

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



TESIS:

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. COMUNIDAD
DE BALCON. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO, 2019**

Tesis para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Presentado por:

BACH. MENDOZA GODOY, Roxana Gabriela

BACH. PUJAICO HUAUYA, Mariliz

AYACUCHO- PERU

2019

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. COMUNIDAD DE BALCON. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO, 2019

MENDOZA GODOY ROXANA
PUJAICO HUAUYA MARILIZ

EMAIL. roxhana113@gmail.com
EMAIL. mariliz_22m_@hotmail.com

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Es una investigación aplicada de enfoque cuantitativo no experimental; **diseño transversal**, relacional, el área de estudio fue la Comunidad de Balcón del Distrito de Tambo, Provincia de San Miguel, Departamento de Ayacucho. **La población** estuvo constituida por los adultos mayores de la mencionada comunidad en número de 50, **la técnica** utilizada fue la guía de entrevista y como **instrumento** se utilizó el cuestionario WHOQOL-BREF (world Health Organization quality of Life Questionnaire), la prueba estadística utilizada fue chi cuadrado de pearson. **Resultado:** la Calidad de vida en los adultos mayores es media (80%) a baja (20) y no se evidencia adultos mayores con calidad de vida alta. 10 adultos mayores tienen más de 80 años, de los cuales el 70% presentan calidad de vida baja, el 16% de mujeres y 26% de varones presentan calidad de vida baja. El 22% de viudos (as) presentan calidad de vida baja. 16 adultos mayores no tienen ingresos, de los cuales el 100% presentan calidad de vida media. **Se concluye** que, el incremento en la edad de los adultos mayores de esta comunidad está asociada ($p > 0.05$) a la calidad de vida que presenta esta población, mientras que el sexo, el estado civil, el grado de instrucción y el ingreso económico del adulto mayor no está asociada ($p < 0.05$) a la calidad de vida.

Palabras clave: Adulto mayor, Calidad de vida.

SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE IN ELDERLY ADULTS. BALCON COMMUNITY. TAMBO DISTRICT. AYACUCHO, 2019

MENDOZA GODOY ROXANA
PUJAICO HUAUYA MARILIZ

EMAIL. roxhana113@gmail.com
EMAIL. mariliz_22m_@hotmail.com

ABSTRACT

This research aimed to: Determine the sociodemographic factors associated with the quality of life in older adults of the Balcony Community. Tambo District. It is an applied non-experimental quantitative approach research; **transversal**, relational design, the study area was the Balcony Community of Tambo District, Province of San Miguel, Department of Ayacucho. **The population** consisted of the older adults of the aforementioned community in number 50, **the technique** used was the interview guide and as an **instrument** the WHOQOL-BREF (world Health Organization quality of Life Questionnaire) questionnaire was used, the statistical test used was pearson's square chi. **Result:** Quality of life in older adults is average (80%) (20) and there is no evidence of older adults with high quality of life. 10 older adults are over 80 years old, of which 70% have low quality of life, 16% of women and 26% of males have low quality of life. 22% of widowers have low quality of life. 16 older adults have no income, of which 100% have a medium quality of life. **It is concluded** that the increase in the age of older adults in this community is associated ($p>0.05$) with the quality of life presented by this population, while the sex, marital status, degree of education and economic income of the older adult is not associated ($p<0.05$) with the quality life.

Keyword: Older adult, Quality of life.

Al creador, de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda humildad que de mi corazón puede emanar

A mis padres, que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi hermano, que siempre ha estado junto a mí y brindándome su apoyo en todo momento.

ROXANA GABRIELA MENDOZA GODOY

A Dios, por qué ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositaron su entera confianza en cada reto que se me presento sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad, es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

A mis hermanos, que a lo largo de mi vida me han alentado y apoyado en todo momento, con sus consejos y cada vez que tropecé estuvieron ahí para poder levantarme.

MARILIZ PUJAICO HUAUYA

AGRADECIMIENTOS

A Dios por protegernos durante todo nuestro camino y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestras vidas

A nuestra alma mater: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por acogernos en sus aulas y permitir lograr nuestro mayor anhelo.

A La Escuela Profesional de Enfermería, por su contribución durante nuestro desarrollo académico y profesional.

A los docentes, por orientarnos y apoyarnos, con sus acertadas sugerencias y recomendaciones para nuestra vida profesional.

A nuestro asesor Mg: Edward Eusebio Barboza Palomino por habernos guiado incondicionalmente en el desarrollo de la presente tesis.

Las autoras.

ÍNDICE

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE.....	vii
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO II REVISIÓN DE LA LITERATURA	16
2.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:	16
2.2. BASE TEORICA	23
2.3. HIPOTESIS	45
2.4. VARIABLES.....	45
CAPÍTULO III MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	46
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	46
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	46
3.5. ÁREA DE ESTUDIO	46
3.6. POBLACIÓN.....	47
3.7. MUESTRA	47
3.8. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	47
3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.10. RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS.....	48
3.11. VALIDACION DEL INSTRUMENTO.....	48

3.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	49
CAPÍTULO IV RESULTADOS	50
CAPITULO V DISCUSION.....	59
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	71
ANEXOS.....	77

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en América Latina y el Caribe la población continúa aumentada y envejeciendo de forma sostenida. La región experimentará un incremento en la población de adultos mayores que hace indispensable la formulación de nuevas políticas que aseguren una mejor calidad de vida para las personas en una edad avanzada. La reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida están llevando a los países alrededor del mundo a tomar medidas para hacer frente a las necesidades de una población adulta creciente. Esto supone un gran reto para muchos países latinoamericanos que no están preparados a nivel social o económico para responder a dichas necesidades. Según las proyecciones realizadas por la CELADE, la División de Desarrollo Social de la CEPAL, los países con mayor población de adultos mayores en América Latina son Brasil y México, seguidos por Colombia, Argentina y Perú. Además, este segmento de la población es en su mayoría conformado por mujeres. El envejecimiento en la región se da en un contexto de pobreza y desigualdad de ingresos, por lo que, a los problemas de salud típicos de la tercera

edad, se suman dificultades económicas que agravan la situación para muchos ciudadanos. Esto en contraste con países del primer mundo en donde una mayor proporción de las personas en la tercera edad goza de buenas jubilaciones y actividades que les permiten una mejor calidad de vida. Según los datos recogidos por la CEPAL, la cobertura de los sistemas de jubilaciones en Latinoamérica es muy baja por lo que los adultos mayores deben seguir trabajando hasta edades avanzadas o depender de sus familias de forma directa, viviendo en casas con sus hijos, y conviviendo con generaciones de nietos e incluso bisnietos. 1 de cada 4 hogares latinoamericanos cuenta con un adulto mayor. Las condiciones, sin embargo, varían dependiendo del país. ¹ La OMS, define como toda persona adulta mayor a quienes tienen más de 60 años de edad, para países en desarrollo y más de 65 años de edad, para países desarrollados.²

Según datos del INEI, en el Perú, de acuerdo a los resultados de los Censos Nacionales 2017 este grupo etario se ha incrementado; en cuanto al envejecimiento, las personas mayores de 60 años pasaron de significar el 9.1% de la población al 11.9% en los últimos 10 años, en tanto que la población entre 0 y 14 años disminuyó de 30.5% a 26.4% y el número de personas de 15 a 59 años aumentó de 60.4% a 61.7%.³ En nuestro país, al igual que en el resto de Latinoamérica, los adultos mayores carecen de reformas legales que les aseguren protección en salud, por ejemplo. Los adultos mayores se caracterizan por vivir en pobreza, abandono y exclusión social.

Definitivamente, esta nueva realidad compromete al sistema de salud, pues esta población requiere de una atención adecuada, oportuna; generando una alta demanda de profesionales de salud en el servicio de geriatría y la capacidad de los mismos para brindar un cuidado integral, es decir, un cuidado que comprenda todas las dimensiones del ser humano.

En América Latina, tener más de 60 años es sinónimo de ser viejo y las personas por encima de esta edad son comúnmente excluidas de oportunidades laborales y otro tipo de actividades. Si bien esta es la tendencia general, también existen iniciativas de inclusión social que benefician a algunas de las personas en edad avanzada. En tal sentido el concepto calidad de vida ha ido adquiriendo importancia e interés especial dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Los esfuerzos llevados a cabo durante las tres últimas décadas han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. ⁴

Actualmente, servicios y políticas destinados a personas mayores y personas con discapacidad en nuestro país se enfrentan a cambios significativos orientados a lograr mejores servicios basados en la comunidad y proporcionar apoyos individualizados. Este proceso refleja una nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios, centrada en la persona, en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que influyen en su funcionamiento; proceso que requiere además cambios en la estructura y política de las organizaciones y, sobre

todo, estrategias de evaluación que permitan verificar el impacto positivo de los mismos. Podemos afirmar, por tanto, que hoy por hoy junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se dirigen los servicios. Sin embargo, a pesar de los avances logrados por la investigación en cuanto a la definición del concepto, aún son necesarios los desarrollos destinados a proporcionar a los profesionales y a las organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando hacia la calidad de vida.⁵

Hoy en día se reconoce en la mayoría de los países del mundo que la esperanza de vida al nacer ha incrementado; sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.⁶

Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los adultos mayores; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales.⁵

En la mayoría de áreas rurales del Perú; como en el Distrito de Tambo, la transición hacia la jubilación es un proceso más lento,

independiente de la edad de la persona, ya que en esta área suelen ocuparse en actividades independientes, principalmente agrícolas o artesanales.

