



Universidad Norbert Wiener

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO QUE ASISTE A UN
TALLER DE ADULTO MAYOR DE UNA INSTITUCIÓN DE
SALUD PRIVADA DEL RÍMAC”**

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

PRESENTADO POR:

LEÓN JULCA, GLORIA LUZ

ASESOR:

DRA. MARÍA HILDA CÁRDENAS DE FERNÁNDEZ

LIMA – PERÚ
2019

DEDICATORIA

Se lo dedico a mis hijos por incitarme a seguir mis sueños y cumplir mi más grande anhelo, ser enfermera. A mi madre, a quien en vida le prometí que lo lograría.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores, a mis compañeros de clase, por darme el ánimo de seguir, y a la Universidad Norbert Wiener por darme la oportunidad de culminar mis estudios y ser la profesional que siempre quise ser.

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|------|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| ÍNDICE | IV |
| ÍNDICE DE TABLAS | V |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | VI |
| RESUMEN | VII |
| ABSTRACT | VIII |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| II. MÉTODO | 24 |
| III. RESULTADOS | 28 |
| IV. DISCUSIÓN | 40 |
| V. CONCLUSIÓN | 43 |
| RECOMENDACIONES | 44 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 45 |
| ANEXOS | 50 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | Pág. |
|-----------------|---|-------------|
| Tabla 1: | Valores obtenidos de la variable Calidad de Vida | 28 |
| Tabla 2: | Descriptivos de Calidad de Vida en Adultos Mayores | 29 |
| Tabla 3: | Frecuencia y Porcentaje de Estado Civil | 31 |
| Tabla 4: | Frecuencia y Porcentaje de Expectativas Laborales | 31 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Gráfico 1: Niveles de Calidad de Vida en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 30 |
| Gráfico 2: Niveles alcanzados en la subescala Función física en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 32 |
| Gráfico 3: Niveles alcanzados en la subescala Rol Físico en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 33 |
| Gráfico 4: Niveles alcanzados en la subescala Dolor corporal en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 34 |
| Gráfico 5: Niveles alcanzados en la subescala Salud General en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 35 |
| Gráfico 6: Niveles alcanzados en la subescala Vitalidad en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 36 |
| Gráfico 7: Niveles alcanzados en la subescala Función social en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 37 |
| Gráfico 8: Niveles alcanzados en la subescala Rol emocional en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 38 |
| Gráfico 9: Niveles alcanzados en la subescala Salud Mental en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019. | 39 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar los niveles alcanzados de calidad de vida en ancianos que asisten al Taller de Adulto Mayor en una Institución Privada de Salud del distrito del Rímac. **Materiales y métodos:** Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal. Se empleó la Escala de calidad de vida SF-36 ($\alpha=.74$) que consta de 36 ítems con tipo de respuestas Likert, en una muestra de 80 adultos mayores de ambos sexos que accedieron a participar voluntariamente del estudio. **Resultados:** Los resultados demostraron que un 60% de los participantes alcanzó un nivel bajo de calidad de vida; un 34% alcanzó un nivel regular de calidad de vida; y un 6% de ellos alcanzó un nivel bueno de calidad de vida. La subescala Salud mental fue descrita con los puntajes negativos más elevados. **Conclusiones:** Los adultos mayores presentan una predominancia por el nivel bajo de calidad de vida. Asimismo, las mujeres presentan una calidad de vida con una tendencia media, a diferencia de los varones, quienes presentan una mayor tendencia en los niveles extremos: bajo y bueno.

Palabras clave: Calidad de vida, Adultos mayores, Predominancia.

ABSTRACT

Objective: To determine the levels of quality of life attained in the elderly who attend the Elderly Workshop in a Private Health Institution in Rímac district.

Materials and methods: It is a quantitative study of descriptive and cross-sectional type. The SF-36 Quality of Life Scale ($\alpha = .74$), consisting of 36 items with Likert responses type, was used in a sample of 80 older adults of both sexes who voluntarily agreed to participate in the study. **Results:** 60% of the participants reached a low level of quality of life; 34% reached a regular level of quality of life; and 6% reached a good level of quality of life. The Mental Health subscale was described with the highest negative scores. **Conclusions:** Older adults have a predominance due to the low level of quality of life. In addition, women have a quality of life with a medium tendency, unlike men, who have a greater tendency at extreme levels: low and good.

Keywords: Quality of life, Older adults, Predominance.

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, se ha sido testigo de los asombrosos descubrimientos de la ciencia, desde nuevas formas para tratar enfermedades hasta las medidas para sanar y dirigir nuestra propia vida. Si bien es cierto, los avances científicos han acercado a la tecnología al ser humano para hacer posible una vida más llevadera y sencilla, también se han aproximado a estilos de vida riesgosos y hasta dañinos, de manera que con el paso del tiempo hacen efecto en la salud y, muchas veces, presentan una recuperación improbable.

Quienes suelen verse inmersos en esta realidad son los adultos mayores, personas que, por el estilo de vida que han llevado y por el propio proceso de envejecimiento, cargan con males físicos que acarrearán dificultad para realizar actividades diarias, condiciones psicoafectivas adversas y problemas a escala social, como el abandono, la discriminación y los malos tratos.

Según la OMS, el adulto mayor es la persona mayor a 60 años que cuenta con características físicas, mentales y de desarrollo propias de la avanzada edad. En esta etapa un alto porcentaje de las personas incluidas en este grupo etario se halla en situación de pobreza y pobreza extrema, lo cual impide, en muchos casos, llevar una adecuada calidad y estilo de vida (1).

La cantidad de personas mayores está incrementándose notablemente en todo el mundo. Según lo detallado en diversas investigaciones, entre los años 2015 y 2050, esta cantidad casi se duplicará, pasando de 11% a 22%. Estadísticamente, el aumento previsto es de 900 millones a 2 mil millones de población superior a los 60 años. La situación de indefensión de los adultos

mayores los coloca en una escena de vulnerabilidad a problemas y enfermedades de diversa índole.

En el informe mundial sobre el envejecimiento de la OMS, se señala que un 20% de las personas mayores de los 60 años de edad padecen algún tipo de trastorno mental; y el 6,6% de las discapacidades diagnosticadas en ese grupo etario se asocian a trastornos del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad (2).

En los últimos años, la sociedad ha comenzado a crear una consciencia real del problema que representa el envejecimiento de la población y la enorme necesidad de ofrecer respuestas a las consecuencias personales, políticas y sociales (3). De esta forma, los porcentajes de envejecimiento que Europa alcanzó en dos siglos serán logrados por los países del continente americano en menos de 50 años, lo cual sugiere que habrá menos tiempo para que se regulen políticas y normativas que promuevan el adecuado desarrollo de una población con mayor vejez.

A nivel internacional, se reconoce al adulto mayor como una población vulnerable, debido a las condiciones y características que lo rodean, sean de orden físico, psicológico, social o económico. A propósito de esto, la OMS (4) ha referido también que un 4% a 6% de la población adulta mayor ha sufrido alguna forma de maltrato en casa; y una alarmante cifra del 12% de los adultos mayores asilados en Centros asistenciales han sufrido actos abusivos como daños físicos y psicológicos que atentan contra su integridad y dignidad. Estas cifras son de consideración, ya que señalan directamente a

las labores de los profesionales en ciencias de la salud y su trabajo en este campo.

Se pronostica que la cifra de adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro para el año 2050, de la mano de la prevalencia de enfermedades y condiciones limitantes que produzcan la dependencia. Asimismo, la demencia, al ser una enfermedad neurodegenerativa, tiende a aumentar con el paso de los años, calculándose que para el año 2050 un porcentaje de 25% a 30% de los adultos mayores de 85 a más años poseerán un grado de deterioro cognoscitivo.

En Perú, según la Encuesta Nacional de Hogares del INEI (5), en el año 2012, la población de 60 años a más representa el 9,3% de la población de todo el país; asimismo, se observó un crecimiento porcentual de 0,4% al contraste con la evaluación del año 2011. En Junio del 2014, los adultos de 60 años a más representaban el 9,4% de la población total. Se estima que para el año 2021 la población de adultos mayores se incrementará hasta el 11,2% de la población nacional (6).

El distrito de Rímac en Lima, en el 2017, cuenta con 163 mil habitantes, aproximadamente, de los cuales el 10% es población adulta mayor, con necesidades visibles, como se presentan en todo el distrito, salubridad, condiciones de aseo público, tráfico, delincuencia, contaminación y otras señaladas por INEI en el año 2017 (7).

El envejecimiento individual y demográfico tienen en común que sus efectos presentan una tendencia a ser directamente proporcionales (un incremento en la calidad de vida de los individuos y un mayor desarrollo social de los

países inmersos) en la medida en que se tenga mayor conocimiento sobre cómo son actualmente los ancianos y qué significa claramente ser un adulto mayor en la sociedad (8).

A nivel mundial, la población de adultos mayores ha ido creciendo con el paso de los años; la esperanza de vida se ha incrementado en muchos países; y actualmente los tratamientos paliativos y regenerativos para diversas enfermedades representan más accesibilidad para todas las personas (9). Al tener en cuenta la mejora a nivel asistencial en salud, debemos preguntar si en función a los recursos estamos entendiendo cómo se afronta el incremento del índice poblacional de los adultos mayores.

