



Universidad Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES AMBULATORIOS EN UN
CENTRO DE SALUD DE LIMA - NOVIEMBRE 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Presentado por:

BACHILLER (ES):

CAQUIPOMA AYALA, SILVIA YAZMIN
CHUMPITAZ HUAPAYA, EVELYN JARITZA

ASESORA:

Lic. ANGIE MARILÚ RODRÍGUEZ MASCARÓ.

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIAS

Dedico a Dios por protegerme durante todo mi camino, por brindarme esperanza, vida y amor; y por permitirme llegar a este momento de mi vida profesional.

A mis maravillosos padres Hugo y Emilia por confiar siempre en mí, incentivando en todo momento el deseo de superación y por brindarme su apoyo incondicional. A mi novio, Miguel, por su dedicación, paciencia y disposición, recordándome siempre que no hay límites para lo que uno se propone; no me alcanzará la vida para agradecerte todo. A mi abuelita, Luisa por sus consejos y comprensión hacia mí, y por contribuir a mi formación.

A mis docentes, quiénes son guías en el camino de nuestra profesión, fomentando en mí una formación basada en calidad y calidez en el cuidado humano, quiénes se han convertido en el transcurso de nuestra carrera profesional en verdaderos amigos.

A mi amiga Silvia, con quién elabore la tesis, por la hermosa y sincera amistad que hemos formado desde el inicio de nuestra carrera profesional, habiendo superado momentos difíciles y celebrado nuestros triunfos.

Evelyn Jaritza, Chumpitaz Huapaya.

Dedico esta investigación principalmente a Dios, por haberme dado la fortaleza y sabiduría, y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Silvia por su apoyo incondicional, por ayudarme a ser perseverante y nunca darme por vencida. A mi padre Efraín por enseñarme a valorar las cosas y tomar para bien cada sacrificio que nos presenta la vida. A mis hermanas Ariana y Maricielo por llenar de alegría cada día de mi vida y enseñarme que el amor sincero y verdadero si existe.

A mis docentes, quienes se han tomado el arduo trabajo de transmitirnos sus diversos conocimientos, pero además de eso, han sabido encaminarme por el camino correcto, y quienes me han ofrecido sabios conocimientos para lograr mis metas y lo que me proponga.

Y a mis familiares y amistades que estuvieron conmigo en este proceso, por creer en mí y darme el ánimo que necesitaba.

A mi amiga Evelyn por haber logrado nuestro gran objetivo con mucha perseverancia, por demostrarme que podemos ser grandes amigas y compañeras de trabajo a la vez.

Silvia Yazmin, Caquipoma Ayala.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, ya que gracias a él tenemos esos padres maravillosos, los cuáles nos apoyan en nuestras derrotas y celebran nuestros triunfos.

Agradecemos al Centro de Salud de Lima por permitirnos realizar la presente investigación y a los pacientes que colaboraron con la presente investigación.

A nuestra asesora de tesis, la Lic. Angie Marilú Rodríguez Mascaró, a usted le ofrecemos nuestro profundo agradecimiento, por su disposición y brindarnos siempre un espacio en su valioso tiempo para ayudarnos en la realización de esta investigación. Con su ejemplo, nos ha inculcado el amor por nuestra carrera, sobre todo en el área de Fisioterapia en Geriatría.

Agradecemos a los diferentes licenciados que nos motivaron a lo largo de esta trayectoria.

A nuestra alma mater, la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW), por habernos cobijado y alimentado de conocimientos en nuestra estancia universitaria y hacernos profesionales.

A cada una de las personas que hicieron posible la realización de esta investigación. Gracias por sus enseñanzas y buen ánimo.

ASESORA DE TESIS:

Lic. Angie Marilú Rodríguez Mascaró.

JURADO

Presidenta: Dra. Rosa Vicenta Rodríguez García.

Secretario: Dr. Javier Francisco Casimiro Urcos.

Vocal: Mg. Nita Giannina Lovato Sánchez

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.3 Justificación.....	16
1.4 Objetivos.....	17
1.4.1 Objetivos Generales.....	17
1.4.2 Objetivos Específicos.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	18
2.1.1 Antecedentes Nacionales.....	18
2.1.2 Antecedentes Internacionales.....	22
2.2. Base teórica.....	28
2.3. Hipótesis.....	42
2.4. Variables e indicadores.....	42
2.5. Definición operacional de términos.....	43
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y método de Investigación.....	44
3.2. Ámbito de investigación.....	41
3.3. Población y muestra.....	41
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	53

3.6. Aspectos éticos.....	53
---------------------------	----

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.....	53
----------------------	----

4.2. Discusión.....	64
---------------------	----

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	66
-----------------------	----

5.2 Recomendaciones.....	67
--------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS:

- Instrumento.
- Otros.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1: Operacionalización de la variable.....	43
Tabla N°2: Especificaciones para el Cuestionario SF-36.....	47
Tabla N°3: Confiabilidad del Cuestionario SF-36.....	49
Tabla N°4: Estadísticas de total de elemento de Calidad de vida.....	50
Tabla N°5 KMO y prueba de Bartlett de Componente físico.....	51
Tabla N°6: KMO y prueba de Bartlett de Componente mental.....	52
Tabla N°7: Frecuencia de sexo de los pacientes.....	54
Tabla N°8: Frecuencia de Edad de los pacientes.....	55
Tabla N°9: Frecuencia de nivel de calidad de vida.....	56
Tabla N°10: Nivel de Calidad de vida de los pacientes según sexo.....	57
Tabla N°11: Componente Físico de los pacientes.....	58
Tabla N°12: Componente físico según sexo de los pacientes.....	59
Tabla N°13: Componente físico según edad de los pacientes.....	60
Tabla N°14: Componente Mental de los pacientes.....	61
Tabla N° 15: Componente Mental según sexo de los pacientes.....	62
Tabla N° 16: Componente Mental según edad de los pacientes.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Figura N°1: Diagrama de sexo de los pacientes.....	54
Figura N°2: Diagrama de Edad de los pacientes.....	55
Figura N°3: Diagrama de nivel de calidad de vida.....	56
Figura N°4: Diagrama de nivel de calidad de vida de los pacientes según sexo.....	57
Figura N°5: Diagrama de Componente Físico de los pacientes.....	58
Figura N°6: Diagrama de componente física según sexo de los pacientes.....	59
Figura N°7: Diagrama de componente física según edad de los pacientes.....	60
Figura N°8: Diagrama de Componente Mental de los pacientes.....	61
Figura N°9: Diagrama de nivel de componente mental según sexo de los pacientes.....	62
Figura N°10: Diagrama de nivel de componente mental según edad de los pacientes....	63

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.

Materiales y métodos: El tipo de estudio que se realizó es de metodología descriptiva transversal, con una muestra conformada por 34 pacientes que acuden al Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.

Resultados: Los resultados de la presente investigación indican que el 61,76% de los adultos mayores presentan una calidad de vida mala. El nivel de calidad de vida mala es mayor tanto en el sexo femenino 32,35%, como en el masculino 29,41%.

El nivel de componente de salud física según sexo de los pacientes, fue mala en los pacientes de ambos sexos y según edad fue mala en los pacientes adultos mayores en un 38,24%, mientras que el 23,53% pertenece a los gerontos. El nivel de componente de salud mental según el sexo de los adultos mayores, fue malo en ambos sexos y según edad fue mala en los pacientes adultos mayores.

Conclusión: En la presente investigación los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima presentan una calidad de vida mala. Asimismo, se concluye que según los resultados que indica la presente investigación se necesitará elaborar e implementar estrategias a través de un programa de atención primaria en esta población, para aumentar significativamente los niveles de percepción de calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, Adulto mayor, envejecimiento, cuestionario SF-36.

SUMMARY

Objective: To determine the quality of life of elderly ambulatory patients in a Health Center of Lima - November 2018.

Materials and methods: The type of study that was carried out is a cross-sectional descriptive methodology, with a sample consisting of 34 patients who come to the Health Center of Lima - November 2018.

Results: The results of the present investigation indicate that 61.76% of the elderly have a poor quality of life. The level of poor quality of life is higher in both 32.35% female and 29.41% male.

The level of physical health component according to sex of the patients was poor in patients of both sexes and according to age was bad in the elderly patients in 38.24%, while 23.53% belongs to the gerontos. The level of mental health component according to the sex of the elderly was bad in both sexes and according to age was bad in elderly patients.

Conclusion: In the present investigation, older adults in a Lima Health Center present a poor quality of life. Likewise, it is concluded that according to the results indicated in this research, it will be necessary to elaborate and implement strategies through a primary care program in this population, in order to significantly increase the levels of perception of quality of life.

KEY WORDS: Quality of life, Elderly, aging, SF-36 questionnaire.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema:

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. El envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes. Por poner un ejemplo: Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, mientras que países como Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años. ⁽¹⁾

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general; ⁽²⁾ sino que también ocurre en nuestro país. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2015 la población mayor de 60 años representó el 10%, siendo los mayores de 80 años el grupo con mayor tasa de crecimiento ⁽³⁾. Además, estimaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población peruana. ⁽³⁾

⁴⁾ Este crecimiento se desarrollará en un contexto social particular que es desfavorable para los adultos mayores y una transición epidemiológica caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años. ⁽⁵⁾

A medida que se rebasan los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad, por ello es tan importante el papel de la Fisioterapia Geriátrica para tratar de prevenir o minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, asimismo

prevenir y disminuir el riesgo de caídas. El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo.

Entre el 60-80 % de los ancianos en algún momento presentan algún tipo de dolor músculo-esquelético y pese a esta gran prevalencia, la mayoría de los médicos subestima la importancia de la evaluación y el manejo del dolor en los pacientes de edad avanzada y lo consideran parte natural del envejecimiento, sin recordar que el dolor puede influir en el estado de ánimo, el funcionamiento físico y las interacciones sociales, por lo que su abordaje y manejo debe ser multidimensional y multidisciplinario. ⁽³⁾

La repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en el deterioro funcional, mental y social del anciano; ocasionando incapacidad, disminución y/o dependencia en la realización de sus actividades de la vida diaria limitando su autonomía.

Al analizar estos resultados se observa la necesidad que tienen los adultos mayores, de ser escuchados por su familia, la comunidad, la falta de tiempo, carencia de afecto y comprensión, preocupación por la pérdida de familiares y/o amigos, temor a enfermarse y/o muerte, el no poder estar con sus hijos y/o nietos, cuando estos lo necesiten. Además, la pérdida de los roles mencionados anteriormente provoca problemas de baja autoestima y de autoridad, sentimientos de soledad, que podrían ser causa para tener una mejor calidad de vida.

El envejecimiento se asocia a problemas físicos, psicológicos y sociales; éste proceso puede ser percibido de diversas maneras dependiendo de cómo el adulto mayor quiera entender dicho proceso.

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen. ⁽⁶⁾

La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo.

En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias ⁽⁷⁾.

Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida debe ser considerada desde una visión multidimensional. ⁽⁸⁾

Los fisioterapeutas que trabajan con usuarios geriátricos, lo hacen junto con otros profesionales de la salud para abordar los complejos aspectos de esta población, tanto en las clínicas como en el domicilio del paciente. ⁽⁹⁾

Por lo consiguiente en nosotros los autores surge la pregunta ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima?

1.2 Formulación del problema:

1.2.1 Problema General:

- ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima?

1.2.2 Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el nivel del componente de salud física de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad?
- ¿Cuál es el nivel del componente de salud mental de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad?

1.3 Justificación:

Esta investigación trata sobre el nivel de calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima, tenemos conocimiento que la vejez constituye hoy en día uno de los problemas sociales que reclaman la mayor atención, por lo que se puede empezar a mencionar que los adultos mayores son considerados una parte de la población vulnerable.

La tasa de envejecimiento a nivel mundial ha aumentado considerablemente en los últimos años, por lo que es necesario ampliar el conocimiento en el manejo de algunas patologías, ya que la población envejece de forma imparable.