Las interrogantes de investigación surgen durante el internado comunitario, al identificar que los adultos mayores de estas comunidades continúa trabajando hasta edades avanzadas, siendo la presencia de enfermedades una variable con mayor importancia, durante las visitas domiciliarias se evidencia las situaciones dolorosas en las que viven, con nivel socio económico bajo, sin acceso a un seguro de salud, la inaccesibilidad a los servicios básicos, pérdida de independencia por discapacidades, soledad, angustia y muchas veces en situaciones de maltrato, entre otras situaciones penosas; representando un tema importante a tener en cuenta como parte de la calidad de vida del adulto mayor; haciéndonos las preguntas siguientes: ¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad de Balcón? ¿En qué condiciones sociodemográficas viven los adultos mayores de la comunidad de Balcón? Es en ese sentido y la experiencia durante nuestro internado comunitario en el distrito de Tambo, donde identificamos las carencias y necesidades por las que pasa el adulto mayor, nos motivaron a realizar la investigación titulada: “FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. COMUNIDAD DE BALCON. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO, 2019”

Para el cual se determinó el objetivo general: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo; siendo los objetivos específicos:

- Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, situación laboral, seguro de salud) del adulto mayor.
- Evaluar la calidad de vida en adultos mayores del Distrito de tambo en las dimensiones: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales, Medio Ambiente.
- Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos con la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo.

El tipo de investigación es aplicada de enfoque cuantitativo no experimental; diseño transversal, correlacional. El área de estudio fue la Comunidad de Balcón del Distrito de Tambo, Departamento de Ayacucho. La población estuvo constituida por todos los adultos mayores censados de la Comunidad de Balcón (50). La técnica utilizada fue la entrevista estructurada y como instrumento se utilizó la ficha de antecedentes generales a modo de perfil y el cuestionario WHOQOL-BREF (world Health Organization quality of Life Questionnaire).

La hipótesis formulada fue: El nivel de calidad de vida del adulto mayor de la Comunidad de Balcón está asociado a factores sociodemográficos. Los Resultados son los siguientes: la Calidad de vida en los adultos mayores es media (80%) a baja (20) y no se evidencia

adultos mayores con calidad de vida alta en esta comunidad. 10 adultos mayores tienen más de 80 años, de los cuales el 70% presentan calidad de vida baja. el 16% de mujeres y 26% de varones presentan calidad de vida baja. El 22% de viudos (as) presenta calidad de vida baja. 16 adultos mayores no tienen ingresos, de los cuales el 100% presentan calidad de vida media. Se concluye que, la Calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo, es media (80%) a baja (20) y no se evidencia adultos mayores con calidad de vida alta en esta comunidad. El incremento en la edad de los adultos mayores de esta comunidad está asociado ($p < 0.05$) a la calidad de vida que presenta esta población, mientras que el sexo, el estado civil, el grado de instrucción y el ingreso económico del adulto mayor no está asociada ($p > 0.05$) a la calidad de vida.

El presente informe final de investigación consta de las siguientes partes: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos correspondientes.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES:

A nivel internacional

Hernández, Chávez, Carreazo (Perú, 2016); en la investigación: "Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú", cuyo objetivo fue: Evaluar la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Se encuestaron a 447 adultos mayores con una media de edad de 69 años ($\pm 6,46$ años), 207 del área rural, los cuales, en su mayoría, trabajaban y tenían menos años de educación. La población adulta mayor del área rural tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones "Física", "Psicológico" y "Medioambiente" del WHOQoL-BREF y en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades del pasado, presente y futuro", "Participación social" y en el puntaje total del WHOQoL-OLD; mientras que aquellos del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión "Intimidad". Se concluye que el área de residencia ejerce un

efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor estudiada.⁷

Cerón, (México, Veracruz, 2006); En la investigación titulado “Percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida, Veracruz, 2005”, con el objetivo de determinar cuál es la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida. Los resultados obtenidos fueron: en el área de la salud física el 65% fue buena, el 22.5% regular y 12.5% mala. Salud psicológica el 75% buena, 20% regular y 7.5% mala. Relaciones sociales el 67.5% buena, 25% regular y 7.5% mala. Ambiente el 52.5% buena, el 37.5% regular y 10% mala. De acuerdo con los resultados obtenidos en la variable sobre cómo puntuaría su calidad de vida; el 42.50% respondió moderado, el 35% bastante, el 17.50% un poco y solo el 5% totalmente. Lo que refleja que predominó la categoría moderado respecto a su percepción sobre calidad de vida a pesar de las condiciones físicas y psicológicas, así como el entorno en que se desenvuelve que se encontraron no favorables.⁸

García, (México, DF, 2006); En la investigación titulado “Análisis del bienestar de los adultos mayores, Distrito Federal, 2005”. Con el objetivo de analizar el bienestar de los adultos mayores en México a partir de la teoría de los funcionamientos y capacidades de Amartya Sen. La investigación tiene dos objetivos principales: El primero es medir el bienestar del adulto mayor con una visión más amplia, en el sentido de incluir tanto indicadores objetivos como subjetivos; y el segundo objetivo es demostrar que este bienestar depende tanto de los recursos, como de los

factores de conversión con los que cuenta el adulto mayor, los cuales pueden potenciar o acentuar el logro de funcionamientos. Se da como resultado que el indicador subjetivo provoca que la medición en el bienestar se incremente y que tal bienestar va a estar condicionado no sólo por los recursos con los que cuente el adulto mayor, sino también por sus factores de conversión, como son sus características personales ambientales y sociales.⁹

Monterrosa y Rodríguez, (El Salvador, Nueva Concepción, 2006) En la investigación titulado “Calidad de vida del adulto mayor, Sibasi, Nueva Concepción, 2005”. Con el objetivo de Identificar los factores sociales, económicos, servicios de salud, y el rol de la familia que inciden en la calidad de vida del adulto mayor, Dentro de los resultados se encontró que la mayoría de ancianos cuentan con servicios de salud accesibles, sin embargo, en zonas urbanas como Tejutla y Nueva Concepción, existen adultos mayores que viven a una distancia mayor de 10 kms., hasta el establecimiento de salud, considerándose inaccesible, en la zona rural también existe población con difícil acceso a los servicios de salud, agravando dicha situación la limitada capacidad de respuesta de los proveedores de salud en la entrega de servicios médicos y medicamentos para la patología por la cual consultan los ancianos, la mayoría no los recibe; en los factores sociales el 82% refiere socializar con sus vecinos y amigos de la zona, siendo un porcentaje de 18% de adultos mayores que dicen no relacionarse con los demás, siendo el 94% de los entrevistados realizan actividades de agricultura los hombres y las mujeres se dedican a

negocios pequeños atendidos por ellos. Al final se tiene que el 18% de adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y el 82% si lo es. En relaciones de familia se mostró indiferencia marcada en el cuidado de los ancianos, encontrando a la vez que el 18% de éstos sufren de discriminación en su núcleo familiar¹⁰

Dueñas et., (Cuba, Matanzas, 2008); En la investigación titulado “Percepción de salud en adultos mayores. Provincia de Matanzas, 2007”, cuyo objetivo fue identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores de la provincia de Matanzas, y su relación con variables seleccionadas, durante el primer semestre. En el resultado predominó la categoría alta de la dimensión salud con valores de 91,7 %, aunque en la medida que se incrementa la edad hay una disminución de la percepción alta de salud ($p= 0,000$). La percepción alta de salud es más marcada en los ancianos con pareja, con un 95,5 %, que en los que no tienen pareja (88,2 %) ($p= 0,000$). A pesar de que para todas las categorías de la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de esta, en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad ($p= 0,000$). No hubo diferencias por sexo ($p= 0,506$). La alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos, pero heterogénea por grupos de edades.

11

Sigüenza, Sigüenza Pereira y Sinche, (Ecuador, Cuenca, 2014); En la investigación titulado “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales. Ciudad de Cuenca, 2013” con el objetivo de establecer

la Calidad de Vida del Adulto Mayor de las parroquias rurales del cantón Cuenca. Dando como resultado que la media de edad fue 74,8 años. El 61,27% respondió que su calidad de vida en general es Normal, al menos 1 de cada 4 adultos mayores puntuó como mala su calidad de vida. Según la satisfacción con su salud, el 48,3% respondió satisfactoriamente, sin embargo, el 44,9% se siente poco satisfecho y el 2,6% muy satisfecho, los mejores resultados fueron de hombres, en unión libre, con nivel de escolaridad secundaria completa, que viven con sus parejas.¹²

A nivel nacional

Vera, (Perú, Olivos, 2007), En la investigación titulado “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico. 2004-2006”, con el objetivo de determinar el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el mismo adulto mayor y para su familia, con la finalidad de tener mejores elementos de juicio que garanticen un cuidado integral de la salud del adulto mayor. El análisis general, de cuatro representaciones sociales: a) Conocimiento sobre el adulto mayor; b) Elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) Valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y d) Necesidades del adulto mayor como ser social. Dando como resultado que la calidad de vida para el adulto mayor significa: tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el

adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación vestido, higiene y vivienda para que logre, principalmente su bienestar físico.¹³

Córdova, (Perú, Chiclayo, 2011); En la investigación titulado “Calidad de vida del adulto mayor. Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú.Chiclayo.2010” el trabajo tuvo como objetivo identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del adulto mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo, Los datos de la entrevista recibieron un tratamiento de acuerdo al método de Asociación de contenidos, surgiendo dos categorías denominadas: 1)”La familia como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor”, y 2) “El estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor”. En la primera es la dinámica familiar y sus relaciones intrafamiliares las que generan procesos de comunicación efectiva o inefectiva, satisfactoria o no: determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor. Como consecuencia ellos asumen una percepción satisfactoria de su calidad de vida. La segunda categoría enfoca los cambios en el estilo de vida del adulto mayor, ocasionados por las modificaciones en su funcionalidad física, su estado de salud y su capacidad para funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga.