Los años no pasan en vano y, con el paso de ellos, las personas van presentando obstáculos en las habilidades funcionales normales con las que antes contaban (10). Con la pérdida o dificultad de este tipo de habilidades por causas biopsicosociales, los roles y las tareas asignados socialmente se van haciendo cada vez más complejos. El nivel de independencia del adulto se reduce y en muchos casos entra a tallar el cuidado, protección y respaldo como una función muy importante para el estilo de vida del adulto mayor (11).

Sabemos que los adultos mayores enfrentan día a día complicaciones para vivir su vida como lo hacían antes. En muchos casos, la familia tiene una injerencia directa sobre esto, muchas veces también el sistema de salud y todos sus componentes. A lo largo de este trabajo, buscamos identificar de qué manera perciben los adultos mayores su propia calidad de vida para, en

función de esta perspectiva, trabajar y orientar nuestra labor como profesionales al servicio de las personas.

Para conocer esta problemática y poder realizar un análisis basado en la realidad, debemos tomar en cuenta el contexto actual. Año tras año el porcentaje demográfico de población adulta mayor se incrementa sorprendentemente. En el año 2015, la OMS explicó que, entre el año 2000 y 2050, se duplicará la población de adultos mayores, subiendo de un 11% a un 22% en el lapso de medio siglo. Con este aumento poblacional, medidas sociales, de salud y de recursos deben ser tratados como temas principales (12).

Actualmente, existen muchos estudios que se dedican a dar a conocer los principios y fundamentos de lo que podría denominarse como una nueva cultura sobre la senectud. Estos intentos tienen como objetivo promover la mejoría de las condiciones psicológicas, sociales y físicas de los adultos mayores, de manera que el tratamiento e intervención, en líneas generales, sea más efectivo y especializado. Debemos resaltar también la importancia del desarrollo de este tipo de estudio para velar por los derechos fundamentales del adulto mayor, dentro de ellos: el derecho a vivir una vida digna, buscar un modelo que fortalezca las competencias del adulto mayor, velando por una adecuada práctica de estilos de vida saludables y la dignidad en su atención de salud.

Los países de este continente pueden presentar diferencias en la forma de experimentar el envejecimiento: en función de que pueden vivir más años, pero la ancianidad no es una condición precisamente anhelada por la

mayoría de las personas (13). En el plano colectivo, reducir la mortalidad, la fecundidad y aumentar la esperanza de vida son logros asociados a un mayor desarrollo económico y social, pero su efecto combinado genera efectos que no son necesariamente favorables.

Muchos de los objetivos de los programas nacionales a nivel social, económicos y educativos, que condujeron a la rápida disminución de la mortalidad y al descenso de la fecundidad en nuestros países, provienen de modelos adaptados de patrones económicos y culturales de los países desarrollados, que van “desde la tecnología sanitaria y de productos anticonceptivos hasta actitudes sociales y culturales” (14). De esta manera, la región vive un proceso de envejecimiento asociado a elementos físicos e ideológicos creados antes y en otras sociedades. Es decir, experimenta otro tipo de envejecimiento, cualitativamente distinto al de los países desarrollados; además, se produce en una situación de subdesarrollo; entonces, sumándose a la larga lista de temas sociales pendientes de solución como la pobreza y la exclusión de algunos sectores de su población, se adicionan ahora los costos sociales y económicos del envejecimiento, todo sobre el panorama actual, desde un modelo de desarrollo que no pocas veces prioriza la estabilidad macroeconómica sobre el bienestar social de las personas (15).

El envejecimiento es una experiencia por la que todos van a pasar; actualmente, en todo el mundo la población mayor de los 60 años es el grupo etario de mayor crecimiento y, sin embargo, no es visto como una prioridad. A pesar de que esta realidad suene preocupante debido a los pocos recursos profesionales, sociales y medidas de protección por parte de

los gobiernos para enfrentar el desafío del envejecimiento de la población, esto representa un logro para todo el mundo; es el resultado del control y reducción de índices de fecundidad y el incremento de la esperanza de vida. El envejecimiento no significa sino un reto de la propia vida, una prueba de fuego a los gobiernos y la posibilidad de asumir de manera responsable lo que la población demanda. La vejez trae consigo cambios a toda escala, en las que figuran como principales las condiciones físicas, independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros, etc. (16).

A pesar de esta información, los recursos, programas y propuestas del Estado no vienen de la mano con el crecimiento de la población adulto mayor; y vemos día a día en los centros de salud y centros para el adulto mayor las problemáticas que se afrontan muchas veces sin éxito. Vemos que pasa el tiempo y la calidad de vida de muchos adultos mayores solo empeora y se convierte en un contexto hostil, peligroso y por el que nadie quisiera pasar.

Los cuidados debidos al adulto mayor, producto de enfoques integrales y multidisciplinarios de tratamiento y prevención, son soluciones a la cada vez más precaria calidad de vida presente en los adultos mayores. Es importante conocer esta realidad y enfocar nuestros esfuerzos en saber cuál es la percepción que tienen los adultos mayores de la vida que están llevando, entendiendo sus puntos de vista y necesidades que deben ser cubiertas. Únicamente bajo esta premisa es que podemos trabajar de manera sostenida y responsable con el adulto mayor, de manera que se puedan

tomar decisiones y medidas pertinentes y ajustadas a todas las personas que conforman nuestra sociedad, en donde los valores y principios sean los protagonistas y en donde la dignidad y calidad de vida dejen de ser un constructo con matices utópicos y pasen a ser una realidad.

Durante el siglo XXI, se han planteado una gran cantidad de teorías para explicar el desarrollo y la naturaleza del envejecimiento. El envejecimiento tiene en consideración un número aproximado de genes diferentes; se han llegado a presentar hasta 100 genes asociados en la evolución de la senectud. También hay cambios múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento, señalado por Pardo, G. (17).

Todos estos fenómenos del deterioro a causa de la edad no pueden ser explicados unilateralmente; es decir, es necesaria una teoría que contemple la multicausalidad. Esta tendrá un valor más racional y, por lo tanto, científico. Strehler, en 1982, señaló los cambios que una teoría del envejecimiento debe explicar (18):

- a) Perjudiciales, contraproducentes para el cuerpo y la salud.
- b) Progresivos, de desarrollo paulatino.
- c) Intrínsecos, no involucran eventos externos al individuo.
- d) Universales.

Muchas teorías y categorizaciones han sido propuestas para explicar el envejecimiento humano, pero como una sola no puede explicar todas las observaciones relacionadas con este, se vislumbran 2 grandes tipos de teorías:

1. Teorías estocásticas: Contemplan a los fenómenos que conforman una serie de variables aleatorias que hacen que, en este caso, el envejecimiento sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Estas teorías cuentan con la acumulación fortuita de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición de factores externos que pueden ser peligrosos.

2. Teorías deterministas: Incluyen aquellos fenómenos que se describen mediante un número determinado de variables, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno en cuestión.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no solo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 22% de la población general (19), sino también ocurre en nuestra región y con mucha insistencia. 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. Las aproximaciones poblacionales indican que para el año 2025 las personas adultas mayores constituirán entre el 12% al 13% de la población total peruana (20).

En la última década, se han realizado investigaciones que han permitido la visibilización de la problemática en la que se ve envuelto el adulto mayor. Por citar un ejemplo, Melguizo – Herrera E. et al., en 2014 (9) en su trabajo “Calidad de Vida de Adultos Mayores en Centros de Protección Social de Cartagena” en Colombia, tuvo como objetivo conocer los factores asociados

a la calidad de vida en adultos mayores, con una muestra de 187 adultos mayores residentes en Centros de Protección Social de Cartagena. Se aplicó el Test de Valoración Mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y, por último, el “Índice Multicultural de calidad de vida”. El promedio de edad fue 75 años; predominó el estado civil soltero (57,6%), recibir medicamentos (80,3%), nivel educativo primaria (45,5%), realizar actividad física (54,5%) y no realizar actividades productivas (37,9%). Las dimensiones con menor puntaje fueron las de bienestar físico y apoyo comunitario, y las de mayor puntaje las de plenitud espiritual y autocuidado.

Eckermann L., en el año 2000 (21), en el estudio titulado “Indicadores de género en Salud y bienestar: ¿Es la calidad de vida de género neutro?”, revisó la literatura y llevó a cabo una metodología cualitativa que permitió conocer el papel del género en la Calidad de vida, concluyendo que las mujeres tienen una mejor percepción sobre su calidad de vida al contar con características que facilitan el autocuidado y la responsabilidad por la propia salud (física y psicológica). Así mismo, las mujeres a diferencia de los varones, cumplen con una mayor cantidad de tareas asociadas a la prevención de conductas de riesgo, mientras que los varones no previenen consecuencias próximas para su salud general.