Las enfermedades músculo-esqueléticas constituyen importantes problemas de salud a nivel mundial, lo cual aumentará a medida que envejece la población con un impacto en todas las facetas de la vida de la sociedad. Éstas afecciones músculo-esqueléticas son causa frecuente de dolor y discapacidad en los ancianos. El dolor asociado a las afecciones músculo-esqueléticas es una causa frecuente de discapacidad en los ancianos, por lo que el diagnóstico diferencial de estas y su

adecuado manejo terapéutico son de vital importancia por los cambios que se presentan en este grupo poblacional secundarios al envejecimiento.

Una calidad de vida mala en el adulto mayor puede conllevar a otras complicaciones como pérdida de funcionalidad, dismovilidad, encamamiento, depresión, etc, y viceversa. El abordaje debería incluir que es lo desea el pacientes y no solo la parte física, además del entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor y así cumplir con el objetivo de manera integral.

A partir de esta información es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud; las cuales fomentan en los adultos mayores costumbres, hábitos, y estilos de vida que les permitan mantener unas condiciones favorables de salud y una calidad de vida basada en la dignidad.

Éste estudio se suma a otras investigaciones con el fin de determinar la calidad de vida de los adultos mayores; que es un pilar muy importante dentro de la atención integral y multidisciplinaria que necesita el adulto mayor.

Nosotros los fisioterapeutas que trabajamos con usuarios geriátricos, lo hacemos junto con otros profesionales de la salud para abordar los complejos aspectos de esta población.

Además consideramos que éste estudio aportara un valor añadido al conocimiento actual sobre el tema en nuestro país.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

- Determinar el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel del componente de salud física de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad.
- Identificar el nivel del componente de salud mental de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Nacionales:

Según Huamán Y. y Tasayco J. (2014); “Calidad de vida de los adultos mayores frágiles ambulatorios en la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en Noviembre de 2014”.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los adultos mayores frágiles ambulatorios en la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en Noviembre de 2014.

Materiales y Método: El tipo de estudio que se realizó es metodología descriptiva transversal prospectiva, diseño observacional, con una muestra no probabilística.

Muestra: Estuvo conformada por 32 pacientes ambulatorios que acuden a la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en el mes de Noviembre del 2014.

Resultados: Los resultados del presente estudio mostraron la Calidad de vida (estado de salud), de los adultos mayores obtuvo una puntuación de 52, por lo que se le puede catalogar como BUENO; es decir que la percepción del estado de salud por parte de los adultos mayores. La dimensión que presento mayor puntuación fue Salud Mental con 63 por ciento y la dimensión que presento menor puntuación fue Rol físico con 31 por ciento. La patología prevalente de la muestra, es la Osteoartrosis de rodilla con un 19 por ciento. Los adultos mayores del sexo masculino tenían una buena calidad de vida con una puntuación de 60 mientras que los adultos mayores del sexo femenino tenían una mala calidad de vida con una puntuación de 42. ⁽¹⁰⁾

Según Ataucusi, M. y [1] Díaz M. (2016); “Influencia del programa “Envejecimiento saludable” para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una Asociación del distrito de Ahuac”.

Objetivo: Determinar la eficacia del programa “Envejecimiento saludable” para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una asociación del Distrito de Ahuac.

Tipo de estudio: Aplicativo, con el método experimental, nivel tecnológico y diseño pre experimental.

Muestra: Estuvo conformada por 20 personas entre varones y mujeres adultos mayores pertenecientes a una asociación del Distrito de Ahuac.

Resultados: De acuerdo a los análisis estadísticos realizados, los resultados señalan que aquellos adultos mayores que se les aplicó el

programa presentan un mejor nivel en la percepción de su calidad de vida, confirmándose las hipótesis de investigación planteada.

Lo mismo se verifica para cada una de las dimensiones de calidad de vida, lo que significa que ha sido posible elaborar e implementar estrategias a través de un programa para aumentar significativamente los niveles de percepción de calidad de vida.

Conclusiones: Se probó la eficacia del programa “ENVEJECIMIENTO SALUDABLE” para mejorar la percepción de calidad de vida en adultos mayores de una asociación del distrito de Ahuac, pues los resultados finales demostraron que existieron diferencias significativas respecto al pre test y post test, lo cual es óptimo vista a mejorar la percepción de la calidad de vida de esta población ubicada en una zona rural de nuestra ciudad. ⁽¹¹⁾

Según Tremolada S; (2017) “Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un Centro Geriátrico de Lima”

Objetivo: Analizar la relación entre Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) y Sentido de Coherencia (SOC) en un grupo de adultos mayores de un centro geriátrico de Lima.

Método: Para medir la CVRS se utilizó la versión adaptada al español del SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995) y para el SOC, el cuestionario SOC-29 (Atonovsky, 1993). A nivel descriptivo se encontró que los participantes tenían una buena percepción de su salud, siendo la dimensión de Salud

Mental de CVRS la más alta ($M=79.50$; $DE= 15.37$); y un alto SOC, donde el área más alta resultó ser Significatividad ($M=5.62$; $DE=0.83$).

Muestra: Participaron 40 personas (24 varones y 16 mujeres) entre 68 y 92 años ($M=80.68$; $DE= 6.70$). Todos ellos fueron contactados en un centro geriátrico de Lima, el 12.5% reside en él y el 87.5% asiste a consulta externa o a talleres. Se comprobó que todos se encuentren orientados en tiempo, espacio y persona mediante una breve entrevista previa al recojo de datos y se pidió que confirmen su participación voluntaria firmando el consentimiento informado.

Resultados: La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de acuerdo a sus 8 dimensiones y los dos componentes en los que se agrupan. Dentro del grupo se puede observar principalmente que todas las dimensiones se ubican por encima de 60. Además, los más altos niveles están en la dimensión y componente de Salud Mental. Por otro lado, en Sentido de Coherencia (SOC), el grupo presenta mayor Significatividad, que supone que la dimensión motivacional está por encima de la instrumental y la cognitiva; siendo que las demandas son percibidas como retos valiosos para comprometerse e invertir esfuerzo y tiempo. Por otro lado, al comparar las medias según variables sociodemográficas se ha encontrado diferencias según sexo, grado de instrucción, actividad fuera del hogar, ejercicio físico y presencia de alguna enfermedad crónica. No se encontró diferencias significativas

respecto a la edad de los participantes ni a la frecuencia con la que veían a sus familiares.

De acuerdo al sexo se encuentran diferencias significativas en los dos componentes y cinco dimensiones de CVRS y en la dimensión de Significatividad del SOC, en todos los casos a favor de los hombres.

A partir de este resultado, se consideró importante analizar la variable sexo con enfermedad crónica y se encontró que el 50% de varones reportó sufrir alguna enfermedad crónica, mientras que en las mujeres este porcentaje ascendió al 87.5% ($\chi^2 = 5.934$; $p=0.02$), lo que podría aportar a la comprensión de esta diferencia. ⁽¹²⁾

2.1.2 Antecedentes Internacionales:

Según Corugedo M et al. (2014); “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces, Cienfuegos. Cuba.”

Objetivo: Caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. El universo estuvo constituido por los 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces. La información se obtuvo con la aplicación de la Escala M.G.H. Se aplicaron técnicas estadísticas.

Resultados: De forma general los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la

satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica.

Conclusiones: Casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares. ⁽¹³⁾

Según Luján I. (2014) "Calidad de vida del adulto mayor dentro del Asilo los hermanos de Belén."

Objetivo: Conocer la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra recluido dentro del asilo de Los Hermanos de Belén

Muestra: La conformaron 8 adultos mayores. Ellos son de género masculino, comprendidos entre las edades que abarcan dicha etapa de la vida, de 60 años en adelante.

Métodos: La investigación fue de diseño descriptivo, con un componente cuantitativo y utilizando el método de estudios de caso para profundizar el análisis de cada una de las participantes. Para esto se utilizó el Cuestionario de Calidad de vida para Adultos mayores, CUBRECAVI, por sus siglas en español, que evalúa 21 subescalas con 9 dimensiones. Se profundizó mediante una entrevista semiestructurada de preguntas, validada por expertos. Las preguntas correspondían a los diversos indicadores contenidos en la prueba

Conclusión: Los adultos mayores demostraron ser personas participativas, quienes se encuentran satisfechos con las instalaciones y

ambiente del asilo. Además están agradecidos por encontrarse dentro, ya que muchos fueron abandonados, otros, sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos. Es importante mencionar que a algunos adultos mayores les pagan jubilación, la cual es utilizada para su estancia en el asilo, algunos por haberse dedicado a su negocio propio, no tiene ese apoyo económico. Se puede evidenciar que los adultos mayores debido a enfermedades de la edad, como Parkinson y Osteoporosis, se les dificulta desempeñar ciertas funciones de la vida cotidiana, como: caminar, ir al baño, leer y actividades de su aseo personal. La mayoría de adultos mayores se encuentran resignados en cuanto a no poder realizar y estar en las mismas condiciones que cuando eran jóvenes. ⁽¹⁴⁾

Según Aponte v. (2015); "Calidad de vida en la tercera edad".

Objetivo: Analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera, la misma que es parte de varios grupos sociales. Analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene.

Método: Es un estudio de caso de tipo cualitativo, la técnica que se utilizó es la entrevista a profundidad, donde la construcción de datos se va edificando poco a poco, en un proceso largo y continuo.

Conclusiones: Se puede concluir que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Deber ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-histórico

que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud.

Las personas de la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea. Las personas mayores pueden desarrollar su creatividad de diferente forma y esto ayudara sin duda a que llenen su tiempo y ensanchen su espíritu.

Las actividades que rodean al adulto mayor en la mayoría de los casos son desmoralizadoras, por esto es necesario que la persona tome las riendas de su ser y de sus actos. El secreto para alcanzar y permanecer dignamente en esta etapa de vida es lograr un vida física y psíquica sana y activa durante el mayor tiempo posible, saber enfocar los acontecimientos de vida de una manera positiva, de modo que sea el sujeto quien domine las circunstancias y sepa extraer de cualquier evento provecho propio. ⁽¹⁵⁾

Según Mazacón B. (2017); “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud”.

Objetivo: Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud.

Diseño: El enfoque es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Lugar: Zapotal nuevo parroquia rural del cantón Ventanas, provincia de Los Ríos, Ecuador.

Participantes: Participaron un total de 297 adultos mayores.

Métodos: Estudio transversal. Se realizó una visita domiciliaria a la vivienda de los adultos mayores en la que se aplicó la encuesta sociodemográfica que permitió obtener datos de la edad, sexo, procedencia, antecedentes de importancia y si recibió la intervención del modelo de atención integral de salud. También se aplicó la versión en español del cuestionario SF-36 el cual tuvo como objetivo medir la calidad de vida en salud de forma global así como en las dimensiones función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental.

Resultados: La mayor puntuación promedio en el cuestionario SF-36 la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los intervenidos y los no intervenidos por el modelo de atención integral de salud, observándose que el puntaje promedio en el cuestionario SF-36 en los intervenidos fue de $92,3 \pm 10,7$ en comparación con los no

intervenidos que tuvieron como puntaje promedio $93,0 \pm 10,5$ (Prueba t de Student; $p=0,554$). Al evaluarse el puntaje obtenido según dimensiones de calidad de vida se encontró que los intervenidos por el modelo de atención integral tuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos en la dimensión salud mental (Prueba t de Student; $p=0,022$). No existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las 7 dimensiones restantes.

Conclusiones: Se concluye que los adultos mayores que recibieron el beneficio mantienen la calidad de vida casi igual en relación a los no intervenidos en las áreas físico psíquico y social. Esto nos evidencia que las intervenciones ejecutadas en la población objeto de investigación no han tenido un efecto significativo, por diversos factores a determinar en otro estudio a desarrollarse que será cualitativo y cuantitativo. ⁽¹⁶⁾

Según Flores et al. (2018) “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar” en la Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

Objetivo: Evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores desde su contexto familiar.

Metodología: Diseño descriptivo y transversal, en una muestra de 99 adultos mayores, en quienes se evaluó la percepción de las dimensiones de la calidad de vida con la escala WHOQOL-BREF.

Resultados: La percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el

10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40.