14

A nivel regional

Méndez y Prado (Ayacucho, Huamanguilla, 2016); en la investigación: “Factores asociados al nivel de calidad de vida del adulto mayor del Distrito de Huamanguilla. Ayacucho 2016”; cuyo objetivo fue:

determinar los factores asociados al nivel de calidad de vida del adulto mayor, identificó que la calidad de vida predominante en los adultos mayores del Distrito de Huamanguilla es baja en 77.2% (173); y media en 22.8% (51), no se evidencia adultos mayores con calidad de vida alta. Se concluye que la Calidad de vida del adulto mayor del distrito de Huamanguilla, es predominantemente Baja (77.2%) y media (22.8%), el incremento en la edad, el estado civil, el grado de instrucción, la afiliación a un seguro de salud y el saneamiento básico en el hogar del adulto mayor del Distrito de Huamanguilla está asociada ($p < 0.05$) a la calidad de vida; el tipo de vivencia en el hogar no está asociada ($p > 0.05$) a la calidad de vida del adulto mayor.¹⁵

Morote, (Ayacucho, Rancho, 2013); en la investigación titulado “Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor en el centro poblado de Rancho. Ayacucho, 2012”. La presente investigación tuvo como objetivo determinar en qué medida el nivel de la depresión influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro poblado de Rancho. La muestra fue representada por 70 adultos mayores. Los resultados de la investigación determinaron que, en el centro poblado de Rancho la prevalencia de depresión en el adulto mayor se presentó en 75,7%(53 casos) de los cuales la depresión severa representa el 35,8%, la moderada 32.1% y la depresión leve el 32.1%. En conclusión, el nivel de depresión influye significativamente en la calidad de vida del adulto mayor del centro poblado de Rancho “ $r = -0,70$; $p < 0,001$; vale decir que, a mayor nivel de depresión desciende más la calidad de vida del adulto mayor.”¹⁶

Ramírez (Ayacucho, 2012) en la investigación titulada: "Cuidado Humanizado en la satisfacción de vida del adulto mayor de programa Qoriwatas del Centro de Salud "Las Nazarenas". Ayacucho 2012"; cuyo objetivo fue: determinar el efecto del cuidado humanizado en el nivel de satisfacción de vida del adulto mayor de programa Qoriwatas del Centro de Salud "Las Nazarenas", identificó que en la evaluación basal, el 80% de personas adultas mayores del grupo control y el 85% del grupo experimental presentaban una satisfacción de vida de nivel medio; en la evaluación final, ninguno de las personas adultas mayores del grupo control y el 10% del grupo experimental presentaban una satisfacción de vida de nivel alto, Concluyendo que el cuidado humanizado tiene efecto positivo en el incremento del nivel de satisfacción de vida de las personas adultas mayores ($T=7.048$; $p<0.001$).¹⁷

2.2. BASE TEORICA

2.2.1. ADULTO MAYOR

2.2.1.1. DEFINICIÓN

Se ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60-65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría.¹⁸

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta de la tercera edad.¹⁹

Algunos autores definen a la tercera edad a partir de los 60 años, otros a partir de los 65 a 70. Otros simplemente dicen que es una definición social. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 66 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que el Perú es considerada anciana una persona a partir de los 60 años.³

Los censos poblacionales nos indican que el crecimiento de la población de edad adulta está en crecimiento llevándonos a pensar que la pirámide poblacional está por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez son menos jóvenes y más ancianos.³

El envejecer es comúnmente una experiencia fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte.¹

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.¹⁸

La geriatría es la rama de la medicina que se interesa por dar respuestas científicas a las necesidades médicas de las personas de edad. La gerontología se ocupa de estudiar la relación entre lo orgánico, psicológico y social desde una mirada interdisciplinaria y comprendiendo al envejecimiento como un proceso evolutivo normal, esperable e influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el adulto mayor.²⁰

Esto naturalmente hace que comprendamos la necesidad de planificar programas de acción para esta población, que favorezcan su continuo desarrollo, la posibilidad de generar nuevos saberes, la creación de caminos alternativos de superación y de mejora de la calidad de vida.²¹

2.2.1.2. NATURALEZA DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO:

Independientemente de la forma de vida que cada quien desea llevar, hay padecimientos físicos en el adulto mayor con más frecuencia que en cualquier otra edad.

Lisbow considera las siguientes como los problemas médicos más comunes en las personas de edad avanzada.²²

- **Movilidad:** La mayoría de los ancianos utiliza bastón, caminadora o silla de ruedas para su movilidad.
- **Mental:** Presentan problemas para pensar, recordar.
- **Infartos:** Aproximadamente dos tercios de las personas que sufren de algún infarto se espera que tengan una completa o parcial recuperación.
- **Corazón:** La mayoría de los ancianos padecen de algún problema serio del corazón.

- **Próstata:** Afortunadamente es un problema operable, pero muchos pacientes no comprenden que no afecta el funcionamiento sexual.
- **Intestinos:** Se presenta con mayor frecuencia el estreñimiento y la irregularidad en este aparato que además es olvidado y no muy tratado.
- **Huesos:** Los huesos del adulto mayor se debilitan y se rompen fácilmente. Los hombres lo viven en menor grado que las mujeres.
- **Pecho:** El cáncer de mama es de gran preocupación para las mujeres.
- **Ojos:** Las cataratas son muy comunes y en la mayoría de los casos operables, glaucoma no tan tratable, pero es controlada; disminución de la vista de lejos.
- **Artritis:** Es de los problemas más comunes y aún no hay cura médica

2.2.1.3. CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR:

Personas adultas mayores, es funcional clasificarlas en tres grupos:²³

- **Persona Adulta Mayor Independiente o Autovalente:** Es aquella capaz de realizar las como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental.
- **Persona Adulta Mayor Frágil:** Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

- **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente):** Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

2.2.1.4. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

La población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento de la misma, lo cual trae un crecimiento (no siempre favorable) en muchos aspectos de su vida tales como el aislamiento social y las enfermedades relacionadas con esta edad y problemas de salud mental, como las depresiones, trastornos de ansiedad, suicidios, enfermedades mentales y el surgimiento de graves restricciones a la calidad de vida de los adultos mayores. Por otro lado, en la sociedad contemporánea se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones y calidad de vida de los que envejecen tales como: ausencia de respuesta social al deterioro biológico, pérdida de ocupación o trabajo, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social; así como la existencia de la ideología del “viejismo” y la de valoración social del que envejece y ausencia de un rol social, para un adulto mayor.²⁴

Más allá de las características generales atribuidas a la vejez, cada ser humano atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía e historia, y al posicionamiento personal que adopte en esta etapa de su vida, y es que el adulto mayor no solo debe tener la función de “abuelo”, “viudo”, “enfermo” y demás significantes que responden a la representación social predominante (estereotipada) acerca del anciano y

de la vejez, la cual suele homologarse a “enfermedad”, “incapacidad”, “improductividad” o dependencia”.²⁵

Por ende, la calidad de vida del adulto mayor estaría en relación con la posibilidad de que en esta etapa, forme parte integrada de un proyecto de vida autónomo, en una vía de reconocimiento identificador de su pasado y de su proyección al futuro dentro de una hostilización de sí mismo enmarcado en un gran soporte social (familiar y de los servicios de salud) y con una participación social significativa con participación social significativa del adulto mayor, consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad, la cual es percibida por la persona como beneficiosa.⁵

En la medida en que el adulto mayor logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas, esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social.²⁴

2.2.1.5. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES:

Sobre el adulto mayor y los factores relacionados con este período de la vida, se escribe desde diferentes perspectivas y con más amplitud en los últimos años. Esto obedece fundamentalmente a la preocupación cada vez más creciente en las sociedades contemporáneas por las personas mayores de 60 años, que representan el grupo de edad que más rápidamente crece en el mundo. Uno de los aspectos más abordados y quizás más polémicos en las investigaciones es la caracterización de esta

etapa desde la perspectiva de los cambios bio-psico-sociales que se producen.²⁶

En sentido general, es necesario señalar que los rasgos de la personalidad del adulto mayor se caracterizan por una tendencia disminuida de la autoestima, las capacidades físicas, mentales, estéticas y de rol social. No obstante, estas características pasan por el prisma individual de cada sujeto, las mismas pueden asumir un matiz psicológico que tiene que ver con la historia personal de vida de cada sujeto y la calidad con que se ha vivido las etapas anteriores de la vida.⁵

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales como la habilidad para cuidar de uno mismo, la situación financiera, tener una pensión o renta, las relaciones sociales, familia y amigos, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales. Las variables socio demográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran, vivir en el propio domicilio o en una residencia como de otras variables relacionadas con la edad mayor satisfacción en jóvenes que en mayores, el género los hombres suelen

estar más satisfechos que las mujeres y el estatus social a mayor estatus mayor calidad de vida.²⁷

Por otro lado, encontraron que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida. Concluyeron que características de la personalidad como el neuroticismo y el autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles.²⁰

También el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Cuando no existe un apoyo natural suficiente, las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la probabilidad de que éstas enfermen. Por ello, resulta de interés la puesta en marcha de programas de intervención dirigidos tanto a familias como a grupos de autoayuda, vecinos y voluntariado.⁴

2.2.1.6. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

El grupo WHOQOL. Busca definir el significado de la calidad de vida, identifica este concepto como un constructo conceptual, definiendo dentro de él cuatro dominios importantes de ser evaluados en su medición: Dominio Físico, Dominio Psicológico, Dominio en Relaciones Sociales y Dominio en Medio Ambiente.²⁸