Por otro lado, Luján I. en 2014 (10), en la investigación titulada “Calidad de Vida del Adulto Mayor del asilo Los hermanos de Belén” en Guatemala, buscó dar a conocer las percepciones sobre calidad de vida de los adultos mayores, con una muestra de 8 adultos mayores pertenecientes al asilo Los hermanos de Belén, para lo cual se utilizó el Cuestionario de Calidad de Vida para adultos mayores CUBRECAVI, que evalúa 21 escalas de 9

dimensiones en total, además de emplear como técnica el estudio de casos para profundizar en el análisis de cada adulto mayor. Los resultados refieren un estado común de satisfacción con las instalaciones y servicios del asilo. Por otro lado, es importante mencionar que algunos de los ancianos cuentan con pensión de jubilación, mientras otros no cuentan con apoyo económico. Asimismo, la osteoporosis y el mal de Parkinson son los cuadros más vistos en los participantes. Por último, los resultados revelaron el sentir y resignación de los adultos mayores al no sentirse en las mismas condiciones que hace algunos años, lo cual dificulta sus actividades diarias y conductas de autovalía.

En la esfera internacional, Loredo - Figueroa M.T. et al., en 2015 (13), con la investigación llevada a cabo en México “Nivel de dependencia, autocuidado, y calidad de vida del adulto mayor” de tipo descriptivo correlacional y corte transversal, buscó establecer una relación entre la calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. Con una muestra de 116 adultos mayores que asistieron a consulta en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE) en Querétaro, se utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de Capacidades de Autocuidado y el cuestionario SF-36 de Calidad de Vida. Los resultados reflejaron que un 80,2% de los adultos mayores evaluados presentaron independencia para sus actividades diarias y el 19.8% presentaron una dependencia leve. Por otro lado, el 22.4% de los evaluados alcanzaron una buena capacidad de autocuidado y un 76.6% alcanzaron una muy buena capacidad de autocuidado. La dimensión física fue la predominante en la evaluación de la Calidad de vida, donde un 24% consideran que su estado

de salud es bueno y 56%, que su estado de salud es regular. Por último, los resultados de correlación sugirieron niveles bajos de correlación entre las variables; los más resaltantes fueron la relación de autocuidado con dependencia y autocuidado y grado de escolaridad.

En el contexto local, la investigación de Mazacón B., en 2017 (22), llevada a cabo en Lima, tuvo el título de “Calidad de Vida del Adulto Mayor en una Comunidad del Cantón Ventanas – Los ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud” de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, con una población de 297 adultos mayores, buscó determinar la calidad de vida de los adultos mayores intervenidos o no bajo este modelo. El instrumento utilizado fue el SF-36 en versión adaptada en español, además de un cuestionario sociodemográfico que informaba sobre edad, procedencia y sexo. Los resultados revelaron que las dimensiones con mayores puntajes fueron: Desempeño emocional (76,0), Desempeño físico (64,3) y salud general (58,5), mientras que las dimensiones con valores inferiores al promedio fueron: Función social (46,5), Función física (48,5) y Salud Mental (38,8). Se concluyó que no existían diferencias significativas en los resultados de los adultos mayores intervenidos con los no intervenidos bajo el modelo explicado en la presente investigación.

Corugedo M., García D., Gonzáles V., Crespo G., Gonzales G. & Calderín M., en el año 2014 (16), con el estudio llamado “Calidad de Vida en Adultos Mayores del hogar de ancianos del municipio de Cruces”, tuvieron como principal objetivo realizar la medición y descripción de niveles de calidad de vida en los adultos mayores pertenecientes a esta comunidad. De esta forma, y con una muestra de 28 ancianos bajo una metodología de estudio

observacional, se aplicó la Escala M.G.H, en donde se obtuvieron resultados reveladores indicando que tan solo uno de los adultos mayores (3,6%) alcanzó un nivel de calidad de vida regular, mientras que el resto (96,4%) consideró valores asociados a una baja calidad de vida.

Asimismo, en Lima durante el año 2017, Bautista R. y Rioja L. (14) con el trabajo llamado “Calidad de Vida de los adultos mayores que residen en el Asilo de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” tuvieron como finalidad describir los niveles de calidad de vida de los adultos mayores, de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. Contó con una muestra de 125 adultos mayores bajo la aplicación de la encuesta WHOQOL – BREF de 26 ítems para medir la Calidad de Vida. Los resultados revelaron que el 43,2% de la muestra pertenece al estado civil viudo(a); por otro lado, un 39,2% tenían secundaria completa. En relación a la Calidad de vida, un porcentaje de 57,2% obtuvo un nivel bueno de calidad de vida. Específicamente, en la dimensión física, un 72,8% obtuvo un nivel bueno de calidad de vida. Por otro lado, en la dimensión psicológica, un 57,6% alcanzó un buen nivel de calidad de vida. Respecto a la dimensión social, el 48,8% obtuvo un buen nivel de calidad de vida. Por último, en la dimensión ambiental, el 64% obtuvo un buen nivel de calidad de vida.

Alfaro, P. en el 2011 (23), con el estudio llamado “Calidad de Vida relacionada a la salud y el locus de control de la salud de grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis”, observó la relación entre estas variables en una muestra constituida por 100 pacientes entre los 20 y 70 años de 20 Centros de diálisis de Lima. En el presente, los resultados revelaron que mientras se presente un mayor locus interno y una mejor orientación

externa, existirá una relación con los niveles alcanzados en Calidad de vida relacionada a la salud.

Por último, Levis J. et al, en 2015 (3), con la investigación llamada “Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica”, tuvo como finalidad determinar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores residentes de dichos distritos. Contó con una muestra de 112 personas y se empleó la Escala de Calidad de Vida FUMAT de Verdugo, Gómez y Arias (2009). Los resultados reflejaron que un 83% de los adultos mayores presentan un nivel promedio de calidad de vida. El nivel promedio de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional fue de 71,4%; en la dimensión de relaciones interpersonales, 64,3%; en la dimensión de bienestar material, 92%; en la dimensión de desarrollo personal, 77%; en la dimensión de bienestar físico, 55%; y en la dimensión de inclusión social, 74,1%. Por último, en las dimensiones en las que se alcanzaron niveles diferentes al promedio fue en la dimensión de derecho (superior al promedio) y en la dimensión autodeterminación (inferior al promedio).

Estos antecedentes nos ayudan a posicionar nuestra variable y cuestionarnos: ¿Es realmente relevante o importante ahondar en un tema como la calidad de vida en los adultos mayores?

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y el abuso de sustancias psicoactivas representan un 1%; aproximadamente, una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es muy recurrente que los

problemas por abuso de sustancias psicoactivas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente (24).

La importancia de esta investigación reside en la relevancia social e impacto que puede tener en los nuevos tratamientos para optimizar la calidad de vida de los Adultos mayores. Si bien es cierto, ministerios e instituciones de todo el país poco a poco van visibilizando esta problemática y proponen políticas que impulsen el desarrollo en este sector, lamentablemente, vemos que no es suficiente.

Los resultados de esta investigación van a sentar un precedente en el contexto contemporáneo del distrito y del país en general, dejando en claro la importancia de mantener una calidad de vida saludable y nuestro deber como ciudadanos en participar con ella. A nivel profesional, las y los enfermeros pueden tomar como antecedente esta investigación para conocer más de cerca la problemática, conocer la población y empaparse de lo que sería una de las labores más arduas que enfrentarán en el campo laboral.

Esta investigación apunta a significar un material de alto valor teórico, que pueda impulsar la elaboración de manuales, guías y programas de intervención y prevención para el adecuado desarrollo en la calidad de vida del adulto mayor, por una cuestión de vocación, derecho, dignidad y porque nuestra profesión lo exige.

En este sentido, proponemos el siguiente objetivo:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de calidad de vida del anciano que asiste a un Taller de Adulto mayor de una Institución de Salud Privada del distrito de Rímac en el año 2019.

I. MÉTODO

2.1 Enfoque y Diseño de Investigación

El estudio realizado es una investigación cuantitativa no experimental, de tipo descriptiva y corte transversal, ya que la recolección de datos se da en un solo momento determinado (25).

2.2 Población, muestra y muestreo

La población estuvo compuesta por 80 pacientes adultos mayores que acuden al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud Privada del distrito del Rímac. En este caso, al contar con una población de poca cantidad, este se convertirá en nuestra muestra para garantizar la representatividad de los participantes. No se realizó muestreo debido a la población accesible y pequeña.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La participación del investigador en el fenómeno que se estudia fue observacional y para su complementación se utilizó un instrumento de medición. Previa administración del instrumento, se llevó a cabo la presentación y señalamientos de importancia, tales como el consentimiento informado e instrucciones para la resolución de la prueba.

El instrumento fue la Escala de Calidad de Vida SF-36, el cual es un cuestionario autoadministrado de respuesta múltiple. Asimismo, se empleó una ficha sociodemográfica, la cual solicitó datos de los participantes como: Sexo, edad, estado civil y expectativas laborales.

La Escala de Calidad de Vida SF-36 es un instrumento creado por Ware y Sherbourne en el año 1992 (26) para medir la calidad de vida de personas desde los 18 años de edad en población de pacientes como personas en general. Esta escala ofrece además de un puntaje total, puntajes en 8 dimensiones o subescalas, las cuales son: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Por último, el ítem 2 se alinea en un factor denominado Transición, el cual explica la evolución en la vida de la persona en función a su calidad de vida.

En cuestión a las propiedades estadísticas de confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida SF-36: Laos (2010) (27) obtuvo que el coeficiente de alfa de Cronbach de todo el instrumento y sus subescalas superan el puntaje mínimo esperado de .70, mientras que en su adaptación al medio nacional, la investigación de Alfaro en 2011 (23) dio como resultado que el coeficiente de alfa de Cronbach superaba el puntaje mínimo esperado de .70, a excepción de la subescala Función Física ($\alpha=.54$).