Conclusiones: Casi la mitad de los adultos mayores resultó con calidad de vida deficiente. La dimensión más afectada fue la de medio ambiente.

(17)

2.2 Bases teóricas:

- **Envejecimiento:**

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad ⁽¹⁸⁾.

Castanedo et al. afirman que el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. ⁽¹⁹⁾

Se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento hasta la vejez. Dentro de ellas están: las teorías biológicas, las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos. ⁽²⁰⁾ Asimismo, la constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones

metabólicas generan productos tóxicos que ponen en peligro la función normal del cuerpo y la reparación celular. ⁽²¹⁾

La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados. ⁽²²⁾

Se podría afirmar entonces que la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes. Incluso un feto humano de 7 meses manifiesta características etarias (edad, desarrollo y especialización biológica, psicológica, y hasta social) diferentes a las de uno de 3 meses. ⁽²³⁾

Catalogar a una persona de anciana es un hecho muy variable, viéndolo desde el punto de vista de quien hace esta apuntación. Un niño puede ver a su abuela de 55 años como una señora mayor, una anciana. En cambio, a un adulto de 35 años puede parecerle anciana una persona que tiene 70. Pero en nuestra sociedad continúa relacionándose la vejez con la jubilación, oscilando así la edad entre los 60 y los 65 años. ⁽²⁴⁾

Para entender esta afirmación es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades: ⁽²²⁾

- **Edad cronológica:** es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.

- **Edad biológica:** está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- **Edad psicológica:** representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- **Edad social:** establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

Importancia del envejecimiento

Actualmente, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Según la OMS, en el siglo XX se produjo una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer aumentó 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más. ⁽²⁵⁾

Ese aumento será más notable y rápido en los países en desarrollo, en los que se prevé que la población anciana se cuadruplica en los próximos 50 años. Una transformación demográfica de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. ⁽²⁶⁾

Todas las facetas de la humanidad (sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales) experimentarán una evolución. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades. ⁽²⁷⁾

Consecuencias del envejecimiento

La revisión de la literatura muestra que el envejecimiento se asocia a problemas físicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento puede ser percibido de diversas maneras dependiendo de cómo la persona quiera entender el proceso. Se han identificado varias condiciones que pueden rodear el proceso del envejecimiento, las cuales pueden ser positivas o negativas. ⁽²⁸⁾

Cuando se habla de condiciones negativas se entiende el envejecimiento como un conjunto de enfermedades múltiples que rodean al adulto mayor y que propenden hacia el inicio de enfermedades crónicas, las cuales tienden a prolongarse y por supuesto a desencadenar secuelas que generarán discapacidad y con ello limitación en las actividades de la vida diaria. Esto producirá en el adulto mayor una serie de sentimientos perjudiciales que redundarán en el aislamiento y en la poca adaptabilidad frente a las situaciones que lo aquejan, llevándolo a tener una pobre percepción del envejecimiento. ⁽²⁹⁾

En las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Entre estos tenemos:

- ✓ Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe, ⁽³⁰⁾ el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del

mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas. ^(31, 32)

- ✓ Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. ^(33, 34)

- ✓ Envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. ⁽³⁵⁾ El término “activo” hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga. ⁽³⁶⁾

Lo anterior lleva a concluir que el concepto de envejecimiento es único y que cada persona es quien decide cómo desea vivir esta etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, la cual está influida directamente por el contexto donde esté inmersa. En resumen, hay una aceptación de la vida y el individuo permanece física, psicológica y

socialmente activo con independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria. ⁽³⁷⁾

- **Adulto mayor.**

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de tercera edad o adultos mayores; de 75 a 89 viejas o gerontos, las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos y las que sobrepasan los 100 se les denomina centenarios. ⁽³⁸⁾

- **Importancia de mantener la actividad física en el adulto mayor.**

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. ^(39,40)

El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios. ^(41,6)El comportamiento sedentario aumenta con la edad ⁽⁴²⁾ y es un importante factor de riesgo para trastornos que incluyen enfermedades del corazón, obesidad y diabetes. ⁽⁴³⁾

El resultado de una mayor prevalencia de los trastornos asociados con la inactividad hace de la iniciación y el mantenimiento de la actividad física en los adultos mayores una prioridad. ⁽⁴⁴⁾

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que las sufren. Un estilo de vida activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales. El hecho de mantenerse activo puede ayudar a los adultos mayores a conservar la mayor independencia posible durante un mayor período, sin embargo existe un gran número de adultos mayores que lleva una vida sedentaria en la mayoría de los países.

- **Fisioterapia y prevención de caídas en el adulto mayor.**

A medida que se rebasan los 65 años aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad. Por ello es tan importante el papel de la geriatría en tratar de prevenir o minimizar esta pérdida de independencia para las actividades de la vida diaria, muy especialmente en relación con los adultos mayores más frágiles. Las caídas en pacientes de edad avanzada a menudo se producen cuando se realizan varias tareas simultáneamente. Los resultados de algunos estudios muestran que la actividad cognitiva concurrente, afecta el equilibrio en las personas mayores. ^(45,46)

Sin embargo, varios estudios sugieren que algunos ejercicios de doble tarea podrían estar asociados con un mayor equilibrio, porque el control postural se garantiza en el nivel sensorio motor. ^(47,48)

La fisioterapia ayuda a promover, prevenir, curar y recuperar la salud de los individuos, estimulando su independencia. Aplica los métodos y

técnicas basadas en un profundo conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano, sus movimientos, funciones y su interacción con el entorno. ⁽⁴⁹⁾

Según la literatura, la mayoría de los programas se basan en ejercicios que aumentan la fuerza muscular e incrementan la movilidad de las articulaciones en las extremidades inferiores, la capacidad aeróbica y el equilibrio. ⁽⁵⁰⁾

- **Beneficios de la actividad física y del ejercicio**

La actividad física es una acción de promoción de la salud. El consenso de los Institutos Nacionales de Salud, ⁽⁵⁰⁾ define la actividad física como "Movimiento corporal producido por el esqueleto y los músculos, que requiere gasto de energía y produce beneficios progresivos en la salud", en tanto que el ejercicio se describe como "Un movimiento corporal estructurado, planificado y repetitivo, realizado para mejorar o mantener uno o más componentes de aptitud física." ⁽⁹⁾

De manera indirecta, la práctica de ejercicio tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas las funciones orgánicas, por lo que contribuye a mantener la funcionalidad e incluso a mejorarla. Dado que la pérdida de funcionalidad que se produce con la edad es, precisamente, la principal consecuencia del envejecimiento, el efecto del ejercicio puede ser considerado como una verdadera terapia que lucha contra las inevitables consecuencias del proceso de envejecimiento. ⁽⁵¹⁾

Existe un gran número de beneficios generados a partir de la práctica de actividad física o ejercicio regular, dentro de los que se encuentran: ^(52,53)

- ✓ Incremento de la longevidad y disminución de la discapacidad.
- ✓ Reducción de la ansiedad y el estrés.
- ✓ Aumento de la confianza y de la autoestima.
- ✓ Mantenimiento de un peso saludable y mejoría en la capacidad física.
- ✓ Mejora del estado de ánimo.
- ✓ Mejora en patrones de sueño.
- ✓ Minimiza los cambios biológicos relacionados con el envejecimiento.
- ✓ Previene las enfermedades crónicas.

De manera más específica a nivel del sistema músculo esquelético, ⁽⁵⁴⁾ los beneficios del ejercicio o la actividad física se aprecian en:

- ✓ Incremento de la densidad mineral en los adolescentes, su mantenimiento en los adultos jóvenes y retardo de su declinación en los adultos mayores.
- ✓ Reducción del riesgo de discapacidad funcional en los adultos mayores.
- ✓ Mejora de la fuerza y la flexibilidad.
- ✓ Aumento del equilibrio, la movilidad, y el desempeño físico funcional.

La práctica de ejercicio o actividad física regular genera un bienestar psicológico al reducir la ansiedad y mejorar la autopercepción, igualmente ayuda a aliviar el estrés y mejora el sueño. ⁽⁴⁹⁾

- **Cuestionario de salud SF-36:**

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios de la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas función física rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36. ⁽⁵⁵⁾

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad). El cuestionario de salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994. ⁽⁵⁶⁾

El diseño del SF-36 incluye preguntas capaces de evaluar un aspecto del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” y “más sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones o escalas de salud. Se presenta una descripción de los 8 conceptos o escalas de salud evaluados por SF-36. ⁽⁵⁷⁾

Descripción de las Escalas de Salud medidas por SF-36:

- Función física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)
- Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas)
- Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa. (2 preguntas)
- Salud general (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. (5 preguntas)
- Vitalidad (V): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento. (4 preguntas)
- Función social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales. (2 preguntas)

- Rol emocional (RE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales. (3 preguntas)
- Salud mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general. (5 preguntas)

Estas 8 escalas o conceptos, a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

Además de los 8 conceptos de salud mencionados, la SF-36 incluye el concepto de cambio global en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior o conocida también como pregunta del Estado de transición (ET). La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud en el último año. ⁽⁵⁷⁾

Existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-36: la estándar en la que el período recordatorio a evaluar es de 4 semanas, y una versión corta, en la que el período recordatorio es de 1 semana. La encuesta SF-36 puede ser auto-aplicada o ser contestada a través de una entrevista personal, telefónica o por e-mail.

Responder las 36 preguntas del formulario toma un promedio de 5 a 10 minutos. Recolectados los datos, las escalas de SF-36 son calculadas usando el método de escalamiento de Likert (Likert, 1932). Este método ha sido ampliamente utilizado en la construcción de escalas por su simplicidad y confiables resultados. El resultado de la aplicación del SF-36 es un perfil del estado de salud de un individuo o un grupo poblacional. ⁽⁵⁵⁾

Puntuación

La primera (Rand Group) establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. La segunda forma de puntuación (The Health Institute) otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal. Sea cual sea el método empleado, el significado de la puntuación es el mismo: cuando mayor sea, mejor estado de salud refleja.

Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor puntaje sea, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general. Las medias y desviación standard en población norteamericana son 12: función física 84 (SD 23), función social 83 (SD 22), limitación del rol: problemas emocionales 81 (SD 33), salud mental 75 (SD 18), vitalidad 61 (SD 21), dolor 75 (SD 23), percepción de la salud general 72 (SD 20).

(58)

El cuestionario no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se ha propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los ítems.

El test detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. (59)

La puntuación se hace en una escala de 0 a 100, cuyo resultado si es >50 se considera alto (lo mejor) y <50 bajo (lo peor). ⁽⁶⁰⁾

- **Calidad de vida.**

La calidad de vida ha sido la aspiración humana de todos los tiempos, unas veces revestida del inmemorial sueño por la felicidad, otras veces propuesta como la tarea preceptiva del Estado del Bienestar moderno. La función de la psicología en ambas perspectivas no es banal, tanto más cuanto el tema no se agota en un ámbito exclusivamente psicológico, sino que constituye un terreno pluridisciplinar, lugar de confluencia donde el político y el economista, el psicólogo y el médico, junto con otros muchos profesionales aportan sus enfoques. ⁽⁶¹⁾

El segundo elemento básico de la definición es su necesidad de incluir los aspectos objetivos y los subjetivos. Levi y Anderson ⁽⁵⁶⁾ la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. En este sentido Andrews y Whithey ⁽⁶²⁾ insisten en que no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo. De forma global Lawton ⁽⁶³⁾ la define como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Johnson ⁽⁶⁴⁾ proponen una definición que puede ser operativizada: "La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás", aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto.

Desde esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, incapaz de ser evaluada a partir de uno sólo de sus dos polos o focos. Como ocurre con una elipse, necesita la referencia a ambos focos para poder ser descrita.