2.2.1.6.1. Calidad de Vida - Dimensión Física:

- **El Dolor y Discomfort.** Explora sensaciones Físicas displacenteras experimentadas por una persona y la extensión de este dolor para producir molestias que intervienen con la vida, además incluyen en las sensaciones físicas displacenteras ya sea el entumecimiento, achaques, prurito y dolores fugaces o duraderos, se asume que cuanto más fácil se logra aliviar el dolor, se producirá un menor impacto sobre la calidad de vida. ^{27,29}
- **Energía y Fatiga.** Explora la energía, entusiasmo y residencia que tiene una persona, en orden a desarrollar las tareas necesarias para el diario vivir y su recreación. Se extiende desde el cansancio discapacitante que puede deberse a una enfermedad, depresión o sobreejercicio hasta el nivel adecuado de energía y es necesario sentirse realmente vivo. ^{27,29}
- **Sueño y Descanso.** En esta faceta se asocia que el sueño y el descanso y los problemas que se presentan, afectan la calidad de vida. Los problemas de sueño pueden incluir despertarse en la noche y ser incapaz de volver a dormir, levantarse temprano en la mañana despertarse en la noche y falta de descanso. Todos estos trastornos pueden que dependan de la persona o medio ambiente. ³⁰
- **Movilidad.** Examina la capacidad para trasladarse de un lado a otro, en el hogar, en su trabajo de o hacia los servicios de transporte. En general la capacidad de ir a cualquier lugar sin contar con la

ayuda de otros, independientemente de los medios que utilicen para hacerlo, se asume que, si una persona es dependiente de otra para moverse, afectará la calidad de vida adversamente.^{27,28}

- **Actividades de la vida diaria.** Explora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que incluyen el auto cuidado, la atención y cuidado adecuado de su propiedad. El grado en el cual la persona es dependiente de la ayuda de otros para realizar las actividades, probablemente afecte su calidad de vida.³¹
- **Dependencia de medicación o tratamientos.** Indaga si es dependiente de medicamentos a fin de lograr un bienestar físico o psicológico. Las medicaciones pueden afectar la calidad de vida como es el caso de los efectos colaterales de la quimioterapia o mejorar esa calidad de vida en el caso de pacientes que estén tomando analgésicos, también incluyen medidas no farmacológicas como marcapaso, un miembro artificial o una bolsa de colostomía.³²
- **Capacidad de trabajar.** Examina la energía que la persona tiene para hacer su trabajo, definiéndose como la actividad de mayor importancia a la que la persona se dedica, pudiendo incluir pago o no, trabajo comunitario voluntario, estudio, cuidado de niños o tareas del hogar.^{27,28}

2.2.1.6.2. Calidad de Vida - Dimensión Psicológico:

- **Sentimientos positivos.** Esta faceta examina la medida en que una persona percibe sentimientos de contención, equilibrio, paz,

felicidad, esperanza, alegría y placer por disfrutar de las cosas buenas de la vida y de su futuro. ²⁸

- **Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.** Explora la percepción del individuo con respecto al pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración y capacidad para tomar decisiones, además la rapidez y claridad de pensar. ²⁸
- **Autoestima.** Examina lo que la gente piensa de sí misma, oscilando desde pensamientos positivos hasta pensamientos negativos acerca de sí, incluyendo sentimientos de auto eficacia, la satisfacción con uno mismo y el autocontrol, la manera de relacionarse con otra gente, su educación, aprecio por su capacidad para cambiar, el sentido de dignidad y auto aceptación, ya sea de manera significativa y relevantes para su posición en la vida. ²⁸
- **Imagen corporal y apariencia.** Indaga acerca de la visión que la persona tiene de su cuerpo, incluye desde un punto de vista positivo hasta uno negativo, esto se refiere a los deterioros físicos percibidos o actuales, si existen, pueden ser corregidos con ropa, miembros artificiales, cirugía, etc. ²⁸
- **Sentimientos negativos.** Involucra los sentimientos tales como desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida y la consideración de la manera en que cualquier sentimiento negativo produce alteración, y su impacto sobre el funcionamiento cotidiano de la persona. ³³

- **Espiritualidad/ Religión/ Creencias personales.** Indaga sobre las creencias personales del individuo y cómo estas afectan la calidad de vida. Esto puede suceder ayudando a la persona a luchar con las dificultades de su vida. Dando estructura a las expectativas, brindando significado a las cuestiones personales y espirituales, generalmente dando un sentido de bienestar. Para muchas personas las creencias personales y espirituales dan confort, bienestar, seguridad, sentido de pertenencia, propósito y fuerza. Sin embargo, para mucha gente la religión tiene una influencia negativa sobre su vida.³²

2.2.1.6.3. Calidad de Vida –Dimensión Relaciones Sociales:

- **Relaciones Sociales.** Examina la medida en la que una persona siente la compañía, amor y apoyo que desea, de sus relaciones íntimas tanto emocionales como físicamente. También incluye el compromiso y la experiencia actual de cuidar y brindarse a otra gente, sentir momentos de felicidad y distracción con las personas amadas, el sentido de amar y ser amado, el tocarse y abrazarse.³⁰
- **Soporte Social.** Mediante el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia o los amigos. Compartiendo la responsabilidad y el trabajo conjunto para resolver problemas personales y familiares; además examina en qué medida la persona siente el soporte de la familia y los amigos, en especial en una crisis; también el potencial rol negativo de la familia y amigos en la vida de la persona.³⁴

- **Actividad Sexual.** Se refiere a la necesidad y deseo de la persona, y la existencia en que puede expresar y disfrutar apropiadamente de su deseo sexual, o sea. La relevancia de la actividad sexual en la calidad de vida.³³

2.2.1.6.4. Calidad de Vida - Dimensión Medio Ambiente:

- **Seguridad Física.** Examina la sensación de la persona de estar en relación con el daño físico, como la libertad de las personas que van de vivir sin contratiempos, hasta aquellos estados de opresión o inseguridad.³³
- **Ambiente Hogareño.** Esta faceta examina el lugar principal en el cual vive una persona, duerme y guarda la mayoría de sus posesiones y la forma con que esto impacta en la vida personal. La calidad del hogar es valorada sobre la base de ser confortable, seguro para vivir, cantidad de espacio, hacinamiento, limpieza, privacidad, servicio tales como: electricidad, baño, agua caliente, además de la calidad de la construcción como humedad y presencia de goteras, también incluye al vecindario inmediato.³³
- **Recursos Financieros.** Investiga el punto de vista de la persona acerca de usar recursos económicos, recursos intercambiables y la extensión en que estos satisfacen las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable. Incluyen un sentido de satisfacción/insatisfacción con aquellas cosas que pueden ser obtenidas por medio de la persona independiente del estado de salud o de si la persona está o no empleada.³²

- **Cuidados Social y de Salud.** Indaga sobre perspectiva de la persona acerca de los servicios sociales y sanitarios en su vecindario cercano, tanto en la calidad y cantidad que ella recibe o espera recibir cuando estos servicios sean requeridos, incluyen, templos religiosos.³³
- **Oportunidad para adquirir información y aprendizaje.** Examina la oportunidad y deseo de la persona para aprender nuevas destrezas. Adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que se está pasando, pudiendo ocurrir a través de programas formales, actividades recreacionales ya sea en grupo o solo. Además, el estar en contacto con las noticias que están ocurriendo en su vecindario o en el mundo que tienen relevancia con la calidad de vida de las personas.³³
- **Participación y oportunidad para recrearse y el ocio.** Indaga las oportunidades, la inclinación de la persona para participar en pasatiempos, actividades recreativas y relajación, como visitar a los amigos, deportes, leer, mirar televisión o gastar el tiempo con la familia, hasta no hacer nada. Las preguntas están enfocadas a la oportunidad y el disfrute de la creación y relajación.³³
- **Medio Ambiente físico.** Examina la perspectiva de la persona acerca de su medio ambiente. Incluye el ruido, clima y estética general del medio, y si esto sirve para mejorar o afectar adversamente la calidad de vida.³⁴

- **Transporte.** Investiga desde el punto de vista de la persona acerca de cuán fácil es encontrar y usar servicios de transporte para movilizarse. Incluye bicicletas, autos.²⁹

2.2.2. CALIDAD DE VIDA

El interés del hombre por la calidad de vida data de tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica son relativamente recientes. La expresión “calidad de vida” empieza a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diversos ámbitos como son: el cuidado de la salud, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general y en especial en el ámbito de la salud individual y colectiva.¹⁵

La evolución de este concepto nos muestra su complejidad multidimensional, la que hace muy difícil su delimitación y su definición. Durante los años 60 del siglo XX surge en la sociedad el interés creciente por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización en el bienestar de la sociedad y surge también la necesidad de medir estos hechos a través de: datos objetivos, de indicadores sociales y estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar individual y colectivo.¹⁵

“Estos indicadores (de bienestar) tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo contemplar elementos subjetivos”.

Así pues, a mediados de los setenta se le comienza a definir a esta expresión lingüística “Calidad de Vida” como un concepto integrador que está inmerso en todas las áreas de la vida del ser humano, haciendo referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La utilización del término en las revistas *SocialIndicatorsResearch* (EEUU, 1974) Y *SociologicalAbstracts*(EEUU,1979) contribuyeron a su difusión teórica y metodológica; estableciéndose la década de los 80 como la del despegue definitivo de la investigación en torno a este tema.⁵

Durante los años 80, el termino calidad de vida se adoptó como un concepto sensibilizador que podía ofrecer a los distintos profesionales de diferentes disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios sociales orientados hacia la persona, a su autodeterminación y al logro de un bienestar general como persona. Sin embargo, hasta hoy no puede establecerse un consenso sobre la definición y la evaluación de calidad de vida. Históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que la concibe como una unidad unitaria y la que la considera como una entidad compuesta por una serie de dominios.³⁶

Felce y Percy encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida:

- Los que la entiendan como calidad de condiciones de vida de una persona;
- los que valorizan la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;

- los que priorizan condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción que esta experimenta y,
- los que definen como una combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

FIGURA N°1

Conceptualización de Calidad de Vida (Por Felce y Pery, 1995)



Entendido a partir de dos enfoques distintos (esto data a partir de los años 90):

- **Enfoques cuantitativos.-** Cuyo propósito es operacionalizar el concepto de calidad de vida a través de indicadores sociales

(condiciones externas relacionadas con el entorno: salud, bienestar social, amistad, estándar de vida, educación seguridad pública, desempleo, trabajo, vecindario, vivienda entre otros); indicadores psicológicos (reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) e indicadores ecológicos (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

- **Enfoque cualitativo.** - Cuyo propósito es comprender el concepto “*calidad de vida*” a través de variables subjetivas adoptando la postura de escuchar a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas en su vida cotidiana y cómo es que los servicios pueden apoyarles eficazmente.

