Osteoporosis	20
2.6.1	Síntomas de la osteoporosis	21
2.6.2	Factores de riesgo predictores de osteoporosis	22
2.7	Supuestos hipotéticos	23
2.8	VARIABLES DEL ESTUDIO	24
2.9	Operacionalización de las variables	25

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de estudio	29
3.2	Área de estudio	29
3.3	Población y muestra	29
3.3.1	Población	29
3.3.2	Muestra	29
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión	30
3.4	Unidad de análisis y observación	30
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	30
3.6	Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de información	30
3.7	Procesamiento y análisis de la información	32
3.8	Consideraciones éticas	32

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS 52

CONCLUSIONES 52

RECOMENDACIONES 53

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54

ANEXOS 61

LISTA DE TABLAS

TABLA		Pag.
01.	Factores Sociales de los Adultos Mayores con Osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.	34
02.	Factores Económicos del Adulto Mayor con Osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.	36
03.	Factores Familiares del Adulto Mayor con osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.	38
04.	Calidad de vida del adulto mayor con Osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.	40
05.	Calidad de vida del Adulto Mayor con Osteoporosis Relacionado con los Factores Sociales, EsSalud Cajamarca, 2013.	43
06.	Calidad de vida del Adulto Mayor con Osteoporosis según los Factores Económicos, EsSalud Cajamarca, 2013.	45
07.	Calidad de vida del Adulto Mayor con Osteoporosis según Factores Familiares, EsSalud Cajamarca, 2013.	48

LISTA DE ABREVIACIONES

OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OP:	Osteoporosis
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e informática.
CVRS:	Calidad de vida relacionada con la salud.

RESUMEN

El estudio de investigación tuvo como **objetivo**: determinar y analizar la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis relacionado con los factores socioeconómicos y familiares, EsSalud, Cajamarca: 2013. **Metodología**: descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional. Se estudió a 66 adultos mayores, a través de cuestionario semiestructurado y el cuestionario SF-36. **Resultados**: los factores socioeconómicos revelan, que el adulto mayor se ubica en el grupo etario de 60 a 69 años de edad 57.6%, de sexo femenino 81.8%, casados 39.4%, religión católica 81.8%, nivel educativo superior 56.1%, de ocupación ama de casa 48.5%, perciben un ingreso económico mensual por jubilación u otros 56.1%, la mayoría no reciben apoyo económico de familiares 62.1% y tienen casa propia 84.8%. Los factores familiares muestran, que este grupo de adultos mayores, pasan la mayor parte de su tiempo con su familia 69.7%, reciben expresiones de afecto de parte de sus familiares 89.4%, reciben atención y/o compañía agradable 74.2%, participan en actividades recreativas 74.2%, realizan ejercicios físicos 66.7% y tienen un descanso nocturno de 6 a 8 horas diarias 66.7%. Según el cuestionario SF-36, la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis en general es alta, y analizando cada una de las dimensiones tenemos: es baja en las dimensiones de función física 62.1% y salud general 53.3% y alta en las dimensiones de rol físico 62.1%, dolor corporal 65.2%, vitalidad 56.1, función social 63.6%, rol emocional 66.7% y salud mental 74.2%. La prueba estadística X^2 , demostró que existe relación significativa entre la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores familiares: horas de descanso nocturno $P_v = 0.000$, participación en actividades recreativas $P_v = 0.003$, recibe expresiones de afecto de sus familiares $P_v = 0.012$, recibe atención y/o compañía agradable $P_v = 0.012$, personas con las que pasa la mayor parte de su tiempo $P_v = 0.019$, realiza ejercicios físicos $P_v = 0.050$. **Conclusiones**: La calidad de vida de los adultos mayores con osteoporosis de EsSalud Cajamarca es alta y se halló una relación estadística significativa con los factores familiares.

Palabras claves: Calidad de vida; adulto mayor, factores socioeconómicos y factores familiares.

ABSTRACT

The research study aimed to determine and analyze the quality of life of the elderly with osteoporosis related to socioeconomic and family factors, EsSalud, Cajamarca: 2013. Methodology: descriptive, analytical, cross-sectional and correlational. 66 older adults were studied through a semi-structured questionnaire and the SF-36 questionnaire. Results: the socioeconomic factors reveal that the older adult is in the age group from 60 to 69 years old 57.6%, female 81.8%, married 39.4%, Catholic religion 81.8%, higher educational level 56.1%, occupation Housewife 48.5%, receive a monthly economic income from retirement or other 56.1%, most do not receive financial support from relatives 62.1% and have their own home 84.8%. Family factors show that this group of older adults, spend most of their time with their family 69.7%, receive expressions of affection from their relatives 89.4%, receive attention and / or pleasant company 74.2%, participate in activities 74.2% recreational, perform physical exercises 66.7% and have a night rest of 6 to 8 hours a day 66.7%. According to the SF-36 questionnaire, the quality of life of the elderly with osteoporosis in general is high, and analyzing each of the dimensions we have: it is low in the dimensions of physical function 62.1% and general health 53.3% and high in the dimensions of physical role 62.1%, body pain 65.2%, vitality 56.1, social function 63.6%, emotional role 66.7% and mental health 74.2%. Statistical test X², showed that there is a significant relationship between the quality of life of the elderly with osteoporosis and family factors: hours of night rest $P_v = 0.000$, participation in recreational activities $P_v = 0.003$, receives expressions of affection from their relatives $P_v = 0.012$, receives attention and / or pleasant company $P_v = 0.012$, people with whom he spends most of his time $P_v = 0.019$, performs physical exercises $P_v = 0.050$. Conclusions: The quality of life of older adults with osteoporosis of EsSalud Cajamarca is high and a significant statistical relationship was found with family factors.

Keywords: Quality of life; older adult, socioeconomic factors and family factors.

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas que enfrenta hoy el mundo desde el punto de vista demográfico es el envejecimiento poblacional y la repercusión en todas las esferas de la sociedad en relación a este grupo. A escala mundial el siglo XX fue de crecimiento para la población y el siglo XXI es y será el envejecimiento poblacional.

El que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y familiares

Siempre que se hace referencia al envejecimiento se destacan los procesos de salud más comunes del adulto mayor, pues, a medida que la edad avanza se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, en esta etapa, la persona llega a presentar mayores oportunidades para las enfermedades crónicas degenerativas como lo es la diabetes, la hipertensión y la osteoporosis, lo cual tiene repercusiones en la calidad de vida del adulto mayor. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la osteoporosis como “una enfermedad sistémica, caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que incrementa la fragilidad del mismo, con el consecuente aumento del riesgo de fractura”, lo cual, significa literalmente huesos porosos o huesos llenos de pequeños agujeros.

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar y analizar la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis relacionado con los factores socioeconómicos y familiares, EsSalud, Cajamarca: 2013.

Esta investigación se presenta en IV Capítulos:

Capítulo I, Muestra el problema el problema de investigación científica: Planteamiento del problema, formulación del problema, justificación del problema, los objetivos generales y específicos.

Capítulo II contiene el marco teórico: Ubicación del problema en el contexto histórico y social, antecedentes, teorías sobre el tema, bases teóricas y conceptuales, hipótesis y variables de estudio y la operacionalización de las variables independiente y dependiente.

Capítulo III, abarca el diseño metodológico de la investigación: tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis y observación, técnicas e instrumentos de recolección de la información, procesamiento y análisis de la información y las consideraciones éticas.

Capítulo IV, se presenta los resultados de la investigación, con la interpretación y el análisis correspondiente.

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

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápido que cualquier otro grupo de edad en casi en todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (1).

Diversas estimaciones plantean que en el Perú, al igual que en otros países de América Latina, está ocurriendo un progresivo proceso de envejecimiento, que se acelerará en la primera parte del siglo XXI. El Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) informó que al finalizar el año 2017, la Población del Perú totalizó a 31 millones 237 mil 385 personas (2). De este total, las personas de la tercera edad (de 60 años a más) suman 3 millones 229 mil 876 en el país y constituyen el 10,1% de la población nacional (3). Así mismo, el INEI reporta que el departamento de Cajamarca tiene una población de 1,529.755 habitantes, de los cuales representa la población adulta mayor 126,681 personas lo que equivale al 8.3% (4).

Debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos, familiares y personales. A medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración.

La osteoporosis es una enfermedad crónica degenerativa, se caracteriza por la disminución de la masa ósea y deterioro de la micro arquitectura del hueso, lo que lleva a un aumento de la fragilidad del esqueleto humano y a un aumento del riesgo de la fractura por lo general de cadera, columna y muñeca, se ha vuelto una seria amenaza para la salud de las mujeres posmenopáusicas y mucho más para la población adulto mayor. (5-6); actualmente constituye un problema para la salud pública en el país y repercute en la calidad de vida del adulto mayor, está estrechamente relacionada con el grado de funcionalidad, no solo física sino psíquica y social, el deterioro que ocasiona ésta patología impide una vejez saludable y satisfactoria. (7).

En varios estudios se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa; positiva, cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales; pero se hace una valoración negativa de ésta cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales. De esta forma han manifestado que pérdidas del estado de salud, de contactos sociales y limitaciones funcionales, son principalmente las que empeoran la calidad de vida (8).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis relacionada con los factores socioeconómicos y familiares, EsSalud, Cajamarca- 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La calidad de vida de los adultos mayores tiene características específicas en las que intervienen factores socioeconómicos y familiares propios de este grupo de edad, por ejemplo, el retiro laboral, amenazas a la funcionalidad física, protección y apoyo económico de familiares, presencia de enfermedades crónico degenerativas como la osteoporosis.

El envejecimiento poblacional es uno de los retos más importantes de las sociedades modernas y de las que se encuentran en vías de desarrollo, por ende, el adulto mayor, quien se encuentra en una etapa vulnerable con características de dependencia de

la familia con problemas de salud, por lo general en muchos casos desamparados por la familia sin contar con las condiciones básicas y económicas para enfrentar la vida, al no contar con las medidas necesarias adecuadas (sanitarias, económicas, políticas, sociales, educativas, etc.) esto se convertirá en un gran problema en los próximos años.

Por ello, es necesario conocer como es la calidad de vida de los adultos mayores con osteoporosis, lo que permitirá adecuar los servicios de salud, establecer prioridades y medir la eficacia y la efectividad de todas las intervenciones que se realizarán enfocadas a este sector en particular con la finalidad de mejorar considerablemente la calidad de vida del adulto mayor.

La presente investigación es relevante porque permitirá aportar con conocimientos básicos respecto al estudio y servirá de soporte para investigadores, autoridades y profesionales de salud, además es importante porque en nuestro medio no existen estudios que precisen la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis; consecuentemente, sus hallazgos permitirán contribuir a mejorar la atención médica y familiar, contribuirán con las instituciones responsables en la reformulación de políticas de salud regionales y locales las cuales permiten el desarrollo de programas y estrategias preventivas, de atención y rehabilitación encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, a fin de lograr un envejecimiento saludable y productivo.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar y analizar la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis relacionado con los factores socioeconómicos y familiares, EsSalud Cajamarca-2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores socioeconómicos y familiares del adulto mayor con osteoporosis, EsSalud, Cajamarca-2013.
2. Determinar la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis, EsSalud, Cajamarca - 2013.
3. Establecer relación entre la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores socioeconómicos y familiares, EsSalud, Cajamarca-2013.

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1 UBICACIÓN DEL PROBLEMA EN EL CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL

El interés por la “calidad de vida” ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La denominación “calidad de vida” comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son: la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política entre otros.

En un primer momento, la expresión “calidad de vida” aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (9).

A mediados de los 70 y comienzos de los 80, la expresión “calidad de vida” comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida del ser humano, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research" en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose en la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término; entonces, para ese momento el término calidad de vida se adoptó como un concepto sensibilizador que se ofreció a los distintos profesionales de las diferentes disciplinas.

Sin embargo, hasta hoy no se puede establecer un consenso sobre la definición y la evaluación de calidad de vida. Históricamente han existido dos aproximaciones

básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios. Todavía, Felce y Perry (1995) encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida, a las que añadieron una cuarta. Definiéndose como: a). la calidad de las condiciones de vida de una persona; b) satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; c) combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, d) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (9).

2.2 ANTECEDENTES SOBRE EL ESTUDIO

Estrada, A. y Cols. (2011), Colombia. En su estudio “Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín”, el objetivo fue explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos, la muestra estuvo constituida por 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se obtuvo como resultados: el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de $79,2 \pm 8,0$ años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. Y como conclusión se halló: deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares (10).

Nivarete R. y Col. (2010), México. Realizaron un estudio “Factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres mayores de 60 años del Centro del adulto mayor EsSalud, Ica 2015”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de mayor presencia para osteoporosis y calidad de vida en mujeres de 60 años. La muestra estuvo constituida por 150 personas; entre los resultados se encontró: la falta de ejercicios en un 75.4 %, consumo de café 70% y la baja ingesta de calcio 51.3%; encontrando el género predominante fue el femenino, destacándose los factores de riesgo el sedentarismo unido al consumo habitual de café y el tabaco, se destacan como los medicamentos de mayor utilización los anticálcicos. Y como conclusiones los factores de riesgo de osteoporosis según dimensiones: factores de riesgo

modificables y no modificables existe presencia porcentual en mujeres mayores de 60 años, la calidad de vida según dimensiones: aspecto físico, psicológico y social es buena en las mujeres de 60 años. (11).