La importancia de la calidad de vida en las personas enfermas proviene principalmente de la consideración del paciente no sólo como organismo enfermo sino como persona en interacción. El modelo biomédico proporciona escaso interés a la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo. El relanzamiento de la calidad de vida desde la perspectiva médica proviene del modelo biopsicosocial que considera al enfermo como agente social y que por los mismo se pregunta por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades sociales del enfermo. Desde esta perspectiva una práctica médica responsable debe estar atenta no sólo a los efectos directos de sus atenciones, sino también a los indirectos. Si la calidad de vida del enfermo es importante para aquel que puede sanar, lo es todavía más para quien sólo le queda su capacidad de gustar los aspectos positivos de cada momento presente. ⁽⁵⁰⁾

2.3 Hipótesis:

El nivel de calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018 es mala.

2.4 Variables e indicadores:

Definición de la variable: Es la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. ⁽⁶⁰⁾

Tabla N°1: Operacionalización de la variable

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Total	Valor final
Calidad de vida	Independiente	Componente físico	Función física	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	10	<ul style="list-style-type: none"> ● 1: Mala ● 2: Buena
			Rol físico	11, 12, 13, 14	4	
			Dolor corporal	15, 16	2	
			Salud general	17, 18, 19, 20, 21	5	
		Componente mental	Vitalidad	22, 23, 24, 25	4	
			Función social	26, 27	2	
				28, 29, 30	3	
			Rol emocional	31, 32, 33, 34, 35,	6	
			Salud mental	36		

Fuente: Elaboración propia

2.5 Definición operacional de términos:

- **Adulto mayor:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años y los que pasan de 80 años se les denomina adultos mayores frágiles.⁽¹⁾
- **Calidad de vida:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. ⁽⁶⁵⁾

- **Salud:** Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ⁽⁶⁶⁾
- **Patología músculo - esquelética:** Son lesiones que afectan a los músculos, tendones, huesos, ligamentos o discos intervertebrales. La mayoría de las lesiones musculoesqueléticas no se producen por accidentes o agresiones únicas o aisladas, sino como resultado de traumatismos pequeños y repetidos. ⁽⁶⁷⁾

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y nivel de investigación:

- **Según la tendencia:** Cuantitativo, porque nos va a permitir medir las variables de estudio. Se describe, analiza la variable de estudio; además es real. En esta investigación vamos a tomar el mayor número posible de individuos a investigar.
- **Según el análisis y alcance de sus resultados:** Es descriptivo ya que nos permitirá obtener información sobre el estado actual del fenómeno en interés. No se busca relacionar variables, sino simplemente recoger información para tomar una decisión. ⁽⁶⁸⁾
- **Según el período y secuencia de la investigación:** Estudio Transversal, pues permitirá exponer los hallazgos de los datos recolectados tal y como se presentan en la realidad de un espacio y tiempo determinando una sola observación.

Diseño de investigación: El estudio corresponderá al observacional porque se limitará describir la calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios. Descriptivo

simple porque nos permite presentar la información tal cual es. El objetivo de este tipo de investigación es exclusivamente describir, en otras palabras, indicar cuál es la situación en el momento de la investigación.

El diagrama es el siguiente:



Dónde: “M” es la muestra y “O” es la variable de la Calidad de Vida.

3.2 Ámbito de investigación:

El presente estudio se realizó en un Centro de Salud de Lima, ubicado en la Av. Luther King, Distrito de Surquillo 15036, Lima – Perú.

3.3 Población y muestra:

- **Población:** La población estuvo constituida por 40 pacientes adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.
- **Muestra:** La muestra estuvo conformada por 34 pacientes adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión del estudio.
 - **Criterios de Inclusión:**
 - ✓ Pacientes que asisten a terapia ambulatoria en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.
 - ✓ Pacientes lúcidos y orientados en tiempo, espacio y persona.
 - ✓ Pacientes que firmen consentimiento informado
 - **Criterios de Exclusión:**
 - ✓ Pacientes hemodinámicamente inestables durante la evaluación.
 - ✓ Pacientes que no firmen consentimiento informado.

- ✓ Pacientes con dificultad en el lenguaje y comunicación.
- Pacientes con capacidad mental inadecuada, desorientados en tiempo, espacio y persona.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En esta investigación, el instrumento que se ha empleado ha sido el cuestionario SF-36, para los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018, este instrumento nos ayudará a determinar la calidad de vida, para ello se empleó 36 ítems. Para el análisis de la encuesta se adoptaron los siguientes criterios operacionales: (Mala y buena).

Instrumento Nº 1: Cuestionario SF-36

- **Ficha técnica del Instrumento:**
- **Nombre:** Cuestionario SF-36
- **Autor:** Ware y Sherbourne
- **Significación:** El cuestionario consta de 36 ítems, cada uno de los cuales tiene diversas alternativas de respuesta de acuerdo a cada dimensión. Asimismo, el encuestado solo puede marcar una alternativa, encerrándola en un círculo o poniendo un aspa. Si marca más de una alternativa, se invalida el ítem.
- **Administración:** Colectiva.
- **Duración:** Su aplicación completa fue aproximadamente 30 minutos en forma individual.
- **Instrucciones para la aplicación:** El adulto mayor debe responder cada reactivo de acuerdo a como percibe su calidad de vida. Se debe procurar que

- los sujetos de la muestra de estudio respondan todos los ítems, si hubiera alguna duda con respecto a algún reactivo se procederá a dar la explicación respectiva, indicándoles las dimensiones a ser evaluadas para que el encuestado tenga una visión más clara acerca de la finalidad del cuestionario.
- **Tipificación:** Se aplicó a una muestra de 34 adultos mayores ambulatorios del Centro de Salud de Lima del departamento de Lima - Lima. El instrumento para recopilar la información fue adaptado a la población siguiendo procedimientos apropiados para asegurar su validez y confiabilidad (Cano 1996).

Tabla N°2: Especificaciones para el Cuestionario SF-36

Estructura del cuestionario					
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Total	Porcentaje	
Componente físico	Función física	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,	10	27,78	
		9, 10			
	Rol físico	11, 12, 13, 14	4	11,11	
		Dolor corporal	15, 16	2	5,56
		Salud general	17, 18, 19, 20, 21	5	13,88
Componente mental	Vitalidad	22, 23, 24, 25	4	5,56	
		26, 27			
	Rol emocional	28, 29, 30	3	8,33	
		31, 32, 33, 34, 35, 36	6	16,67	
		Salud mental	31, 32, 33, 34, 35, 36	6	16,67
Total de ítems			36	100	

Fuente: Elaboración propia.

I) **Confiabilidad del instrumento**

El criterio de confiabilidad del instrumento, se determina en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J. L. Cronbach, requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre uno y cero. Es aplicable a escalas de varios valores posibles, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tienen como respuesta más de dos alternativas.

Cuanto menor sea la variabilidad de respuesta por parte de los jueces, es decir haya homogeneidad en las respuestas dentro de cada ítem, mayor será el alfa de cronbach.

ALFA DE CROMBACH:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K - 1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

- **S²_i**: Es la suma de varianzas de cada ítem.
- **S²_t**: Es la varianza del total de filas (puntaje total de los jueces).
- **K**: Es el número de preguntas o ítems.

Criterio de confiabilidad valores

- No es confiable -1 a 0
- Baja confiabilidad 0.01 a 0.49
- Moderada confiabilidad 0.5 a 0.75
- Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89
- Alta confiabilidad 0.9 a 1

**Tabla N°3: Confiabilidad del
Cuestionario SF-36**

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,661	36

El coeficiente Alfa obtenido es de 0,661, lo cual permite decir que el cuestionario en su versión de 36 ítems tiene una Moderada confiabilidad.

Estadísticos Total-elemento

Existe la posibilidad de determinar si al excluir algún ítem o pregunta de la encuesta aumente o disminuya el nivel de confiabilidad interna que presenta el cuestionario, esto nos ayudaría a mejorar la construcción de las preguntas u oraciones que utilizaremos para capturar la opinión o posición que tiene cada individuo.

Tabla N°4: Estadísticas de total de elemento de Calidad de vida

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
pre.1	79,65	60,114	-,597	,707
pre.2	81,53	58,196	-,335	,705
pre.3	82,44	51,830	,292	,651
pre.4	82,29	48,335	,630	,626
pre.5	81,94	48,966	,473	,634
pre.6	82,47	52,499	,171	,656
pre.7	81,29	51,365	,221	,652
pre.8	82,15	49,523	,503	,635
pre.9	82,50	52,924	,144	,658
pre.10	82,18	51,301	,363	,647
pre.11	81,71	50,881	,268	,649
pre.12	81,88	49,561	,436	,638
pre.13	83,62	50,849	,563	,642
pre.14	83,41	51,643	,313	,649
pre.15	83,41	52,250	,226	,654
pre.16	83,53	50,984	,457	,644
pre.17	83,44	52,133	,248	,653
pre.18	83,56	51,830	,338	,650
pre.19	83,44	51,406	,355	,647
pre.20	81,50	57,106	-,273	,697
pre.21	78,88	58,471	-,447	,698
pre.22	80,06	55,027	-,131	,681
pre.23	80,71	56,396	-,261	,686
pre.24	79,32	41,801	,774	,584
pre.25	79,56	46,375	,503	,622
pre.26	81,50	58,561	-,432	,700
pre.27	81,00	58,848	-,524	,699
pre.28	80,24	49,034	,381	,638
pre.29	79,53	49,893	,284	,646
pre.30	81,56	56,799	-,281	,690
pre.31	80,35	46,599	,525	,622
pre.32	79,59	45,462	,583	,614
pre.33	80,82	49,301	,460	,636
pre.34	80,47	50,863	,175	,657
pre.35	81,24	46,367	,522	,621
pre.36	80,03	45,484	,653	,610

El cuadro anterior nos demuestra que el cuestionario en su totalidad presenta consistencia interna, la cual no se modifica significativamente ante la ausencia de alguno de los ítems.

II) Validez del Instrumento

Dimensión 1: Componente físico

Tabla N°5 KMO y prueba de Bartlett de Componente físico

Prueba de KMO y Bartlett			
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo			0,616
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado		468,901
	GI		210
	Sig.		0,000

La medida de adecuación muestral del test de Kaiser – Meyer – Olkin es de 0,616, como es superior a 0.5 se afirma que es satisfactorio para continuar el análisis de los ítems de esta variable, es decir que la muestra se adecua al tamaño del instrumento.

La prueba de esfericidad de Bartlett mide la asociación entre los ítems de una sola dimensión, se determina si los ítems están asociados entre sí y la misma está asociada al estadígrafo chi-cuadrado, como es significativa asociada a una probabilidad inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que la correlación de la matriz no es una correlación de identidad. Es decir, que los ítems están asociados hacia la medición de una sola identidad.

Conclusión

El instrumento de medición en su dimensión: **Componente físico** presenta unidimensionalidad. Cada uno de los ítems están estrechamente vinculados y la validación empírica nos dice que hay unicidad del mismo y que cada uno de sus ítems buscan la medición de una sola dimensión, es decir que existe unicidad de los ítems.

Dimensión 2: Componente mental

Tabla N°6: KMO y prueba de Bartlett de Componente mental

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,661
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	281,556
	GI	105
	Sig.	0,000

La medida de adecuación muestral del test de Kaiser – Meyer – Olkin es de 0,661, como es superior a 0.5 se afirma que es satisfactorio para continuar el análisis de los ítems de esta variable, es decir que la muestra se adecua al tamaño del instrumento.

La prueba de esfericidad de Bartlett mide la asociación entre los ítems de una sola dimensión, se determina si los ítems están asociados entre sí y la misma está asociada al estadígrafo chi-cuadrado, como es significativa asociada a una probabilidad inferior a 0.05, se rechaza la hipótesis nula, por lo que se concluye que la correlación de la matriz no es una correlación de identidad. Es decir, que los ítems están asociados hacia la medición de una sola identidad.

Conclusión

El instrumento de medición en su dimensión: Componente mental presenta unidimensionalidad. Cada uno de los ítems están estrechamente vinculados y la validación empírica nos dice que hay unicidad del mismo y que cada uno de sus ítems buscan la medición de una sola dimensión, es decir que existe unicidad de los ítems.

3.5 Procesamiento de datos:

Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa estadístico SPSS 22.0. Los datos fueron registrados en términos de medidas descriptivas como los valores mínimo y máximo, además, se presentó la desviación estándar. Se evaluó la normalidad de la frecuencia de distribución de los datos a través de la prueba de KMO y Bartlett para muestras pequeñas.