Por otro lado, en el sentido de la validez, numerosas investigaciones han enfatizado en el adecuado encuadre de los ítems en función a los resultados de los procedimientos estadísticos de análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

Este instrumento es de opción múltiple y proporciona puntajes directos que deben ser transformados a puntajes de escala para su interpretación. Los puntajes de todas las subescalas como el puntaje total, luego de su

transformación encajan en una escala de 0 a 100, en las que se ordenan los niveles alcanzados por los participantes.

2.4 Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento por los evaluadores. El periodo de aplicación tuvo lugar en dos sesiones durante el mes de Mayo del 2019.

Al comenzar la aplicación, se brindaron las instrucciones necesarias y se repartieron los materiales para su ejecución. Durante todo el proceso de aplicación se mantuvo al tanto a las autoridades de la institución sobre los objetivos y propuestas de la investigación, así como la comunicación de toda la información pertinente a los participantes que conforman la muestra, tanto de forma oral como escrita (consentimiento informado).

2.5 Aspectos bioéticos

La presente investigación cumplió en todo momento con el marco normativo y técnico vigente de bioética en las investigaciones de cualquier materia científica.

La información brindada por los participantes fue empleada únicamente con el objetivo del desarrollo de conocimiento científico bajo el principio de confidencialidad; no se hizo en ningún momento uso malintencionado de la información obtenida. De igual manera, se presentó el proyecto a ejecutar ante el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, recibiendo un veredicto de APROBADO por reunir las consideraciones éticas para su aplicación.

1.6 Métodos de análisis de información

Luego de la recolección de datos, estos fueron vertidos en el programa Microsoft Excel para la elaboración de la base de datos. Luego, fueron exportados al paquete estadístico SPSS versión 23 para el análisis correspondiente, en el cual se transformaron los puntajes directos a puntajes de escala, según las fórmulas establecidas en el manual de la escala.

Posteriormente, se categorizaron dichos puntajes en los niveles Malo, Regular y Bueno. Para la obtención de resultados, los datos fueron sometidos a análisis descriptivo desde la ficha "Análisis" del programa SPSS23, haciendo uso de tablas de contingencia y cuadros de frecuencia. Por último, los gráficos fueron diseñados desde la base de datos del programa Microsoft Excel para los puntajes alcanzados en cada una de las subescalas.

II. RESULTADOS

Tabla 1. Valores obtenidos de la variable Calidad de Vida

| Calidad de Vida | |
|-----------------|--------|
| N | 80 |
| Media | 62.98 |
| Desv. típ. | 11.88 |
| Varianza | 141.15 |
| Mínimo | 41 |
| Máximo | 88 |

La tabla 1 nos muestra los valores descriptivos obtenidos del análisis de la variable Calidad de Vida para la muestra de estudio, en la que se obtuvo una media de puntaje de 62.68, así como puntajes de 41 y 88 como mínimos y máximos respectivamente.

Tabla 2. Descriptivos de Calidad de vida en adultos mayores

| | | Sexo | | | | Total | |
|-----------------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | Varón | | Mujer | | | |
| | | F | % | F | % | F | % |
| CALIDAD DE VIDA | BAJO | 25 | 52% | 23 | 48% | 48 | 60% |
| | REGULAR | 14 | 51.85% | 13 | 48.15% | 27 | 33.75% |
| | BUENO | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 6.25% |
| | Total | 42 | 52.5% | 38 | 47.5% | 80 | 100% |

La tabla 2 permite visualizar los resultados obtenidos del análisis descriptivo de la variable Calidad de Vida de los adultos mayores según la variable sexo. En ella podemos ver que tanto un porcentaje de 52% de varones (25) como el porcentaje de mujeres de 48% (23) tuvieron una prevalencia en el nivel Bajo de Calidad de vida.

Gráfico 1: Niveles de Calidad de Vida en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



En el gráfico 1 podemos ver la distribución en barras de los niveles de Calidad de vida alcanzados por los adultos mayores expresados en porcentajes. Podemos ver que hay una prevalencia del nivel Malo de Calidad de vida (60%), seguido del nivel Regular de Calidad de Vida (34%). Por último, el nivel Bueno de Calidad de vida fue el de menor prevalencia en la muestra (6%).

Tabla 3. Frecuencia y Porcentaje de Estado Civil

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Casado | 22 | 27.6% |
| Viudo | 25 | 33.1% |
| Divorciado | 16 | 18.5% |
| Conviviente | 17 | 20.8% |
| Total | 80 | 100% |

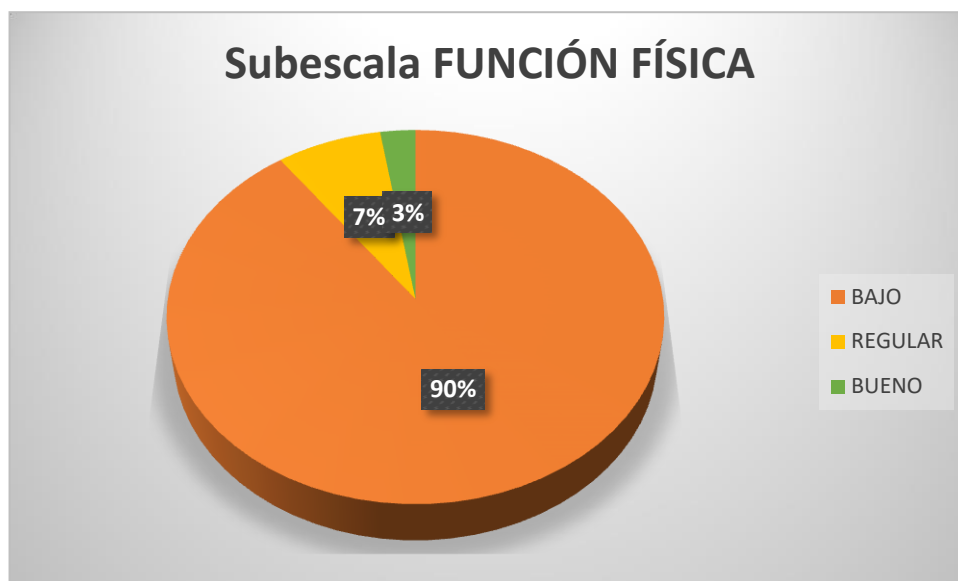
En la tabla 3 se presentan los resultados de frecuencia y porcentaje de los participantes según su estado civil. Podemos ver que un 33.1% de los participantes son Viudos, seguido del estado civil Casado con un 27.6%

Tabla 4. Frecuencia y Porcentaje de Expectativas Laborales

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Apto/Trabaja normalmente | 3 | 3.5% |
| Apto/Trabaja parcialmente | 8 | 9.3% |
| Apto/Desocupado | 24 | 31.9% |
| Apto/Jubilado | 20 | 25.3% |
| No apto para trabajar | 16 | 19.5% |
| Incapaz de cuidarse | 9 | 10.5% |
| Total | 80 | 100% |

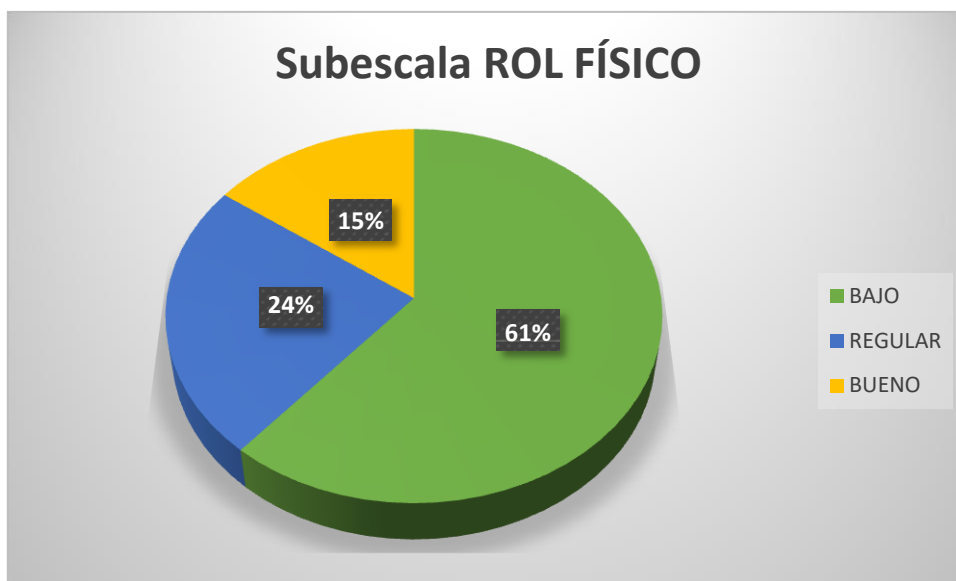
En la tabla 4 se observan los resultados de frecuencia y porcentaje de los participantes según sus expectativas laborales. Los valores más notables, señalaron que un 31.9% de la muestra se encuentra apto/descopado para trabajar; asimismo, un 25.3% de la muestra se encuentra apto/jubilado. En el otro extremo, podemos ver que solo un 3.5% de los participantes se encuentran apto/trabaja normalmente.

Gráfico 2: Niveles alcanzados en la subescala Función física en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



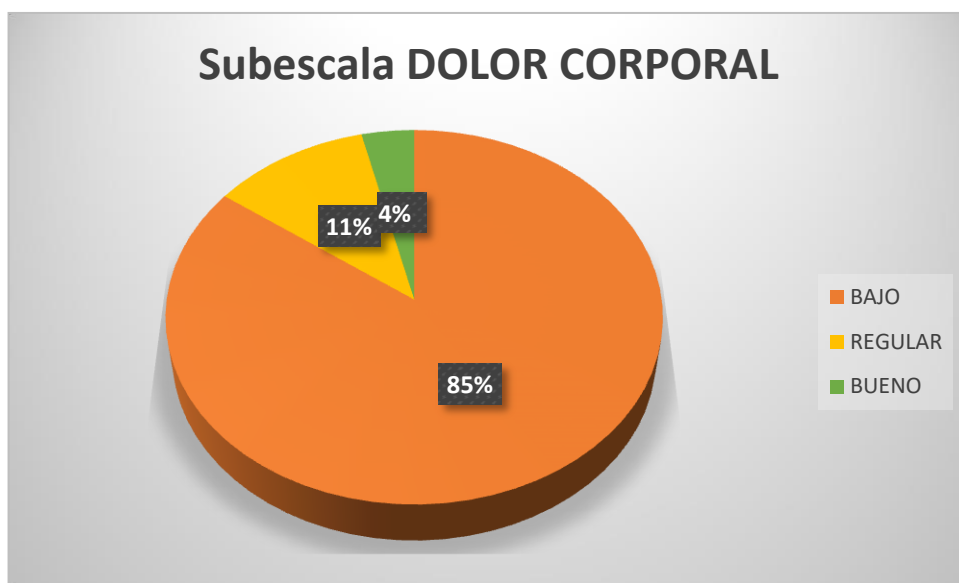
En el gráfico 2 podemos ver la distribución por porcentajes de los niveles alcanzados por los adultos mayores durante la evaluación: Un 90% alcanzó un nivel bajo; un 7%, el nivel regular; y un 3%, el nivel bueno en la subescala Función física.

Gráfico 3: Niveles alcanzados en la subescala Rol Físico en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



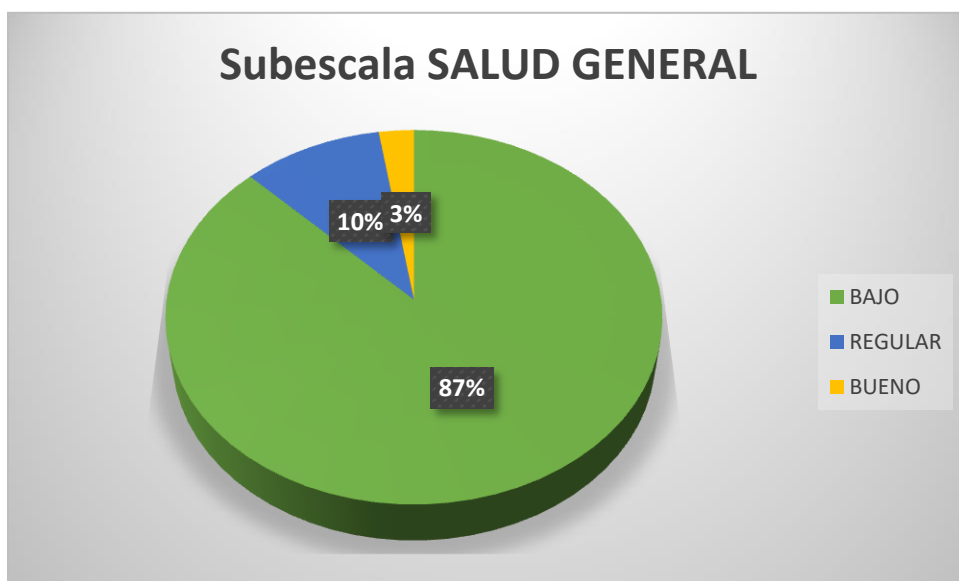
En el gráfico 3 vemos los puntajes alcanzados por los adultos mayores en la subescala Rol Físico, en el cual un 61% alcanzó un puntaje bajo; un 24% alcanzó un nivel regular; y solo un 15% alcanzó un nivel bueno en dicha subescala.

Gráfico 4: Niveles alcanzados en la subescala Dolor corporal en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



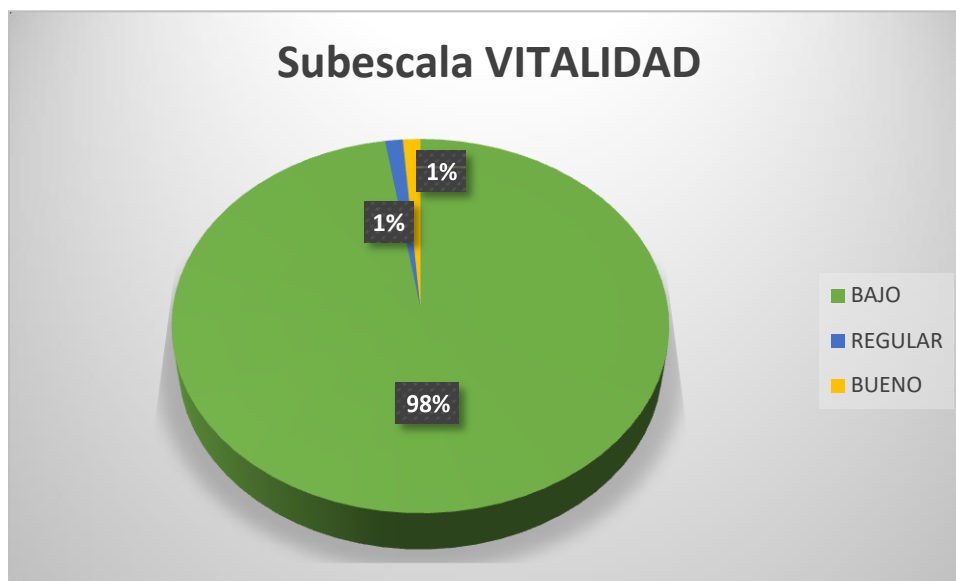
El gráfico 4 nos revela que un 85% de los adultos mayores obtuvo un nivel bajo; un 11% de los mismos obtuvieron un nivel regular; y tan solo un 4% obtuvo un nivel bueno en la subescala de dolor corporal.

Gráfico 5: Niveles alcanzados en la subescala Salud General en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



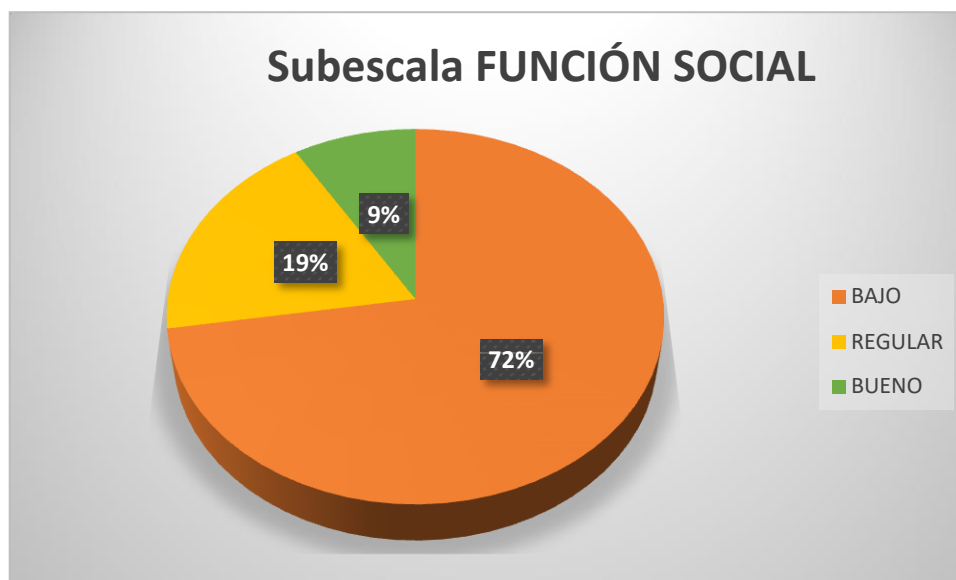
El gráfico 5 indica la distribución de niveles alcanzados por los adultos mayores, donde el 87% de los adultos mayores refieren un nivel bajo; un 10% obtuvo un nivel regular; y un 3% alcanzó un nivel bueno en la subescala Salud general.

Gráfico 6: Niveles alcanzados en la subescala Vitalidad en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



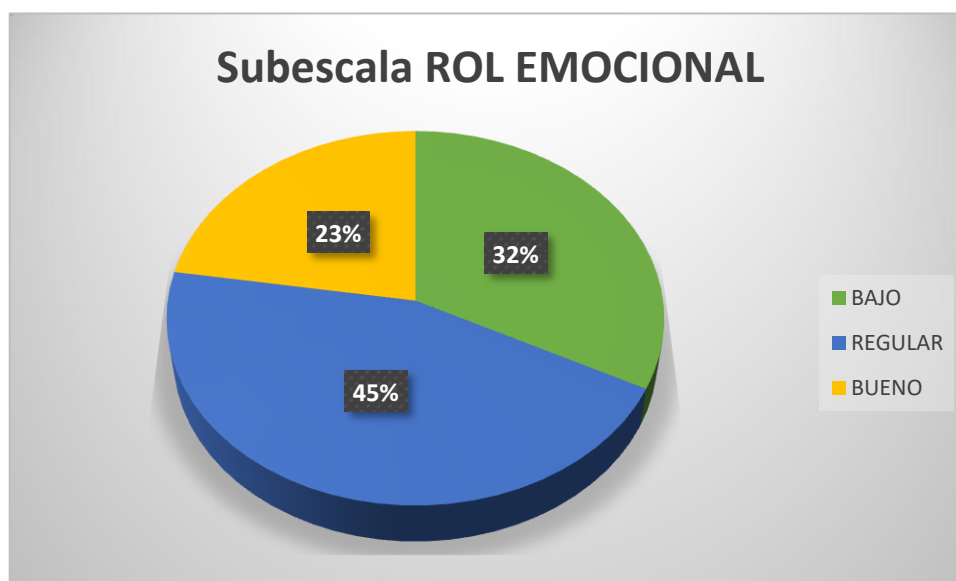
El gráfico 6 indica los niveles alcanzados por los evaluados respecto a la subescala Vitalidad: 98% de los evaluados alcanzaron un nivel bajo de vitalidad; asimismo, tan solo el 2% restante se divide equitativamente entre los niveles regular y bueno sobre esta subescala.

Gráfico 7: Niveles alcanzados en la subescala Función social en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



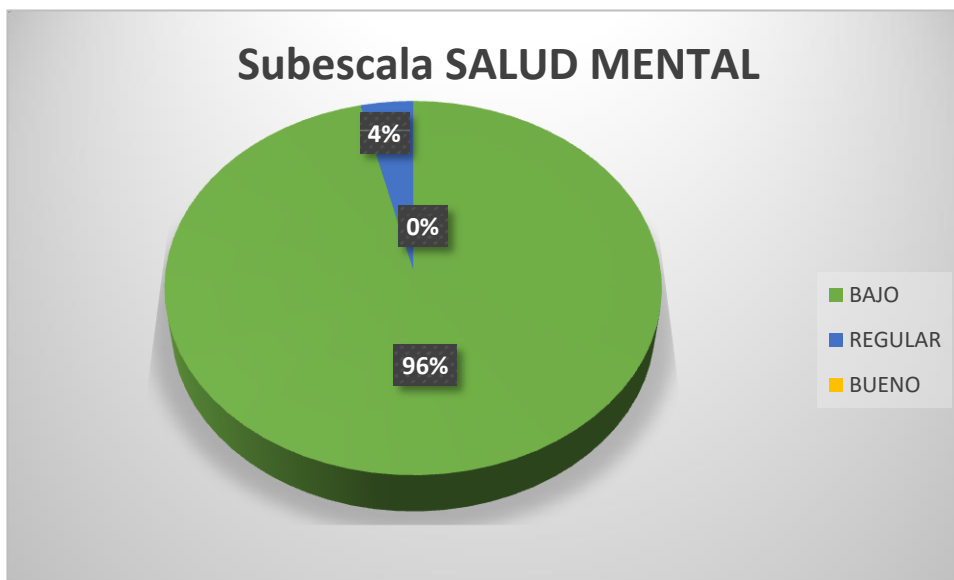
El gráfico 7 muestra los puntajes alcanzados por los evaluados sobre la subescala Función Social, en donde el 72% de los evaluados alcanzaron un nivel bajo; el 19% alcanzaron un nivel regular; y, por último, el 9% alcanzó un nivel bueno sobre esta subescala.

Gráfico 8: Niveles alcanzado en la subescala Rol emocional en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



En el gráfico 8 podemos ver que el 32% de adultos mayores evaluados alcanzaron un nivel bajo; el 45% alcanzó el nivel regular y un 23% consiguió un nivel bueno en la subescala Rol emocional.

Gráfico 9: Niveles alcanzado en la subescala Salud Mental en adultos mayores que asisten al Taller de Adulto Mayor de una Institución de Salud del Distrito de Rímac, 2019.



En el gráfico 9 se observan los resultados obtenidos tras la evaluación de los adultos mayores en la subescala Salud mental, en donde un 96% alcanzó un nivel bajo de salud mental; un 4% consiguió un nivel regular; y ningún participante alcanzó un nivel bueno en la presente subescala.

III. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación dejan en claro el nivel de calidad de vida alcanzado por un total de 80 adultos mayores asistentes a un Taller en una Institución Privada de Salud, los cuales revelan que un 60% del total de adultos mayores participantes del estudio tiene una percepción de tener una baja calidad de vida, siendo esta la suma de diversos factores explicados en la descripción del instrumento. Por otro lado, un 34% de los adultos mayores participantes consideran que presentan un nivel regular de calidad de vida, mientras tan solo un 6% de los adultos mayores participantes consideran que pueden gozar un buen nivel de calidad de vida. En el año 2011, Alfaro (23) realizó la evaluación del mismo constructo a una población de pacientes que llevaban un tratamiento de Hemodiálisis. En este estudio se realizó una medición y explicación detallada de las subescalas del instrumento, viendo que la subescala de Rol Físico es una de las predominantes en el nivel Bajo, ya que los adultos mayores consideraban que su estado físico representaba una dificultad para su desempeño diario y lo consideraban como un factor limitante. Por otro lado, obtuvo que la mayoría de subescalas en esta población se alineaban con los puntajes promedios o regulares de su respectiva escala.

El presente estudio ofrece una realidad alarmante sobre los niveles alcanzados por los adultos mayores en las subescalas, siendo las subescalas Salud Mental (0%), Vitalidad (1%) y Función física (3%) aquellas que registraron valores escasos de niveles favorables en los evaluados. En contraste con el estudio de Mazacón en 2017 (22), en el que las subescalas con los valores mínimos sobre puntaje bueno son Salud Mental (7%) y

Función Social (9%). Estos resultados dejan entrever cómo funcionan los tratamientos a los adultos mayores, en los cuales se refuerza el aspecto asistencial, pero se dejan de lado los aspectos claves como el equilibrio emocional y la salud mental de cada uno de ellos.

Corugedo M., García D., Gonzáles V., Crespo G., Gonzales G. & Calderín M., en su estudio del año 2014 (16), describieron resultados reveladores respecto a los niveles de calidad de vida en adultos mayores pertenecientes al Municipio de Cruces. De un total de 28 evaluados, un 96,4% de la muestra alcanzó un nivel bajo de Calidad de Vida, así como un 3,6% alcanzó un nivel regular de calidad de vida. Asimismo, se evidenció que la única persona que alcanzó el nivel regular fue mujer, con lo que se observó una leve diferencia que marca esta variable respecto a varones y mujeres. Eckermann en el año 2000 (21) refiere que las mujeres se muestran más sensibles al proceso de asimilación de dolor físico como a restringir sus actividades cotidianas y asistir a centros de salud con mayor celeridad que los varones, por lo que es frecuente encontrar que las mujeres obtengan una percepción de calidad de vida más favorable que la de los varones.

Mazacón en el año 2017 (22) realizó un estudio que involucró la medición de Calidad de Vida en adultos mayores de una comunidad del Cantón Ventanas – Los Ríos, donde halló que un 65% de los evaluados consideró tener una percepción de nivel regular de Calidad de vida, seguido por un 21,9% que consideró tener una percepción de baja calidad de vida. De esta forma, se denota una cercana concordancia con los resultados del presente estudio; un 34% de los participantes indicó tener una percepción de regular calidad de vida.

Existen diversas variables que orillan las respuestas a las pruebas por parte de los evaluados. Teniendo en cuenta la diversidad de subescalas que componen dicha variable, podemos asumir que los niveles Bajo y Regular han sido los de principal frecuencia, debido a que no existe presente una cultura de prevención marcada en nuestra población, dejando entrever el descuido de muchas áreas de nuestra vida cuando solo priorizamos la del más cercano alcance, en este caso el factor físico. Se han observado como resultados adicionales los puntajes bajos en subescalas como Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

El presente estudio busca sentar un precedente en función a los resultados para la elaboración de Programas de Prevención e Intervención en las esferas debilitadas de la vida de los adultos mayores, comenzar a prestar una atención diferenciada en el cuidado que se les da y las necesidades que requieren ser cubiertas para poder llevar a cabo una vida que todos merecemos, saludable, segura y digna.