Sánchez M. y Col. (2011), España. Realizaron un estudio “Calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria”, El objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes clasificados como osteoporóticos, de los 741 pacientes participantes, 550 (74,2%) eran mujeres y 191 (25.8%) hombres con edades comprometidas de entre los 40 y 70 años para ambos sexos, la muestra quedó clasificada de la siguiente manera: 298 fueron pacientes con osteoporosis, 229 con osteopenia y 192 pacientes que no padecían la enfermedad; más de la mitad de los pacientes osteoporóticos tienen más de 60 años; tanto los hombres como las mujeres manifestaron no tener problemas en la dimensión de movilidad, cuidado personal, actividad cotidiana y ansiedad/depresión, en cuanto a la dimensión del dolor/malestar, se encontró que más de la muestra presentan dolor/malestar. Las conclusiones reflejan que la calidad de vida de los pacientes clasificados como osteoporóticos es más baja que para los no osteoporóticos, en todas las dimensiones de la calidad de vida evaluadas (12).

Urzúa A. y Cols. (2011), Chile. Llevaron a cabo un estudio “Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor”, el objetivo fue evaluar la relación entre la calidad de la percepción subjetiva de la vida y las variables relacionadas, la muestra estuvo constituida por 406 adultos mayores; se obtuvo como resultados: las personas mayores que se percibían enfermas tenían puntuaciones de calidad de vida significativamente más bajas, así mismo, la autoaceptación, el apoyo social, la autonomía y tener un propósito en la vida también influyeron en la percepción de la calidad de vida. Y las conclusiones fueron: Los problemas de salud y el sentido de autoeficacia son determinantes de la calidad de vida de estos sujetos mayores (13).

Apaza L. y Col. (2016), Arequipa. Realizó un estudio denominado “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis Regional Honorio Delgado”, el objetivo fue determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis”. Muestra conformada por 127 personas, en cuanto a los resultados la

mayoría fueron mujeres en un 78.7 %, con edades entre 60 a 65 años, el mayor porcentaje tienen estudios de nivel primario con un 47.2%, en cuanto a la dependencia económica el 56.7% trabaja, respecto a la convivencia el 67.7% vive con sus familiares ya sean hijos o hermanos, Y con respecto a la relación entre capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores se encontró un alto nivel de significancia estadística con un coeficiente $P < 0.05$, por lo que se prueba la hipótesis que existe relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis (14).

Coronado, J. y Col. (2009), Chiclayo. Realizaron un estudio “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo”, con el objetivo de evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, cuya muestra fue de 400 personas; al término del estudio encontraron los siguientes resultados: una población con predominio del sexo femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$. Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones FS, SM y la VT obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 % o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a SG, RF y DC con el 50,22, 61,18 y 62,22 respectivamente. Conclusiones: el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso $>$ a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y finalmente el tener alguna patología crónica. (15)

Chávez, R. (2010), Chota. Realizó el análisis de la “Calidad de vida de los Adultos mayores usuarios de EsSalud en relación con las condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales”. Estudió a 133 adultos mayores. Resultados: las condiciones demográficas revelan que la mayoría se ubican el grupo etario de 60 a 69 años de edad (45.9%), sexo masculino (54.1%), casados (69.9%), religión católica (88.9%), nivel educativo bajo (53.3%); entre las condiciones económicas perciben ingresos económicos por jubilación/cesantía (76.7%), no tienen apoyo económico familiar ((68.4%), poseen casa propia (91.0%), las condiciones familiares dejan entre ver que las relaciones familiares son buenas (69.2%), manifiestan satisfacción por el apoyo familiar y expresiones de afecto recibidas (79.7% y 96.2%) respectivamente;

entre las condiciones sociales mayormente reciben atención y/o compañía que les brinda satisfacción (94.0%), participan en actividades físicas, recreativas, lúdicas y de paseo (69.2%). Según resultados del cuestionario SF-36, la calidad de vida del adulto mayor es baja en las dimensiones de estado funcional (52.6%) y en el estado de salud general (75.2%) y es alta en la dimensión bienestar emocional (52.6%). En donde se concluyó: la calidad de vida de los adultos mayores usuarios de EsSalud Chota, en sus dimensiones de estado funcional, bienestar emocional y estado de salud general se relacionan con edad, ocupación, descanso nocturno y participación en actividades físicas, recreativas, lúdicas y de paseo obtuvo (16).

Flores, R. (2013), Cajamarca. Realizó un estudio sobre “Percepción de la calidad de vida y perfil sociodemográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca”; muestra constituida por 144 adultos mayores, Los resultados mostraron que el perfil demográfico del adulto mayor en mayor porcentaje se encontró ubicado en el grupo de 70 años a más, de sexo masculino; convivientes y con grado de instrucción primaria incompleta. El perfil social indica que la mayoría de adultos mayores profesan la religión católica, amas de casa, aportan económicamente al hogar; el perfil familiar destaca que el mayor porcentaje vivían acompañados, sus familiares eran jóvenes y adultos, consideran que la relación con los miembros del hogar es buena. Conclusiones: la calidad de vida del adulto mayor estudiado es baja, en las dimensiones de rol físico, dolor, vitalidad y rol emocional. La prueba estadística X² mostró que existe relación altamente significativa entre la percepción de la calidad de vida del adulto mayor y el perfil socio-demográfico particularmente con la edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación y aporte económico (17).

Huamán, R. (2009), Cajamarca. Realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) de Cajamarca. Llegó a la conclusión que la percepción del adulto mayor de su calidad de vida es mala, hecho que se acentúa en rol físico, en la salud general y en el rol emocional. Por otro lado presentan antecedentes patológicos personales, siendo los más frecuentes los músculo-esqueléticos (78.7%), sensoriales (46.0%) y neurológicos (44.0%); estas dolencias les causan limitaciones en sus actividades diarias, así como tristeza y aislamiento social. Así mismo, todas las características

mostraron efecto en la calidad de vida en las dimensiones estudiadas. Las características socio demográficas mostraron efecto en la calidad de vida en las dimensiones estudiadas; una de las características más estrechamente relacionadas es el tener más de 70 años, ser mujer, no tener ningún grado de instrucción, fue residir en la zona rural urbana marginal, ser soltero o viudo y no tener ingresos económicos, a partir de ello aumento la percepción de tener mala salud, mal funcionamiento físico y tener problemas de tipo emocional con la consecuente disminución de la vitalidad y el hecho de sentirse infelices, tristes y agotados (18).

Merino, J. (2010), Cajamarca. Realizó un estudio “Calidad de vida: características biosociales y autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo II, en EsSalud Cajamarca”, con el objetivo de determinar. Al término del estudio encontró, entre las características sociales destacan que la mayoría son casados, con nivel de instrucción superior, residencia urbana, cesantes y jubilados, profesan la religión católica, inicialmente no aceptan su enfermedad, sino durante la evolución; con conocimientos acerca de las medidas de control y complicaciones por los familiares; y en cuanto a la calidad de vida del grupo estudiado en su mayoría 55.65 % refirieron tener calidad de vida regular, el 42.25 calidad de vida buena y solamente el 2,2% calidad de vida mala. Conclusiones: las características biológicas de las personas con diabetes mellitus tipo II muestran que se hallan en el grupo etario de 46 a 64 años, de sexo masculino; y en a la calidad de vida en su mayoría es regular lo que revela escasa satisfacción y bienestar personal y muestran limitaciones para la realización de algunas actividades por sí mismos. (19).

2.3 TEORÍAS CIENTÍFICAS

2.3.1 TEORÍA SOBRE CALIDAD DE VIDA

Se ha considerado la teoría conocida como "arriba – abajo" y "abajo – arriba", planteadas por Diener (1984). Es rescatable porque considera una reflexión y lectura propia de la persona sobre las situaciones; podría, entonces, considerarlas como satisfactorias o insatisfactorias de acuerdo con su valoración subjetiva. Desde este punto de vista, para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta. En otro ámbito, pero dentro de estas mismas teorías, de la que se conoce como "abajo – arriba" se considera rescatable la referencia a los pequeños momentos de felicidad que se pueden experimentar a

diario, la conciencia de que se puede ser felices en todo momento y no ver la felicidad sólo como una meta a largo plazo (20)

Se ha elegido esta teoría, ya que tienen en cuenta el aspecto subjetivo, es decir, la forma cómo el adulto mayor considera que es su vida teniendo en cuenta su estado de salud, de acuerdo al entorno en que vive, o sus creencias. Asimismo, esta teoría indica que cada persona es diferente y, por lo tanto, la forma de apreciar su vida es diferente; pues, esto es lo que se busca con el presente estudio: recoger la apreciación que tiene el adulto mayor de su vida y de acuerdo con sus características determinar cómo se comporta y cómo percibe su calidad de vida.

2.3.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Estas teorías tratan de los distintos procesos dinámicos entorno al envejecimiento normal de las personas en el mundo moderno, así como la influencia del medio social. En algunas de estas teorías se recomiendan pautas de comportamiento o actitudes para llevar a cabo una buena vejez saludable que proporcione satisfacción personal al individuo en esta etapa de la vida.

A. Teorías Psicosociales del envejecimiento

- **Teoría de la actividad:** Propuesta por Havighurst en 1973, ésta contradice a la de la desvinculación, proponiendo que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito. La persona adulta mayor manteniéndose activo y ampliando las actividades tiene más probabilidad de disfrutar su vejez; se asume que la felicidad y la satisfacción con la vida resultan de un alto nivel de ampliación con el mundo y con el mantenimiento de las relaciones sociales. De acuerdo a esta teoría, cuando llega la jubilación hay que buscar actividades de sustitución (21).

Existe un sentir popular que la actividad en las personas mayores, no solamente ayudan a un buen envejecimiento, sino que también ayudan a sobrevivir ante determinados procesos de enfermedad. La teoría de la actividad es muy conocida y sirve de argumento teórico a muchas prácticas de animación entre los mayores y a otros programas de envejecimiento activo.

- **Teoría de la continuidad:** La teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad, concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean: la salud, lo social, lo psicológico.

Robert Atchley (1971,1972), asume que un envejecimiento con éxito implica mantener o continuar los valores, hábitos y preferencias y lazos familiares previos, y todo los demás enlaces que hayan formado la estructura de la vida adulta. La vejez no se ve como un momento que deba desencadenar un gran reajuste de la vida, sino simplemente un momento para seguir siendo la misma persona. De acuerdo a esta teoría, el ritmo de las actividades deben ralentizarse. Las actividades perseguidas en la vida previa que no aportan satisfacciones y felicidad verdadera pueden abandonarse a discreción de la personas, para algunos olvidarse de las continuas presiones temporales y de las fechas límites es una recompensa de la vejez (21).

- **La teoría del apoyo social familiar,** sustentada por Fawcett quien considera que la familia es un sistema de apoyo positivo, promotor y útil y que los recursos de ayuda serán en forma de bienes y servicios, información, protección a los efectos de estrés y ayuda en crisis como es el caso de la depresión. Hogue, refiere que el apoyo social puede ser brindado en distintas instancias según necesidades del individuo y éstos son de cuatro tipos:
 - **Apoyo emocional,** mediante el cual se pone énfasis en la entrega de actitudes de confianza, preocupación atención agrado y amor hacia el adulto mayor.
 - **Apoyo valorativo,** en el que se refuerza básicamente la autoestima, retroalimenta conductas positivas en la persona y permite verse así mismo en forma integral.
 - **Apoyo informativo,** es aquel relacionado con la entrega de noticias o información de cómo resolver problemas personales o del entorno.

- **Apoyo instrumental**, está referido a conductas que ayudan directamente a la persona necesitada, como son la donación de bienes y servicios como dinero, medicamentos, equipos, etc (21).

Se han preferido estas teorías sociológicas porque son las que explican mejor el deterioro de la capacidad de relación, en función a la actividad, la importancia que tiene la familia en la calidad de vida del adulto mayor. Así mismo, explican parte de las dimensiones de la calidad de vida estudiadas en el cuestionario FS-36. Y nos permitirán respaldar los resultados encontrados en la presente investigación

2.4 BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES

2.4.1 ADULTO MAYOR

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud, establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años a más, de esta manera evitar múltiples denominaciones como: viejo, anciano, geronto, entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores a aquellas que tienen 60 a más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (22).

El concepto Adulto Mayor se asocia con envejecimiento, que es concebido como, el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo (22).

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socioeconómicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etareo (23).

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017 asume un enfoque no tradicional mirando al adulto mayor como una persona activa que debe tener las condiciones materiales y sociales para mantenerse en esas condiciones. Define la vejez como “un proceso natural del ser humano, universal, progresivo, irreversible y continuo” Así mismo reconoce que la calidad de vida durante la vejez está directamente relacionada con las bases genéticas de la persona, los estilos de vida, la calidad del medio ambiente, el acceso y calidad de la oferta de servicios de salud y a las enfermedades sufridas durante la infancia, la adolescencia y la adultez; el acceso a educación y al empleo (24).

2.4.2 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una categoría de reciente utilización en la investigación en salud, que ha sido empleada por investigadores de múltiples disciplinas, con diferentes enfoques, y en consonancia con sus intereses, razón por la que no existe una definición única de ésta; aquí se muestran los que tienen relación con el presente trabajo de investigación:

Calidad de vida es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental; por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo y contando con definiciones desde sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc. La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes. Bienestar físico (con conceptos como la salud, seguridad física), bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad (25).

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

esenciales de su entorno (26). Para otros, Calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (27).

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos, donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él y el aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. De acuerdo a Dulcey el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso (28).

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos (29).

Características de la calidad de vida.

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, felicidad.
- **Concepto universal:** las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo; unas veces somos más felices y otras menos.

- **Interdependencia:** los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales (30).

2.4.2.1 CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es muy común en gente de tercera edad y es un importante problema de salud en la población. A medida que la persona envejece, mayor es la probabilidad de contraer esta enfermedad; y aunque es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, va aumentando cada vez más la cantidad de población masculina que la padece. En los adultos mayores existen múltiples patologías que afectan su calidad de vida y el logro de una longevidad satisfactoria, entre ellas la osteoporosis por ser un factor predisponente en las fracturas y, por tanto, las consecuencias a que conllevan éstas en esta etapa de la vida (31).

La calidad de vida se refiere principalmente a la satisfacción que tiene la persona con su salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción con la vida. Para valorar la calidad de vida del adulto mayor, es necesario comprender que la adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia a los 60 años y termina en el momento en que la persona fallece y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento: biológicos, psicológicos y sociales (14).

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras)(32).

2.5 FACTORES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad; encontrándose, como variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica (33). A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga (34). Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos (35).

2.5.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS

Es el conjunto de rasgos particulares y del contexto social, económico y familiar, que caracteriza al grupo social al que pertenecen los adultos mayores, los cuales van a generar un comportamiento en los mismos (36).

Los factores que están relacionadas con la calidad de vida de los adultos mayores en nuestro país son de diversa naturaleza. Según fuentes bibliográficas se dice que los factores socioeconómicos y familiares son los atributos objetivos del consumidor o persona como el sexo, edad, estado civil, tamaño de la familia y posición que ocupa en ella (37).

2.5.1.1 FACTORES SOCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES CON OSTEOPOROSIS

Los factores sociales son situaciones que afectan a los seres humanos en su conjunto sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren (38), se refiere a las actividades, deseos expectativas, grados de y educación de las personas de una determinada sociedad (39).

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, actualmente el 10,1% corresponde a las personas mayores de 60 años;

Con respecto a la condición orgánica de la persona, en nuestro país el sexo femenino aventaja al sexo masculino (40).

Estado civil: En el adulto mayor es de importancia la condición conyugal por el hecho de que la persona se siente estable económicamente, así como también repercute en un estado emocional como en su vida en general. Para otros, el estar solo ya sea porque jamás encontraron una pareja o no quisieron contraer nupcias o, tempranamente, es decir, antes de llegar a los 60 años, enviudó o quizás se divorciaron y nunca más volvieron a casarse, en esta etapa tiene un tipo de vida específico (41).

Nivel educativo: 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 (42). Hasta hoy, una buena proporción de este grupo poblacional continua sin saber leer y escribir, siendo este valor a nivel nacional de 18.3%, el 44,0% alcanzó estudiar primaria; el 21,7% secundaria y el 16,0%, nivel superior (10,6% superior universitaria y 5,4% superior no universitaria). Los adultos mayores analfabetos predominan en el área rural (41,7%), menor proporción presenta el área urbana (13,3%); lo cual, no solo 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 (42).

Religión: Es una fe; la devoción por todo lo que se considera sagrado. Se trata de un culto del ser humano hacia entidades a las que se atribuyen poderes sobrenaturales. Como tal, la religión es la creencia a través de la cual las personas buscan una conexión con lo divino y lo sobrenatural, así como cierto grado de satisfacción espiritual mediante la fe para superar el sufrimiento y alcanzar la felicidad (43).

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 quizá porque están enfermos o padecen una enfermedad crónica y otros porque se ven muy cerca de la etapa de la muerte. Los adultos mayores con creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos

vitales negativos. Existe certeza de que la participación en actividades religiosas favorece la salud porque se promueven conductas y estilos de vida más saludables y porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento (44).

Descubrimientos asociados con la influencia de la espiritualidad en la salud física señalan que las personas que regularmente asisten a la iglesia, oran individualmente y leen la Biblia, tienen una presión sanguínea diastólica mucho más baja que las menos religiosas; sufren menos hospitalizaciones, tienden a tener un estilo de vida mucho más saludable, tienden a evitar el abuso del alcohol, de drogas, así como de comportamientos sexuales riesgosos. Las personas que asisten regularmente a participar en actos religiosos tienen sistemas inmunes más fuertes que sus pares menos religiosos, y muestran significativamente mejores resultados al sufrir algunas enfermedades que los no religiosos (44).

2.5.1.2 FACTORES ECONÓMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES CON OSTEOPOROSIS

Los factores económicos de las personas mayores está determinada por su poder adquisitivo; que puede provenir de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilaciones o pensiones, entre otros. Se basa en el acceso y disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida (45).

Ocupación: Según Kielhofner, la ocupación es el quehacer de las personas para desempeñar roles, incluidos en las actividades de la vida diaria básica e instrumental, educación, trabajo, juego, descanso y sueño, ocio y participación social. También define que a medida que se realizan las ocupaciones se van construyendo los patrones de desempeño a lo largo del tiempo, con influencia e interrelación con el entorno, en los cuales están involucrados los hábitos, conductas automáticas integradas realizadas diariamente, rutinas, ocupaciones con secuencias establecidas y roles (46).

Al relacionar la ocupación con el adulto mayor, es importante tener en cuenta el concepto de justicia ocupacional, que involucra al hombre como ser ocupacional con capacidad de elección de las actividades según su interés. Por tanto, el hecho de llegar a un ciclo de vida como la vejez, implica cambios y transformaciones en sus múltiples

dimensiones, no significa que la ocupación se dejará de lado, por el contrario, debe ser vista como parte fundamental del ser humano que cumple sus funciones según los ciclos de vida y que continua su transformación; visión que debe ser tenida en cuenta al involucrarse con población adulta mayor, partiendo lógicamente, del interés que se tiene de participar en la diversidad de actividades ocupacionales (46).

Ingresos económicos del adulto mayor: Es la capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, esto constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez; en este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. En las economías desarrolladas, las pensiones son la principal fuente de ingresos y protección en la vejez, mientras que en los países en desarrollo son pocos los que tienen el acceso a una pensión y, por tanto, tienen que recurrir a otras fuentes de ingresos (47).

El cuadro para los adultos mayores es muy penoso debido a que no están adecuadamente asegurados, con las instituciones de apoyo con los más pobres y los más vulnerables. Lo más preocupante es el acrecentado porcentaje de adultos mayores que no pertenecen a ningún tipo de sistema pensional ni de seguridad social, o si lo están, los sistemas no responden a sus demandas o necesidades individuales como debe ser (47).

El hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones, además mejora la autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos (48).

2.5.1.3 FACTORES FAMILIARES DE LOS ADULTOS MAYORES CON OSTEOPOROSIS

Es el conjunto de circunstancias e interacciones que los adultos mayores tienen con otros seres humanos como son su esposa(o), hijos(as), nietos(as), hermanos(as), entre otros que tienen diferentes roles dentro del grupo y siendo parte esencial para la calidad de vida.

La familia es el núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto, cada sociedad va a tener un tipo de organización familiar, en este grupo familiar se transmiten los valores de la sociedad en la que se vive y por lo tanto es productora del sistema social hegemónico de una época y sociedad determinada. En suma se puede definir a la familia como un grupo social que está unido por relaciones de parentesco, tanto por vía sanguínea como por relaciones afectivas (49). Entre estos factores tenemos:

- Relaciones familiares.
- Personas con las que pasa la mayor parte de su vida.
- Apoyo familiar para realizar las actividades de la vida diaria.
- Persona que acompaña a la consulta médica.
- Expresiones de afecto recibidas por los familiares.
- Atención y/o compañía agradable.
- Realiza actividades recreativas
- Realiza ejercicios físicos
- Horas de descanso nocturno

2.6 OSTEOPOROSIS

En 1993 la OMS definió la osteoporosis (OP) como “una enfermedad sistémica, caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que incrementa la fragilidad del mismo, con el consecuente aumento del riesgo de fractura”. Posteriormente, en el año 2001, el Panel de Consenso National Institute of Health (NIH) definió la osteoporosis como “una enfermedad esquelética, caracterizada por una disminución de la resistencia ósea que predispone al paciente a un mayor riesgo de fractura”. Ambas definiciones parecen similares, pero la más reciente es más completa porque no se basa sólo en la disminución de la masa ósea, sino que introduce el concepto más amplio de

“resistencia ósea”, que integra dos componentes fundamentales, la cantidad y la calidad del hueso (50).

La osteoporosis es como bien la etimología de la palabra lo indica (Osteon = Hueso, Poros = Poro y Sys = Formación) se refiere a la formación de poros en los huesos, lo que se traduce clínicamente a una deformación degenerativa de los huesos que se produce comúnmente en personas de avanzada edad, sin embargo, esta patología puede desarrollarse en personas de corta edad que se enferman de Osteoporosis. Esta enfermedad suele tener un período subclínico bastante extenso, durante el cual la patología no se manifiesta (período asintomático) y puede pasar desapercibida durante muchos años hasta que finalmente se manifiesta con una fractura (50).

Los principales minerales que comienzan a ausentarse de los huesos son el hierro, el calcio y el zinc. Además de esto, la Osteoporosis causa que los huesos no absorban con la misma facilidad las vitaminas y minerales esenciales por lo que es necesario aplicar suplementos de los minerales que contienen una mayor carga de nutrientes para que la absorción sea óptima. Son las mujeres que entran a la etapa de la menopausia las que sufren con mayor frecuencia los embates de la Osteoporosis (50).

2.6.1 Síntomas de la osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad silenciosa y generalmente causa síntomas en etapas avanzadas, las etapas iniciales de la disminución de la masa ósea no presentan síntomas, pero una vez que los huesos se hayan debilitado por la osteoporosis, puedes tener los siguientes signos y síntomas:

- Dolor lumbar, causado por la fractura o el colapso de una vértebra
- Pérdida de estatura con el transcurso del tiempo,
- Postura encorvada
- Fractura de un hueso que se produce mucho más fácilmente de lo previsto (51,52).

2.6.2 Factores de riesgo predictores de osteoporosis

A pesar de que la osteoporosis es una enfermedad usualmente asociada a la edad, existe una serie de factores de riesgo que pueden generar una importante predisposición a dicha enfermedad, entre los cuales pueden mencionarse:

- **Factores no modificables**

- **La edad:** Es uno de los principales factores de riesgo, la masa ósea aumenta durante las tres primeras décadas de la vida, alcanzando el denominado pico de masa ósea; en la edad adulta se inicia la pérdida progresiva de masa ósea; en las mujeres se verá aumentada en la primera década tras la menopausia y posteriormente continuará, consecuencia de la edad, pero a un ritmo muy inferior.
- **El sexo** Las mujeres presentan mayor riesgo de padecer de osteoporosis, los huesos son de menor tamaño y el pico de masa ósea es inferior al alcanzado por los varones. Además, las mujeres tienen una mayor tasa de pérdida, aumentada en la posmenopausia reciente y tienen una mayor expectativa de vida.
- **La raza** Las mujeres de raza blanca tienen mayor riesgo de presentar osteoporosis que las de raza negra; por otro lado las mujeres latinas consumen menos calcio que lo recomendado.
- **Historia familiar de osteoporosis:** El pico de masa ósea viene determinado en un 70-80% genéticamente, aquellos hombres y mujeres con historia familiar de osteoporosis presentan una densidad mineral ósea menor que la población de las mismas características sin el antecedente familiar.
- **El hipogonadismo:** Es un factor de riesgo importante de padecer de osteoporosis en los dos sexos; las situaciones de déficit estrogénico se asocian a mayor tasa de pérdida de masa ósea; esto acontece en la menopausia precoz, menopausia quirúrgica o periodos de amenorrea prolongados antes de la menopausia, ya sean de causa primaria o secundaria a procesos como la anorexia nerviosa, hiperprolactinoma, amenorrea inducida por el ejercicio físico, enfermedades crónicas, etc. En el varón, el hipogonadismo también puede ser por diversas causas, síndromes genéticos, como el síndrome de Klinefelter, la alteración del eje hipotálamo-hipofisariogonadal, la hiperprolactinemia o la castración quirúrgica o farmacológica en el tratamiento del cáncer de próstata.

- **Factores modificables**

- **El peso:** El bajo peso, el IMC inferior a 19 y la pérdida de peso respecto al adulto joven son indicativos de baja masa ósea.
 - **Tabaquismo** Los pacientes fumadores tienen una menor densidad ósea, el tabaco ejerce un efecto directo sobre el hueso y también influye sobre los niveles hormonales que modulan el remodelado óseo.
 - **Alimentación/dieta** La dieta debe ser equilibrada, con aporte suficiente de todos los nutrientes, sin exceso de proteínas animales y correctas en calcio y vitaminas D y K. El calcio es fundamental para el correcto desarrollo y mantenimiento del esqueleto.
 - **Ejercicio físico** Existe una relación directa y positiva entre la práctica de ejercicio físico habitual, tanto en el momento presente como en la pasada infancia-juventud con la densidad mineral ósea. Resultados recientes confirman que la práctica de ejercicio físico habitual y programas de entrenamiento en gente mayor, enlentecen la pérdida de masa ósea y así la preservan. Además, la buena forma física permite una mejor agilidad y mayor reacción de respuesta ante imprevistos (caídas).
 - **Consumo de alcohol y café:** Perjudican la remodelación ósea.
 - **Medicamentos:** La administración de terapias prolongadas con glucocorticoides o anticonvulsivantes puede disminuir la densidad ósea y aumentar el riesgo de fracturas.
 - **Clima:** La osteoporosis es más frecuente en las zonas geográficas donde falta sol, ya que éste es necesario para activar la vitamina D, que mejora la absorción intestinal del calcio. En los países nórdicos, por ejemplo, es más alta la incidencia de fractura de fémur.
- **Consumo de alimentos ricos en calcio:** La insuficiencia de calcio contribuye de manera considerable al desarrollo de la osteoporosis. La alimentación debe ser balanceada y completa que incorpore lácteos, huevo, pescado, vegetales, frutas secas y granos integrales, aporta vitamina D y fósforo que son muy necesarios para una correcta absorción de calcio (53,54).

2.7 SUPUESTOS HIPOTÉTICOS

1. Existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores sociales del usuario de EsSalud, Cajamarca-2013.

2. Existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores económicos del usuario de EsSalud, Cajamarca-2013.
3. Existe relación entre la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores familiares del usuario de EsSalud, Cajamarca-2013.

2.8 VARIABLES DEL ESTUDIO

2.8.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores socioeconómicos y familiares.

Definición conceptual: Es el conjunto de rasgos particulares y del contexto social, económico y familiar, que caracteriza al grupo social al que pertenecen los adultos mayores (39).

2.8.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida del adulto mayor

Definición conceptual: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, e inquietudes; está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno"(28)

2.9 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

2.9.1 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIOECONOMICOS Y FAMILIARES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	EVALUACION
FACTORES SOCIOECONOMICOS Y FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR	Conjunto de características que forman parte de la identidad o realidad social, económica y familiar del adulto mayor del Hospital EsSalud Cajamarca.	Factor social	Edad	De 60 a 69 años De 70 a 79 años De 80 a más	Nominal
			Sexo	Hombre Mujer	
			Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Conviviente Separado(a)	
			Religión	Católica No católica	
			Nivel educativo	Sin nivel/inicial Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	
		Factor económico	Ocupación	Ama de casa Trabajador no profesional Trabajador profesional Desocupado Jubilado	Nominal
			Ingreso económico mensual por jubilación u otros.	Si recibe No recibe	
			Apoyo económico de familiares	Si recibe No recibe	

			Satisfacción de las necesidades básicas con ingresos económicos.	Si No	
			Tenencia de casa propia	Si No	
			Personas con las que pasa la mayor parte de su tiempo.	Familia Amigos Solo otros	Nominal
			Expresiones de afecto recibidas por los familiares.	Si recibe No recibe	
			Atención y/o compañía agradable.	Si recibe No recibe	
			Realiza actividades recreativas	Si No	
			Realiza ejercicios físicos	Si No	
			Horas de descanso nocturno	De 6 a 8 horas De 4 a 6 horas Menos de 4 horas	

2.9.2 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICION	ITEMS	EVALUACION
CALIDAD DE VIDA	Función Física (FF)	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	1-Si, limita mucho. 2-Si, limita poco. 3-No, limita para nada	Según la respuesta cada ítems. Alta calidad de vida: 50-100 pts. Baja calidad de vida: 0-49pts.	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	Ordinal
	Desempeño Físico (DF)	Valora el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	1- Si 2- No		13,14,15,16	
	Dolor corporal o físico(DC)	Valora la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	1-Ninguno 2-Muy poco 3-Poco 4-Moderado 5-Mucho		21,22	
	Salud general(SG)	Proporciona una valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	1-Totalmente cierta 2-Bastante cierta 3-No se 4-Bastante falsa 5-Totalmente falsa		1,33,34,35,36	

	Vitalidad (VT)	Cuantifica el Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	1- Siempre 2- Casi siempre 3- Muchas veces 4- Algunas veces 5- Casi nunca 6- Nunca		23,27,29,31	Ordinal
	Función Social (FS)	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	1- Nada en absoluto 2- Ligeramente 3- Moderadamente 4- Bastante 5-Extremadamente		20,32	
	Rol Emocional (RE)	Mide el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	1- Si 2- No		17,18,19	
	Salud Mental (SM)	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	1- Siempre 2- Casi siempre 3- Muchas veces 4- Algunas veces 5- Casi nunca 6- Nunca		24,25,26,28,30	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional.

Descriptivo: porque dio a conocer las dimensiones y cualidades de las variables inmersas en el estudio como son los factores socioeconómicos y familiares, y la calidad de vida.

Analítico: porque permitió hacer una reflexión y un análisis de cada una de las variables de estudio, de acuerdo a los objetivos trazados.

Corte transversal: porque se estudió en un periodo determinado, con un grupo de personas adulto mayores que padecen de osteoporosis y son usuarios del Hospital EsSalud de Cajamarca.

Correlacional: porque tuvo el propósito conocer la relación que existe entre las variables de estudio.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó con los usuarios de consultorio externo del servicio de Reumatología del Hospital EsSalud Cajamarca, el cual está ubicado en la zona urbana del departamento, provincia y distrito de Cajamarca, Av. Mario Urteaga N° 963, previa autorización del Director del Establecimiento de Salud mencionado.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN

Estuvo conformada por 120 Adultos Mayores con diagnóstico de osteoporosis que se atendieron en el consultorio externo de Reumatología del Hospital EsSalud Cajamarca, en el año 2013.

La data de pacientes con diagnóstico de osteoporosis fue brindada por la responsable de estadística, con la autorización del Director del Hospital EsSalud Cajamarca.

3.3.2 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 66 adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis, y se realizó la selección de la misma de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, quedando al final aptos para el estudio 66 adultos mayores,

considerando la naturaleza del trabajo de investigación y que la población bajo estudio fue limitada.

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis, de ambos sexos, de 60 años a más, que estén registrados en la base de datos de los pacientes atendidos en consultorios externos de Reumatología del Hospital EsSalud Cajamarca del año 2013; y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio de investigación

3.3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adultos mayores de 60 años a más que presenten: deficiencias en sus facultades mentales, fractura de cadera., que hayan cambiado de lugar de residencia, y que no deseen participar en el estudio de investigación.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

La unidad de análisis fue cada adulto mayor con diagnóstico de osteoporosis atendido en EsSalud de la ciudad de Cajamarca según criterios de inclusión y exclusión.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a. Técnicas:

La presente investigación se realizó mediante la técnica de la entrevista y la observación, ambas técnicas permitieron la aplicación del cuestionario semi-estructurado elaborado por la autora en base a los objetivos y la literatura revisada, el cual permitió recoger información sobre los factores socioeconómicos y familiares; y la aplicación del cuestionario de salud SF-36 con el cual se recogió la información sobre la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de osteoporosis.

Los cuestionarios se aplicaron de manera individual, en su domicilio de cada uno de los adultos mayores con diagnóstico de osteoporosis, previa firma de autorización y consentimiento informado de participación en el estudio de investigación.

b. Instrumentos de recolección información.

El primer instrumento que se utilizó es un cuestionario semi estructurado elaborado por la autora, el mismo que está organizado de acuerdo con los objetivos propuestos con preguntas abiertas y cerradas, a efecto de poder recabar información sobre los factores socioeconómicos y familiares del adulto mayor (ver Anexo 2)

El segundo instrumento se utilizó para determinar la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico osteoporosis fue el cuestionario de salud SF-36 V 2.0 elaborado por Ware y Sherbourne en 1992, es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, en estudios ya sean descriptivos o de evaluación; la adaptación del cuestionario para su uso en España ha sido realizada por el equipo de J. Alonso (60), mostrando niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con otras versiones de otros países. Las preguntas del mencionado instrumento detectan tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental; consta de 36 preguntas, que exploran 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, el cual explora los cambios en el estado de salud en el último año (ver anexo 3).

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La validación del cuestionario semi estructurado elaborado por la autora, fue validado localmente a través de juicio de expertos (05 jueces), quienes evaluaron en el instrumento: claridad, objetividad, consistencia, coherencia, pertinencia y suficiencia, dando cada uno de ellos puntajes aprobatorios.

El segundo instrumento ha sido validado por diferentes investigadores de algunos países latinoamericanos. En nuestro medio, dicho instrumento ha sido utilizado y validado por Huamán, V. (61). Y para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó alfa de cronbach obteniendo el resultado de 0.8411 es mayor a 0.60 por lo tanto se concluye que el instrumento es confiable y es aplicable a nuestra realidad o a estudios que involucren el tema de investigación de calidad de vida.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos recogidos en los diferentes instrumentos de medición fueron procesados en una hoja de cálculo Excel, seguidamente la base completamente llenada fue exportada al programa estadístico SPSS versión 21, la información organizada se presentó en presentados en tablas simples y doble entrada. La interpretación y análisis se realizó en base a los resultados encontrados, apoyándonos en la bibliografía y otras investigaciones referentes al estudio en mención.

En cuanto a la calificación del cuestionario de salud SF 36, se utilizó el Enfoque Rand simple: establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), y proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas. No todas las respuestas tienen el mismo valor, sino que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.; En los ítems de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100; luego, los puntajes de los ítems de una misma dimensión se promedian y se crean los puntajes de las 8 escalas que oscilan de 0 a 100 y cuanto mayores sean reflejan mejor calidad de vida; teniendo en cuenta que la suma de las puntuaciones es menor de 50 nos indica baja calidad de vida y si obtenemos una puntuación mayor de 50 nos indica alta calidad de vida (62,63)

Para el análisis inferencial de la información se utilizó la prueba del Chi Cuadrado, en tablas de contingencia con la finalidad de encontrar la relación que existe entre las variables, aceptando el supuesto hipotético si el valor “p” es menor que 0,05 o no aceptándose en caso contrario (valor p mayor que 0,05).

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, esta investigación no revistió riesgo alguno para las personas que participaron en el presente estudio, ya que la información que se obtuvo de los cuestionarios no atentó de ninguna manera contra la integridad física y moral de los pacientes.

A cada adulto mayor se le informó que su participación era voluntaria dando por aceptada su participación, firmado el consentimiento informado de cada paciente luego de explicarle los objetivos de estudio.

Todas las actividades se realizaron con el debido permiso escrito y verbal del director del Hospital EsSalud Cajamarca.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 01. Factores Sociales de los Adultos Mayores con Osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.

FACTORES SOCIALES	N	%
Edad		
De 60 a 69 años	38	57.6
De 70 a 79 años	21	31.8
De 80 a más	7	10.6
Sexo		
Hombre	12	18.2
Mujer	54	81.8
Estado civil		
Soltero (a)	6	9.1
Casado (a)	26	39.4
Conviviente	4	6.1
Separado (a)	7	10.6
Viudo (a)	19	28.8
Divorciado (a)	4	6.1
Religión		
Católica	54	81.8
No católica	12	18.2
Nivel educativo		
Sin nivel/inicial	8	12.1
Primaria incompleta	2	3.0
Primaria completa	3	4.5
Secundaria incompleta	3	4.5
Secundaria completa	13	19.7
Superior	37	56.1
Total	66	100

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado por la autora.

La presente tabla revela los factores sociales del adulto mayor con Osteoporosis, donde se destaca que el 57.6% tienen edades entre 60 a 69 años, 81.8% son de Sexo femenino, 39.4% son casados, 81.8% profesan la religión católica y el 56.1% tienen el nivel educativo superior.

Los resultados se corroboraron con el estudio de Chávez R. (2010), quien encontró que el mayor porcentaje de adultos mayores fueron de 60 y 69 años de edad, de estado civil casados y profesaban la religión católica; así mismo, con el estudio de Nivarete R. y Col. (2010), Sánchez M. y Col (2011) y Apaza L. y Col quienes encontraron que el género predominante fue el femenino. Datos que se ven refrendados con los que reportó el INEI

al finalizar el 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú viven más de 3 millones de personas adultas mayores y el (53,3%) son mujeres y (46,6%) son hombres. Estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad (64).

Estos resultados también coinciden con el estudio de Merino J. (2010) quienes reportan que la mayoría de su población estudiada, son casados, con nivel de instrucción superior, cesantes /jubilados y profesaban la religión católica. San Martín (44) refiere, 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 quizá porque están enfermos o padecen una enfermedad crónica y otros porque se ven muy cerca de la etapa de la muerte. Los adultos mayores con creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos.

Los adultos mayores participantes del estudio informaron en la entrevista que la religión es el factor más importante a la hora de aceptar los problemas físicos y las tensiones de la vida (por ejemplo en la pérdida de un esposo o una pareja). A través de la religión y búsqueda a DIOS encuentran consuelo para sus problemas, les permite tener una actitud positiva y tener esperanzada hacia la vida y la enfermedad; DIOS les da sentido de significado y de propósito en la vida, es quien les da fuerza para seguir adelante, quienes manifiestan que muchas veces al pedir por su salud sienten menos los dolores generados por la osteoporosis permitiéndoles permanecer motivados respecto de su recuperación.

Así mismo, nuestro estudio es semejante al estudio de Flores R. (2013) quien encontró que el 54,4% de Adultos mayores alcanzaron un nivel superior. A diferencia de lo encontrado por el INEI-2017 (42), afirma que Las personas de 60 y más años se ubican entre los segmentos de población con menor nivel educativo. El 44,0% estudió educación primaria, seguido por un 21,7% que alcanzó educación secundaria, el 18,3% sin nivel educativo o con inicial y el 16,0% con estudios superiores.

De la muestra estudiada, se observa que el 45.5% tienen pareja, teniendo en cuenta el estado civil de casado y conviviente; de los datos relevados mediante la entrevista y aplicación de cuestionario semiestructurado se obtuvo que la relación de pareja en la vejez

cumple fundamentalmente funciones de apoyo emocional, compañía y consejo o guía cognitiva; y se incrementan el compañerismo, el cuidado mutuo y la afectividad positiva, reflejándose en una mejor calidad de vida del adulto mayor, en comparación de aquellas personas que son solederos, viudos y divorciados.

Tabla 02. Factores Económicos del Adulto Mayor con Osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.

FACTORES CONOMICOS	N	%
Ocupación		
Ama de casa	32	48.5
Trabajador profesional	11	16.7
Trabajador no profesional	8	12.1
Desocupado	15	22.7
Ingreso económico mensual por jubilación u otros.		
Si recibe	56	84.8
No recibe	10	15.2
Apoyo económico de familiares		
Si recibe	25	37.9
No recibe	41	62.1
Satisfacción de necesidades básicas con ingresos económicos.		
Si	66	100
No	0	0
Tenencia de casa propia		
Si	56	84.8
No	10	15.2
Total	66	100

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado por la autora.

Los resultados de esta tabla muestran los factores económicos de los adultos mayores con Osteoporosis, evidenciándose 48.5% son amas de casa, seguido por el 22.7% son desocupados; 84.8% con ingresos económicos mensuales por jubilación u otros, 62.1% refirieron no recibir apoyo económico de sus familiares, el 100% de adulto mayores logran satisfacer sus necesidades básicas con sus ingresos económicos mensuales, y 84.8% de adultos mayores tienen casa propia.

De lo descrito y del cuestionario aplicado al total de los participantes se afirma que, el 56.1% no son jubilados/pensionados y el 43.9% son jubilados/pensionados de los cuales en su mayoría tienen una ocupación no lucrativa como amas de casa y perciben un ingreso

económico mayor del sueldo mínimo vital básico (700.00 soles) por jubilación y en muchos casos por alquiler de propiedades, refirieron la mayoría de adultos mayores no recibir apoyo económico de familiares y una minoría recibe apoyado económico de sus hijos y su pareja, y con el total de ingresos mensuales obtenidos satisfacen sus necesidades básicas como es de alimentación, vestido y salud; además la gran mayoría de adultos mayores entrevistados refirieron tener casa propia con sus servicios básicos de agua, luz y desagüe; además se evidencio que sus viviendas se encuentran en zona urbana y periurbana.

Los datos encontrados en el presente trabajo de investigación, tiene semejanza con el estudio realizado por Coronado J. y Col (2009), quien halló que el 44,5% de la población estudiada no ejerce ninguna actividad lucrativa y difieren de los resultados encontrados por Apaza L. y Col. (2016), quien manifiesta que la mayoría de su población estudiada (56.7%) trabajaba.

Tabla 03. Factores Familiares del Adulto Mayor con osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.

FACTORES FAMILIARES	N	%
Personas con las que pasa mayor parte de su tiempo		
Familia	46	69.7
Amigos	2	3
Solo	10	15.2
Otros	8	12.1
Expresiones de afecto recibidas por los familiares.		
Si recibe	61	89.4
No recibe	5	10.6
Atención y/o compañía agradable.		
Si recibe	59	74.2
No recibe	7	25.8
Realiza actividades recreativas		
Si	49	74.2
No	17	25.8
Realiza ejercicios físicos		
Si	44	66.7
No	22	33.3
Horas de descanso nocturno		
De 6 a 8 horas	44	66.7
De 4 a 6 horas	20	30.3
Menos de 4 horas	2	3
Total	66	100

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado por la autora.

La tabla 03 revela los factores familiares del adulto mayor con Osteoporosis, en donde se observa que 69.7% refieren pasar la mayor parte de su tiempo con su familia y sólo el 15.2% pasan su tiempo solos; 89.4% reciben expresiones de afecto por sus familiares; 74.2% respondieron que reciben atención y/o compañía agradable; 74.2% realiza actividades recreativas; 66.7% realiza ejercicios físicos; 66.7% refiere tener de 6 a 8 horas de descanso nocturno adecuado y solo el 3.0% refirieron descansar menos de 4 horas.

Los resultados obtenidos son corroborados por Chávez R. (2010), quien halló en su estudio que, el 96.2% recibe expresiones de afecto como caricias, besos y palabras cariñosas; el 94% recibe atención y/o compañía agradable que le hace sentir bien en su mayoría de la pareja, hijos y nietos; el 69.2% participa en actividades físicas, recreativas,

lúdicas y paseos y el 48.1% de adultos mayores descansan de 6 a 8 horas en horario nocturno. Así mismo, el médico Cirujano Morales Nelson en su estudio, reconoce que la calidad del sueño cumple un rol fundamental en la calidad de la vigilia, lo que incide en la salud; así, las personas que sufren de insomnio regularmente se quejan de fatiga, irritabilidad, inestabilidad emocional, dificultad en la atención o la concentración, problemas de memoria y sensación de disminución de su rendimiento (65).

Como resultado de la experiencia en la entrevista a los adultos mayores participantes en la investigación, se afirma que la familia cumple un papel central para el bienestar de las personas adulto mayores; ya que, es el contexto más inmediato, donde se da la interacción personal y los contactos cara a cara, es además, el ámbito de protección y socialización. El apoyo familiar representa un elemento importante para la contención de situaciones de pobreza, exclusión social y sobre todo, de dependencia cuando hay situaciones de enfermedad crónica como la osteoporosis, ante dicha morbilidad, los integrantes de la familia tendrán que ocuparse de sus mayores durante más tiempo, sobre todo cuando las condiciones de salud son cada vez más deterioradas.

Así mismo, las relaciones entre personas mayores y jóvenes contribuyen a que el envejecimiento activo sea una realidad, no se trata solamente de que estén juntas sino también de que se relacionen entre sí y compartan tiempo y conocimiento; éstas relaciones entre generaciones se basan en saber escuchar y transmitir, en ambas direcciones. Envejecer supone un crecimiento en cultura y en valores humanos, en sensibilidad y comprensión. Estas cualidades son las que debemos transmitir a las nuevas generaciones, y a la vez, aprender de ellas todo aquello que no estuvo a nuestro alcance en épocas anteriores.

Las relaciones entre abuelos y nietos es importante y gratificante para ellos, muchos estudios indican que estas relaciones son recordadas como las más entrañables de la vida. Hay que insistir en que los abuelos no son sólo cuidadores, sino que tienen el papel de transmisores del saber, de experiencias familiares, de la historia, de los propios ancestros y de los valores positivos que hemos podido aprender a lo largo de nuestra vida, las relaciones intergeneracionales entre abuelos y nietos pueden ser una de las fuentes de satisfacción que ayuden a las personas a envejecer mejor.

Tabla 04. Calidad de vida del adulto mayor con Osteoporosis, EsSalud Cajamarca, 2013.

DIMENSIONES	CALIDAD DE VIDA					
	Baja		Alta		Total	
	N	%	N	%	N	%
Función física	41	62.1	25	37.9	66	100
Rendimiento físico	25	37.9	41	62.1	66	100
Dolor corporal	23	34.8	43	65.2	66	100
Salud general	35	53.0	31	47.0	66	100
Vitalidad	29	43.9	37	56.1	66	100
Función social	24	36.4	42	63.6	66	100
Rol emocional	22	33.3	44	66.7	66	100
Salud mental	17	25.8	49	74.2	66	100
	20	30.3	46	69.7	66	100

Fuente: Cuestionario SF 36 (Alonso J. y Col.).

En la tabla se presenta la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis según dimensiones estudiadas, del total de la población estudiada que fue atendida en el Hospital Essalud Cajamarca, en términos generales la mayoría el 69.7% refirieron tener alta calidad de vida, en contraste al 30.3 % que refirieron tener una baja calidad de vida. Y al analizar cada una de una las dimensiones estudiadas, se puede observar que en la mayoría, los adultos mayores refirieron tener alta calidad de vida, definiéndose con mayores porcentajes a: Rendimiento físico (62.1%), Dolor corporal (65.2%), Vitalidad (56.1%), Función social (63.6%), Rol emocional (66.7%) y Salud mental (74.2%); y en algunas dimensiones baja calidad de vida, como son: Función física (62.1%) y Salud general (53.0%).

Como se observa en la tabla de la mayoría de adultos mayores con Osteoporosis que refirieron tener alta calidad de vida, se menciona:

Con respecto a la dimensión Rendimiento físico(RF) el 62.1% de los adultos mayores refirieron que su estado de salud actual no interfiere en sus labores y otras actividades diarias, consideraron un rendimiento laboral dentro de los parámetros aceptables; además refirieron que las actividades que realizan no demanda de esfuerzos físicos y en muchas ocasiones ellos reciben apoyo constante de familiares o de otros para realizar ciertas actividades que demandan de fuertes esfuerzos, lo que conlleva a manifestar en cuanto a esta dimensión una alta calidad de vida.

En la dimensión dolor corporal (DC) el 65.2% de adultos mayores manifestaron que el dolor corporal padecido no interfiere en su trabajo habitual y/o en las actividades del hogar; pues, la mayoría refirieron tener alta calidad de vida con relación a esta dimensión, refirieron, que los dolores que suelen presentarse a causa de la osteoporosis son atenuados con sus tratamientos médicos los cuales usan diariamente.

En cuanto, a la dimensión vitalidad (VT) el 56.1 % de adultos mayores refirieron alta calidad de vida, manifestaron que, muchas veces se sienten con vitalidad y energía, y eso es gracias a Dios que les ayuda con su enfermedad y les da fuerza cada día de su vida para seguir adelante.

De la misma manera en la relación de calidad de vida y función social (FS), el 63.6% califica tener alta calidad de vida; los adultos mayores refirieron que sus problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren poco o nada en su vida social y habitual que ellos tienen. Referente al rol emocional (RE), también se puede observar que hay un mayor porcentaje 66.7% que determinaron que su calidad de vida en este aspecto es alta; es decir, los problemas emocionales en este grupo de adultos mayores no interfieren o interfiere poco en el trabajo u otras actividades diarias; los resultados encontrados difieren a los resultados hallados por Huamán R (2009) en Cajamarca, quien realizó un estudio que cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) de Cajamarca, llegando a la conclusión que la percepción del adulto mayor de su calidad de vida es mala, hecho que se acentúa en el rol emocional.

De igual manera, en lo referente a la dimensión de salud mental (SM), un alto porcentaje 74.2% manifestaron que su calidad de vida es alta, es decir, que la mayoría de adultos mayores no presentan alteraciones en la salud mental de manera considerable o alteración en el control de la conducta, depresión o ansiedad, pero en algunas ocasiones si se han sentido tristes. Nuestros resultados se asemejan a los de Huamán R. quien en su estudio no evidencio mayores problemas de salud mental (ansiedad, depresión, estrés), sin embargo, se han sentido moderadamente triste e infelices.

También se evidencia en la tabla, que de la minoría (30.3 %) adultos mayores con osteoporosis que manifestaron tener baja calidad, se acentúa en las dimensiones:

Función física (FF) el 62.1% de adultos mayores manifestaron que, existe un grado de limitación de moderado a severo (de poco a mucho) para hacer actividades de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos, pues, esto puede deberse a que los adultos mayores padecen de una enfermedad crónico degenerativa como lo es la osteoporosis en etapa avanzada, debido a esto, es que hay una limitación considerable de las funciones físicas; influyendo de manera directa o indirecta en la percepción de la calidad de vida relacionada a la dimensión de salud general (SG), en donde la mayoría (53.0 %) de adultos mayores consideró a su estado de salud actual mala y en muchos casos tienen una visión futura deplorable de su salud.

En términos generales nuestros resultados difieren a los de Sánchez M. y Col. (2011) quien realizó un estudio denominado calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria, obteniendo resultados que reflejan que la calidad de vida de los pacientes clasificados como osteoporóticos es más baja, en todas las dimensiones de la calidad de vida evaluadas. Así mismo, los resultados obtenidos, difieren con los encontrados por Flores R. (2013) quien determinó en la percepción de calidad de vida según las dimensiones (Rendimiento físico, Dolor corporal, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental); el 71.1 % de los adulto mayores que acudieron a la consulta externa del Hospital Regional de Cajamarca, percibieron su calidad de vida como baja, en contraste con el 22% que la percibió como alta.

Los resultados obtenidos tienen relación con las bases teóricas presentadas en el presente donde se describe que la Calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (28). Y concuerda con una de las características de la calidad de vida, la Interdependencia, nos da a conocer que los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales (66).

Tabla 05. Calidad de vida del Adulto Mayor con Osteoporosis Relacionado con los Factores Sociales, EsSalud Cajamarca, 2013.

FACTORES SOCIALES	CALIDAD DE VIDA						Pvalue
	BAJA		ALTA		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							0.195
De 60 a 69 años	9	23.7	29	76.3	38	100	
De 70 a 79 años	7	33.3	14	66.7	21	100	
De 80 a más	4	57.1	3	42.9	7	100	
Sexo							0.659
Masculino	3	25	9	75	12	100	
Femenino	17	31.5	37	68.5	54	100	
Estado Civil							0.302
Soltero (a)	3	50	3	50	6	100	
Casado (a)	9	34.6	17	65.4	26	100	
Conviviente	0	0	4	100	4	100	
Separado (a)	1	14.3	6	85.7	7	100	
Viudo (a)	7	36.8	12	63.2	19	100	
Divorciado (a)	0	0	4	100	4	100	
Religión							0.101
Católica	14	25.9	40	74.1	54	100	
No católica	6	50	6	50	12	100	
Nivel Educativo							0.318
Sin nivel/inicial	5	62.5	3	37.5	8	100	
Primaria incompleta	1	50.0	1	50	2	100	
Primaria completa	1	33.3	2	66.7	3	100	
Secundaria incompleta	1	33.3	2	66.7	3	100	
Secundaria completa	2	15.4	11	84.6	13	100	
Superior	10	27	27	73	37	100	
TOTAL	20	30.3	46	69.7	66	100	

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado por la autora.

En la presente se observa que no existe relación significativa entre calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores sociales, obteniendo como resultados de la relación entre edad y la percepción de la calidad de vida ($P = 0,195$), así mismo, al relacionar la calidad de vida con la variable sexo ($P = 0.659$), con estado civil ($P = 0.302$), religión ($P = 0.101$) y con el nivel educativo ($P = 0.318$).

Los resultados encontrados difieren con el estudio realizado por Flores R. (2013), quien encontró relación altamente significativa entre calidad de vida y edad, estado civil y nivel educativo con valores de “P”= 0.0001, 0.0359 y 0.0052 y obtiene resultado semejante a nuestro estudio al encontrar que no hay relación significativa en la relación de sexo con la percepción de calidad de vida ($P = 0,5706$).

De los resultados obtenidos se puede señalar, que el adulto mayor con osteoporosis a menor edad (60 a 69 años) refiere tener alta calidad de vida, ya medida que avanza la edad (80 a más años de edad) la percepción de calidad de vida empeora calificándola como baja; esto demuestra que a menos edad, el adulto tiene una autonomía y máxima funcionalidad en su estado físico, lo contrario sucede cuando se avanza en edad. Asemejándose a lo encontrado por de Huamán R, quien encontró que a medida que las personas envejecen las diferentes dimensiones de la calidad de vida se deterioran conllevando a una baja calidad de vida.

En la relación calidad de vida con estado civil se puede evidenciar que la mayoría de adultos mayores, el 65.4% son casados y refieren tener una alta calidad de vida, y el 34.6% de casados refiere tener baja calidad de vida. Lo cual concuerda con las bases teóricas, para el adulto mayor es de importancia 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 y se hallan números estudios que muestran que el estar casado puede ser un predictor subjetivo de salud mayor que cualquier otra categoría de personas no casadas (13).

En la relación con la religión se observa que la mayoría de adultos mayores, el 74.1% que profesan la religión católica refieren tener alta calidad de vida. Refrendado con la teoría la cual refiere, cuando la persona llega a ser adulta mayor busca acercarse a Dios y los adultos mayores con creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos, y existe certeza de que la participación en actividades religiosas favorece la salud porque se promueven conductas y estilos de vida más saludables y porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento (50).

Finalmente se observa en la tabla que la mayoría de adulto mayores con osteoporosis, el 73.0% tienen como nivel educativo superior y refirieron tener alta calidad de vida y son la minoría con menor o sin nivel educativo que refieren tener una baja calidad de vida, se deduce de los datos obtenidos que a medida que aumenta el nivel de escolaridad la percepción de la calidad de vida es mayor. Esto se asemeja a los resultados encontrados por Coronado J. (2009) quien encontró que el nivel de instrucción superior es un factor protector para evitar la mala calidad de vida en todas las dimensiones.

Tabla 06. Calidad de vida del Adulto Mayor con Osteoporosis según los Factores Económicos, EsSalud Cajamarca, 2013.

FACTORES ECONOMICOS	CALIDAD DE VIDA						Pvalue
	BAJA		ALTA		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
Ocupación							0.359
Ama de casa	9	28.1	23	71.9	32	100	
Trabajador profesional	3	27.3	8	72.7	11	100	
Trabajador no profesional	1	12.5	7	87.5	8	100	
Desocupado	7	46.7	8	53.3	15	100	
Ingresos económicos por jubilación u otros							0.962
Si recibe	17	30.4	39	69.6	56	100	
No recibe	3	30.0	7	70.0	10	100	
Apoyo económico de familiares							0.751
Si recibe	7	28.0	18	72.0	25	100	
No recibe	13	31.7	28	68.3	41	100	
satisfacción de necesidades básicas con los ingresos económicos							0.995
Si	20	30.3	46	69.7	66	100	
No	0	0	0	0	0	0	
Tenencia de casa propia							0.141
Si	15	26.8	41	73.2	56	100	
No	5	50.0	5	50.0	10	100	
TOTAL	20	30.3	46	69.7	66	100	

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado por la autora.

Se observa en la tabla que al relacionar calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores económicos no se halló relación significativa con ninguno de los factores mencionados, obteniendo los resultados al relacionar la percepción de calidad de vida con ocupación ($P = 0.359$), recibe ingresos económicos por jubilación u otros ($P = 0.962$), recibe apoyo económico de familiares ($P = 0.751$), satisfacción de necesidades básicas con los ingresos económicos ($P = 0.995$) y con tenencia de casa propia ($P = 0.141$).

Los resultados obtenidos difieren de los de Flores R. (2013), quien encontró que la asociación es altamente significativa entre la ocupación y la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, obteniendo un $p=0,0080$. De igual manera difieren con los resultados de Chávez R. (2010), quien halló que el apoyo económico de los familiares tiene una asociación altamente significativa ($\chi^2=0.001$) con el estado general de salud, mas no con el estado funcional y el bienestar emocional.

En la relación calidad de vida y ocupación, se encontró que la mayoría de adultos mayores con osteoporosis (71.9%) tuvieron como ocupación ama de casa además refirieron tener alta calidad de vida, lo hallado se asemeja con lo que indican Gallegos y López (67), realizar algún tipo de actividad, ayuda a que las personas tengan un buen desarrollo físico; este hecho impacta la percepción de su salud, pues, el simple hecho de planear actividades que lo hagan sentirse útiles realizando cualquier tipo de actividad ayuda en forma global a mejorar su calidad de vida.

En cuanto a la relación calidad de vida y recibe ingresos económicos por jubilación u otros (alquiler de bienes) se observa que la mayoría de adultos mayores 69.6% reciben ingresos económicos por jubilación u otros, refirieron tener alta calidad de vida. Estos resultados concuerdan con los encontrados con Gallegos y Lopez (67), quienes en su estudio hallaron que los ingresos no tienen ningún efecto sobre las dimensiones de la calidad de vida; del mismo modo, estos resultados coinciden con los resultados de Chávez R.(2010), quien encontró que el ingreso económico por jubilación/ cesantía no tiene relación significativa con el estado funcional, bienestar emocional y estado de salud general de la calidad de vida.

Pedrero García E (68), la realidad muestra que sólo a partir de la posesión de un mínimo de recursos, es decir, cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es posible hablar de calidad de vida en términos subjetivos. O, por decirlo de otro modo, la perspectiva de la calidad de vida que, como podemos apreciar, se revela como muy amplia y permite incrementar los marcos donde se inscribe el bienestar en nuestras vidas, poco podría perfilarse si las condiciones básicas para que sea una realidad no se cumplen: vivienda, alimentación, servicios básicos, entorno comunitario, etc., por mucho que se desarrollen las habilidades y conocimientos sobre el control de nuestras condiciones de vida.

Y en la relación calidad de vida y tenencia de casa propia, se observa que la mayoría de adultos mayores (73.2%) poseen casa propia y refirieron tener alta calidad de vida. Los datos encontrados se refrendan con los de Formiga y Col (69), que afirman que la vivienda constituye un importante factor de bienestar social y destaca su adecuada condición para satisfacer las necesidades básicas y los niveles de vida de la población y, por ende, la mejoría de la calidad de vida de las personas.

Lo hallado en el presente estudio se respalda con la Teoría sociológica del envejecimiento: la Teoría de la actividad, en la cual se propone que las personas mayores deben mantenerse activas y vinculadas si quieren envejecer con éxito. La persona adulta mayor manteniéndose activo y ampliando las actividades tiene más probabilidad de disfrutar su vejez; se asume que la felicidad y la satisfacción con la vida resultan de un alto nivel de ampliación con el mundo y con el mantenimiento de las relaciones sociales. De acuerdo a esta teoría, cuando llega la jubilación hay que buscar actividades de sustitución (21).

El trabajo o la ocupación que desarrolla cada persona es clave para su calidad de vida, al jubilarse las personas mayores en ocasiones sienten que no pueden contribuir a la sociedad o que nadie los necesita, es necesario entender este periodo de la vida no como un fin, si no como una continuidad en el proceso de crecimiento en el que los adultos mayores siguen ocupando un lugar y desempeñando un nuevo rol en nuestra sociedad. La capacidad para hacer aprendizajes nuevos no está determinada por la edad y el que hagan cosas o alguna actividad les permitirá sentirse útiles. Por lo tanto, es fundamental que las autoridades anticipen los cambios que van a producirse en esta etapa de la vida; es posible darle un enfoque positivo a todos estos cambios y establecer futuras estrategias respecto a sus tiempos libres y ocupaciones, lo que conllevará a una mejora de su salud y calidad de vida.

Tabla 07. Calidad de vida del Adulto Mayor con Osteoporosis según Factores Familiares, EsSalud Cajamarca, 2013.

FACTORES FAMILIARES	CALIDAD DE VIDA						Pvalue
	BAJA		ALTA		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Personas con las que pasa mayor parte de su tiempo							0.019
Familia	12	26.1	34	73.9	46	100	
Amigos	0	0	2	100	2	100	
Solo	7	70	3	30	10	100	
Otros	1	12.5	7	87.5	8	100	
Expresiones de afecto recibidas de los familiares.							0.012
Si	16	26.2	45	73.8	61	100	
No	4	80	1	20	5	100	
Atención y/o compañía agradable.							0.012
Si	15	25.4	44	74.6	59	100	
No	5	71.4	2	28.6	7	100	
Realiza actividades recreativas							0.003
Si	10	20.4	39	79.6	49	100	
No	10	58.8	7	41.2	17	100	
Realiza ejercicios físicos							0.050
Si	10	22.7	34	77.3	44	100	
No	10	45.5	12	54.5	22	100	
Horas de descanso nocturno							0.000
De 6 a 8 horas	6	13.6	38	86.4	44	100	
De 4 a 6 horas	12	60	8	40	20	100	
Menos de 4 horas	2	100	0	0	2	100	
TOTAL	20	30.3	46	69.7	66	100	

Fuente: Cuestionario semiestructurado aplicado por la autora.

En la presente tabla se establece la relación calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y factores familiares, donde se observa que la asociación es altamente significativa entre calidad de vida del adulto mayor y horas de descanso nocturno ($P_v=0.000$); con actividades recreativas ($P_v=0.003$); y evidenciándose una relación significativa entre calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y expresiones de afecto recibidas de los familiares ($P_v=0.012$), atención y/o compañía agradable ($P_v=0.012$), personas con las que pasa la mayor parte del tiempo ($P_v=0.019$) y con realiza ejercicios físicos ($P_v=0.019$).

Respecto a las personas con las que pasa la mayor parte de su tiempo el adulto mayor, se observa que la mayoría (73.9%), lo pasa con su familia y refirieron tener alta calidad de vida; hallándose una relación significativa entre calidad de vida y personas con las que

pasa mayor parte de su tiempo ($P_v=0.019$). De ello se puede confirmar que la presencia de la familia (pareja, hijos, nietos, etc.) en la vida del adulto mayor con osteoporosis fue fundamental para mejorar su calidad de vida .

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar (21).

La calidad de vida del adulto mayor tiene una relación significativa con recibe expresiones de afecto de sus familiares, evidenciándose en la tabla que la mayoría el 73.8% de adultos mayores presentaron alta calidad de vida, refirieron que si reciben expresiones de afecto de parte de sus familiares, lo que les hace sentirse felices, muy queridos y sobre todo importantes para sus familiares. Los resultados obtenidos difieren de los de Chávez R. (2010), quien no encontró relación significativa entre ambas variables.

La participación en actividades recreativas tiene relación altamente significativa con calidad de vida, se observa en la mayoría de adultos mayores (79.6%) que sí participaron en actividades recreativas, laborales, de jardinería, lúdicas y de paseo, refirieron presentar una alta calidad de vida. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Chávez R. (2010), quien de la misma forma encontró una asociación significativa entre ambas variables, indicando que, cuando las personas mayores se dedican a realizar actividades recreativas, tienen frutos como entretenimiento, distracción, se relajan y repercuten tanto en su estado físico funcional como en su salud mental.

Estos resultados coinciden con Muñoz (2002), citado por Arraga (70), quien plantea que las personas mayores poseen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos que los adultos jóvenes, considera que cuando un individuo realiza alguna actividad se siente feliz, satisfecho y adaptado y alienta a las personas a realizar

un gran número de acciones que se vinculan con un estado de ánimo elevado. Del mismo modo, Gallegos Carrillo (67) refiere que el simple hecho de planear actividades que lo hagan sentirse útiles, realizar cualquier tipo de actividad ayudaría en forma global a mejorar su calidad de vida.

En la relación calidad de vida del adulto mayor y horas de descanso nocturno, se evidencia que la mayoría el 86.4% refirieron tener un descanso nocturno de 6-8 horas diarias, siendo muy importante, reflejándose en su alta calidad de vida. Se halló una relación altamente significativa entre ambas variables. Estos datos son iguales a los encontrados a los de Chávez R. (2010), quien indica que existe una asociación altamente significativa entre las horas de descanso nocturno de los adultos mayores y las dimensiones de la calidad de vida, estado funcional, bienestar emocional y estado de salud general, los tres con resultado $X^2=0.000$.

Los resultados obtenidos se ven refrendados por la Teoría de la continuidad, Robert Atchley, asume que un envejecimiento con éxito implica mantener o continuar los valores, hábitos y preferencias y lazos familiares previos, y todo los demás enlaces que hayan formado la estructura de la vida adulta. La vejez no se ve como un momento que deba desencadenar un gran reajuste de la vida, sino simplemente un momento para seguir siendo la misma persona. De acuerdo a esta teoría, el ritmo de las actividades deben ralentizarse. Las actividades perseguidas en la vida previa que no aportan satisfacciones y felicidad verdadera pueden abandonarse a discreción de la personas, para algunos olvidarse de las continuas presiones temporales y de las fechas límites es una recompensa de la vejez (21).

Y a la vez por la teoría del apoyo social familiar, Fawcett considera que la familia es un sistema de apoyo positivo, promotor y útil; y que los recursos de ayuda serán en forma de bienes y servicios, información, protección a los efectos de estrés y ayuda en crisis como es el caso de la depresión. Hogue, refiere que el apoyo social puede ser brindado en distintas instancias según necesidades del individuo, siendo estas a través de: Apoyo emocional, mediante el cual se pone énfasis en la entrega de actitudes de confianza, preocupación atención agrado y amor hacia el adulto mayor; Apoyo valorativo, en el que se refuerza básicamente la autoestima, retroalimenta conductas positivas en la persona y permite verse así mismo en forma integral; Apoyo informativo, es aquel relacionado con la entrega de noticias o información de cómo resolver problemas personales o del entorno;

Apoyo instrumental, está referido a conductas que ayudan directamente a la persona necesitada, como son la donación de bienes y servicios como dinero, medicamentos, equipos, etc (21)

CONCLUSIONES

1. Los factores socioeconómicos del adulto mayor con osteoporosis muestra mayores porcentajes en el grupo etario de 60 a 69 años de edad, sexo femenino, estado civil casado, religión católica, nivel educativo superior; desempeñan la ocupación de ama de casa, reciben un ingreso económico mensual por jubilación, no reciben apoyo económico de familiares y cuentan con casa propia.
2. Los factores familiares mostraron que los adultos mayores con osteoporosis pasan la mayor parte de su tiempo con sus familiares, reciben expresiones de afecto de sus familiares, reciben atención y/o compañía agradable, participan en actividades físico-recreativas y tienen un descanso nocturno de 6 a 8 horas diarias.
3. La calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis del Hospital EsSalud Cajamarca es alta; acentuándose en las dimensiones de rendimiento físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; y algunos mencionaron tener baja calidad de vida observándose en las dimensiones de función física y salud general.
4. Al relacionar calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis y los factores familiares, a través de la prueba estadística Pvalue (Pv), se demostró que existe relación significativa entre ambas variables, obteniendo los siguientes resultados: horas de descanso nocturno (Pv=0.000), realiza actividades recreativas (Pv = 0.003), recibe expresiones de afecto de sus familiares (Pv = 0.012), recibe atención y/o compañía agradable (Pv = 0.012), personas con las que pasa la mayor parte de su tiempo (Pv = 0.019) y realiza ejercicios físicos (Pv = 0.050); con la cual se acepta el supuesto hipotético N° 3.

RECOMENDACIONES

- Al Gobierno Regional de Cajamarca, implementación programas y servicios que incorporen activamente a los adultos mayores, y estrategias preventivo-promocionales, para fomentar el desarrollo de acciones de difusión, información y educación, en estilos de vida saludable y el cuidado de la salud; Así como la creación de espacios que les permita realizar actividades socioculturales, y pueden satisfacer sus necesidades de educación y recreación, lo cual conllevará a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- A la Municipalidad provincial de Cajamarca, Aplicar programas de nutrición y ejercicio físico orientados a la prevención de la osteoporosis, y establecer programas de salud para fortalecer el conocimiento de la población respecto a esta enfermedad.
- A la Dirección Regional de Salud Cajamarca, formular e implementar políticas regionales de salud que permitan el desarrollo de programas y estrategias preventivo-promocionales y de atención y rehabilitación, encaminadas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con osteoporosis.
- A los profesionales médicos de la salud del Hospital EsSalud, que brinden un trato más humano y sensible a los adultos mayores que acuden a sus atenciones y de igual manera al personal que brinda atención en servicio de farmacia dar prioridad en la atención a los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud. 2015. [Consultado el 15 de julio del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. Perú: Perfil sociodemográfico, Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda. Agosto 2018. [Consultado el 20 de octubre del 2018]. Disponible
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población y Demografía: Adultos Mayores integra la Población Económicamente Activa. [Consultado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/544-de-los-adultos-mayores-integra-la-poblacion-economicamente-9932/>
4. Ministerio de la mujer y Poblaciones vulnerables. Estadística del PAM, 2015. [Consultado el 04 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Cajamarca2.html>
5. Salud Actual: Las enfermedades más comunes de la tercera edad [Sede Web]. [actualizado el 28 de setiembre del 2017; consultado 28 de abril del 2018]. Disponible en: <https://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades-mas-comunes-tercera-edad.php>
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la osteoporosis, Informe de un grupo científico de la OMS. [Internet][Consultado el 14 de setiembre del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21185/B114_13-sp.pdf?sequence=1&ua=1
7. Rojas L. 2011. La osteoporosis en la vejez. EFDeportes.com [Internet] 2011[consultado 15 de julio del 2016] 160(1). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd160/la-osteoporosis-en-la-vejez.htm>
8. Fernández J. 2009. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. [consultado 15 de julio del 2016] 160(1). Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3420/Parraga%20Huaroc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Gómez M. Sabeh E. Calidad de vida. evolución del concepto y su influencia en la Investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. [Consultado 08 de octubre del 2018] Disponible en: <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
10. Estrada A., Cardona D., Segura A. Chavarriaga L. Calidad de vida del adulto mayor de Medellín. Rev. del Inst Nac de Salud Biomédica [Internet]. 2011 [Fecha de consulta 01 de enero del 2015]; 31 (4): 149-160. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399>

11. Nivarete R., Obando M. Estudio transversal factores de riesgo de osteoporosis en adultos. [Tesis licenciatura]. México: universidad Veracruzana; 2010.
Disponible en : <https://es.slideshare.net/KellyAndia/tesis-de-enfermeria-51635095>
12. Sanchez M., Ma V., Rivera E., Casado A., Vicente E. y Vicente J. Calidad de vida en pacientes con osteoporosis en atención primaria. Rev Actualidades en Psicología [en línea]. 2011 [fecha de acceso 09 de octubre del 2018]; 25(112): 57-73.
Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442011000100003
13. Urzúa A., Bravo M., Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev. méd. Chile [en línea]. 2011 [fecha de acceso 09 de octubre del 2018]; 139(8): 1006-1014.
Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000800005
14. Apaza L., Arias J. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado – MINSA Arequipa – 2016 [Tesis]. Arequipa, 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1816>
15. Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manrique L, Arequipa J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Rev Acta Med. Per.[Internet]. 2009[Citado el 20 de abril del 2015]; 26(4): 230-238.
Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>
16. Chávez R. Calidad de vida del adulto mayor y condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales del usuario de EsSalud, Chota 2008. [Tesis maestría]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2010.
17. Flores R. Percepción de la calidad de vida y perfil sociodemográfico del adulto mayor. Consultorios Hospital Regional de Cajamarca, 2010. [Tesis maestría] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2013.
18. Huamán R. Valoración de la calidad de vida del adulto mayor del centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Cajamarca. [Tesis maestría]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2009.
19. Merino J. Calidad de vida: Características biosociales y autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo II, EsSalud Cajamarca-2006. [Tesis maestría]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2010.
20. Reygadas, D. La Calidad de Vida en el Ser Humano. Revista Subjetividad y Procesos Psicológicos. 2002. Consultado 16 Abr. 2018.
21. Chein Adriana y Pritchard Susana. Teorías del envejecimiento. [Diapositiva]. 25 de Junio del 2012. 44diapositivas.
Disponible en: <https://es.slideshare.net/miriampritchard/teoras-del-envejecimiento-13444968>

22. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de Salud 74 San Juan de Miraflores [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. Enfermería; 2014
23. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan nacional para las personas adulto mayores 2006-2010. [Consultado el 02 de octubre del 2018]. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/PERU_PlanNacPAM2006_2010.pdf
24. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017. [Consultado el 10 de abril del 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf
25. Un buen Plan. Personas adultas mayores [Internet] 2011. [Consultado el 10 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://unbuenplan.pe/2018/05/14/personas-adultas-mayores/>
26. Wikipedia. Calidad de vida. [Consultado 20 de junio del 2018] disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida
27. Valencia D. Concepto de calidad de vida según la OMS. [Internet]. 11 de marzo 2013.[Fecha de acceso 20 de setiembre del 2018]. Disponible en: <https://prezi.com/xitl86owlv57/concepto-de-calidad-de-vida-oms/>
28. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med [Internet] 2007 [Consultado el 16 de octubre del 2018]; 68(3): 284- 290. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
29. Botero B. Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años. Hacia Prom. Salud [Internet] 2007 [Consultado el 16 de octubre del 2018]; 12(1): 11 – 24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
30. Enciclopedia Libre Universal en Español. Calidad de Vida.[Internet][Consultado el 15 de agosto del 2017] Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
31. Disponible en: <https://www.saludactual.cl/geriatria/osteoporosis-en-el-adulto-mayor.php>
32. Vinaccia S., Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica. [Internet] 2011. [Consultado 11 de enero del 2019]. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>
33. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3

34. Rubio R, Rico A, Cabezas J. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. *Geriátrica* 1997; 13(1):271-81.
35. Fernández R., Zamarrón M., María A. Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Madrid, España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales .1997.
36. Álvarez A. Factores que influyen en la calidad de vida. básica [Internet]. 02 de abril 2014[Fecha de acceso 20 de setiembre del 2015]. Disponible en: <https://prezi.com/yuswh9vj3vrh/factores-que-inciden-en-la-calidad-de-vida/>
37. Soto G. Calidad de vida en la vejez. [Internet]. [Consultado el 10 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.imujer.com/salud/3908/calidad-de-vida-en-la-vejez> FUE 48
38. Escuela Técnica ORT. Tecnología de Gestión y Filosofía: Factores Sociales. Disponible en: <https://sites.google.com/site/e518tecnofilosofia/-que-entendemos-por-factores-sociales>
39. Santos B, Zaragoza a, Vasquez Y, Mendez A, Gallardo O. Factores Sociales. [Diapositiva]. 14 de Setiembre del 2010. [Consultado el 15 de junio del 2015].Disponible en: https://es.slideshare.net/anarosamendez/factor-social?next_slideshow=1
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población adulta mayor. Diciembre 2017. [Consultado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04_adulto-jul-ago-set2017.pdf
41. Paredes H. Los estilos de vida y características sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota -2015. [Tesis] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/920/TESIS%20HILDA%20PAR EDES%20SANCHEZ.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población adulta mayor. Informe técnico N° 1, marzo 2018.[Consultado el 20 de octubre del 2018] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf
43. Significados. Religión. [Internet]. [Consultado el 15 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.significados.com/religion/>
44. San Martín C. Espiritualidad en la tercera edad. [Internet]. 2007. [Consultado el 18 de diciembre del 2016]. Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2008.pdf>

45. Madrigal M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. [en línea] 2010[fecha de acceso 09 de octubre del 2018]; 16(63). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005

46. Yarce E., Rosas G., Paredes Y., Rosero, M. y Morales A. Intereses ocupacionales de adultos mayores de 60 años de la ciudad San Juan de Pasto. Rev UNIMAR [Revista en internet] 13 de julio del 2015 [Consultado el 15 de diciembre del 2016]; 33(1): 201-212. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320149159_Intereses_ocupacionales_de_lo_s_adultos_mayores_de_60_anos_de_la_ciudad_San_Juan_de_Pasto_Colombia

47. Cano S. Factores demográficos, sociales y económicos asociados al maltrato en el adulto mayor según región del departamento de Antioquia, 2012. [Tesis Maestría]. Universidad CES de Medellín; 2012, p: 30-50. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3633/1/7.pdf>

48. Hartman G. Evaluación de la situación económica del adulto mayor que percibe pensión mínima por vejez en el municipio Santiago de Cuba [Internet] 2011. [Consultado el 27 de octubre del 2018]. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/ghr.html>

49. Bacilio A. Factores sociales y familiares que influyen en la satisfacción de la calidad de vida de los participantes del programa de adulto mayor “Luz Divina” del hospital distrital de Florencia de Mora “El Esfuerzo” durante el año 2013. [Tesis maestría]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3252/BACILIO%20CORTEZ%20ANA%20MARIA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

50. Carbonell C., Martín J., Valdés C. Atención Primaria de Calidad Guía de Buena Práctica Clínica en OSTEOPOROSIS. 2ª ed. Madrid: International Marketing & Communication; 2008. [Consultado el 27 de octubre del 2018]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_osteoporosis_edicion2.pdf

51. Pinheiro P. Osteoporosis: síntomas. [Internet]. [actualización 11 de agosto del 2018: Consultado el 27 de octubre del 2018]. Disponible en : <https://www.mdsau.de.com/es/2016/04/osteoporosis.html>

52. Mayo Clinic: Osteoporosis. [Internet]. [Consultado 20 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/osteoporosis/symptoms-causes/syc-20351968>

53. Hermoso M. Clasificación de la osteoporosis. Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. An. Sis. Sanit. Navar. [Internet]. 2003[Consultado el 20 de octubre del 2018]; 26(3). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s3/original3.pdf>

54. Fundación Internacional de osteoporosis. Conozca y reduzca sus factores de riesgo de Osteoporosis. [Internet]. [Consultado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en : https://www.iofbonehealth.org/sites/default/files/PDFs/know_and_reduce_your_risk_spanish.pdf

55. Orellana R. Osteoporosis. Tipos, causas, diagnóstico y tratamiento. [Trabajo de investigación]. Universitat de les Illes Balears; 2016, p: 01-28. Disponible en: http://repositori.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2842/TFG_GBIQ_RAORELLANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Wikipedia. Osteoporosis. [Internet]. [Consultado el 20 de junio del 2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Osteoporosis#Clasificaci%C3%B3n>
57. Arribas D., Benites D., Carbonell C., Cebamanos J., Del Rio L., Diez A. Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Cataluña: editorial Ministerio de Ciencia e Innovación;2010. [Consultado el 10 de julio del 2018]. Disponible en : http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_476_Osteoporosis_AIAQS_compl.pdf
58. Guía de referencia rápida: Diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis en el adulto. Estados Unidos Mexicanos. [en línea]. [Consultado el 10 de julio del 2018].disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/083_GPC_OsteoporosisAdulto/GPC_Rapida_CenetecOsteoporosis020909.pdf
59. Wikipedia. Osteoporosis: Diagnostico. [Internet]. [Consultado el 10 de julio del 2018] .Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Osteoporosis#Diagn%C3%B3stico>
60. Cuestionario SF 36. Disponible en : http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=1345
61. Huamán V, Raquel. Calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor. Cajamarca. 2008
62. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos106/encuesta-calidad-vida/encuesta-calidad-vida.shtml>
63. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
64. Instituto Nacional de Estadística e informática. Nota de prensa 2015. [Internet]. [Consultado el 20 de octubre del 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
65. Morales N. El sueño, trastornos y consecuencias. Acta .Med. Pereruana. [internet]. 2009 Enero- marzo. [Consultado el 20 de agosto del 2018]; 26 (1): 19. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100001.
66. Enciclopedia Libre Universal en Español. Características de la calidad de vida. [Internet][Consultado el 15 de junio del 2018] Disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

67. Gallegos Carrillo K, Duran J., Lopez L. lopez M. Calidad de vida en el adulto mayor Y Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor. Rev Ciencias Médicas. [Internet] 2009.[Consultado el 10 de junio del 2018]Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000100001&script=sci_arttext
68. Pedrero E. La calidad de Vida y las personas mayores. [Internet]. [consultado en 20 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm>
69. Teorías disponibles en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25201%2520Biologia%2520del%2520envejecimiento.pdf>
70. Vinaccia S., Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica. [Internet] 2011. [Consultado el 11 de enero del 2019]. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....,manifiesto que he sido Informado sobre los objetivos de la investigación: “Calidad de vida de vida del adulto mayor con osteoporosis relacionado con los factores socioeconómicos y familiares, EsSalud ,Cajamarca-2013” . Me hicieron saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y se me informó que se me aplicará un cuestionario semi estructurado “Factores socioeconómicos y familiares del adulto mayor con osteoporosis” y un cuestionario denominado “Cuestionario de salud SF 36”, Bajo el compromiso de no divulgar mi nombre en ningún informe o publicación, la información que yo brinde será estrictamente confidencial, de uso único y exclusivo de la investigadora.

Cajamarca, de.....2014

.....

Firma del paciente

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA OBTENER DATOS DE LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS Y FAMILIARES DEL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS.

INSTRUCCIONES:

Estimado señor(a), este cuestionario anónimo tiene el objetivo reconocer información aspectos Sociales, económicos y familiares relacionados con la etapa de su vida. Servirá para mejorar las acciones que se vienen desarrollando en bien de su salud.

A continuación tenga la amabilidad de marcar en el paréntesis respondiendo según su criterio y con la verdad cada pregunta formulada en el cuestionario.

OBST. Deysi Roxana, Campos Moro.

Muchas gracias por su colaboración.

I. FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

1. Edad:

- a) De 60 a 69 años ()
- b) De 70 a 79 años ()
- c) De 80 a más ()

2. Sexo

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

3. Estado civil:

- a) Soltero (a) ()
- b) Casado (a) ()
- c) Conviviente ()
- d) Separado (a). ()
- e) Viudo (a) ()
- f) Divorciado (a) ()

4. Religión:

- a) Católica. ()
- b) No católica. ()

Usted cree que su religión, influye en su vida y en sus decisiones?

- Nunca ()
- A veces ()
- Siempre ()

Si cree que influye. ¿Cómo influye?

.....

5. Nivel educativo

- a) Sin nivel/inicial ()
- b) Primaria incompleta ()
- c) Primaria completa ()
- d) Secundaria incompleta ()
- e) Secundaria completa ()
- f) Superior ()

6. Ocupación u oficio que desempeña.

- a) Ama de casa ()
- b) Trabajador profesional () especificar _____
- c) Trabajador no profesional () especificar _____
- d) Desocupado ()
- e) Pensionado/ jubilado () sector: _____

7. **¿Recibe ingresos económicos por jubilación u otros de manera mensual?**
 a) Sí () cuanto S/. _____
 b) No ()
8. **¿Recibe apoyo económico de familiares?**
 a) Sí recibe () ¿de quién(es)? _____ cuántos S/. _____
 b) No recibe ()
9. **¿Los ingresos que tiene satisfacen sus necesidades básicas?**
 a) Si ()
 - Alimentación ()
 - Habitacional ()
 - Vestido ()
 - Salud ()
 - Recreacional ()
 - Salud ()
 - Otros () especifique: _____
 b) No () Por qué?: _____
10. **¿Tiene casa propia?**
 a) Si ()
 b) No () a quién le pertenece? _____

II. FACTORES FAMILIARES.

11. **¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo?**
 a) Familia () especifique _____
 b) amigos ()
 c) Solo ()
 d) Otros ()
12. **¿Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas?**
 a) Si () ¿de quién? _____
 b) No ()
13. **¿Recibe atención y/o compañía agradable?**
 c) Si () ¿de quién? _____
 d) No ()
14. **¿Realiza actividades físicas, recreativas, lúdicas y paseos?**
 a) Si () especificar _____
 b) No () ¿Por qué? _____
 c) Con que frecuencia: () diario _____ semanal _____ mensual _____
15. **¿Realiza ejercicios físicos, caminatas, deporte, etc.?**
 a) Si ()
 b) No ()
 c) Con qué frecuencia () diario _____ semanal _____ mensual _____
16. **¿Cuántas horas descansa por la noche?**
 a) De 6 a 8 horas ()
 b) De 4 a 6 horas ()
 c) Menos de 4 horas ()

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

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

Marque una sola respuesta.

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

1. Excelente
2. Muy buena (SG1)
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2. ¿Cómo calificaría usted su estado de salud actual, comparado con el de hace un año?

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su estado de salud actual ¿le limita para hacer actividades intensas, tales como: correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF1)
3. No me limita para nada.

4. Su salud actual ¿le limita para hacer actividades moderadas, tales como: mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF2)
3. No me limita para nada.

5. Su salud actual ¿le limita para levantar o llevar las bolsas de compras?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF3)
3. No me limita para nada.

6. Su salud actual ¿le limita para subir varios pisos por las escaleras?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF4)
3. No me limita para nada.

7. Su salud actual ¿le limita para subir un piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF5)
3. No me limita para nada.

8. Su salud actual ¿le limita para agacharse, arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF6)
3. No me limita para nada.

9. Su salud actual ¿le limita para caminar más de 10 cuadras?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF7)
3. No me limita para nada.

10. Su salud actual ¿le limita para caminar 5 cuadras?

1. Sí, me limita mucho.
2. Sí, me limita poco. (FF8)
3. No me limita para nada.

11. Su salud actual ¿le limita para caminar una manzana (cien metros)?
1. Sí, me limita mucho.
 2. Sí, me limita poco. (FF9)
 3. No me limita para nada.

12. Su salud actual ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1. Sí, me limita mucho.
 2. Sí, me limita poco. (FF10)
 3. No me limita para nada.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS CON SU TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES, A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA O PROBLEMAS EMOCIONALES.

13. Durante las últimas 4 semanas ¿ha disminuido el tiempo dedicado a su trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1. Si (DF1)
 2. No

14. Durante las últimas 4 semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1. Si (DF2)
 2. No

15. Durante las últimas 4 semanas ¿se ha visto limitado en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1. Si (DF3)
 2. No

16. Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido dificultades para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo le costó, más esfuerzo), a causa de su salud física?
1. Si (DF4)
 2. N

17. Durante las últimas 4 semanas ¿ha disminuido el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa e algún problema emocional (como estar, triste, deprimido o nervioso)?
1. Si (RE1)
 2. No

18. Durante las últimas 4 semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como sentirse, triste, deprimido(a) o nervioso(a))?
1. Si (RE2)
 2. No

19. Durante las últimas 4 semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar, deprimido(a), triste, o nervioso(a))?
1. Si (RE3)
 2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?
1. Nada en absoluto
 2. Un poco
 3. Moderadamente (FS1)
 4. Bastante
 5. Mucho

21. ¿ha tenido dolor en alguna parte de su cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1. No, ninguno
 2. Si, muy poco
 3. Si, poco (DC1)
 4. Si, moderadamente
 5. Sí, mucho
 6. Si, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo habitual o sus actividades cotidianas?
1. Nada en absoluto
 2. Un poco.

- 3. Moderadamente (DC2)
- 4. Bastante
- 5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO USTED Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE MÁS SE APROXIME A LA MANERA CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

- 23. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido lleno(a) de vitalidad?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre (VT1)
 - 3. Muchas veces
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca
- 24. Durante las 4 últimas semanas ¿ha estado muy nervioso (a)?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Muchas veces (SM1)
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca
- 25. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido con el ánimo tan decaído que nada podía animarlo(a)?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Muchas veces (SM2)
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca
- 26. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido tranquilo(a) y sereno(a)?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Muchas veces (SM3)
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca
- 27. Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido mucha energía?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Muchas veces (VT2)
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca
- 28. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido desanimado(a) o triste?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Muchas veces (SM4)
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca
- 29. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido agotado(a)?
 - 1. Siempre
 - 2. Casi siempre
 - 3. Muchas veces (VT3)
 - 4. Algunas veces
 - 5. Casi nunca
 - 6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido feliz?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces (SM5)
 4. Algunas veces
 5. Casi nunca
 6. Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas ¿se ha sentido cansado(a)?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Muchas veces (VT4)
 4. Algunas veces
 5. Casi nunca
 6. Nunca
32. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?
1. Siempre
 2. Casi siempre
 3. Algunas veces (FS2)
 4. Casi nunca
 5. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRACES

- 33 Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No sé (SG2)
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa
- 34 Estoy tan sano(a) como cualquiera.
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No sé (SG3)
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa
- 35 Creo que mi salud va a empeorar.
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No sé (SG4)
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa
- 36 Mi salud es excelente.
1. Totalmente cierta
 2. Bastante cierta
 3. No sé (SG5)
 4. Bastante falsa
 5. Totalmente falsa