3.6 Aspectos éticos:

En el estudio que se realizará se respetará el derecho del encuestado al no indagar acerca de su identidad, respetando todas las respuestas brindadas durante la encuesta y sin ninguna alteración de las mismas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Luego de la aplicación del cuestionario a la muestra objeto de la presente investigación y procesada la información obtenida, procedimos a analizar la información, a nivel descriptivo, lo cual nos permitió realizar las mediciones y comparaciones necesarias para el presente trabajo, y cuyos resultados se presentan a continuación:

Tabla N°7: Frecuencia de sexo de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	16	47,1	47,1	47,1
Válido Femenino	18	52,9	52,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

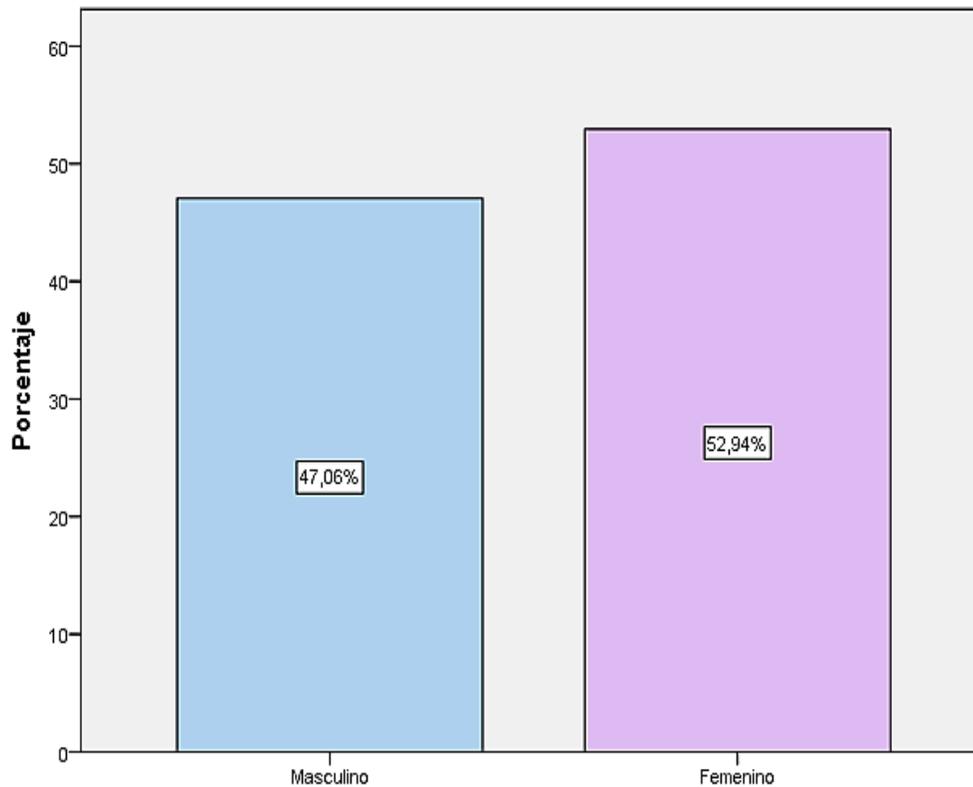


Figura N°1: Diagrama de sexo de los pacientes.

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que el 47,06% de los pacientes pertenecen al sexo masculino y el 52,94% de los pacientes pertenecen al sexo femenino.

Tabla N°8: Frecuencia de Edad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Adulto mayor	19	55,9	55,9	55,9
Geronto	15	44,1	44,1	100,0
Total	34	100,0	100,0	

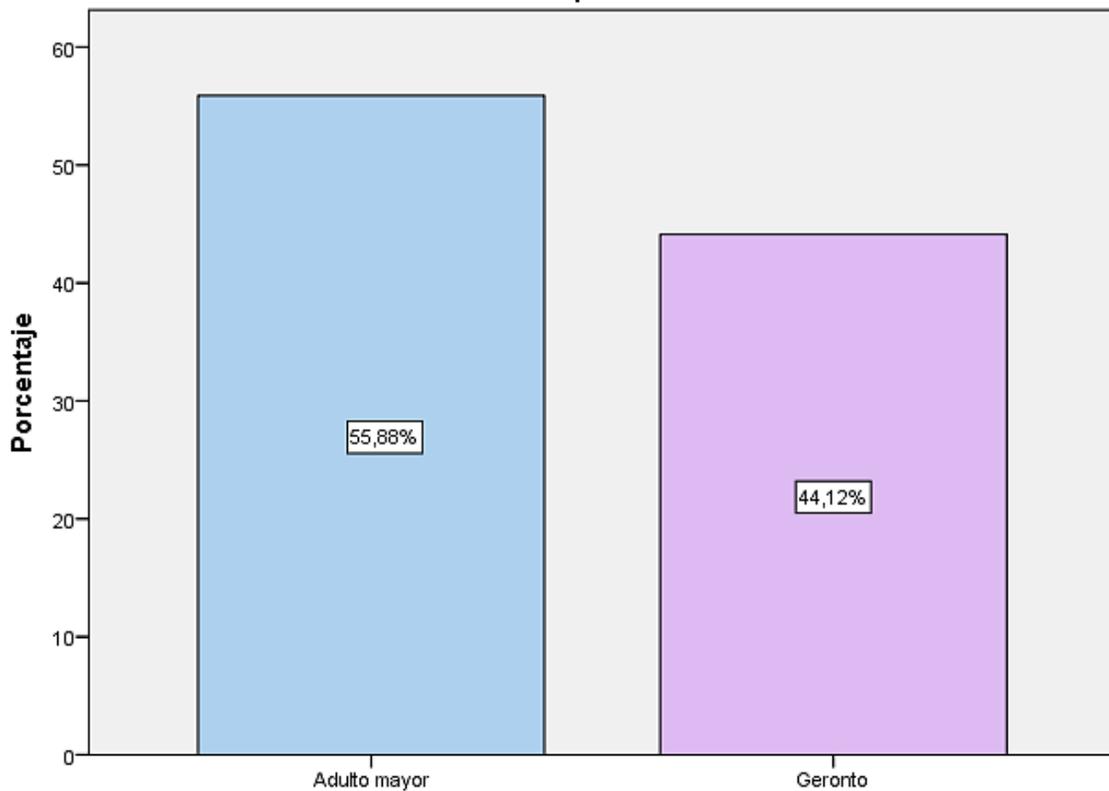


Figura N°2: Diagrama de Edad de los pacientes

INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que el 55,88% son adultos mayores y el 44,12% son gerontos.

Tabla N°9: Frecuencia de nivel de calidad de vida

		Nivel de Calidad de vida		Total
		calidad de vida	calidad de vida	
		mala	buena	
Sexo de los pacientes	Masculino	30,0	18,2	48,2
	Femenino	31,8	20,0	51,8
Total		61,8	38,2	100,0

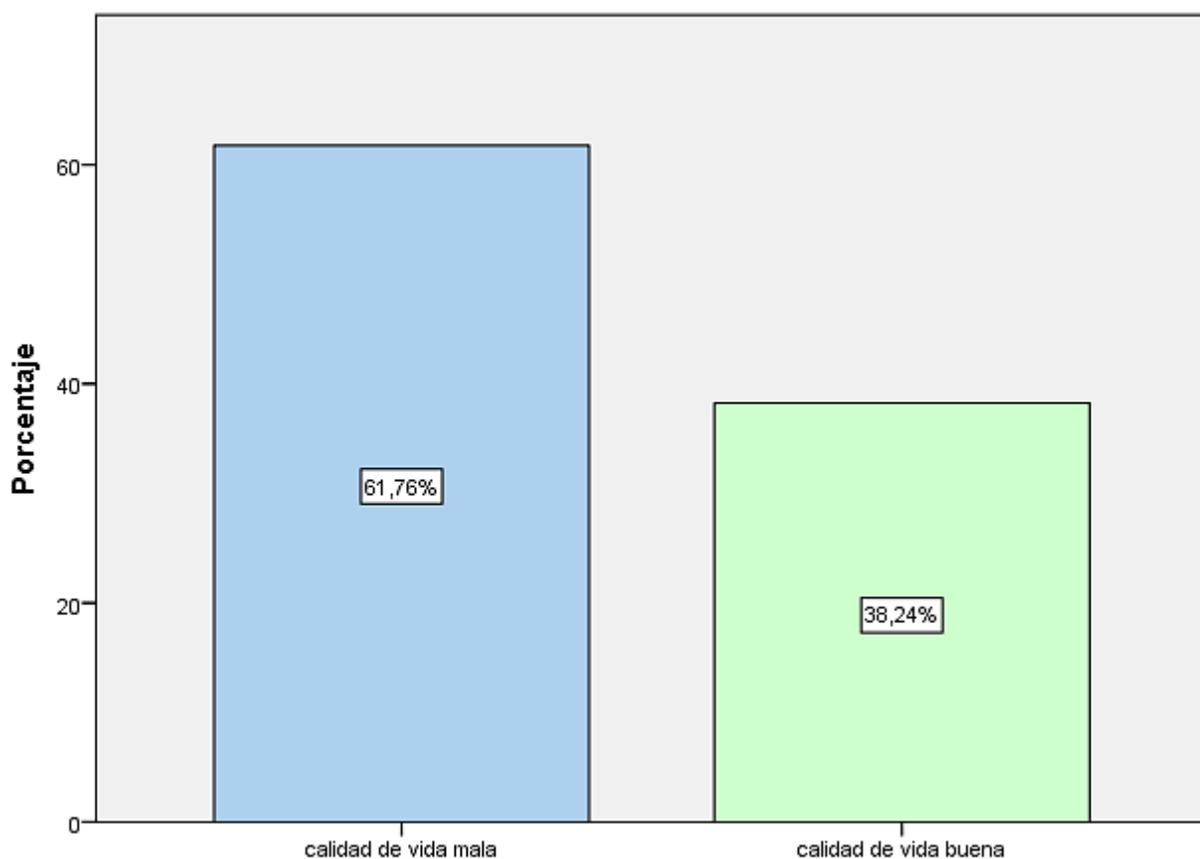


Figura N°3: Diagrama de nivel de calidad de vida.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que el 61,76% de los pacientes presentan un nivel de calidad de vida mala y el 38,24% de los pacientes presentan un nivel de calidad de vida buena.

Tabla N°10: Nivel de Calidad de vida de los pacientes según sexo

		Nivel de calidad de vida		Total
		Calidad de vida mala	calidad de vida buena	
Sexo de los adultos mayores	Masculino	29,4	17,6	47,0
	Femenino	32,4	20,6	53,0
Total		61,8	38,2	100

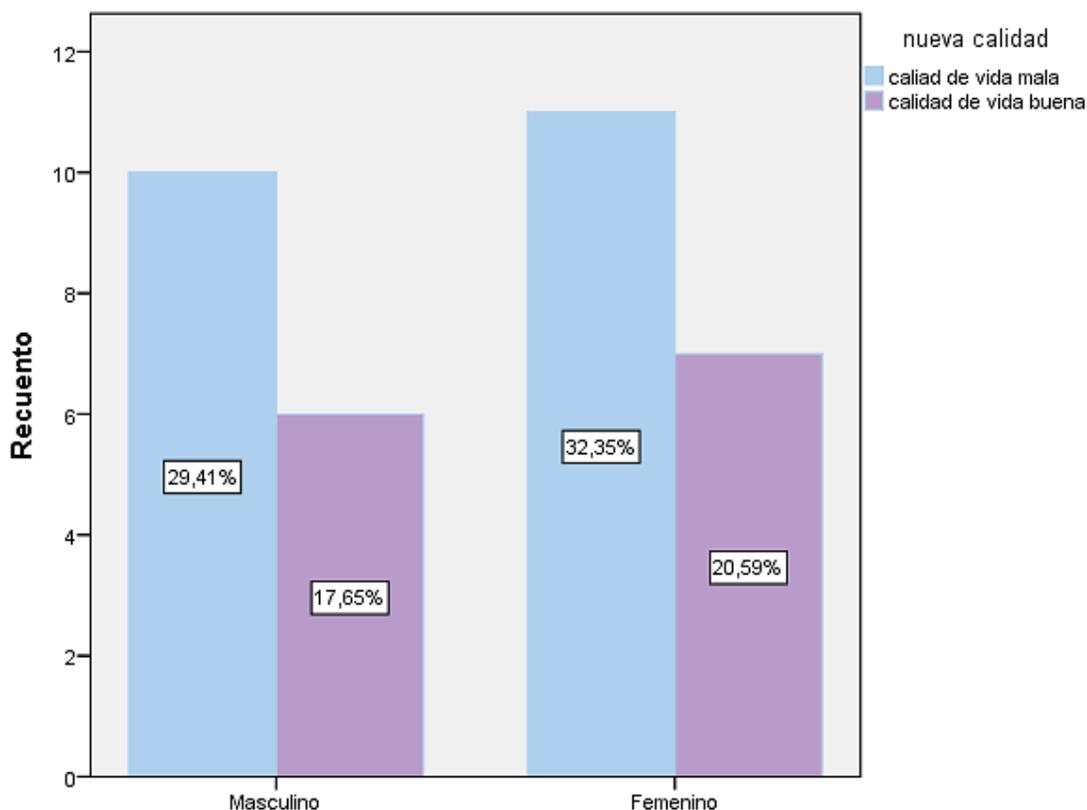


Figura N°4: Diagrama de nivel de calidad de vida de los pacientes según sexo

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que los pacientes que tienen un nivel de calidad de vida mala, el 29,41% pertenece al sexo masculino y el 32,35% pertenece al sexo femenino.