IV. CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta el objetivo planteado y los resultados hallados tras el debido análisis estadístico, se puede concluir lo siguiente:

- En función al objetivo general, se concluye que los adultos mayores que asisten a un Taller de una Institución privada de Salud del distrito del Rímac presentan niveles bajos de Calidad de Vida.
- Se presenta una prevalencia del nivel de Baja Calidad de Vida de los adultos mayores varones sobre las mujeres.
- La subescala Vitalidad fue la que demostró tener el porcentaje más elevado de puntajes bajos en los participantes. Tan solo un participante alcanzó el nivel regular y un participante el nivel alto.
- La subescala Salud Mental fue la que reveló una mayor decadencia en puntajes favorables. Ningún evaluado alcanzó un nivel bueno en esta subescala.
- La subescala Rol Emocional fue la que alcanzó los puntajes más parejos en los 3 niveles categóricos: Bajo, Regular y Alto.
- Los niveles de calidad de vida alcanzados por las mujeres se encuentran alineados a las medias de los puntajes, mientras que los puntajes más extremos de la mayoría de participantes, en nivel bajo y nivel alto de calidad de vida, es cubierto por los varones.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- La aplicación del instrumento a una muestra mayor para obtener resultados más significativos descriptivamente, así como también la exploración a profundidad y la influencia estadística de los puntajes alcanzados en las subescalas de la presente variable.
- Fortalecer los estudios en este campo y ampliar el alcance del tratamiento en los adultos mayores, incluir de manera indispensable las labores orientadas a la mejora de la salud mental.
- La actualización y capacitación constante del personal en cuanto a las técnicas y estrategias para elevar los niveles de Calidad de vida del anciano.
- Promover campañas y actividades sociales con el objetivo de generar un ambiente cálido para el desarrollo y de desenvolvimiento del adulto mayor, así como del fortalecimiento de sus habilidades y tratamientos necesarios para su salud.
- Sensibilizar y concientizar a los familiares de los adultos mayores para incentivar la tolerancia y acompañamiento en favor de la Calidad de vida del anciano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Adulto Mayor – La realidad; 2015. Reportado por TelesurTV, disponible en portal web: <https://www.telesurtv.net/news/OMS-Poblacion-de-adultos-mayores-en-el-mundo-aumentara-a-22-20150930-0060.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
3. Levis J, Castillo F & Villa E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros de Adulto Mayor en los distritos de CHaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. Revista de Investigación Universitaria, Vol. 4 (2): 57-63. Disponible en <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/viewFile/741/711>
4. Flores A. Helpage Internacional. Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch, 2015. Disponible en <https://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>
5. Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI). Estado de la Población Peruana en 21012- 2013. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf
6. Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI). Revisión Censal de Población 2014. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/al->

30-de-junio-de-2015-el-peru-tiene-31-millones-151-mil-643-habitantes-8500/

7. Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI). Compendio estadístico de la Provincia de Lima, 2017. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1477/libro.pdf

8. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del Adulto Mayor en América Latina. Serie de Población y Desarrollo para el Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf

9. Melguizo-Herrera E., Ayala-Medrano S., Grau-Coneo M., Merchán-Duitama A., Montes-Hernández T., Payares-Martínez C & Reyes-Villadiego T. Calidad de Vida de Adultos mayores en Centros de Protección social en Cartagena, 2014. Vol. 14 (4). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a08.pdf>

10. Luján I. Calidad de Vida del Adulto Mayor dentro del Asilo Los Hermanos de Belén, 2014. Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>

11. Miramira L. Percepción del Adulto Mayor sobre los cuidados de Enfermería en los Servicios de Medicina en una Institución de Salud – MINSA, 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Disponible en

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4336/Miramira_bl.pdf?sequence=1

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos interesantes acerca del envejecimiento, 2015. Disponible en <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

13. Loredó-Figueroa M., Gallegos-Torres R., Xequé-Morales A., Palomé-Vega G. & Juárez-Lira A. Nivel de Dependencia, autocuidado y Calidad de Vida del adulto mayor, 2016. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>

14. Bautista R. & Rioja L. Calidad de Vida de los Adultos Mayores que residen en el Asilo de las Hermanitas de Ancianos Desamparados, 2017. Universidad Privada Arzobispo Loayza, Perú. Disponible en <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/64/T-ENF%200052%20%28Bautista%20Paucar%20y%20Rioja%20Facundo%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Rubio D., Rivera L., Borges L. & Gonzales F. Calidad de Vida en el Adulto Mayor, 2016. Universidad Pedagógica Enrique José Varona, Cuba. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>

16. Corugedo M., García D., Gonzáles V., Crespo G., Gonzales G. & Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces, 2016. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2014/cmi142f.pdf>

17. Pardo, G. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Revista cubana de Investigaciones Biomédicas (2003). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008
18. Strehler, B., Hirsch, G., Gussek, D. & Johnson, R. Teoría restrictiva del envejecimiento (1982). Teoría biológica. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008
19. Varela, L. Salud y Calidad de Vida en el adulto mayor (2016). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001
20. OMS. Informe Mundial sobre la Salud y el Envejecimiento (2015). Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=023C8E830FCC4B1F048D30E9B2319719?sequence=1
21. Eckermann, L. Gendering indicators of health and well-being: is quality of life gender neutral? (2000) Social Indicators research. Disponible en <https://www.jstor.org/stable/27522494>
22. Mazacón, B. Calidad de Vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenido con el modelo de atención integral de salud (2017). Tesis de Posgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6561>
23. Alfaro, P. Calidad de Vida relacionada a la Salud y Locus de Control de la Salud en un Grupo de pacientes con tratamiento de Hemodiálisis (2011). Tesis de Licenciatura Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible

en

[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1287/ALFA
RO_CARDENAS_PEDRO_CALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1287/ALFA_RO_CARDENAS_PEDRO_CALIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

24. Becerra, M. y Arteaga, J. Trastorno por consumo de sustancias a la Vejez (2017). Revista Argentina de Gerontología y Geriatria 31 (1); 3-13.
Disponibile en <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/04/RAGG-04-2017-Trastorno-por-consumo-de-sustancias-en-la-vejez-3-13.pdf>
25. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación (2014). McGrawHill, México.
26. Ware, J. y Sherbourne, C. The MOS 36-item short-form Health Survey (SF-36) (1992). Revista Lippincott Williams & Wilkins. Disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>
27. Laos, K. Calidad de Vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama (2010). Tesis de Licenciatura de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| Variable | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Número de ítems e ítems | Valor final | Criterios para asignar valores |
|---|---|--|---|---|--|---|---|---|
| LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ADULTO MAYOR | Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa | Es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. | Es el nivel de vida derivado del bienestar de la evaluación que las personas afectadas en la calidad de vida del Anciano que asiste al Taller de Adulto Mayor de una Institución Privada de Salud del distrito del Rímac, realizan de diversos dominios de su vida como la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental, considerando el impacto que en éstos tienen en su estado de salud, el cual será medido con el cuestionario SF-36. | Función física | -Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud. -Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación | 10 (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) | -Calidad de vida Baja - Calidad de Vida Regular - Calidad de Vida Buena | Puntaje de 0-66 será considerado como una calidad de vida Baja, Puntaje de 67-82 será considerado como una calidad de vida Regular Puntaje de 83-100 será considerado como una calidad de vida Buena. |
| | Escala de medición: Ordinal Nominal | | | Rol físico | -Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física. - Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física. | 4 (13, 14, 15, 16) | | |
| | Dolor corporal | | | -Dolor muy severo y altamente limitante. -Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo. | 2 (21, 22) | | | |
| | Salud general | | | -El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará. -Evalúa su salud personal como buena / excelente. | 6 (1, 33, 34, 35, 36) | | | |
| | Vitalidad | | | -Cansancio y agotamiento todo el tiempo. -Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo. | 4 (23, 27, 29, 31) | | | |
| | | | | | | | | 51 |

ANEXO A:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|
| | | | | <p>Función social</p> <p>-Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales. -Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales.</p> | <p>2 (20, 32)</p> | | |
| | | | | <p>Rol emocional</p> <p>-Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales. -Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.</p> | <p>3 (17, 18, 19)</p> | | |
| | | | | <p>Salud mental</p> <p>-Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo. -Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.</p> | <p>5 (24, 25, 26, 28, 30)</p> | | |
| | | | | <p>Ítem de Transición de salud</p> <p>-Creencia sobre su salud general desde hace 1 año</p> | <p>1 (2)</p> | | |

Anexo: B

Instrumento a utilizar:

CUESTIONARIO

LA CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DEL RÍMAC EN EL AÑO 2019

PRESENTACIÓN

Muy buenos días, somos alumnas de enfermería, en esta oportunidad les presentamos un cuestionario que forma parte de un estudio de investigación, tiene por objetivo conocer sobre lo que usted piensa acerca de su salud y su capacidad para realizar sus actividades habituales. Los resultados que se obtengan en el estudio servirán para proponer alternativas que contribuyan a mejorar su calidad de vida

INSTRUCCIONES

El cuestionario es anónimo y confidencial, por lo que se le solicita que sus respuestas sean sinceras.

FILIACION: Edad..... Sexo..... Estado civil..... Natural.....

EXPECTATIVAS LABORALES: GRADO

Apto / trabaja normalmente

Apto/ trabaja parcialmente

Apto/ desocupado.....

Apto/ jubilado

No apto para trabajar.....

Incapaz de cuidarse.....

MARQUE SOLO UNA 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 una 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 una año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRIA HACER EN UN DIA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le permite 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 permite 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 las compras?

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

mucho

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 kilómetros 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 PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

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

1. Si

2. No

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

1. Si 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. Si 2. No

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

1. Si 2. No

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

1. Si 2. No

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

1. Si 2. No

19. Durante las 4 últimas semanas; ¿hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como costumbre; a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nerviosos)?

1. Si 2. No

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

- | | |
|------------|-------------|
| 1. Nada | 3. Regular |
| 2. Un poco | 4. Bastante |
| | 5. Mucho |

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

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. No; ninguno | 4. Sí ; moderado |
| 2. Sí; muy poco | 5. Sí; mucho |
| 3. Sí; un poco | 6. Sí; muchísimo |

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

- | | |
|------------|-------------|
| 1. Nada | 4. Bastante |
| 2. Un poco | 5. Mucho |
| 3. Regular | |

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANA; EN CASA PREGUNTA Y RESPONDA LO QUE SE PAREZCA.

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. Solo 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. Solo 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. Solo 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. Solo 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. Solo 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. Solo 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. Solo 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. Solo 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. Solo alguna vez
6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas; ¿con que frecuencia la salud física o los problemas (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | | |
|------------------|--------------------|-------|
| 1. Siempre | 4. Solo alguna vez | |
| 2. Casi siempre | 5. | Nunca |
| 3. Algunas veces | | |

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 | 4. Bastante falsa |
| 2. Bastante cierta | 5. Totalmente falsa |
| 3. No lo se | |

34. Estoy tan sano como cualquiera

- | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Totalmente cierta | 3. No lo se | 5. Totalmente falsa |
| 2. Bastante cierta | 4. Bastante falsa | |

35. Creo que mi salud va empeorar

- | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Totalmente cierta | 3. No lo se | 5. Totalmente falsa |
| 2. Bastante cierta | 4. Bastante falsa | |

36. Mi salud es excelente

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo se
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

Anexo C:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en el proyecto de investigación “La Calidad de Vida del Anciano que asiste al Taller del Adulto Mayor de una Institución de Salud en el Distrito del Rímac en el Año – 2019”, que están realizando las Sra. León Julca Gloria Luz, a de la Universidad Privada Norbert Wiener de la Facultad de Ciencias de La Salud de la Escuela Académico Profesional de Enfermería; por ello responderé el cuestionario cuyos datos que brinde serán anónimos y toda la información será solo para la investigación y no dañara mi imagen ni de mi familia.

Fecha.....

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Anexo D:

Acta o Dictamen de Informe de Comité de Ética

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Licenciada el 21 de noviembre de 2017
Resolución N° 071-2017-SUNEDU/CD

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

| | |
|-----------------|---------------------|
| ACTA CEI N° 026 | 05 de abril de 2019 |
|-----------------|---------------------|

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 05 del mes de abril del año dos mil diecinueve, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: "**CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO DEL CENTRO DE ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE RIMAC**" con Código ID-026-19, presentado por el(los) autor(es): LEÓN JULCA GLORIA LUZ.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado "**CALIDAD DE VIDA DEL ANCIANO DEL CENTRO DE ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE RIMAC**".
Código ID-026-19.

Mg. Segundo Milones Gómez
Presidente
del Comité de Ética en Investigación

Anexo E:

Tablas y gráficos descriptivos de interés estadístico

AnexoE.1: Confiabilidad por coeficiente de Alfa de Cronbach.

| Ítems | Coeficiente Alfa de Cronbach |
|-------|------------------------------|
| 36 | .74 |

Fuente: Análisis estadístico de Confiabilidad

Anexo E.2: Subescalas de Calidad de vida.

| Subescala | Nº de ítems | Ítems |
|----------------|-------------|------------------------|
| Función Física | 10 | 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 |
| Rol Físico | 4 | 13,14,15,16 |
| Dolor Corporal | 2 | 21,22 |
| Salud General | 5 | 1,33,34,35,36 |
| Vitalidad | 4 | 23,27,29,31 |
| Función Social | 2 | 20,32 |
| Rol Emocional | 3 | 17,18,19 |
| Salud Mental | 5 | 24,25,26,28,30 |

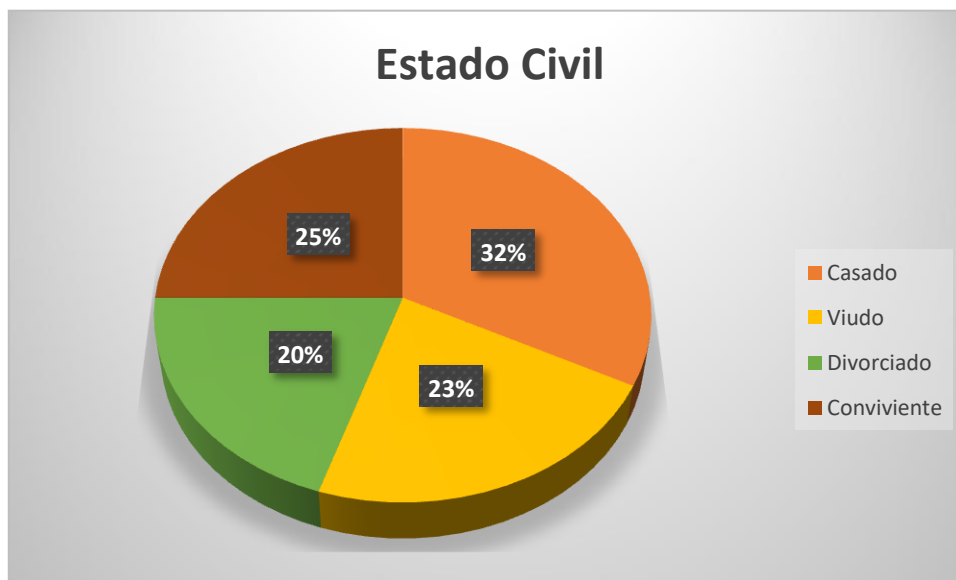
Fuente: Distribución de Ítems por Ware y Sherbourne – 1992.

Anexo E.3: Baremos de la Escala de Calidad de vida y subescalas

| Nivel de Calidad de Vida | Puntaje |
|--------------------------|---------|
| BAJO | 0-66 |
| REGULAR | 67-82 |
| BUENO | 83-100 |

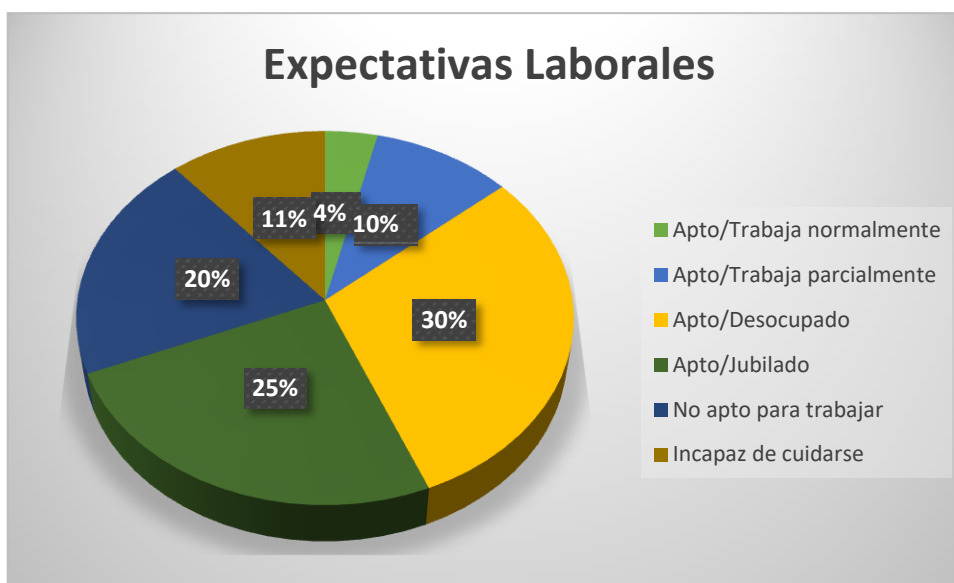
Fuente: Datos obtenidos de Baremos de SF-36 en Alfaro – 2011.

Anexo E-4: Descriptivos de Estado Civil



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-5: Descriptivos de Expectativas Laborales



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-6: Puntajes de la subescala Función Física

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Función Física | BAJO | 72 | 90% |
| | REGULAR | 6 | 7% |
| | BUENO | 2 | 3% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-7: Puntajes de la subescala Rol Físico

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Rol Físico | BAJO | 49 | 61% |
| | REGULAR | 19 | 24% |
| | BUENO | 12 | 15% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-8: Puntajes de la subescala Dolor Corporal

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Dolor Corporal | BAJO | 68 | 85% |
| | REGULAR | 9 | 11% |
| | BUENO | 3 | 4% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-9: Puntajes de la subescala Salud General

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Salud General | BAJO | 70 | 87% |
| | REGULAR | 8 | 10% |
| | BUENO | 2 | 3% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-10: Puntajes de la subescala Vitalidad

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Vitalidad | BAJO | 78 | 98% |
| | REGULAR | 1 | 1% |
| | BUENO | 1 | 1% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-11: Puntajes de la subescala Función Social

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Función Social | BAJO | 58 | 72% |
| | REGULAR | 15 | 19% |
| | BUENO | 7 | 9% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-12: Puntajes de la subescala Rol Emocional

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Rol Emocional | BAJO | 26 | 32% |
| | REGULAR | 36 | 45% |
| | BUENO | 18 | 23% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36

Anexo E-13: Puntajes de la subescala Salud Mental

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|---------|------------|------------|
| Subescala Salud Mental | BAJO | 77 | 96% |
| | REGULAR | 3 | 4% |
| | BUENO | 0 | 0% |
| Total | | 80 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36