Asimismo, la “calidad de vida” puede entenderse en términos de bienestar subjetivo (felicidad), y por la presencia o ausencia de indicadores estándar de lo que las personas determinan como una buena vida (estado de bienestar). Ambos implican la existencia de: ³⁷

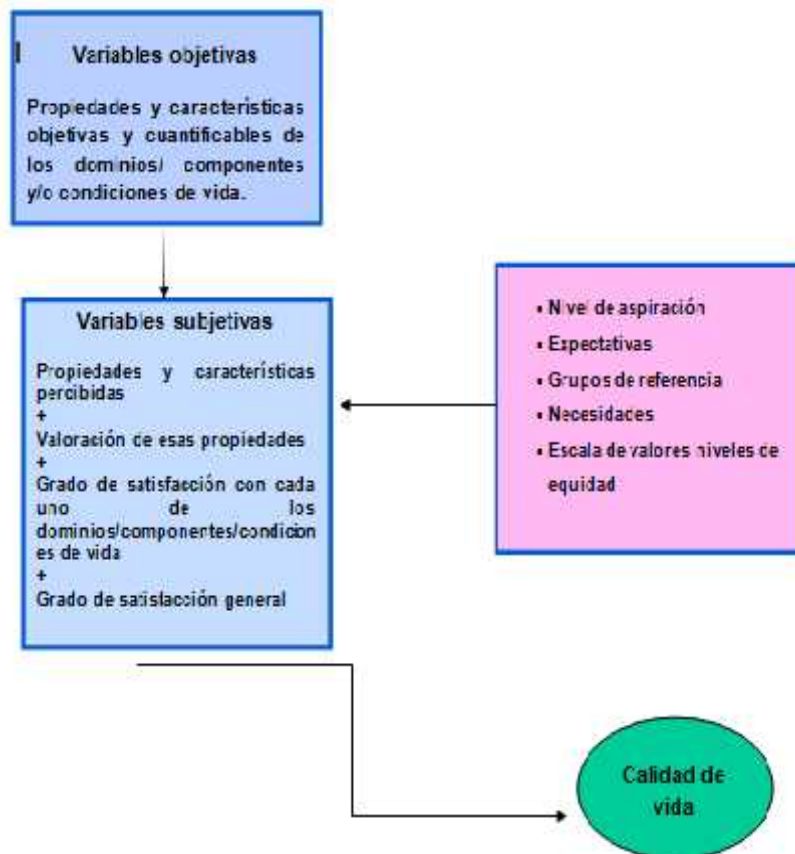
- **Indicadores objetivos de bienestar:** comodidad, estatus de empleo e ingresos (naturaleza y cuantía de las posesiones materiales); soporte familiar, red de apoyo; tipo de vivienda, comodidad y elementos sanitarios; seguridad de ocupación; coste de alojamiento, accesibilidad y calidad de los servicios (comerciales, de salud, de educación, de recreación); calidad y seguridad de los transportes; accesibilidad y calidad de los servicios de protección; estado de salud (de origen biológico).

- **Indicadores subjetivos presentes:** sentimiento de satisfacción estado de ánimo positivo, estado de salud, emociones (de orden subjetivo). La relación entre ambas variables establece una conceptualización de calidad de vida.

FIGURA N°2

Variables objetivas y subjetivas en la calidad de vida

(Blanco; Rodríguez, 1995)



También se hacía necesario comprender que calidad de vida está relacionada con las necesidades, aspiraciones e ideales del ser humano en todas las etapas del ciclo vital: infancia, adolescencia, adultez y ancianidad; lo que obliga a realizar un análisis de este concepto como la

resultante de la sumatoria: calidad de las condiciones de vida + satisfacción personal + valores de la persona como ser social.³⁷

Asimismo, delimitan el concepto y señalan una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa". Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.³⁸

Sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.³⁹

Giusti, define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida.⁴⁰

Velandia refuerza lo descrito ya que plantea que "*calidad de vida*" hace referencia a múltiples aspectos de la vida del hombre y supera

con creces, el concepto utilizado antes de “condiciones de vida”²⁴: “calidad de vida son aquellas sensaciones subjetivas de bienestar psicosomático, autoestima, satisfacción personal y de adaptación al entorno: resultado de la interacción de varios factores como son la salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, educación, seguridad social, recreación y libertades humanas”.²⁴

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia.⁴¹

Por lo tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.³⁰

Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente. Algunas de las definiciones que se han sugerido son:

Para Velarde y Ávila, la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a

servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.⁴²

Schwartzmann, definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones, la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comporta mentales y sociales.⁴³

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: *“La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”*¹, definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. Conceptualmente el término calidad de vida ha sido difícil de definir y de operacionalizar, con dificultades en unificar criterios con respecto a éste. No obstante, lo que se ha logrado y valorado al transcurrir el tiempo es la condición multidimensional que tiene.¹⁹

Por lo tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del

funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.²⁴

2.3. HIPOTESIS

Hi. El nivel de calidad de vida del adulto mayor de la Comunidad de Balcón está asociado a factores sociodemográficos.

Ho. El nivel de calidad de vida del adulto mayor de la Comunidad de Balcón no está asociado a factores sociodemográficos.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, situación laboral, seguro de salud) del adulto mayor.

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida: Dimensión Física, Dimensión Psicológico, Dimensión Relaciones Sociales y Dimensión Medio Ambiente

Indicadores:

- Alta
- Mediana
- Baja

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, porque la información es presentada estadísticamente.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicado, porque se emplearon las teorías de la investigación básica.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - Correlacional, porque se mide la relación y el grado de correlación entre las variables.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental - Transversal, porque los instrumentos serán aplicados en un solo momento y tiempo único.

3.5. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio estuvo conformada por la Comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

3.6. POBLACIÓN

La población fue constituida por todos los adultos mayores censados de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo: 50 adultos mayores.

3.7. MUESTRA

La muestra estuvo integrada por la totalidad de adultos mayores de la Comunidad de Balcón.

3.8. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores que voluntariamente participaron del estudio
- Adultos mayores residentes en la Comunidad de Balcón.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores que no tuvieron interés por participar del estudio.

3.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la entrevista estructurada. El instrumento utilizado para la recolección de datos estuvo conformado por dos partes. La primera consistió en la ficha de antecedentes generales a modo de perfil del entrevistado donde se recolectaron los datos sociodemográfico que incluyeron edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, etc. (anexo 1); el segundo fue el cuestionario WHOQOL-BREF (world Health Organization quality of Life Questionnaire) (anexo 2). La Escala de calidad de vida, llamado WHOQOL-BREF Group por la OMS que consta de 26 interrogantes y suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de una pregunta acerca de la percepción global de la calidad de vida, otra pregunta sobre la percepción general de la calidad de vida y las

24 preguntas restantes agrupan 4 dimensiones: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente, donde cada dimensión engloba preguntas atinentes a la dimensión evaluada.

3.10. RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

Se realizó previamente la coordinación respectiva con la Municipalidad Distrital de Tambo y autoridades de la Comunidad de Balcón, luego se procedió con la elaboración de un cronograma de la recolección de datos.

Los instrumentos fueron aplicados con participación de todos los adultos mayores que desearon participar del estudio. Se concluyó con el control de calidad de los mismos para verificar que todos los datos estén consignados en los instrumentos

Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 21. Los datos son presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis de datos se empleó la prueba estadística de Chi cuadrada, identificándose asociación entre las variables estudiadas.

3.11. VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Se realizó una prueba piloto en la Comunidad de Ranra (por tener características particulares similares a la de Balcón) con la participación de 20 adultos mayores. Luego los datos obtenidos fueron descargados al programa SPSS versión 21, donde se realizó la prueba con un Alfa de Cronbach resultando el valor de 0.728; lo cual hace referencia que el

instrumento que se utilizó es confiable para determinar la calidad de vida en la población en estudio.

3.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación en esta investigación no generó riesgo alguno y, se mantuvo la privacidad y confidencialidad de los participantes adultos mayores.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N^a 01

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD DE
BALCÓN. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO 2019**

CALIDAD DE VIDA	TOTAL	
	Nº	%
Baja	10	20
Media	40	80
Alta	0	0
TOTAL	50	100

FUENTE: Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF Group. OMS).

En la Tabla N^o 01 se identifica que la calidad de vida predominante en los adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo, es media en 80% (40); el 20% (10) de adultos mayores de este distrito, presenta calidad de vida baja y no se evidencia adultos mayores con calidad de vida alta en esta comunidad.

TABLA N° 02

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO A LA EDAD DEL ADULTO
MAYOR DE LA COMUNIDAD DE BALCÓN. DISTRITO DE TAMBO.
AYACUCHO 2019.**

CALIDA D DE VIDA	EDAD						TOTAL	
	60 - 69 años		70 - 79 años		>80 años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	2	7.4	1	7.7	7	70	10	20
Media	25	92.6	12	92.3	3	30	40	80
TOTAL	27	100	13	100	10	100	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado en adultos mayores. Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF Group. OMS)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.5317 ^a	2	.000

En la tabla N° 02 se aprecia, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo; 27 tienen entre 60 a 69 años; de los cuales el 92.6% presentan calidad de vida media y el 7.4% calidad de vida baja. 13 adultos mayores tienen entre 70 a 79 años, de los cuales el 92.3% presentan calidad de vida media y el 7.7% calidad de vida baja. 10 adultos mayores tienen más de 80 años, de los cuales el 70% presentan calidad de vida baja y el 30% calidad de vida media.

Realizada la prueba estadística Chi cuadrada, se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor está asociada ($p < 0.05$) a la edad en la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

TABLA N° 03

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL SEXO DEL ADULTO MAYOR
DE LA COMUNIDAD DE BALCÓN. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO
2019.**

CALIDAD DE VIDA	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	5	16	5	26	10	20
Media	26	84	14	74	40	80
TOTAL	31	100	19	100	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado en adultos mayores. Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF Group. OMS).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.7640 ^a	1	.382

En la tabla N° 03 se observa, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo; 31 son de sexo femenino; de los cuales el 84% presentan calidad de vida media y 16% calidad de vida baja. 19 adultos mayores son de sexo masculino, de los cuales el 74% presentan calidad de vida media y el 26% calidad de vida baja.

Realizada la prueba estadística Chi cuadrada, se determina que no existe una relación de dependencia entre ambas variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor no está asociada ($p > 0.05$) al sexo de la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

TABLA N° 04

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL ESTADO CIVIL DEL ADULTO
MAYOR DE LA COMUNIDAD DE BALCÓN. DISTRITO DE TAMBO.
AYACUCHO 2019.**

CALIDAD DE VIDA	ESTADO CIVIL				TOTAL	
	Soltera(o)		Viuda(o)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	0	0	10	22	10	20
Media	5	100	35	78	40	80
TOTAL	5	100	45	100	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado en adultos mayores. Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF Group. OMS).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.3889 ^a	1	.239

En la tabla N° 04 se observa, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo; 5 tienen el estado civil soltera (o); de los cuales el 100% presentan calidad de vida media. 45 adultos mayores tienen estado civil viuda (o), de los cuales el 78% presentan calidad de vida media y el 22% calidad de vida baja.

Realizada la prueba estadística Chi cuadrada, se determina que no existe una relación de dependencia entre ambas variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor no está asociada ($p > 0.05$) al estado civil

en la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

TABLA N° 05

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL GRADO DE INSTRUCCIÓN
DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD DE BALCÓN. DISTRITO
DE TAMBO. AYACUCHO 2019.**

CALIDAD DE VIDA	GRADO DE INSTRUCCIÓN				TOTAL	
	Sin Instrucción		Primaria			
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	10	20.8	0	0	10	20
Media	38	79.12	2	100	40	80
TOTAL	48	100	2	100	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado en adultos mayores. Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF Group. OMS)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.5208 ^a	1	.470

En la tabla N° 05 se identifica, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo; 48 no tienen grado de instrucción; de los cuales el 79.2% presentan calidad de vida media. 2 adultos mayores tienen grado de instrucción primaria, de los cuales el 100% presentan calidad de vida media.

La prueba estadística Chi cuadrada, muestra una relación de independencia entre las variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor no está asociada ($p > 0.05$) al grado de instrucción en la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

TABLA N° 06

CALIDAD DE VIDA RELACIONADO AL INGRESO ECONOMICO DEL ADULTO MAYOR DE LA COMUNIDAD DE BALCÓN. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO 2019.

CALIDAD DE VIDA	INGRESO ECONOMICO				TOTAL	
	Pensión 65		No tiene			
	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	10	29	0	0	10	20
Media	24	71	16	100	40	80
TOTAL	34	100	16	100	50	100

FUENTE: Cuestionario aplicado en adultos mayores. Escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF Group. OMS)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.8824 ^a	1	.015

En la tabla N° 06 se aprecia, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo; 34 tienen ingresos de Pensión 65; de los cuales el 71% presentan calidad de vida media y el 29% presenta calidad de vida baja. 16 adultos mayores no tienen ingresos, de los cuales el 100% presentan calidad de vida media.

Realizada la prueba estadística Chi cuadrada, se determina que no existe una relación de dependencia entre ambas variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor no está asociada ($p > 0.05$) con el ingreso

económico de la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Según información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú, de acuerdo a los resultados de los Censos Nacionales 2017 la población adulta mayor se ha incrementado; en cuanto al envejecimiento, las personas mayores de 60 años pasaron de significar el 9.1% de la población al 11.9% en los últimos 10 años, en tanto que la población entre 0 y 14 años disminuyó de 30.5% a 26.4% y el número de personas de 15 a 59 años aumentó de 60.4% a 61.7%.³ En nuestro país, al igual que en el resto de Latinoamérica, los adultos mayores carecen de reformas legales que les aseguren protección en salud, por ejemplo. Los adultos mayores se caracterizan por vivir en pobreza, abandono y exclusión social.

En la mayoría de áreas rurales del Perú; como en el Distrito de Tambo, la transición hacia la jubilación es un proceso más lento, independiente de la edad de la persona, ya que en esta área suelen

ocuparse en actividades independientes, principalmente agrícolas o artesanales.

En la Tabla N° 01 se identifica que la calidad de vida predominante en los adultos mayores de la Comunidad Balcón del Distrito de Tambo es mayoritariamente media, con un 80% (40) y baja en 20% (10); no se evidencia adultos mayores con calidad de vida alta en esta comunidad.

Al respecto se tienen algunas investigaciones como el de Cerón, (México, Veracruz, 2006); en la investigación titulado “Percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida, Veracruz, 2005”, con el objetivo de determinar cuál es la percepción que tiene el adulto mayor respecto a su calidad de vida. Determina que el 42.50% respondió moderado, el 35% bastante, el 17.50% un poco y solo el 5% totalmente⁸. Resultado que coincide con nuestros hallazgos.

Durán Jara (Chile, Santiago, 2013) en la investigación titulado “Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores residentes en hogares alemanes de Santiago de Chile”, donde se realizó un estudio con el objetivo de evaluar su calidad de vida, en el resultado se aprecia que la mayor parte de la muestra estudiada (80.6%), tiene una a percepción global mala y muy mala de su calidad de vida. Mientras que un (16.1%) la percibe como normal. Solo 1 entrevistado del total de la muestra (3.2%), percibe su calidad de vida como buena.

En relación a los resultados identificados, se identifica que la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad de Balcón tiene características de calidad media a baja, llama la atención que no se encuentre adultos

mayores con calidad de vida alta. En América Latina, tener más de 60 años es sinónimo de ser viejo y las personas por encima de esta edad son comúnmente excluidas de oportunidades laborales y otro tipo de actividades. Si bien esta es la tendencia general, también existen iniciativas de inclusión social que benefician a algunas de las personas en edad avanzada. En tal sentido el concepto calidad de vida ha ido adquiriendo importancia e interés especial dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Los esfuerzos llevados a cabo durante las tres últimas décadas han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional⁴; se concluye que la Calidad de vida del adulto mayor de la comunidad de Balcón, es predominantemente Media en 80% a baja (20%).

En relación a la tabla N° 02, se identifica que del total de adultos mayores de 80 años de la comunidad de Balcón presenta calidad de vida baja en un 80%.

Al respecto; Sigüenza, Sigüenza Pereira y Sinche, (Ecuador, Cuenca, 2014); En la investigación titulado “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales. Ciudad de Cuenca, 2013” con el objetivo de establecer la Calidad de Vida del Adulto Mayor de las parroquias rurales del cantón Cuenca. Dando como resultado que la media de edad fue 74,8 años. El 61,27% respondió que su calidad de vida en general es Normal, al menos 1 de cada 4 adultos mayores puntuó como mala su calidad de vida. Según la satisfacción con su salud, el 48,3% respondió satisfactoriamente,

sin embargo, el 44,9% se siente poco satisfecho y el 2,6% muy satisfecho, los mejores resultados fueron de hombres, en unión libre, con nivel de escolaridad secundaria completa, que viven con sus parejas.¹²

También se tienen la información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); que identifica los departamentos en los que reside el mayor número de personas adultas mayores de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao, siendo Madre de Dios el departamento con menor población adulta mayor (4.6%).

Montanet et al. (2007) realizaron un estudio evaluando la Calidad de Vida en adultos mayores, respecto a diferentes variables sociodemográficas, enfatizando en su vinculación a Casa de Abuelos, durante el período de enero- diciembre 2006. Se toma una muestra de 42 ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporados. Se encontró un predominio del sexo masculino, edades de 75-84 años, solteros y viudos. Sobresalen las categorías alta y media de Calidad de Vida entre los ancianos.

De acuerdo a las investigaciones revisadas y confrontadas, se identifica que a mayor edad la calidad de vida disminuye también progresivamente, debido a que sufren cambios asociados al proceso de envejecimiento propio de la edad. Es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los adultos mayores. Nuestros resultados muestran una baja calidad de vida en adultos mayores en edades

extremas; la prueba estadística Chi cuadrada, nos permite identificar la asociación entre ambas variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor está asociada ($p < 0.05$) a la edad en la población adulta mayor de la comunidad de Balcón. Por lo que se concluye que el incremento en la edad del adulto mayor de la comunidad de Balcón está asociado ($p < 0.05$) a la calidad de vida baja; por lo que es necesario realizar acciones para mejorar en lo posible el bienestar de los adultos mayores debido a que cursan una etapa última del proceso de vida con muchas carencias y necesidades de cuidado.

En la tabla N° 03 se aprecia, que es el sexo masculino el que presenta mayor porcentaje de casos con baja calidad de vida en 26% versus el 16% de mujeres adultas mayores en la comunidad de Balcón.

Actualmente, servicios y políticas destinados a personas mayores y personas con discapacidad en nuestro país se enfrentan a cambios significativos orientados a lograr mejores servicios basados en la comunidad y proporcionar apoyos individualizados. Este proceso refleja una nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios, centrada en la persona, en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que influyen en su funcionamiento; proceso que requiere además cambios en la estructura y política de las organizaciones y, sobre todo, estrategias de evaluación que permitan verificar el impacto positivo de los mismos. Podemos afirmar, por tanto, que hoy por hoy junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido en el

motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que se dirigen los servicios.

La prueba estadística de Chi cuadrada nos permite identificar que no existe asociación ($p > 0.05$) entre el sexo de los adultos mayores y la calidad de vida que estos presentan en el momento de la entrevista. Por lo que se concluye que el sexo no es una condición que determine la calidad de vida de las personas.

En relación a la Tabla N° 04, se identifica que la totalidad (100%) de adultos mayores viudos de la comunidad de Balcón, presentan calidad de vida baja, respecto a las que no tienen pareja.

Dueñas et., (Cuba, Matanzas, 2008); en la investigación titulado “Percepción de salud en adultos mayores. Provincia de Matanzas, 2007”, cuyo objetivo fue identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores y su relación con variables seleccionadas. El resultado en la percepción alta de salud es más marcado en los ancianos con pareja, con un 95,5 %, que en los que no tienen pareja (88,2 %) ($p = 0,000$).

Sigüenza, Pereira y Sinche, (Ecuador, Cuenca, 2014); En la investigación titulado “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales. Ciudad de Cuenca, 2013” se realizó el estudio con el objetivo de establecer la Calidad de Vida del Adulto Mayor, donde los mejores resultados fueron de hombres que viven con sus parejas.

La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud.

Cuando no existe un apoyo natural suficiente, las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización; sin embargo, los resultados obtenidos en el presente estudio nos muestran que los adultos mayores de la comunidad de Balcón, sin importar la condición familiar en que viven muestran porcentajes altos de calidad de vida media a baja, y muchos de ellos incluso se hacen cargo del miembro menor de las unidades familiares en las que habitan. Podemos afirmar entonces que el estado civil no siempre será un factor determinante en cuanto a la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad estudiada.

Nuestros hallazgos no coinciden con los estudios revisados, debido a que la población entrevistada en su mayoría es de estado civil viuda (o) en número de 45 adultos mayores. La prueba estadística Chi cuadrada, nos permite identificar que no existe asociación entre el estado civil de los adultos mayores y la calidad de vida que estos presentan. Por lo que se concluye que la calidad de vida del adulto mayor de la comunidad de Balcón no está asociada ($p>0.05$) al estado civil de esta población.

En la tabla N° 05 se aprecia, que el 20.8% (10) de adultos mayores de la comunidad de Balcón no presentan grado de instrucción y presentan calidad de vida baja; el 100% (2) de adultos mayores que tienen grado de instrucción primaria presentan una calidad de vida media; cabe mencionar que un alto porcentaje (79.2%) de adultos mayores de esta comunidad que no tienen ningún grado de instrucción también presentan calidad de vida media.

Dueñas et., (Cuba, Matanzas, 2008); en la investigación titulado “Percepción de salud en adultos mayores. Provincia de Matanzas, 2007”, cuyo objetivo fue identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores y su relación con variables seleccionadas. Concluyeron que a pesar de que para todas las categorías de la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de esta, en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad ($p= 0,000$).

Sigüenza, Pereira y Sinche, (Ecuador, Cuenca, 2014); en la investigación titulado “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales. Ciudad de Cuenca, 2013” realizó un estudio con el objetivo de establecer la Calidad de Vida del Adulto Mayor, obteniendo como resultado que los hombres con nivel de escolaridad secundaria completa obtuvieron mejores resultados en calidad de vida.

En relación a los resultados obtenidos y a las investigaciones revisadas, podemos identificar que no existe asociación entre las variables presentadas en la tabla N° 05; realizada la prueba estadística Chi cuadrada, se confirma que no existe una relación de asociación entre ambas variables; por lo que se concluye que la calidad de vida del adulto mayor de la comunidad de Balcón no está asociada ($p<0.05$) al grado de instrucción que presenta esta población.

En la tabla N° 06 se aprecia, del total (34) de adultos mayores de la comunidad de Balcón que reciben Pensión 65, el 29%% (10) presentan una calidad de vida baja; cabe mencionar que el 100% de adultos mayores de

esta comunidad que refiere no tener ingreso económico, presentan calidad de vida media.

A medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada. El deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Gómez-Cabello, 2012).

El envejecimiento en la región se da en un contexto de pobreza y desigualdad de ingresos, por lo que, a los problemas de salud típicos de la tercera edad, se suman dificultades económicas que agravan la situación para muchos ciudadanos. Esto en contraste con países del primer mundo en donde una mayor proporción de las personas en la tercera edad gozan de buenas jubilaciones y actividades que les permiten una mejor calidad de vida. Según los datos recogidos por la CEPAL, la cobertura de los sistemas de jubilaciones en Latinoamérica es muy baja por lo que los adultos mayores deben seguir trabajando hasta edades avanzadas o depender de sus familias de forma directa, viviendo en casas con sus hijos, y conviviendo con generaciones de nietos e incluso bisnietos. 1 de cada 4 hogares

latinoamericanos cuenta con un adulto mayor. Las condiciones, sin embargo, varían dependiendo del país¹.

Realizada la prueba estadística Chi cuadrada, se determina que no existe una relación de dependencia entre ambas variables; es decir, la calidad de vida del adulto mayor no está asociada ($p>0.05$) con el ingreso económico de la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

Es importante promover prácticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como oportunidades laborales de acuerdo a la edad y capacidades del adulto mayor que permitan mejorar la condición integral de éstos debido a que cursan una etapa última del proceso de vida.

CONCLUSIONES

1. La Calidad de vida en los adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo, es media (80%) a baja (20) y no se evidencia adultos mayores con calidad de vida alta en esta comunidad.
2. El incremento en la edad de los adultos mayores de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo, está asociada ($p < 0.05$) a la calidad de vida que presenta esta población.
3. La calidad de vida del adulto mayor no está asociada ($p > 0.05$) al sexo, al estado civil, el grado de instrucción y el ingreso económico de la población adulta mayor de la comunidad de Balcón del Distrito de Tambo.

RECOMENDACIONES

- Al Gobierno Regional y local, desarrollar políticas regionales que permitan la generación de Centros de Atención del adulto mayor que permitan condiciones saludables integrales de atención.
- A la Escuela Profesional de Enfermería, fortalecer la enseñanza de la atención primaria de salud renovada en el adulto mayor que permitan la equidad e integralidad de servicios de salud al adulto mayor.
- A los profesionales de Enfermería, Estar motivados en la promoción de programas y acciones formativas e informativas que faciliten una mejor comprensión del proceso de envejecer y proporcionen pautas de calidad de vida.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. CEPAL. 2018; "La realidad del adulto mayor en América Latina"
2. OMS, (1989); "La salud de las personas de edad". Serie Informes técnicos número 779. Ginebra.
3. INEI, (2018); "Informes técnicos de la Situación de la Población Adulta Mayor".
4. GÓMEZ VELA, MARÍA SABECH ELIANA., (2003); "Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica". Universidad de Salamanca.
5. DURAN GONDAR, A; CHÁVEZ NEGRÍN, E, (2000). "Una sociedad que envejece retos y perspectivas". Temas. La Habana.
6. GONZÁLEZ-CELIS R., et., (2002). "Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos, Nuevo León, 2001". Tesis de doctorado en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.
7. HERNÁNDEZ, CHÁVEZ, CARREAZO; "Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú" Perú, 2016
8. CERÓN SANTES, MARÍA INOCENCIA; (2006); "Percepción que tiene el adulto mayor de su calidad de vida, Veracruz, 2005", MEXICO: Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana.
9. GARCÍA, G.E., (2006); "Análisis del bienestar de los adultos mayores, Distrito Federal, 2005", Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM.

10. MONTERROSA Y RODRÍGUEZ, (2006); "Calidad de vida del adulto mayor, Sibasi Nueva Concepción. 2005.", Tesis de maestría, Facultad de medicina, El Salvador.
11. DUEÑAS, et; (2008); "Percepción de salud en adultos mayores de la Provincia de Matanzas, 2007", Revista Cubana de medicina general integral. Cuba 2009.
12. SIGUENZA, SIGUENZA PEREIRA Y SINCHE, 2014, ""Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales. Ciudad de Cuenca, 2013". Tesis para medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Ecuador.
13. VERA MENDOZA, (2007); "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia, Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico. 2004-2006", tesis de doctorado, Facultad de medicina, UNMS.
14. CÓRDOVA CALLE, NERY HEINE, (2012); "Calidad de vida del adulto mayor. Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú.Chiclayo.2010", Tesis de maestría, Facultad de Enfermería, UCSTM.
15. MÉNDEZ, PRADO 2016; "Factores asociados al nivel de calidad de vida del adulto mayor del Distrito de Huamanguilla. Ayacucho 2016
16. MOROTE, (2012); "Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor en el centro poblado de Rancho, Ayacucho. 2012".

17. RAMIREZ, 2012; "Cuidado Humanizado en la satisfacción de vida del adulto mayor de programa Qoriwatas del Centro de Salud "Las Nazarenas". Ayacucho 2012"
18. ZAVALA G, MERCEDES ET AL., (2006); "Funcionamiento Social del Adulto Mayor". Ciencia Enfermería, vol.12, pág.2
19. OMS, (2004); "Temas de Envejecimiento, Revista del Adulto Mayor, Arti 43.
[https://www.google.com.pe/#q=OMS,\(2004\);+%E2%80%9CTemas+de+Envejecimiento,+Revista+del+Adulto+Mayor,+Art+43.](https://www.google.com.pe/#q=OMS,(2004);+%E2%80%9CTemas+de+Envejecimiento,+Revista+del+Adulto+Mayor,+Art+43.)
20. FERNÁNDEZ GUERRA, NATALIA. (2000); "Ética de la inclusión geriátrica y envejecimiento poblacional cubano". La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Pág. 45-85
21. BAZO, M.T., (1990); "La sociedad anciana. Madrid: Siglo XXI", caps.4, 5 y 6.
22. LISBOW LESLIE, (1977), "La Naturaleza del proceso de Envejecimiento", Tomo I, pág. 265-353
23. MINSA, (2013); "Guía técnica de la Atención Integral del Adulto Mayor".
www.minsa.gob.pe/.../AdultoMayor/INFORME%20PERFIL%20ADULTO
24. VELANDIA, ANA, (1994); "Investigación en salud y calidad de vida". Primera Edición, Bogotá: Universidad Nacional, pág.300.
25. MEDELLÍN, G, (1998); "Crecimiento y Desarrollo del ser Humano". Tomo II: Edad Escolar a Adulto Mayor. Colombia: Bogotá; Editora Guadalupe Limitada; 1998. Pág.855.

26. OROSA FRAÍZ T. (2003); "Tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor". La Habana: Editorial Félix Varela.
27. DURAN GONDAR, A, CHÁVEZ NEGRÍN, E. (2000); "Una sociedad que envejece retos y perspectivas". México, p.45.
28. GRUPO WHOQOL, (1998); WHOQOL Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario, Ediciones CATA, Fundación FUNDONAR La Plata, Argentina
29. ROSAS, C, (2008); "Percepción de Calidad de Vida y Promoción de la Salud en Adultos Mayores pertenecientes a centros de atención primaria y Valdivia durante el año 2008. Tesis de grado, Universidad Austral, Chile.
30. ARANIBAR, (2000); "Calidad de vida y vejes" Máster en Gerontología Social. Universidad de Barcelona.
31. SCHALOK, (1996); "La calidad de vida: conceptualización, medición y uso. Washington DC. Asociación Americana de Retraso Mental, Vol. 1
32. OMS, (1997); "Programa de salud mental. WHOQOL medición de Calidad de Vida, instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Whoqol – 100 y Whoqol- Bref. envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf
33. MATAMALA, (2003); "Estudio Comparativo: Perfil de percepción de calidad de vida de enfermeras que trabajan en el sistema público de salud. Tesis de grado. Universidad Austral de Chile.

34. ORDÓÑEZ, (2008); "Gobernanza y calidad de vida, Tesis de grado, Universidad Austral, Chile.
35. AROSTEGUI, L, (1998); "Evaluación de la calidad en personas adultas con retraso mental en la comunidad del país vasco. España: Universidad de Deusto. Pág.20
36. FELCE y PERY, (1995); "Conceptualizaciones de la calidad de vida", pág. 51-74
37. BLANCO Y RODRIGUEZ, (1995); "Variables objetivas y subjetivas en la calidad de vida", pág.782-945.
38. LEVI, L. Y ANDERSON, L., (1980). "El estrés psicosocial: población, medio ambiente y calidad de vida". Nueva York: S. P. Libros Division of Spectrum Publications, Inc.
39. GIUSTI, L., (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
40. NIETO, J., ABAD, M. Y TORRES, A., (1998); "Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica". Anales de Psicología, 4, pp. 75-81.
41. VELARDE-JURADO, E. Y ÁVILA-FIGUEROA, C., (2002); "Evaluación de la calidad de vida". Salud Pública de México, 44, pp. 349-361.
42. SCHWARTZMANN, L., (2003); "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales". Revista Ciencia y Enfermería, 9(2), pp. 9-21

43. HARPER, A. Y ENERGÍA, M., (1998). "El Desarrollo de la Calidad Mundial" Health Organization WHOQOL – Brief quality of life Assessment. *Psychological Medicina*, 28, pp. 551-558.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
Pregunta general ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores de la comunidad del Balcón. Distrito de Tambo, Ayacucho-2019? Preguntas específicas -¿Cuáles son los factores sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, situación laboral, seguro de salud) en adultos mayores de la comunidad del Balcón. Distrito de Tambo, Ayacucho-2019? -¿Cuál es la calidad de vida en las dimensiones: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente en adultos mayores de la comunidad del Balcón. Distrito de Tambo, Ayacucho-2019? -¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos con la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Ayacucho-2019?	Objetivo general Determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Ayacucho-2019. Objetivos específicos -Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, situación laboral, seguro de salud) en adultos mayores de la comunidad del Balcón. Distrito de Tambo, Ayacucho-2019. -Evaluar la calidad de vida en las dimensiones: Físico, Psicológico, Relaciones Sociales y Medio Ambiente en adultos mayores de la comunidad del Balcón. Distrito de Tambo, Ayacucho-2019. -Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos con la calidad de vida en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Ayacucho-2019.	El nivel de calidad de vida del adulto mayor de la Comunidad de Balcón está asociado a factores sociodemográficos en adultos mayores de la Comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Ayacucho-2019.	Variable independiente X: Factores sociodemográficos: X₁: edad X₂: Sexo X₃: grado de instrucción X₄: estado civil X₅: Situación laboral X₆: Seguro de salud Variable dependiente Y: Calidad de vida en adultos mayores	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicada Nivel: Descriptivo-correlacional Diseño: No experimental, de corte transversal Población: Estuvo constituido por 50 adultos mayores censados de la comunidad de Balcón. Distrito de Tambo. Muestra: Conformado por la totalidad de adultos mayores de la comunidad de Balcón. Técnica: Entrevista Instrumentos: Cuestionario Tratamiento estadístico: Chi cuadrado

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Seguro de salud	El seguro de salud es una forma de ayudar a pagar los gastos de cuidado de la salud.	• ES Salud • SIS • No tiene	• SI • NO
Edad	Es el número de años que presenta o tiene el adulto mayor en el momento de la entrevista.	• DNI	• 60 – 69 • 70 – 79 • 80 a más
Sexo	Condición orgánica del adulto mayor que distingue a una de la otra.	• DNI	• Femenino • Masculino
Situación laboral	Esta una característica clasifica de la población, definida en grupos que se obtienen de la combinación de las variables económicas del Censo: profesión, situación profesional, rama de actividad y relación con la actividad.	• Manifiesta recabar ingresos	• Si • No
Estado civil	Condición del adulto mayor según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	• DNI	• Soltera(o) • Casada(o) • Conviviente • Viuda(o) • Divorciada(o)
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados por el adulto mayor, sin tener en cuenta si se han terminado o incompletos.	• Manifiesta grado instrucción	• Sin grado • Primaria • Secundaria • Superior

VARIABLE DEPENDIENTE	DIEMNSIONES	INSTRUMENTOS DE MEDICION ITEMS RELACIONADOS	INDICADORES	VALOR
“Calidad de Vida “Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupación (Whoqol- Bref, 1994)	Dominio 1 “Salud Física” Las actividades físicas de salud de la vida diaria. La dependencia de sustancias medicinales y de ayuda médica. Energía y fatiga. Movilidad El dolor y el malestar Sueño y descanso Capacidad de Trabajo	Whoqol- Bref. Ítems 3,4,10,15,16,17,18	• Baja (B) • Media (M) • Alta (A)	• 69 y menos • 70-99 • 100-130
	Dominio 2 “Salud Psicológica” Aspectos de imagen corporal. Los sentimientos Negativos, sentimientos positivos, autoestima. Espiritualidad / religión / creencias personales Pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración.	Whoqol- Bref. Ítems 5,6,7,11,19,26	• Baja (B) • Media (M) • Alta (A)	69 y menos 70-99 100-130
	Dominio 3 “Relaciones Sociales” Las relaciones personales apoyo social, la actividad sexual.	Whoqol- Bref. Ítems 20, 21, 22.	• Baja (B) • Media (M) • Alta (A)	69 y menos 70-99 100-130
	Dominio 4 “Ambiente” Recursos financieros Libertad, seguridad física y la seguridad, salud y asistencia social: accesibilidad y calidad de la misma, contexto ambiental oportunidades para la adquisición de nueva información y habilidades. Participación y oportunidades para actividades recreativas de ocio / ambiente físico (contaminación / ruido / tráfico / clima) Transporte	Whoqol-Bref. Ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25.	• Baja (B) • Media (M) • Alta (A)	69 y menos 70-99 100-130

ANEXO N° 03.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

Estimados señores, mediante el presente cuestionario podremos identificar aspectos relacionados a la calidad de vida del adulto mayor de su comunidad.

FECHA: _____

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA:

EDAD:

60-69 () 70-79 () > 80 ()

SEXO:

Femenino () Masculino ()

ESTADO CIVIL:

Soltera/o () Conviviente () Separada/o () Casada/o () Viuda/o ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()

A. ¿Con quién vive?

a. Solo/a () b. Pareja () c. Familiar () d. Otros ()

B. ¿Cuenta con un seguro de salud?

a. SIS () b. Essalud () c. Ninguno ()

C. ¿Percibe algún ingreso económico?

a. Si () b. No ()

Fuente: Cuestionario elaborado por las investigadoras. Ayacucho 2019

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

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

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5
				

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5
				

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5
				

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

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

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Calidad de vida	Puntaje
Baja	100-130 puntos
Media	70 -99 puntos
Baja	Menor de 69 puntos

Fuente: Evaluación de calidad de vida de la o=rganización Mundial de la Salud (Whoqol-Bref). 1998.

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. COMUNIDAD DE BALCÓN. DISTRITO DE TAMBO. AYACUCHO, 2019”. Habiendo sido informado del propósito y los objetivos de la investigación, y teniendo la confianza de que la información que en el instrumento vierta será exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado señor(a). El investigador del proyecto en base a su formación profesional regidas por el Código de Ética y Deontología y considerando el secreto profesional como un derecho del usuario, me comprometo a guardar la máxima confidencialidad de su información; así como también le aseguro que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

.....

Firma del usuario
DNI N°



Huella digital (en caso no pueda firmar)
DNI N°