Así mismo nos permite evidenciar que los pacientes que tienen un nivel de calidad de vida buena, el 17,65% pertenece al sexo masculino y el 20,59% pertenece al sexo femenino.

Tabla N°11: Componente Físico de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Salud física mala	20	58,8	58,8	58,8
Válido Salud física buena	14	41,2	41,2	100,0
Total	34	100,0	100,0	

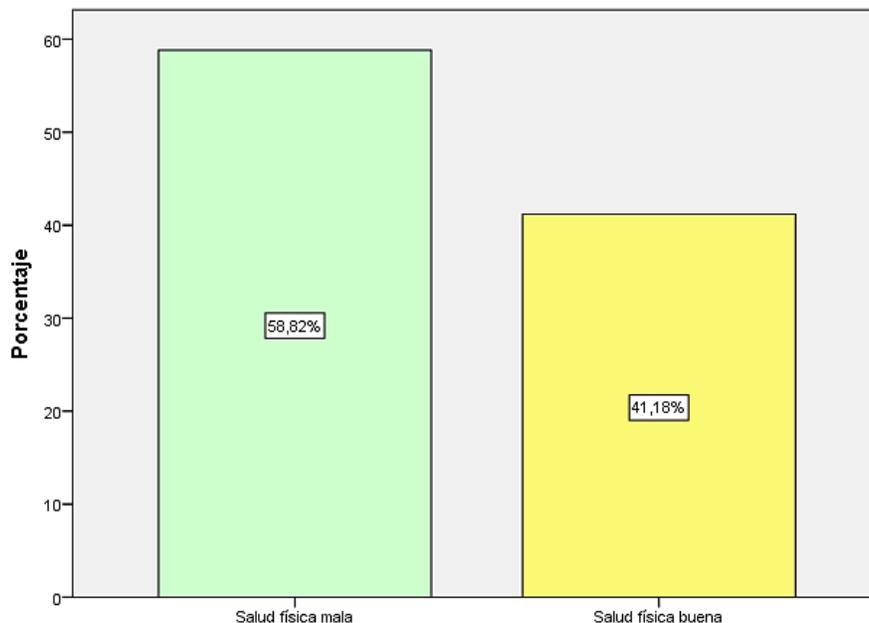


Figura N°5: Diagrama de Componente Físico de los pacientes

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que el 58,82% de los pacientes presentan un nivel de salud física mala y el 41,18% de los pacientes presentan un nivel de salud física buena.

Tabla N°12: Componente físico según sexo de los pacientes

		Componente Físico		Total
		Salud física mala	Salud física buena	
Sexo de los adultos mayores	Masculino	26,5	20,6	47,1
	Femenino	35,3	17,6	52,9
Total		61,8	38,2	34

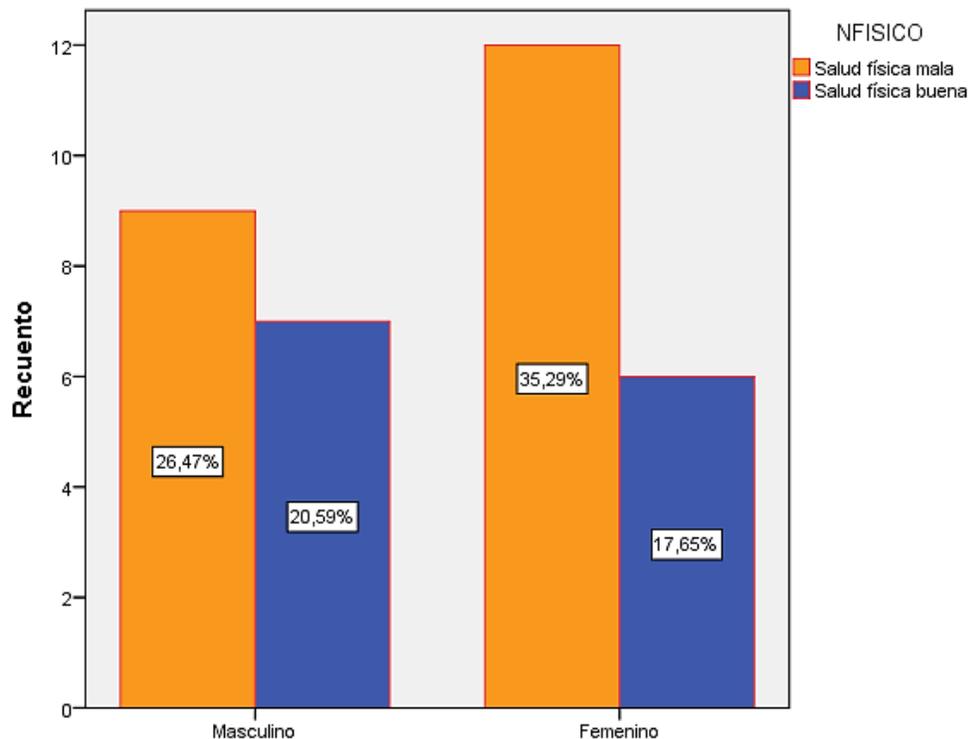


Figura N°6: Diagrama de componente física según sexo de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud física mala, el 26,47% pertenece al sexo masculino y el 35,29% pertenece al sexo femenino.

Así mismo nos permite evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud física buena, el 20,59% pertenece al sexo masculino y el 17,65% pertenece al sexo femenino.

Tabla N°13: Componente físico según edad de los pacientes

		Nivel de Salud física		Total
		Salud física mala	Salud física buena	
Edad de los pacientes	Adulto mayor	38,2	17,7	55,9
	Geronto	20,6	23,5	44,1
Total		58,8	41,2	100,0

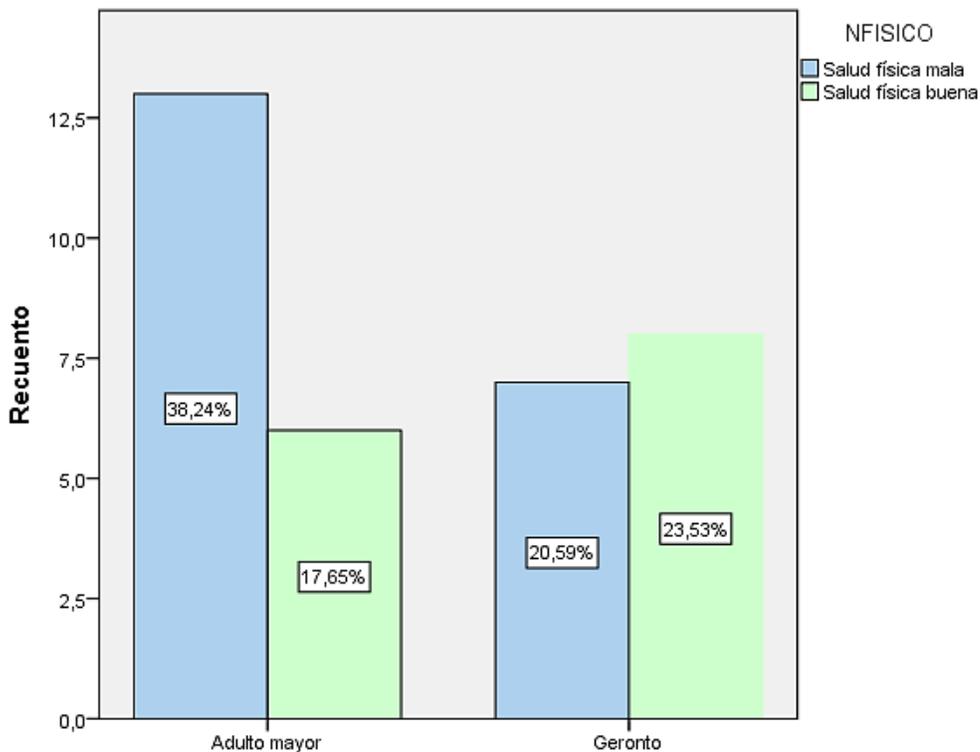


Figura N°7: Diagrama de componente física según edad de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud física mala, el 38,24% pertenece a los adultos mayores y el 20,59% pertenece a los gerontos.

Así mismo nos permite evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud física buena, el 17,65% pertenece a los adultos mayores y el 23,53% pertenece a los gerontos.

Tabla N°14: Componente Mental de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Salud mental mala	19	55,9	55,9	55,9
Válido Salud mental buena	15	44,1	44,1	100,0
Total	34	100,0	100,0	

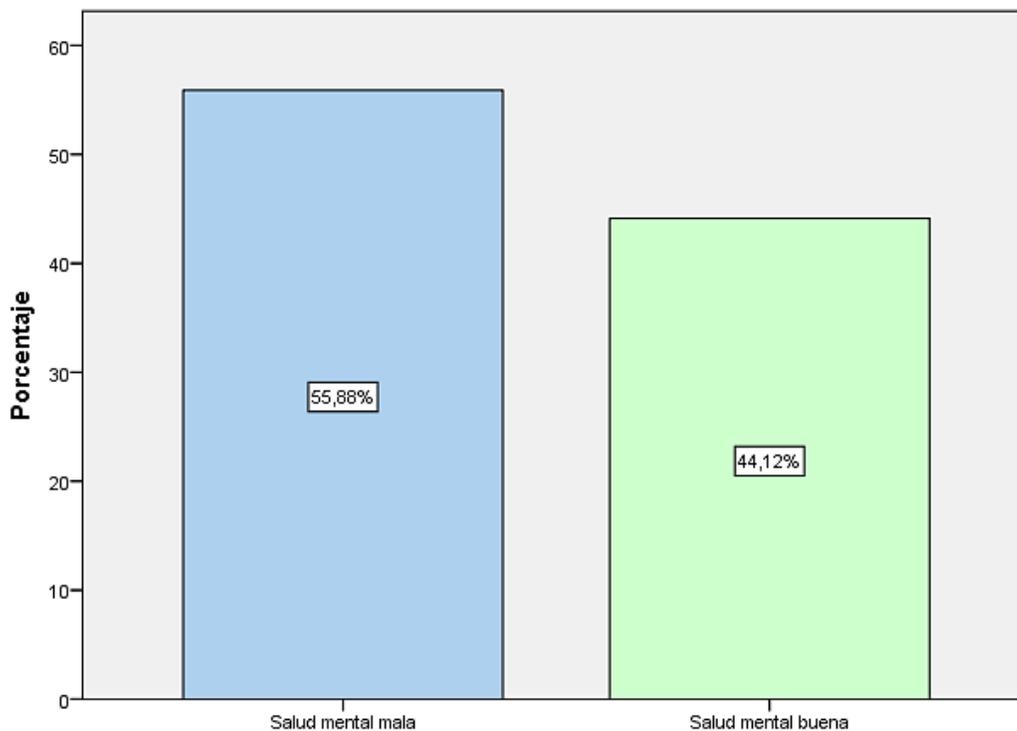


Figura N°8: Diagrama de Componente Mental de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que el 55,88% de los pacientes presentan un nivel de salud mental mala y el 44,12% de los pacientes presentan un nivel de salud mental buena.

Tabla N° 15: Componente Mental según sexo de los pacientes

		Nivel de Salud mental		Total
		Salud mental mala	Salud mental buena	
Sexo de los adultos mayores	Masculino	26,5	20,6	47,1
	Femenino	32,3	20,6	52,9
Total		58,8	41,2	100,0

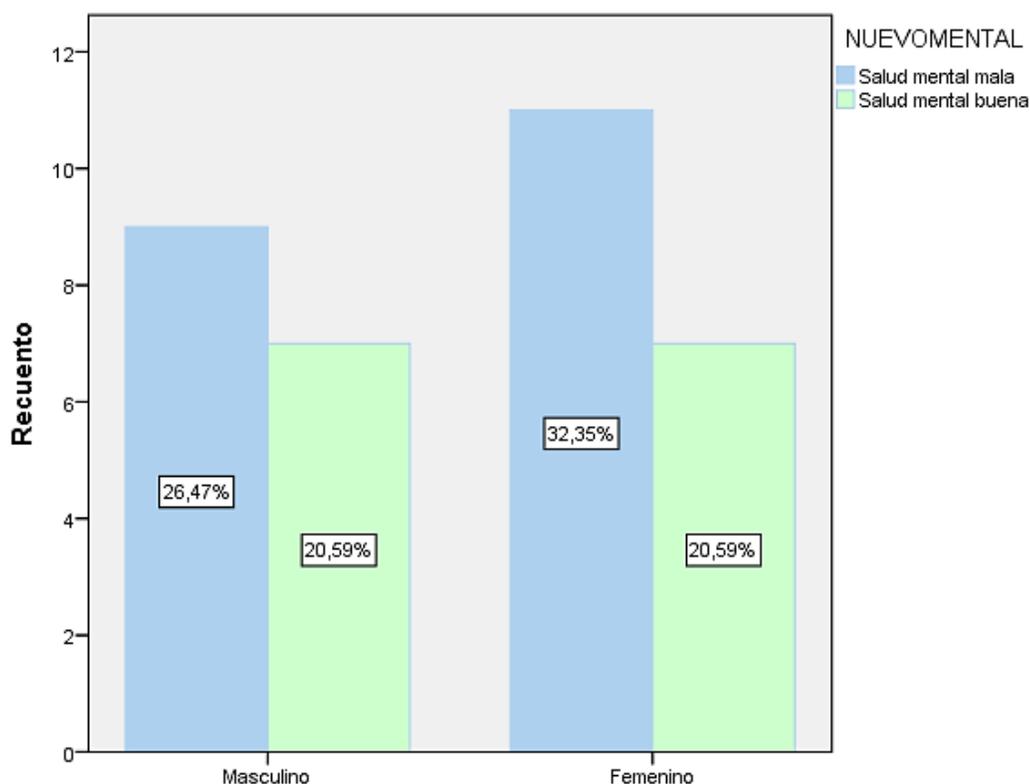


Figura N°9: Diagrama de nivel de componente mental según sexo de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud mental mala, el 26,47% pertenece al sexo masculino y el 32,35% pertenece al sexo femenino.

Así mismo nos permite evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud mental buena, el 20,59% pertenece al sexo masculino y el 20,59% pertenece al sexo femenino.

Tabla N° 16: Componente Mental según edad de los pacientes

		Nivel de Salud mental		Total
		Salud mental mala	Salud mental buena	
Edad de los pacientes	Adulto mayor	32,4	23,5	55,9
	Geronto	26,5	17,6	44,1
Total		58,9	40,1	100,0

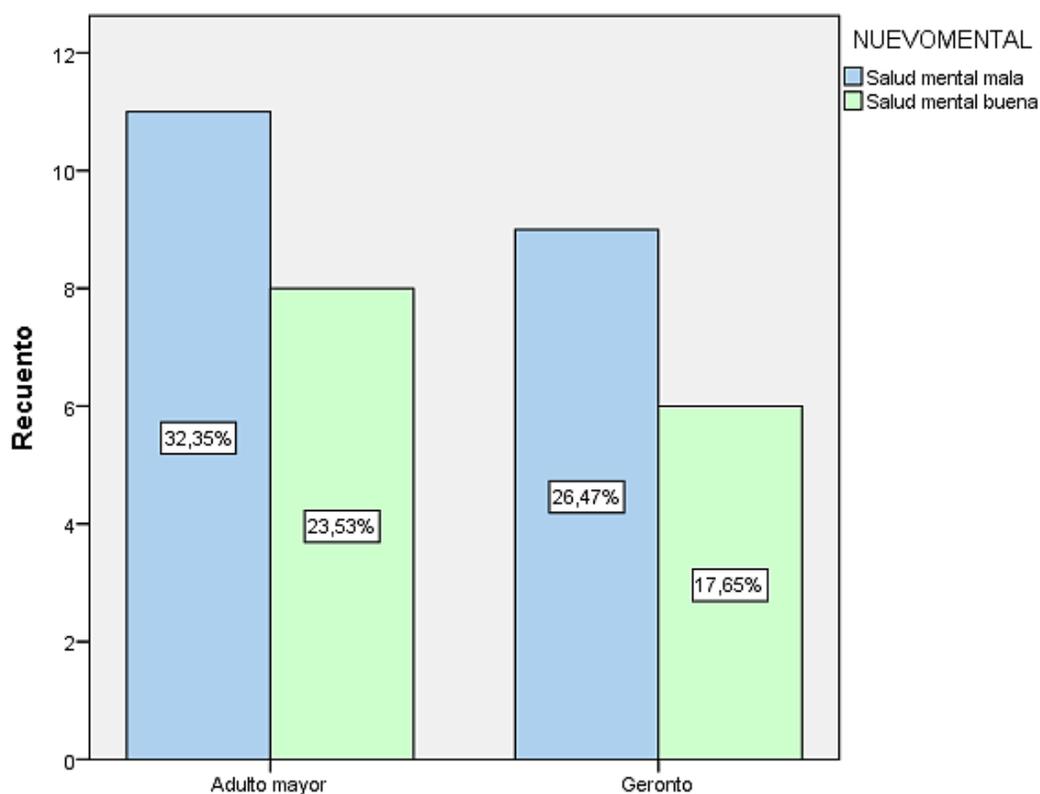


Figura N°10: Diagrama de nivel de componente mental según edad de los pacientes.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud mental mala, el 32,35% pertenece a los adultos mayores y el 26,47% pertenece a los gerontos.

Así mismo nos permite evidenciar que los pacientes que tiene un nivel de salud mental buena, el 23,53% pertenece a los adultos mayores y el 17,65% pertenece a los gerontos.

4.2 Discusión.

En la presente investigación se registró que la calidad de vida que predominó fue mala (61,76%), concordando con lo hallado por Pablo J. (2016) ⁽⁶⁹⁾. Corugedo M et al. (2014); determino que casi todos los ancianos de su investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares. ⁽¹³⁾ De forma similar a lo encontrado por los autores.

De la misma forma Flores et al. (2018); también comprobaron que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. ⁽¹⁷⁾ Asimismo, Torres et al. (2008); en una muestra conformada por adultos mayores que habitaban en un edificio, reportaron una percepción de su calidad de vida deficiente. ⁽⁷⁰⁾

Pero discrepa con los resultados hallados por Quintanar A. (2010), en su estudio encontró que el 47% tiene una calidad de vida normal, un 33% es buena y un 20% de los adultos mayores presenta mala o baja calidad de vida. ⁽⁷¹⁾ También, discrepa con los resultados hallados por Huamán Y. y Tasayco J. (2014); en su estudio mostraron que la Calidad de vida (estado de salud), de los adultos mayores obtuvo una puntuación de 52, por lo que se le puede catalogar como BUENO; es decir que la percepción del estado de salud por parte de los adultos mayores. ⁽¹⁰⁾

La población estudiada estuvo constituida por adultos mayores ambulatorios encuestados en un Centro de Salud de Lima. El sexo femenino (52,94%) predominó

frente al sexo masculino (47,06%); concordando con lo hallado por Díaz et al. (2009)⁽⁶⁸⁾ y con lo hallado por Huamán Y. y Tasayco J. (2014).⁽¹⁰⁾

Los encuestados son personas independientes para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La calidad de vida de los adultos mayores, está determinada por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y por el funcionamiento físico, social y mental. El nivel de salud física que presentó la muestra fue mala (38,24%) pertenece a los adultos mayores mientras que los pacientes que tiene un nivel de salud física buena (23,53%) pertenece a los gerontos; lo que discrepa con Burke y Walsh (1998); la incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, lo cual a su vez afecta su estado de salud general, su capacidad funcional, su sentimiento de autoeficacia y su calidad de vida.⁽⁷²⁾

El nivel de salud mental que presento la muestra fue mala (32,35%), pertenece a los adultos mayores. La salud mental es un elemento fundamental que debe considerarse al evaluar la percepción de los individuos de las condiciones en que viven; Heikkinen consideraba la salud mental de los adultos mayores, no solo como la ausencia de enfermedades o síntomas, sino también como un recurso intelectual y emocional que soporta el bienestar personal y fortalece la integración social, especialmente en los adultos mayores y sus principales manifestaciones, mediante estados emocionales como el estrés y la depresión y en estados más graves o desórdenes mentales severos.⁽⁷³⁾

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

- De acuerdo a los resultados encontrados podemos afirmar que la Calidad de vida de los adultos mayores es mala en un 61,76%.
- El nivel de calidad de vida mala es mayor tanto en el sexo femenino 32,35%, como en el masculino 29,41%.
- Se puede concluir también que el nivel de componente de salud física según sexo de los pacientes, fue mala en los pacientes de ambos sexos. Asimismo, se concluye que el nivel de componente de salud física según edad fue mala en los pacientes adultos mayores en un 38,24%.
- Se puede concluir también que el nivel de componente de salud mental según sexo de los pacientes, fue malo tanto en los pacientes del sexo femenino 32,35%, como en los pacientes del sexo masculino 26,47%. Asimismo, se concluye que el nivel de componente de salud mental según edad fue mala en los pacientes adultos mayores 32,35%.
- La patología músculo esquelética más frecuente de la muestra era la Osteoartrosis de rodilla 29,41%, seguida de la Lumbalgia 20,59%, el Síndrome de hombro doloroso 17,65% y la Cervicalgia 11,76%.
- Se concluye que los pacientes que presentan mala calidad de vida, muchas veces no participan de otra terapia integral.
- Los adultos mayores del sexo masculino son los más reacios a participar de terapias grupales; asistiendo sólo a terapia ambulatoria.

- Se concluye que al tener sólo terapia psicológica una vez por semana los adultos mayores no asisten o es insuficiente para el abordaje integral.

5.2 Recomendaciones

Del análisis de los resultados de la presente investigación, surgen algunas recomendaciones que creemos pertinente formular:

- Se suma como aporte para futuras investigaciones que relacionen estos temas y así acercar aún más la necesidad de educar a la población sobre la importancia de fomentar en los adultos mayores costumbres, hábitos, y estilos de vida que les permitan mantener unas condiciones favorables de salud y una calidad de vida basada en la dignidad, así evitaremos alteraciones, deformaciones y evitar lesiones con el fin de disfrutar de una vida placentera y saludable.
- Se recomienda incrementar las estrategias de Atención Primaria de Salud en Geriatría, como una posibilidad que pueda tenerse en cuenta para conocer más de cerca la realidad de las familias y en ellas la de los adultos mayores; que ofrezcan actividades de promoción, prevención y valoración geriátrica con enfoque integral e integrado, de manera multidisciplinaria para mantener la funcionalidad y así prevenir la dependencia. Con el fin de brindar bienestar a esta población, especialmente en los adultos mayores que presenten movilidad reducida.
- Se recomienda Incorporar herramientas técnicas que permitan la atención en salud de las personas mayores según condición de funcionalidad, favoreciendo el diagnóstico oportuno y de calidad.

- Se recomienda el abordaje integral y no solo físico del adulto mayor desde el inicio de los diferentes tratamientos para evidenciar mejoras en su calidad de vida, adaptaciones y/o recursos para sobrellevar deficiencias y/o discapacidades.
- Se recomienda conocer más acerca de la fisioterapia y sus beneficios para aumentar la calidad de vida durante la fase del envejecimiento. La fisioterapia entra en contacto con el adulto mayor, no sólo en aspectos relacionados con la asistencia sanitaria sino también mediante la educación para la salud, es decir, ofrecerles información y conocimientos sobre cómo llevar una vida saludable y de la introducción de la fisioterapia por medio del ejercicio físico e higiene postural en su día a día.
- Se recomienda realizar ejercicio físico guiado por un profesional experto, ya que éste facilita la interacción en grupo y la comunicación intrapersonal, favorece la compañía y el apoyo cubriendo la necesidad de relacionarse en la sociedad y adaptarse a ella evitando cualquier aparición de sensaciones como el sentirse sólo, inútil, abandonado o excluido que más tarde puedan derivar en trastornos o estados de ansiedad y/o depresión.
- Es innegable la importancia del papel del fisioterapeuta en la atención de las personas de la tercera edad y en prevención que deben fomentar la actividad física a lo largo de toda la vida para lograr una vejez más sana y activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. "Envejecimiento y la salud". HelpAge Internacional; [citado Mayo del 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
2. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Rev Med Hered. 2005;16(3):165-71.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana 2015. Lima: INEI; 2015. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Lima: INEI; 2009. Disponible en:
<http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0845/index.htm>
5. Varela L, Tello T. Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. 2da ed: Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011; 19-24.
6. Organización Mundial de la Salud. Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Ginebra: OMS; 1998.
7. Paterne G, Bardales Y, Martínez M. Calidad de vida. En: Abizanda P. Medicina Geriátrica. Barcelona: Elsevier; 2012; 155-62.

8. Lisigurski M, Varela L. Calidad de vida. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003; 63-7.
9. Brown AP. Reducing falls in elderly people: a review of exercise interventions. *Physiother Theory Pract.* 1999;15:59-68.
10. Huamán Y. y Tasayco J. "Calidad de vida de los adultos mayores frágiles ambulatorios en la Clínica Geriátrica San Isidro Labrador en Noviembre de 2014". Perú; 2014.
11. Ataucusi, M. y Díaz M. "Influencia del programa "Envejecimiento saludable" para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una Asociación del distrito de Ahuac". Perú: Huancayo; 2016.
12. Tremolada S. "Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un Centro Geriátrico de Lima en el año 2017". Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Psicología; 2017.
13. Corugedo M, García D y González V. "Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces, Cienfuegos. Cuba." Cuba; 2014.
14. Luján I. "Calidad de vida del adulto mayor dentro del Asilo los hermanos de Belén." Guatemala de la Asunción. Enero de 2014
Disponibile en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>
15. Aponte v. "CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD". Universidad Católica Boliviana "San Pablo" La Paz-Bolivia; 2015.
Disponibile en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003

16. Mazacón B. “Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud”. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA. Ecuador; 2017.
17. Flores B et al. “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar” en la Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018;26(2):83-8
18. Bazo M. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. Rev Papers 1998; 56: 143-61.
19. Hernández Martínez-Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, Royano Reigadas L, García Calderón MI. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. Gerokomos (Internet). 2006 (acceso 3 de junio de 2014); 17: 132-9. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2006000300003>.
20. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. The Gerontologist 2004; 44: 190.
21. Birren J, Schroots J. History, concepts, and theory in the psychology of ageing. En: Birren J, Schaie K, editores. Handbook of the psychology of aging. 4.a ed. San Diego: Academic Press; 1996.
22. Cardona D, Agudelo H. La Flor de la vida. Pensemos en el adulto. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, 2006.

23. Agar Corbinos L. Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos y reflexiones sociobioéticas. *Acta bioethica* 2001; 7: 27-41.
24. Moreno M, Alvarado A. Aplicación del modelo de adaptación de Roy para el cuidado de enfermería en el anciano sano. En: Gutiérrez M, editor. *Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería*. Bogotá: Manual Moderno, Universidad de la Sabana; 2007.
25. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. *The Gerontologist* 2004; 44: 190.
26. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo. (Internet) (Acceso 15 de octubre de 2012.) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>
27. Alvarado A. Significado que le atribuye el adulto mayor a vivir con dolor crónico. Tesis doctoral en Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería, 2012.
28. Brochet BM, Barberger-Gateau P, Dartigues J. Population-based study of pain in elderly people: a descriptive survey. *Age Ageing* 1998; 27: 279-84.
29. Reyes RCJ. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd* 2011; 30: 354-9.
30. Duran AV, Uribe A, González A, Molina J. Enfermedad crónica en adultos mayores. *Univ Méd Bogotá* 2010; 51: 16-28.
31. Rowe J. Human aging: Usual and successful. *Science* 1987; 273: 143-9.
32. Matías L. La vejez en las Américas. (Internet). (Acceso 12 de septiembre de 2012). Disponible en:

- <http://www.eclac.org/celade/noticias/noticias/4/19454/La%20vejez%20en%20las%20Americas.pdf>.
33. Vaillant.GE. Successful aging. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 839-47.
 34. Bowling A. What is successful aging and who should define it? *BMJ* 2005; 331: 1548-51.
 35. Bowling A. *Ageing well: Quality of life in old age*. Berkshire: McGraw-Hill Education, 2005.
 36. Reyes. RCJ. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd* 2011; 30: 354-9.
 37. Castillo D. Envejecimiento exitoso. *Rev Med Clin Condes* 2009; 20: 167-74.
 38. Hansen-Kyle L. A Concept analysis of healthy aging. *Nurs Forum* 2005; 40: 45-57.
 39. Garfias C, Martínez. M. y Pérez A. "El adulto mayor y como envejece". Universidad nacional Avema de México". Septiembre; 2008.
 40. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(S2):74-105
 41. Organización Mundial de la Salud. *Growing Older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life*. Ginebra: OMS; 1998.
 42. Owen N, Bauman A. The descriptive epidemiology of a sedentary lifestyle in adult Australians. *Internat J Epidemiol*. 1992;21:305-10.
 43. Department of Health and Human Services, U.S. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta GA, U.S.: Department; 1996.

44. Andersson G, Yardley L, Luxon L. A dual task study of interference between mental activity and control of balance. *Am J Otol.* 1998;19:632-7.
45. Teasdale N, Simoneau M. Attentional demands for postural control: the effects of aging and sensory reintegration. *Gait Posture.* 2001;14:203-10.
46. Hauer K, Marburger C, Oster P. Motor performance deteriorates with simultaneously performed cognitive tasks in geriatrics patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83:217-23.
47. Turner PA. Osteoporosis- its causes and prevention: an update. *Physiother Theory Pract.* 2000;16:135-49.
48. Dunn AL, Andersen RE, Jackicic JM. Lifestyle physical activity interventions: history, short-and long-term effects, and recommendations (OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Mayo, 2004). *Am J Prev Med.* 1998;15:398-412.1
49. Varo Cenarruzabeitia JJ. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Med Clín (Barc).* 2003;121(17):665-72.
50. World Health Organization. *World health report.* Geneva: WHO; 2002.
51. Warburton D, Whitney C, Bredin S. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ.* 2006;174(6):801-9.
52. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide.* Boston: New England Medical Center; 1993.
53. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey(SF-36): III. Tesis of data quality. Scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32(1): 40-66.

54. Alonso. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollo; 2004
55. VILAGUT G. et al. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevo desarrollos. Gac Sanit [revista en la internet]. 2005 Abr [citado 2014 Ene 04]; 19(2): 135-150.
56. Ware JE, Gandek B, IDOLA Project Group. The SF-36 Health Survey Development and use in mental Health research and the IDOLA Project. Int J. Ment Health 1994; 23: 49-73.
57. Rockwood K, Hogan DB, MacKnight C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. Drugs Aging. 2000; 17:295-302.
58. Moreno B y Ximénez C. EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA. Publicado en : Gualberto Buela Casal, y col (Eds), Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, pp. 1045-1070. Año 1996. Universidad Autónoma. Madrid
59. Levi, L. y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México, El Manual Moderno.
60. Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality. New York: Plenum
61. Lawton, M.P., Moss, M., Fulcomer, M. y Kleban M.H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. Journal of Gerontology, 37, 91-99.
62. Shin, D.C. y Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assesment of the quality of life. Social Indicators Research, 5, 475-92.

63. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39:778-84.
64. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46:1569–85
65. OMS. Documentos básicos. Organización Mundial de la Salud: 1. 43a Edición. Ginebra; 2001.
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
66. Bruckenthal P. Assessment of Pain in the Elderly Adult. *Clin Geriatr Med* 2008; 24:213-236.
67. Hernández S, Fernández C, Baptista P. Metodología de Investigación. McGraw Hill, México 1997. Disponible en:
https://docs.google.com/document/d/1KT8Lg1RaZbj_YWT_5Ojs7W8YQ-0c4VAjd6JB8OoQGY/edit?pli=1
68. Pablo J. “Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima 2016”. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Perú: Lima; 2016.
69. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas. *Rev Med Chile.* 2008;136,326-9. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>

70. Quinatanar A. ANALISIS DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE TETEPAN HIDALGO: INSTRUMENTO WHOQOL-BREF. Tesina. Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Mexico disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
71. Díaz et al. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta Med Per 26(4) 2009.
72. Ana Luisa González-Celis Rangel, México 2006, Calidad de Vida del Adulto Mayor. Disponible en: http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR
73. Ordóñez C. Percepción de calidad de vida y promoción de la salud en adultos mayores pertenecientes a Centros de atención primaria de Valdivia durante el año 2008. Chile; 2008. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmr789p/doc/fmr789p.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>“Calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018”</p>	<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel del componente de salud física de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad? • ¿Cuál es el nivel del componente de salud 	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel del componente de salud física de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad. • Identificar el nivel del componente de salud mental de los adultos 	<p>El nivel de calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018 es mala.</p>	<p>V₁: Calidad de vida.</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Función física • Rol físico • Dolor corporal • Salud general • Vitalidad • Función social • Rol emocional • Salud mental 	<p style="text-align: center;">MÉTODO</p> <p style="text-align: center;">Descriptivo</p> <p style="text-align: center;">DISEÑO</p> <p style="text-align: center;">Descriptivo Simple</p> <p style="text-align: center;">M → O</p> <p>Donde:</p> <p>M: Muestra</p> <p>O: Es la variable de la Calidad de Vida.</p>	<p>Población:</p> <p>Estará constituido por 40 adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estará constituido por 34 adultos mayores</p>

	mental de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad?	mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima según sexo y edad.				ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018.
--	---	---	--	--	--	--

ANEXO N°2: CUESTIONARIO SF-36

1) Título del instrumento:

“Calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018”.

2) Presentación:

Estimados pacientes, el presente cuestionario tiene por finalidad la obtención de información acerca de “Calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018”.

En la cual requiero su colaboración, solicitando que responda al siguiente cuestionario con suma sinceridad en sus respuestas.

3) Instrucciones: “Calidad de vida de los adultos mayores ambulatorios en un Centro de Salud de Lima - Noviembre 2018”, que se desea evaluar.

Marque con un aspa “x” la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las alternativas que se le muestra.

4) Cuerpo de formulario:

DATOS GENERALES:

- Edad: _____
- Género: _____

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

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

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

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

3. Su salud actual, ¿Le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿Le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿Le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿Le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿Le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿Le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿Le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿Le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿Le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿Le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A
PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿Tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**Hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

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

1 Nada

- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

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

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa