

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y PERFIL SOCIO-
DEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS EXTERNOS
DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA,
2010

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Flores Pérez, Roxana Milagros

Asesora:

M. Cs. Yturbe Pajares, Rosa

CAJAMARCA - PERÚ

OCTUBRE DE 2013

COPYRIGHT © 2013 by
ROXANA MILAGROS FLORES PÉREZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSTGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD
LÍNEA: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y PERFIL SOCIO-
DEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS EXTERNOS
DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA,
2010

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:
Flores Pérez, Roxana Milagros

Comité Científico:

Dra. Margarita Cerna Barba
Presidente del Comité

Dra. Rosa Carranza Paz
Primer Miembro Titular

Dra. Silvia Sánchez Mercado
Segundo Miembro Titular

Dra. Marina Estrada Pérez
Miembro Accesorio

M.Cs. Rosa Yturbe Pajares
Asesora

Cajamarca – Perú
Octubre de 2013

A:

Mis padres, **Wilson y Marleni**, por el ejemplo de estudio, responsabilidad, dedicación y superación que me dieron desde niña. Mi esposo, **José Luis**, por su amor, paciencia y constante apoyo incondicional.

Mis **cuatro angelitos** que por alguna razón divina no pudieron quedarse en este mundo, pero que permanecerán por siempre en mi corazón.

Mi hijo **Jhoe Luis**, un **Milagro de Vida**, quien desde antes de ser concebido ha sido la razón de las luchas por superarme.

Mis **hermanos y sobrinos**, por su permanente aliento y apoyo moral

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen,
pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingrid Bergman

CONTENIDO

Ítems	Pag.
AGRADECIMIENTO.....	viii
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	ix
LISTA DE ABREVIACIONES.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	04
1.1 Planteamiento y Justificación.....	04
1.2 Objetivos.....	15
1.2.1 Objetivo General.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
	16
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	
2.1. Ubicación del problema en el contexto histórico social.....	16
2.2. Antecedentes del problema.....	19
2.3. Teorías científicas.....	27
2.3.1. Teorías sobre calidad de vida.....	27
2.3.2. Teorías sobre el envejecimiento.....	28
A. Teorías psicológicas sobre el envejecimiento.....	28
B. Teorías sociológicas sobre el envejecimiento.....	30
2.3.3. Calidad de vida.....	31
A. Dimensiones de la calidad de vida.....	34
B. Características de la calidad de vida.....	34
2.3.4. Adulto mayor.....	35
A. Clasificación del adulto mayor.....	35
B. Características del envejecimiento.....	36
C. Cambios del adulto mayor.....	37

2.3.5 Algunas características socio-demográficas de la población adulta mayor en América Latina.....	43
2.3.6 Algunas características socio-demográficas de la población adulta mayor en el Perú.....	47
2.4. Marco conceptual.....	49
Percepción.....	49
Calidad de vida en el adulto mayor.....	50
Perfil socio-demográfico.....	53
2.5 Hipótesis.....	53
2.6 Definición y Operacionalización de variables.....	54
CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	58
3.1. Tipo de estudio.....	58
3.2. Ámbito de estudio.....	58
3.3. Población y muestra.....	58
3.4. Unidad de análisis.....	59
3.5. Métodos y técnicas de recolección de datos.....	59
3.6. Descripción de instrumentos para la recolección de datos.....	60
3.7. Validación.....	61
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	62
3.9. Consideraciones éticas.....	62
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	63
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES.....	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	109

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen por la vida, salud, fuerza y personas que ha puesto en mi camino.

A mi Asesora de tesis, M.Cs. Rosa Yturbe Pajares, por haber confiado en mi persona, por la paciencia y dirección de este trabajo, porque desde un inicio me brindó su amistad, su tiempo e invaluables consejos.

Al Comité Científico, por sus valiosos aportes y orientaciones.

A los adultos mayores que con sinceridad y voluntad decidieron ser parte de este trabajo de investigación, pues, sin sus aportes y participación hubiera sido imposible llegar al final.

Y a todas las personas que hicieron posible la culminación del presente trabajo de investigación.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tabla	Página
1. Perfil demográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010.....	63
2. Perfil social del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010.....	70
3. Perfil familiar del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010.....	79
4. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor según dimensiones consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010.....	82
5. Calidad de vida y perfil demográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010.....	90
6. Calidad de vida y perfil social del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010	95
7. Calidad de vida y perfil familiar del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010	99

LISTA DE ABREVIACIONES

ONU	Organización de las Naciones Unidas.
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
CVRS	Calidad de Vida Relacionada a la Salud.
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe

RESUMEN

Estudio descriptivo, transversal, correlacional y analítico, cuyo objetivo fue estudiar y analizar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor usuario de Consultorios Externos del Hospital Regional de Cajamarca en relación con el perfil socio demográfico y familiar. La muestra estuvo constituida por 144 adultos mayores, quienes en forma voluntaria respondieron a un cuestionario semiestructurado y al cuestionario SF-36. Los resultados mostraron que el perfil demográfico del adulto mayor en mayor porcentaje se encontró ubicado en el grupo de 70 años a más, de sexo masculino; vivían en el área urbana, pero procedían del área rural, convivientes y con grado de instrucción primaria incompleta. El perfil social indica que la mayoría de adultos mayores profesan la religión católica, amas de casa o desempeñaban otras ocupaciones eventuales; en su mayoría aportan económicamente al hogar, con ingreso menor al mínimo vital; no cuentan con grupos de apoyo comunal, no participan en agrupaciones sociales, con servicios básicos; hacían uso de medios de comunicación y acudieron por atención médica externa principalmente por dolencias músculoesqueléticas, digestivas y cardiovasculares. El perfil familiar destaca que el mayor porcentaje de adultos mayores pertenecían a hogares extensos, vivían acompañados, sus familiares eran jóvenes y adultos, consideran que la relación con los miembros del hogar es buena. Califican a su calidad de vida como baja, con mayor porcentaje en las dimensiones de rol físico, dolor, vitalidad y rol emocional. La prueba estadística X^2 mostró que existe relación altamente significativa entre la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con la edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación y aporte económico.

Palabras claves: Adulto Mayor, Calidad de Vida, Perfil socio demográfico y familiar.

ABSTRACT

Descriptive, transverse, correlative and analytical study whose aim was to study and analyze the perception of life quality of those old people who use the external consulting rooms from the Regional Hospital of Cajamarca in relation to the sociodemographic and family profile. The sample was held by 144 old people, who voluntary answered a semi structured questionnaire and answered a SF-36 questionnaire. The results showed that the demographic profile of old people was most found in the group aged 70 or over 70; male and those who live in the city but are originally from the rural setting. Those who live with a partner but are not married with incomplete primary studie. The social profile shows that most of old people are catholic and women are housewives or have other temporary jobs; most of them have an income that is under the minimum salary; they do not have any communal support, they do not participate in any social groups, they have only basic facilities, they came looking for medical external service due to muscle and skeletal aches, digestive and cardiovascular illnesses. The family profile shows that most of those old people belonged to extense homes, lived with someone else, they consider their family relationship is good. They consider their life quality is poor, with a highest percentage in the physical role dimensions, pain, vitality and emotional role. The stadiscitic test X^2 showed that there is a meaningful relationship between the quality life perception of old people and their age, origin, marital status, level of instruction, job and income.

Key words: old people, life quality, socio demographic and family profile.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes: algunos son inherentes al individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Actualmente la pirámide mundial, nacional y local se ve modificada debido al proceso de transición demográfica, producto de un incremento de la esperanza de vida y de la disminución de la tasa de natalidad. Esto implica que en pocos años nuestra población se vea envejecida, por lo que es necesario que las políticas se orienten a un cambio en la concepción de la vejez. Por tanto debe considerarse a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr la autorrealización. Asimismo, la planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e, idealmente, el sistema de salud debe incluir servicios para el anciano para que viva relativamente sano e independiente, para aquellos que experimentan limitaciones y requieren atención y servicios, así como para los que requieren cuidado institucionalizado. El adulto mayor considera a la calidad de vida como la percepción que tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural del sistema de valores en los que vive, y, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Este concepto está relacionado con la finalidad de la investigación y determina la percepción de calidad de vida y el perfil socio-demográfico del adulto mayor. Es un estudio de tipo transversal, correlacional y analítico.

El estudio es importante porque los resultados obtenidos son producto de datos reales y de fuente primaria. Estos deberían ser tomados en cuenta por las instituciones que elaboran y aprueban políticas en favor de las poblaciones más vulnerables como son las de los adultos mayores, especialmente será de utilidad para nuestras autoridades regionales y locales, a efectos de que puedan plantear y ejecutar estrategias, acciones, programas y proyectos de promoción y educación para la salud en favor de la población adulta mayor, así como de su entorno familiar y social. Las decisiones acertadas que de ellos deriven redundarán en la calidad de vida que tenga este grupo poblacional en los años presentes y venideros. Por su parte, la universidad, como institución formadora de profesionales de la salud, debe incidir en el trabajo social que se ejecute en favor de estos seres que dedicaron su vida a la familia y sociedad.

La investigación se presenta en capítulos, tal como sigue a continuación:

Primer Capítulo. Aborda el problema científico, su definición y delimitación; la formulación del problema, su justificación y los objetivos general y específicos.

Segundo Capítulo. Contiene el marco teórico que, al mismo tiempo incluye la ubicación del tema en el contexto histórico social, antecedentes, bases teóricas, marco conceptual, hipótesis y operacionalización de variables.

Tercer Capítulo. Abarca la metodología de la investigación que, a su vez, contiene: tipo y ámbito de estudio, población y muestra, unidad de análisis, métodos y técnicas de recolección de datos, descripción del instrumento de recolección de datos, validación, procesamiento y análisis de datos y consideraciones éticas.

Cuarto Capítulo. Se presentan los resultados encontrados en el análisis correspondiente.

El estudio finaliza con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Se considera que todo es perfectible; por lo tanto, este trabajo está sujeto a sugerencias y críticas constructivas que contribuyan a su mejoramiento continuo.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

"El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte."⁵⁷

La población mundial alcanzó ya los 6 500 millones de personas en 2005, a pesar de la baja fertilidad en los países desarrollados y la alta mortalidad en los países en desarrollo. La cifra marca un crecimiento de más de mil millones desde 1993 pese a que la tasa de crecimiento se ha reducido a 1,2%, ocho puntos menos que en los años sesenta. Actualmente, una de cada diez personas tiene 60 años o más; para el 2050, una de cada tres personas tendrá 60 años o más. Asimismo, se puede destacar que existen diferencias impresionantes entre las regiones. Así, por ejemplo, uno de cada 5 europeos son adultos mayores, pero solamente uno de cada veinte africanos, tiene 60 años o más.²²

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002, celebrada en Madrid, convocó a 142 países miembros de las Naciones Unidas, con el objeto de evaluar el estado de avance de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas) y aprobar una declaración política

de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población adulta mayor.

En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización.

La Organización Panamericana de la Salud indica que la planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir "servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos, servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado."

Dadas las características de desigualdad en la distribución del ingreso y la inequidad entre la población adulta mayor, en los países desarrollados, la población tiende a vivir más años de vida saludable; mientras que en América Latina la población vivirá más años pero con altas probabilidades de encontrarse en situación de discapacidad o enfermedad.²²

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta, en el "Perfil sociodemográfico del Perú", que la población adulta mayor de nuestro país asciende a 2 496 866 habitantes; mientras que la población total es de 27 419 294 habitantes; es decir, en los últimos 35 años, la población de 60 a más años de edad se ha triplicado y ha aumentado en casi 1 700 000 personas. El reporte indica además que este crecimiento se debe, entre otras razones, al descenso de la natalidad, la migración de gente joven y el aumento de la esperanza de vida.¹⁵

En los ámbitos regional y local, los adultos mayores tienen similares problemas. La diferencia la establecen los estratos sociales. La región Cajamarca muestra una gran brecha económica y geográfica, con una marcada diferencia entre la población urbana y rural; esta última con menor acceso a los servicios de salud en todos los grupos etarios, y más acentuadamente en los grupos de adultos mayores. Asimismo, es hoy el departamento andino con mayor peso demográfico en el país. En 2007, la población nominalmente censada de Cajamarca fue de 1 387 809. En cinco años, la población cajamarquina se ha triplicado; en tanto que la población peruana se ha cuadruplicado. Seis de las provincias de Cajamarca presentan una fuerte expulsión de población, con una ostensible disminución en la proporción de menores de 15 años. Por el contrario las cohortes adultas, entre 20 y 59 años, han ganado peso relativo.^{15,51} Por el avance en la transición demográfica, el departamento de Cajamarca está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Se trata de un proceso presente en todas las provincias, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 a más años de edad se incrementará sostenidamente en los próximos años. En efecto, en el año 2007 de ser 70,389 pasaremos a 85,048 personas de 65 años a más en el 2015. Este proceso de envejecimiento demográfico planteará desafíos y exigencias de diversa naturaleza en términos de políticas y programas sociales a nivel provincial y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada provincia del departamento.⁵⁶

Es importante considerar que envejecer no es sólo un factor de la vida, sino un proceso. El envejecimiento comprende modificaciones físicas, psicológicas y sociales según el estilo de vida y el contexto en que se desarrolló la persona en etapas anteriores y aparece como consecuencia del paso del tiempo. Se pueden mencionar factores culturales, educativos, socioeconómicos, actitudinales, experiencias, expectativas y la adaptación en su diario vivir, que en todos los casos son diferentes y únicos, dándole el carácter de individualidad y heterogeneidad a esta etapa última de la vida.³⁶

En términos de su desarrollo teórico-científico, la aparición del término calidad de vida en la primera revista monográfica de EEUU, “Social Indicators Research” en 1974 y en el “Sociological Abstracts” de 1979, contribuyó a la difusión teórica y metodológica del concepto, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno de este. Trascurridos más de 30 años, aún no existe un acuerdo acerca de la definición de calidad de vida, lo cual, como veremos más adelante, no es de extrañar debido a la naturaleza del objeto al que se refiere (la vida).

El concepto de calidad parte de la necesidad de proteger el hombre, y para lograrlo se trata de establecer cuáles son las mejores condiciones para su vida. Esto lleva implícito protegerlo de todo cuanto pueda dañarlo; cuidar del medio donde vive, de los demás hombres y de él mismo por desconocer o no priorizar todo lo que asegura su salud, bienestar y sobrevivencia. Pero lo más importante: hay que modificar y eliminar las causas nocivas de la estructura económica y de las superestructuras jurídicas y políticas que involuntariamente el hombre ha creado, porque en ella radican los determinantes mediatos más potentes de sus condiciones de vida. Estas crean desigualdad, individualismo y egoísmo, engendros apocalípticos aliados de la enfermedad, la enajenación, la muerte y la destrucción del ecosistema.

Si se trata de establecer el momento de la vida en que debe darse prioridad a la investigación y a la polémica ética de cómo proteger la calidad de vida, antes sería recomendable revisar los informes de la OMS y la UNICEF, para conocer los problemas más apremiantes de la salud, de la vida y de la muerte. El grueso de la literatura sobre calidad de vida está dedicada a la etapa final de la vida, más en detalle al momento y la decisión de morir; ni siquiera a los problemas de la tercera edad que son tan importantes para tener, un final feliz, con jubilación, seguro médico, admiración y trato preferencial.

Otro término estrechamente relacionado con la calidad de vida es Calidad de Vida Relacionada con la Salud, CVRS (Health Related Quality of Life, HRQoL). Este concepto tiene sus orígenes en la definición de salud que en 1983 realiza la OMS. Se trata de un concepto particularmente importante en un momento que la esperanza de vida *“ha alcanzado niveles considerables y cuando el objetivo fundamental es la mejora de los años por vivir, a pesar de los efectos acumulativos de la salud asociados con el hecho de envejecer y sus procesos patológicos concomitantes.”*

En términos generales, se refiere a la percepción que tiene un paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar. Debe tener en cuenta no sólo el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, sino también el bienestar mental y social, las percepciones y la satisfacción con los niveles que en estos aspectos se hayan alcanzado. A escala comunitaria o social, la CVRS incluye también recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene de su salud y estado funcional. El componente subjetivo de la calidad de vida mediante conceptos como bienestar y satisfacción implica el estudio de la valoración de la salud desde la perspectiva del propio individuo con el fin de obtener un diagnóstico de su estado general de salud. Este diagnóstico quedará matizado por las características socioeconómicas de la población, constatándose que el principal factor de desigualdad en la percepción de la salud es el nivel de instrucción. La enfermedad y sus consecuencias, desde un punto de vista social y no individual, es otro factor definitorio del estado de salud de una población y el grado de utilización de un sistema sanitario es un indicador de la necesidad percibida de estos servicios, así como una prueba efectiva de accesibilidad.³⁷

‘Calidad de vida del adulto mayor’ es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas). Cada uno de estos factores contribuye de diferente manera a lograr un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente. Esta adaptación influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.”³⁴

Independientemente del concepto de salud que como profesionales o instituciones de salud queramos adoptar, para los adultos mayores, sin embargo, ha adquirido un significado diferente. Como otros autores han informado, salud para los adultos mayores significa no tener enfermedades, tener energía, ser capaz de hacer sus actividades, sentirse bien, no tener complicaciones agudas de problemas crónicos, reunirse con sus amigos o familia, o ser independientes.⁽³²⁾

Según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, los adultos mayores, varones sobre todo, son los que más padecen problemas de discapacidad, manifiestan que la tristeza, la tensión, la angustia, la irritabilidad y preocupación son estados anímicos prevalentes. Ello se debe a que tienen insatisfacción personal generada fundamentalmente por la situación económica por la que atraviesan, tal como se infiere por los datos estadísticos antes mencionados. En este caso, son las mujeres, principalmente, las más afectadas, quienes, debido a la coyuntura sociopolítica y cultural de su época no tuvieron acceso a un nivel de instrucción básico. Actualmente son dependientes de la familia. Por otro lado, los varones tuvieron mayor acceso a la educación; por ello tienen más capacidades justamente por sus estilos de vida en los años previos.

Frente a este panorama, desde la década del ochenta el tema del envejecimiento poblacional ha sido tratado en diversas conferencias y encuentros internacionales. En 1982 se realizó *La asamblea internacional sobre el envejecimiento organizada por la ONU (Viena)*. Se trató sobre los problemas que afectan a las personas de 60 años a más, invocándose a la comunidad internacional a trabajar sus propuestas de desarrollo sostenible considerando las tendencias demográficas y los cambios en la estructura por edades. Así, en la *Conferencia internacional sobre población y desarrollo (Cairo, 1994)*, el programa de acción propuso como objetivos aumentar la autonomía de las personas ancianas, establecer formas de atención de salud y sistemas de seguridad económica y social, y aumentar la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas de edad. En otro encuentro convocado por la ONU (*Cumbre mundial sobre desarrollo social - Copenhague, 1995*), se propuso mejorar las posibilidades de los ancianos de lograr una vida mejor, garantizándoles el acceso a los servicios sociales y la seguridad social.¹ Así también, en el ámbito regional de América Latina, un documento importante referido a la situación de los ancianos es la *Declaración de Montevideo sobre política de protección integral al envejecimiento y la vejez saludable (Montevideo, 1997)*. Esta reunión fue convocada por la OMS. En este documento se formulan recomendaciones sobre la seguridad social y los servicios de atención médica, sobre relaciones intergeneracionales y el envejecimiento activo. Se recomienda, asimismo, reducir y eliminar las barreras que impiden a los adultos mayores mantenerse productivos, promover la educación y la capacitación a lo largo de la vida y, además, apoyar la transmisión de las capacidades y habilidades de los mayores a las otras generaciones a través de programas sociales, laborales, culturales y recreativos. Del mismo modo, en la vigésimoquinta *Conferencia sanitaria panamericana de la OPS/OMS en 1998*, los Ministros de Salud de la región emitieron una resolución en la que se recomienda a los estados miembros ejecutar los planes nacionales y regionales de acción en materia de salud y envejecimiento.¹

La Asamblea General de la ONU proclamó al año 1999 como "*Año internacional del adulto mayor*". Ese mismo año, la OPS convocó a los países de la Región al "*Foro andino sobre políticas para adultos y adultas mayores*". Se realizó en Lima, y uno de los principales acuerdos de este foro fue que los estados miembros conformen comités intersectoriales con la participación de la sociedad civil para la concertación de políticas, planes y programas tendentes a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores. ¹

Como consecuencia del compromiso asumido por el país en el marco del Plan Internacional para el envejecimiento de Madrid del año 2002, se han dado en el Perú algunos avances en un plano más bien declarativo: en 2002, el Estado Peruano aprobó el "*Plan Nacional para las personas adultas mayores 2002-2006*", por decreto supremo N° 005-2002-PROMUDEH, y por D.S N° 006-2006MIMDES se amplía su plazo de vigencia para el 2006 – 2010 y en 2004, el MIMDES organizó y realizó el "*Primer congreso nacional de envejecimiento activo*". También se promulgó la Ley orgánica de municipalidades N° 27792, vigente desde el 28 de mayo del 2003. A través de este dispositivo se determinó la existencia de programas dirigidos a este sector y se reconoce la importancia de su participación en los diferentes espacios de intervención de la comunidad en el gobierno local. ⁴

Igualmente, la Ley General de Educación N° 28044, ratificada por el Poder Ejecutivo el 28 de julio de 2003, reconoce "*Las posibilidades de desarrollo del adulto mayor abriendo espacios para su formación, reconociendo la educación como un proceso que se da durante toda la vida y de manera permanente.*" El 2 de septiembre del 2004, mediante el Decreto Supremo N° 064-2004-PCM, se aprueba el "*Plan nacional para la superación de la pobreza 2004-2006*", que incluye como una de sus prioridades estratégicas la protección de los grupos más vulnerables, dentro de ellos las personas adultas mayores.

Por otra parte, el año 2005 se promulga la Ley N° 27408 referida a la atención preferente del adulto mayor por parte del Ministerio de Salud. Al mismo tiempo, el 18 de marzo del 2005 se aprobaron, mediante Resolución Ministerial N° 156-2005-MIMDES, los *“Lineamientos de política para la prevención del maltrato y defensa de los derechos de las personas adultas mayores.”* El documento detalla que tiene como objetivo elevar la calidad de vida de las personas adultas mayores, ya que el envejecimiento es un proceso que dura toda la vida; lo hace a través del planteamiento de un enfoque multidisciplinario integral y dinámico capaz de transformar el proceso de envejecimiento en otro de desarrollo para los propios adultos mayores; por ello, se implementan políticas y acciones sobre envejecimiento y vejez que tienen en cuenta factores económicos y sociales. Además indica que el Estado debe garantizar que los adultos mayores en situación de pobreza y los más desprotegidos tengan prioridad sobre los beneficios, logrando condiciones de vida aceptables; igualmente, el estado debe velar por la vigencia plena de los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, promocionar una cultura de equidad social y de género, fomentando valores de tolerancia, respeto a las personas adultas mayores.^{4,5} Y por último tenemos la Resolución Ministerial N° 941-2005-MINSA, que aprobó los *“Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”*.

Sin embargo, como es ya conocido, las políticas no se ejecutan tal y como se describen, y así como las políticas no se cumplen, los servicios públicos de salud tienen múltiples deficiencias; pero esta situación es más acentuada en la atención que se brinda a la población adulta mayor, la cual es tratada como la población en general, sin tener en cuenta que es un grupo etario muy vulnerable y con mayores necesidades. Por esta razón, en la teoría debería conllevar a que la asistencia sea más individualizada y manejada por especialistas; sin embargo, esto aún no es tomado en cuenta, se sabe que en el futuro, los principales usuarios de los servicios serán los adultos mayores; precisamente porque esta población tiene tendencia a su crecimiento.

Consecuentemente, es importante estudiarla y conocer sus características, puesto que en esta ocasión pertenecen a nuestra área de trabajo. Se pretenden orientar adecuadamente las actividades, evitando copiar otras realidades.

Toda esta contextualización ha llevado a estudiar al adulto mayor usuario del servicio público de salud, MINSA. Esta institución actualmente carece de programas bien implementados y con presupuesto suficiente para realizar un trabajo eficaz, a fin de que el adulto mayor, pueda lograr más años con calidad. En este caso es importante tomar la experiencia de ESSALUD. Esta institución ha venido trabajando progresivamente con los adultos mayores y ahora, a pesar de las dificultades que aún tiene, ha logrado la participación activa de los asegurados, y tiene un grupo bastante consolidado. Asimismo, es importante rescatar otras experiencias y trabajar para que aquellos adultos mayores que no gozan de un tipo de seguro, puedan participar activamente y se sientan que son parte importante de la sociedad cajamarquina, que son útiles y valorados por la familia, el personal de salud y la sociedad. Es importante antes de implementar programas o realizar proyectos tener una visión de algunas características importantes de la población que acude por atención a fin de diseñar estrategias acordes con la población objetivo. Por esta razón, en este trabajo se extraerá un perfil general del adulto mayor, y por otro lado se obtendrá la percepción que tiene de su calidad de vida en relación con su salud, para que a partir de los resultados obtenidos se generen otros trabajos o proyectos, siempre en pro de la satisfacción de las necesidades de atención del adulto mayor, motivo de este estudio. En este mismo sentido, servirá de sustentó para la elaboración de programas específicos para este grupo poblacional aún marginado debido a los paradigmas que se tienen sobre ellos.

La investigación se considera que será en beneficio de los adultos mayores, familias, sociedad y personal de salud que trabaja con este grupo cada vez más amplio de personas. Todos en conjunto brindarán una atención integral al adulto mayor, incluyendo el desarrollo de actividades preventivo-promocionales en favor de los mismos, teniendo en cuenta como ellos o ellas perciben su salud.

Con esta finalidad se ha planteado la siguiente pregunta, la misma que abarca el problema que se va a estudiar:

¿Cuál es la relación entre la percepción de la calidad de vida y el perfil socio demográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca - 2010?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

Determinar y analizar la relación entre la percepción de calidad de vida y el perfil socio demográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010.

1.2.2 Específicos

1. Identificar y analizar el perfil socio demográfico y familiar del adulto mayor.
2. Determinar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor.
3. Relacionar la percepción de la calidad de vida y el perfil socio demográfico y familiar del adulto mayor como motivo central de la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. UBICACIÓN DEL PROBLEMA EN EL CONTEXTO HISTÓRICO

SOCIAL

En el transcurso de la historia, los adultos mayores han sido concebidos por algunas culturas y civilizaciones de distintas maneras. Todas estas percepciones han creado tipificación de la tercera edad, tanto de manera negativa como positiva. Por estas razones no ha sido valorada, pese a su largo trajinar y su amplia experiencia; sino que por el contrario han sido vistos como individuos de la tercera edad que están terminando su ciclo, y que, por tanto, se ha dejado de

apreciar lo agradable que puede ser esta etapa.³⁴

Muchos autores han dedicado investigaciones relacionadas con el adulto mayor, que permitan una concepción más amplia y abarcadora en distintas dimensiones. El autor Georges Minnois, en su Historia de la vejez, hace referencia a sus percepciones en la historia, resaltando tres factores en relación con el adulto mayor. Como primer factor considera que los adultos mayores son un grupo altamente vulnerable, pues, en las sociedades anárquicas y en la alta edad media fue la etapa en la cual el adulto mayor fue subvalorado por su debilidad y con poco futuro en la sociedad. Por el contrario, en las monarquías absolutas del siglo XVI y el Imperio Romano fueron las épocas en las cuales el adulto mayor tuvo condiciones más favorables dentro de la estructura legal. De ellos dependían las altas cortes de la época.

El segundo factor al que hace referencia el autor es el que determina que los adultos mayores son vistos en algunos países como seres inertes y sin poca opción para aportar a la sociedad, aunque son los poseedores del conocimiento y la experiencia que sólo es adquirida con los años, por ejemplo, en las sociedades que son culturalmente basadas en la tradición oral, los adultos son valorados como grandes pensadores, puesto que sus historias se constituyen en un legado para el país; son tradiciones que a través del tiempo permanecen. Uno de los países con esta tradición es China, donde los consideran como sabios y por ello ocupan los estratos más altos de la sociedad. El autor continúa estableciendo otro factor importante de los adultos mayores: el conocimiento y la experiencia que derivan de la duración de la vida y los rasgos físicos que con el tiempo van cambiando.³⁴

Si tomamos en cuenta otras percepciones en la continua indagación sobre los adultos mayores en la historia, se resaltan distintas apreciaciones. En las sociedades antiguas, “alcanzar edades avanzadas significaba un privilegio, una hazaña que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses.” Esta etapa era una recompensa de los dioses para los justos. En esos momentos los grandes emperadores eran adultos y a ellos era atribuida la sabiduría; de alguna manera, ellos eran el centro de la existencia por su larga vida en el mundo.

Confucio estipuló que en China se le debía rendir obediencia al hombre de más edad, asemejándolo con la sabiduría. En esta cultura son ellos los verdaderos conocedores de las situaciones tanto laborales, como sentimentales o de cualquier otra índole, y son, de alguna manera, el puente para consolidar un camino hacia la perfección.

En las culturas primitivas los ancianos no dejaron ningún registro. “Su longevidad es motivo de orgullo para el clan, por cuanto eran los depositarios del saber, la memoria que los contactaba con los antepasados.” En esa época eran considerados como el verdadero vínculo con el mundo terrenal y el más allá; por tanto, ejercían labores tan importantes como ser

jueces, chamanes, sanadores, educadores. En esta época, de igual forma, los llamaban ancianos, ajenos a su edad.³⁴

En el siglo XVII comienzan los progresos, después de estar en otras posiciones, así la calidad de vida se empieza a incrementar especialmente en las clases privilegiadas que podían acceder a todo este tipo de avances e innovaciones. El anciano vuelve a proyectarse como elemento importante e indispensable en la sociedad.

En el mundo moderno, a la vez que se produjo un desarrollo no armónico entre las naciones, se desarrollaron valores en la cultura universal e instituciones de cooperación y ayuda como la ONU, UNESCO, OMS, UNICEF, que promovieron proyectos que hacían posible los registros de datos y los estados comparativos del grado de desarrollo y las condiciones de vida y de salud de las naciones. Se hizo necesario ir acercándose a una valoración de la calidad de vida de las naciones para poder jerarquizar y ejecutar planes de ayuda y políticas de desarrollo, y, de esta manera, poder exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales relacionados con los derechos humanos.

Para conocer en qué medida cada nación constituye un hogar adecuado para su población con una aceptable equidad, “comenzaron a utilizarse conceptos e indicadores para estas necesidades, como Índice de Desarrollo Humano (IDH), Producto Nacional Bruto (PNB), etc. Así empezaron a ensayarse grandes listas de indicadores (longevidad, educación, ingresos) que recogieran la información necesaria que nutriera dichos conceptos. Este proceso no sólo beneficiaba el trabajo de los especialistas de la economía, la sociología o la política, sino también a los de la salud; pues, esta información les planteaba un nuevo problema, en que el bienestar, la salud y la enfermedad aparecían como un resultado de la calidad de vida que llevaba tanto la población como el individuo.

Este paso vinculaba a las ciencias de la salud y las ciencias médicas a la necesidad de relacionarse con conceptos tales como modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilos de vida, lo cual va integrando una estructura conceptual de un enfoque biosocial de la salud, a la vez que su conocimiento permite estimar la calidad de vida.²⁷

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

INTERNACIONALES

Peña, B. y col. (2009), realizaron un estudio sobre “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en una clínica de medicina familiar”, tuvieron a un 32,7% de hombres como participantes allí se encontró que todos los participantes tuvieron algún tipo de enfermedad, sin datos de demencia; 18,7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y el 24,7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular.²⁶

Cardona, D. (2008), realiza un estudio para comparar la calidad de vida del adulto mayor de Medellín con dos grupos poblacionales. En su trabajo encuentra que en lo demográfico, los adultos mayores representan el 9,2%, con ventaja femenina; el estado civil fue el de casado, con marcada diferencia en la condición de viudez y el 39% no registró ningún nivel educativo. En lo económico se halló que el 34,7% se dedica al hogar, el 34,1% estaba jubilado y el 9,5% continúa trabajando con un ingreso promedio de un salario mínimo. El 71,4% está afiliado al régimen contributivo, se realizan consultas preventivas médicas en mayor proporción que los jóvenes y el 31,3% no lo hace. Solo el 7,3% se había sentido enfermo el mes anterior y sus padecimientos fueron:

hipertensión, estrés y depresión. Esta autora determino que el adulto mayor no presentó diferencias frente a los otros dos grupos poblacionales; pero la edad los hace más vulnerables en lo económico y en las condiciones de salud al tener limitaciones para acceder a las oportunidades, al no acceder a las exigencias que el medio productivo y la sociedad requieren, olvidando su experiencia y sabiduría adquirida en el transcurso de su vida.⁴⁹

Jamoom, E. (2008), manifiesta que el deterioro en la capacidad funcional de los adultos mayores se relaciona con una mala percepción de salud de los mismos, (con deterioro en más de una AVD OR 5,68) y que los factores relacionados son: severidad de la discapacidad, tipo de actividad limitada, edad de la persona al inicio de la discapacidad.¹⁸

Dueñas, D. y col (2007), realizaron un estudio respecto de la calidad de vida global y de sus dimensiones en los adultos mayores. En sus investigaciones llegaron a determinar que 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 por ciento) ($p= 0,000$). 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 ($p= 0,506$); es decir, 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, estado conyugal y escolaridad.⁴⁸

Gallegos, K. y col. (2006), al evaluar el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción y el análisis de los factores sociales, de salud y organizacionales asociados, encontraron que un 19,8% reportó estado de salud como malo o muy malo. Los factores asociados a la mala salud fueron: edad, sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problema de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas.¹¹

Vera, M. (2006). Al estudiar la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y su familia, llegó a determinar que para el adulto mayor, calidad de vida 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.¹

Mora, M. (2004), mostró que existe una relación significativa entre las variables autonomía y soporte social, entre autonomía y estado mental, entre autonomía y frecuencia de la actividad, entre autonomía y duración. Asimismo, en lo que respecta al género, la depresión geriátrica fue superior en las mujeres. La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física, y los beneficios principales de ésta para ambos géneros fueron el sentirse más reanimados, el alivio de dolores, el sentirse más alegres y con energía. Concluye que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor no difiere en lo que respecta al género, e incluso en el motivo o beneficio para hacer actividad física; excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se llegó a comprobar que la

actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces, tiempo por semana, se dedique.²⁸

Rojas (1999), hizo su investigación sobre calidad de vida y autonomía en personas mayores, desde un enfoque cualitativo sobre la base de ocho casos de personas de 70 años (4 hombres y 4 mujeres). Su objetivo fue explorar la percepción de calidad de vida de las personas mayores teniendo en cuenta su autonomía psicológica y su conducta funcional. Los resultados mostraron que en general los adultos perciben un sentimiento de bienestar desde los diferentes ámbitos: físico, social, espiritual, ocupacional, intelectual y psicoemocional. La condición de estas personas se halla fortalecida por su carácter autónomo y funcional.³¹

Damian, J. (1999); Wong, R. (2005) y Sun,W (2007), con sus respectivas investigaciones llegan a la conclusión de que se presenta una gran variabilidad en la autopercepción de salud de los adultos mayores en diferentes latitudes (buena, muy buena): España 49,5%, Japón 73,1%, Buenos Aires, Montevideo 60%, Sao Paulo 50%, Havana, Santiago y Ciudad de México entre 30 y 40%.^{7, 35, 33}

NACIONALES

Coronado, J. y Col. (2009), realizaron un estudio con el propósito de evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello. Al término del estudio encontraron que una población predominantemente de género femenino (56,25%), con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ y una media general de $71,29 \pm 7,90$.

El 52,75% mencionó acerca de la presencia de enfermedades agudas y/o crónicas; mientras que sólo el 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto de los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones Función Social (FS), Salud Mental (SM) y la Vitalidad (VT) obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75 %, 68,74%, y 64,61%, respectivamente. Por su parte, las dimensiones más bajas fueron las relacionadas con la Salud General (SG), Rol Físico (RF) y Dolor Corporal (DC) con el 50,22%, 61,18% y 62,22%, respectivamente. Esto quiere decir que el sexo masculino, grado de instrucción, ingreso mayor a S/. 1 000 son factores protectores; mientras que como factores de riesgo tenemos la edad, estar sin actividad lucrativa, no tener cobertura asistencial y, finalmente, el tener alguna patología crónica.⁵⁰

Bustinza, F. y Col. (1998), realizaron un trabajo en la ciudad de Arequipa con el fin de determinar la frecuencia y características del grado de discapacidad funcional en gerontes. En la investigación se llegó a determinar que la mayoría eran viudos y el 27,8% ya no trabajaba. Asimismo, concluyeron en que la capacidad funcional del geronte está fuertemente relacionada con la capacidad funcional biomédica y, a su vez, lo biomédico con lo psicológico.⁴

LOCALES

Chávez, R. (2008), realizó un estudio para determinar y analizar la calidad de vida del adulto mayor, usuario de EsSalud-Chota, donde determinaron que el 45,9% está en el grupo etario de 60 a 69 años; el 54,1% es de sexo masculino, 88,9% de religión católica, el 53,3% poseen un nivel educativo bajo y el 52,6% está jubilado. Por otra parte, el 69,2% manifestó tener buenas relaciones familiares, tiene el apoyo de esposo e hijos en la solución de sus problemas en un 52,6%, 85% tiene acceso a la información, 69,2% participa en actividades recreativas. Se determinó, además, que las dimensiones de estado

funcional, bienestar emocional y estado de salud general se relacionan con la edad, nivel educativo, ocupación, persona que acompaña a la consulta médica, apoyo familiar en actividades de la vida diaria, descanso nocturno, apoyo familiar. El estado funcional se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas y la participación en actividades físicas, recreativas, lúdicas y de paseo. La dimensión de bienestar emocional se relaciona con la satisfacción de necesidades básicas, apoyo en la solución de problemas y la satisfacción por el apoyo familiar recibido. Y, finalmente, la dimensión de estado de salud general se relaciona con el apoyo económico familiar.⁴¹

Huamán, R. (2008), realizó un estudio para conocer la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Atención Integral de la Municipalidad del distrito de Cajamarca, se determinó que, en general, prevalece la percepción del adulto mayor, que su calidad de vida es mala, acentuándose sobremanera en el rol físico, salud general y rol emocional. Por otro lado, presentan antecedentes patológicos personales, siendo los más frecuentes los músculo-esqueléticos (78,7%), sensoriales (46,0%) y neurológicos (44,0%). Estas dolencias les causan limitaciones en sus actividades diarias, así como tristeza y aislamiento social. Asimismo, todas las características mostraron efecto en la calidad de vida en las dimensiones estudiadas. Las más relevantes son las que están más estrechamente relacionadas con el tener más de 70 años, ser mujer, no tener ningún grado de instrucción, residir en la zona rural o urbano- marginal, ser soltero o viudo y no tener ingresos económicos. A partir de ello, aumentó la percepción de tener mala salud, mal funcionamiento físico y tener problemas de tipo emocional con la consecuente disminución de la vitalidad y con el hecho de sentirse infelices, tristes y agotados.⁴⁷

Bernal, E. y col. (2003), realizaron un estudio epidemiológico de salud mental en Cajamarca. En este trabajo lograron determinar que los adultos mayores manifiestan como estados anímicos prevalentes a la tristeza, la tensión, angustia, irritabilidad y preocupación. Asimismo, tienen una insatisfacción personal con respecto a su aspecto físico, inteligencia, economía, estudios y relaciones sociales. Las razones de esta insatisfacción es la baja remuneración, el mal trato, la carga laboral, los compañeros, el ambiente y las funciones. El autor también indica que el índice de calidad de vida según escala de 1 al 10 (donde 10 es excelente) concluyo en los siguientes resultados: adulto masculino (7,7), adulto mujer (7,8), adolescente (7,9), adulto mayor (7,5) y mujer maltratada (7,4). Con respecto a la incapacidad se indica que el adulto mayor varón tiene una incapacidad en un 34,8% y las mujeres en un 17,7%. Asimismo, este grupo etario muestra deterioro cognoscitivo.¹⁶

Ninatanta J. (2002), realizó una investigación para estudiar y analizar el nivel de adaptación a la jubilación y su relación con las características biológicas, socioeconómicas y los estilos de vida de los adultos mayores de EsSalud. Obtuvo como resultados que un alto porcentaje con más de tres años de jubilación vivía en familias nucleares, conservando el lugar de jefe de familia. Asimismo, cerca del 60% tuvo alto nivel de adaptación, el 46,78% con estilos de vida en la escala total medianamente saludables. Por otro lado, la adaptación tuvo relación significativa entre el estado civil, ingreso económico y la convivencia familiar, así como en las subcategorías de nutrición y manejo del estrés; mas no tuvo relación con los estilos de vida del jubilado en la escala total. Los adultos mayores con alto nivel de adaptación tienen nivel de estilos de vida medio y alto. Ello significaría que los adultos mayores del grupo en estudio pueden tener alto nivel de adaptación y presentar estilo de vida alto, medio y bajo indistintamente; lo que podría significar que existen otros factores tanto personales, como culturales o sociales que han contribuido en el proceso de adaptación.²³

2.3. TEORÍAS CIENTÍFICAS

2.3.1 Teorías sobre calidad de vida³⁸

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

Otra teoría que se tendrá en cuenta es la *teoría teleológica o finalista*, también planteada por Diener, es la que reconoce el bienestar subjetivo como posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas. Dentro de esta teoría, Diener presenta entre los factores relevantes al contexto o cultura. En esta consideración es posible apreciar un acercamiento a lo subjetivo y las diferencias personales dentro del concepto calidad de vida. Al plantear que no todas las metas producirán bienestar subjetivo, Diener está considerando la acción de la propia persona en la consecución de éste, ya que no sería la meta en sí la que haría que la persona lo alcanzara, sino la elaboración de las propias capacidades, de las posibilidades de alcanzar las metas, de la valoración de la sociedad, etc.

Se han elegido estas teorías, ya que tienen en cuenta el aspecto subjetivo, es decir, la forma cómo el adulto mayor considera que es su vida, de acuerdo a las metas cumplidas o por cumplir, al entorno en que vive, a sus creencias. Asimismo, estas teorías indican que cada persona es diferente y, por lo tanto, la forma de apreciar su vida es diferente; pues, esto es lo que se busca con el presente estudio: recoger la apreciación que tiene el adulto mayor de su vida y de acuerdo con sus características determinar cómo se comporta la calidad de vida.

2.3.2. Teorías sobre el envejecimiento

A. Teorías psicológicas sobre el envejecimiento

Para el presente trabajo de investigación se consideró la **teoría de la “Integridad del yo v/s desesperación”**. Esta teoría postulada por Erickson, considera que la etapa del adulto mayor se caracteriza por la oposición entre la integridad del yo vs. la desesperación. Sólo el individuo que de alguna manera ha cuidado de cosas y de personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de productos e

ideas, puede madurar gradualmente el producto de estas etapas.^{12, 24}

Erickson lo designa como "integridad del yo" y señala algunos elementos que caracterizan dicho estado. Es la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y al significado. Es la experiencia de que existe un cierto orden en el mundo y un sentido espiritual ya insoslayable. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitía sustitución alguna; significa así un amor nuevo y distinto hacia los propios padres, los ancestros y las tradiciones. El poseedor de integridad está siempre listo para defender la dignidad

de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. En esta consolidación final, la muerte pierde su carácter atormentador.⁵

La desesperación expresa que ahora el tiempo que queda es corto para intentar otra vida o para probar caminos alternativos hacia la integridad. Es como un malestar consigo mismo bajo la forma de mil pequeños sentimientos de frustración, apego, desgano, vergüenza, duda, ineficiencia, culpa, inferioridad, confusión de rol, soledad, desconfianza, miedo y tristeza. Si el adulto mayor desarrolla asertivamente la capacidad “integridad del yo” podrá contemplar lo maravillosa que puede ser esta última etapa, dando sentido aun a los hechos vividos con dolor y angustia. Se afronta la vida con sabiduría y una actitud contemplativa, lograría así una integración progresiva y creciente, cada vez más plena de sentido y madurez.⁵

Esta teoría ha sido seleccionada, pues, explica de qué manera el estado psicológico de la persona adulta mayor se ve influenciado por la integralidad del yo, por la forma cómo la persona, hombre o mujer, afronta los conflictos emocionales a lo largo de su vida. Esta manera de afrontar ya sea positivo o negativo, según la teoría, conllevará a un deterioro psicológico lento o acelerado. Asimismo, se relaciona con la calidad de vida, pues, si un adulto mayor logra llegar a esta edad obteniendo la integridad del yo, tendrá posiblemente una mejor calidad de vida que aquellos que enfrentan esta etapa con desesperación y angustia.

B. Teorías sociológicas sobre el envejecimiento

Se consideró la “**Teoría de la continuidad**”, postulada en el año de 1963 por Rosow, y en 1991 por Atchley, propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata sólo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. Tiene su base en dos postulados básicos: el primero refiere que el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado, en donde la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos; y el segundo que al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida. ⁽²⁰⁾ Dentro de estas estrategias de adaptación podríamos citar *la Teoría de la actividad*, la misma que insta que sería la actividad por sí misma la que otorgaría bienestar subjetivo. Teniendo en cuenta esta teoría nos podríamos dar cuenta de que la calidad de vida va más allá del bienestar sólo físico, sino que además hay que tener en cuenta la personalidad, el sistema de valores que se ha ido afianzando en el transcurso del tiempo y que por esta teoría de la continuidad debería mantenerse en la etapa del adulto mayor. Basándose en esta teoría se podría decir que la calidad de vida se construye, ya que asume que las personas, en función de sus experiencias vitales, desarrollan activamente sus propios constructos o concepciones tanto acerca de sí mismos como de su estilo de vida y su integración social. Estableciendo que el nivel de actividad de una persona se va a manifestar en este proceso en función de su trayectoria vital y del patrón de actividades que haya presentado durante las etapas anteriores, la continuidad representa, de esta manera, un modo de afrontar los cambios físicos, mentales y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento. Sin embargo, es importante

indicar que esta teoría no toma en cuenta que existen cambios en el ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas, lo que llamamos continuidad externa.²⁰

De otro lado, en esta investigación se considerará la **Teoría del desentendimiento**, la misma que se opone a la anterior y que servirá para explicar los resultados. Esta teoría surge, desde los años sesenta. Ha sido postulada por Cummings y Henry. Demanda que: "...El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen -desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema."²⁹

Se han preferido estas teorías sociológicas porque son las que explican mejor el deterioro de la capacidad de relación, en función a la actividad, a la continuidad y al desentendimiento, las que se complementan unas con otras. Asimismo, explican parte de las dimensiones de la calidad de vida estudiadas en el cuestionario FS-36.

2.3.3 Calidad de vida

Calidad de vida es una noción reciente y aún falta definir en toda su amplitud.

Es usada en contextos expertos, pero también en la sociedad en general.

El carácter controversial del concepto se ha traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible obtener luces de lo que es la calidad de vida:

1. Unidimensionalidad v/s Multidimensionalidad: en lo más primario, es posible diferenciar dos aproximaciones básicas: la que concibe la calidad de vida como una

entidad unitaria, y la que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Esta controversia ha sido ampliamente superada en la literatura. Prácticamente existe consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida; pues, cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social, resulta inadmisibile. “*La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también.*”¹⁰ Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socio ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles: las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos.⁸

2. Carácter subjetivo v/s carácter objetivo: otro tema de debate se refiere al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida. Al respecto, existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales: a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.¹³

2. Conceptualización nomotémica v/s conceptualización ideográfica: otra cuestión implicada en la definición conceptual de calidad de vida referida a si es deseable establecer un concepto nomotético, o general, de calidad de vida que sea aplicable a todos los individuos, o si más bien se trata de una construcción ideográfica, es decir, que debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto. *“Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que sólo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...) dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; lo que es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones.”*⁸

A. Dimensiones de la calidad de vida

- a) Función Física:* grado de limitación para hacer actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
- b) Rol físico:* grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
- c) Dolor corporal:* intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el seno del hogar.
- d) Salud General:* valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

- e) **Vitalidad**: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- f) **Función Social**: grado en que los problemas de salud físico-emocional interfieren en la vida social habitual.
- g) **Rol Emocional**: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.
- h) **Salud mental**: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.⁴²

B. Características de la calidad de vida

- a) **Concepto subjetivo**: cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la propia felicidad.
- b) **Concepto universal**: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- c) **Concepto holístico**: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el "modelo biopsicosocial". El ser humano es un todo.
- d) **Concepto dinámico**: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en períodos cortos: unas veces somos más felices y otras menos.
- e) **Interdependencia**: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, repercute en sus aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

2.3.4. Adulto Mayor

Un adulto mayor es aquella persona que ha llegado a los 60 años de edad, a la cual no se le puede calificar gratuitamente con el término peyorativo de “viejo”. Este término que nos hace pensar en el adulto mayor como una persona enferma, inútil y como una carga familiar y social.

La OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida del adulto mayor se inicia a partir de los 65 años; sin embargo, en los países subdesarrollados a partir de los 60 años.

A. Clasificación del adulto mayor. Se puede clasificar en tres tipos:⁵⁵

- *Persona adulta mayor autovalente o independiente*, es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar la continencia; y, asimismo, realizar actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar, comprar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.
- *Persona adulta mayor frágil o en riesgo*, es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

- ***Persona adulta mayor dependiente o postrada***, se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% a un 5% de los que viven en la comunidad tienen esta condición.

B. Características del envejecimiento⁵⁵

- *Universal*: propio de todos los seres vivos.
- *Irreversible*: a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- *Heterogéneo e individual*: cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- *Deletéreo*: lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- *Intrínseco*: no debido a factores ambientales modificables. En los últimos años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población; pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.

C. Cambios del adulto mayor

Cambios biológicos

- Piel: aparición de arrugas, pérdida de elasticidad, flacidez, deshidratación, palidez.
- Cabello: disminución en la velocidad de crecimiento, aparición de canas, aumento del vello de diversas zonas (nariz, orejas), tendencia a la calvicie.
- Uñas: crecimiento más lento, más duras, sobre todo en los pies (más difíciles de cortar).
- Vista: aparición de presbicia, disminución de la agudeza visual, de la capacidad para diferenciar colores y de la secreción de lágrimas, se pierden pestañas.
- Oído: aumenta el tamaño de la oreja, hay un crecimiento de pelos en el pabellón auditivo, aumenta el depósito de cerumen y hay pérdida de agudeza auditiva (presbiacusia).
- Gusto: hay pérdida progresiva del gusto, en especial, del salado y del dulce, por alteración de las papilas gustativas de la lengua.
- Olfato: se produce una pérdida del olfato y aumenta el tamaño de la nariz.
- Tacto: disminuyen la sensación táctil, la sensación térmica y la dolorosa.
- Huesos: disminución de la masa ósea y desmineralización, conocida como osteoporosis primaria o senil (más frecuente en la mujer), que se agudiza por la falta de movimiento, deficiente absorción o ingestión de calcio, pérdida excesiva de mineral y los trastornos hormonales.
- Cambios posturales: tendencia a inclinar la cabeza hacia delante, lo que provoca una disminución de la talla.

- Músculo: hay una pérdida gradual de la masa y la potencia muscular. El ejercicio contribuye a mejorar la función y eficacia muscular, realizándolo de forma continuada.
- Articulaciones: van a sufrir limitación funcional, porque se van desgastando, dando lugar a deformidades, dolor local.
- Corazón y vasos sanguíneos: el corazón pierde fuerza y capacidad para bombear la sangre; en las paredes de los vasos se van acumulando sustancias, lo que hace que se vuelvan más rígidas; se produce un aumento de la presión arterial.
- Sangre: puede aparecer anemia, más frecuente en mujeres que en hombres, producida por déficit de absorción de nutrientes o por disminución de la actividad de la médula ósea.
- Sistema respiratorio: en los pulmones, disminuye la elasticidad y la función respiratoria, aparición de fatiga al realizar esfuerzos físicos.
- Sistema digestivo: los principales problemas que se producen se encuentran en la boca, la pérdida de piezas dentarias, la utilización de prótesis mal ajustadas. El mal estado de los dientes y la afección de las encías pueden producir dificultades en la masticación. Además, esta dificultad aumenta porque disminuye la producción de la saliva (produce sequedad de boca y pérdida del gusto). También, se produce disminución de la absorción de nutrientes y en la secreción de sustancias necesarias.
- Sistema urinario: al orinar la vejiga no suele vaciarse completamente (orina residual), lo que favorece la aparición de frecuentes infecciones y necesidad de orinar continuamente.
- Órganos genitales: en la mujer hay pérdida de vello púbico, la mucosa vaginal aparece seca, lo que va a provocar picores, ardor y dolor en el coito, así como frecuentes infecciones. Por otra parte, los senos se vuelven flácidos (pecho caído). En el hombre disminuye el vello púbico, aumenta el tamaño de la próstata, que dificulta la micción,

disminuye el tamaño de los testículos y suelen aparecer dificultades para la erección. La capacidad sexual está ligada a la capacidad individual, física, psíquica y a la situación social en que se encuentre. Aunque, en las personas mayores sanas el deseo y la capacidad sexual permanecen, la falta de lubricación natural puede hacer doloroso el acto sexual.

- Sistema endocrino. La secreción hormonal, en general, disminuye con la edad. Por un lado, desciende la producción de hormonas y, por otro, hay una menor respuesta orgánica frente a esta secreción. Hay una disminución importante de la tolerancia a la glucosa. En la mujer, antes de la menopausia la secreción de estrógenos se constituye en un factor protector ya que eleva el colesterol bueno protegiendo de esta manera el corazón, el riesgo de presencia de problemas cardiovasculares y/o articulares se manifiesta recientemente después de la menopausia; cuando cesa la producción de esta hormona. En cambio, en el varón la hormona masculina testosterona lleva a niños y a hombres a ejercer grandes niveles de actividad física, agresividad y competitividad acortando así sus expectativas de vida, además, la testosterona eleva los niveles de colesterol malo aumentando la posibilidad de padecer una cardiopatía o un infarto cerebro vascular. La probabilidad de infarto se da a partir de los 40 años.
- Sistema inmunitario, hay una disminución de las defensas naturales del organismo (celulares y humorales) frente a los gérmenes causantes de enfermedades (virus, bacterias, hongos, etc.); por ello, la persona mayor es más propensa a presentar infecciones.
- Sistema nervioso. Se produce una acusada lentitud de los movimientos, alteraciones del sueño y disminuye la sensibilidad al calor, al frío y al dolor.

Cambios psicológicos

- A partir de los 30 años se produce una disminución de las funciones intelectuales, y esta disminución se acelera a partir de los 60-65 años. En la inteligencia se produce una reducción de la eficiencia. Hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas nuevos que influye en la capacidad de aprendizaje. Se produce una falta de rapidez y espontaneidad en los procesos de pensamiento. Hay también una disminución de la capacidad de concentración. La memoria se ve especialmente afectada; recordar hechos pasados no es difícil, pero sí la retención de sucesos nuevos.¹⁴
- Se produce una disminución de la capacidad de adaptación cuando la causa es el miedo ante las situaciones desconocidas; por esta razón, la persona mayor desea ante todo un entorno estable y conocido que le ofrezca seguridad.

Cambios sociales

- La persona adulta mayor como individuo único: la respuesta individual del mayor frente a la vida está condicionada por sus creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias sobre la muerte y el estado físico y situación social en que se encuentre. Uno de los aspectos consiste en aceptar la realidad de la muerte. Ésta es vivida por una parte de las personas adultas mayores como liberación, como final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas; para otros, significa una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la propia enfermedad. Sin embargo, en otros adultos mayores se produce una situación de rechazo al hecho de morir, considerando a la muerte, incluso, como algo injusto.²⁶

- La persona adulta mayor como integrante del grupo familiar: se produce un cambio en las relaciones familiares, el adulto mayor no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos. Las relaciones entre él, sus hijos y nietos, pasan por dos etapas diferentes; una primera, cuando la persona adulta mayor es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a la ayuda de los hijos, realiza tareas domésticas, ejerce de "recadero" y se encarga del cuidado de los nietos. La segunda etapa inicia con un cambio en las relaciones: la persona adulta mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado, y ahora ya no se cuenta con él como se contaba anteriormente. Es en este momento cuando la familia se suele planear el ingreso del adulto mayor en alguna institución, hecho que genera un sentimiento de rechazo y de abandono, porque se da cuenta de que sus opiniones y decisiones ya no tienen ningún valor.²⁶

- El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas: la ancianidad es una etapa de la vida del hombre caracterizada por las pérdidas (pérdida de facultades físicas o psíquicas, pérdidas afectivas, económicas y sociales). Todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, pesar o dolor. Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del (la) cónyuge o de los amigos van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. El superviviente pasa por períodos de pena y dolor, y por períodos de remordimiento. De todas estas vivencias, la soledad es la que ocasiona más problemas a la persona adulta mayor, porque es muy difícil de superar; por eso, muchos mayores deciden de nuevo formar otras parejas. El adulto mayor soltero parece acopiar mejor la soledad y está más preparado para afrontar los problemas que ésta comporta.

- En el rol laboral, el gran cambio viene dado por el momento de la jubilación. La jubilación es la situación de una persona que tiene derecho a una remuneración o pensión, después de haber cesado total o parcialmente en su profesión u oficio.
- Los adultos mayores del sexo femenino tienen comportamientos más saludables, mayor esperanza de vida en comparación a los del sexo masculino.²⁶

2.3.5. Algunas características sociodemográficas de la población adulta mayor en **América Latina.**

Situación Conyugal. Según datos censales recientes, entre un 70% y 85% de los hombres adultos mayores y entre un 55% y un 60% de las mujeres adultas mayores se declara casada o unida. Este perfil de la situación conyugal distinto según el sexo obedece a una combinación de mayor viudez femenina, producto de una mayor edad del cónyuge, y a una mayor propensión de los hombres a unirse cuando el vínculo se disuelve por separación o viudez. A mayor edad se modifica este perfil de pareja y la viudez, sobre todo entre las mujeres, aumenta al punto que es la situación conyugal mayoritaria en las personas de 85 años y más. El grupo de mujeres adultas mayores viudas es significativo en algunos países, especialmente en aquellos de mortalidad masculina pasada más elevada.⁴⁰

Educación. Las personas mayores están entre los segmentos con menor escolaridad, dado que experimentaron su fase de acumulación de activos educacionales en el pasado, cuando la cobertura del sistema de enseñanza formal en la región era muy inferior a la actual. Efectivamente, el analfabetismo es más alto entre las personas de 60 años o más, y oscila entre porcentajes que se acercan a 50% en Bolivia y 13% en Chile. En casi todos los países de América Latina hay disparidad según el género, desfavorable a las mujeres, con

excepción de Costa Rica, donde las mujeres tienen porcentajes de analfabetismo inferiores; lo que refleja la menor desigualdad de género en el acceso a la educación que prevalecía en la primera mitad del siglo XX en ese país. Empero, la brecha es enorme en algunos países, como Bolivia, y muy pequeña en otros, como Chile y Panamá. Los niveles de analfabetismo son mucho más altos en las zonas rurales, llegando a niveles que superan el 80%

entre las adultas mayores del campo boliviano.⁴⁰

Urbanización. Las personas mayores de América Latina y el Caribe residen sobre todo en las áreas urbanas, con lo cual no se diferencian significativamente de la población de otros grupos de edades.⁴⁰

Población rural. Las áreas rurales muestran un grado levemente superior de envejecimiento que las urbanas a pesar de su mayor fecundidad y su menor expectativa de vida. En once países latinoamericanos, la proporción de adultos mayores que vive en el área rural es mayor que en el área urbana, sin embargo, el índice de envejecimiento rural es más bajo que el urbano. Esto se debe a que en las áreas rurales la población tiende a concentrarse principalmente en dos generaciones: los menores de 15 años y los mayores de 60. El envejecimiento rural, por lo tanto, es consecuencia de los cambios en la estructura de edades, resultado de los flujos migratorios campo-ciudad de la población joven, pero también, en algunas zonas del retorno al lugar de origen en la vejez.⁴⁰

Población femenina. En la región, la población femenina está más envejecida que la población masculina. En América Latina el porcentaje de población femenina adulta mayor alcanza el 10,3% y en el Caribe el 11,0%.

En ambos casos, estas cifras son superiores a las que presenta la población masculina, 8,3% y 8,9%, respectivamente. En los países de América Latina, la población femenina está más envejecida en las zonas urbanas que en las rurales.⁴⁰

Seguridad económica. El rápido envejecimiento demográfico tiene impactos económicos tanto en el nivel agregado como en el individual. Se ha planteado que una población envejecida crea presiones fuertes sobre los sistemas de pensiones y genera dificultades a los países para garantizar su solvencia y sostenibilidad, especialmente aquellos sistemas basados en el reparto. Estas dificultades impedirían que las personas cuenten con recursos económicos necesarios para solventar sus necesidades en la etapa final de la vida. En materia de políticas, garantizar en el corto plazo la seguridad económica en la vejez es uno de los retos más complejos.

La capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que hacen a una buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones. Además, mejora la autoestima, al permitir el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.⁴⁰

Participación. La participación consiste en promover la organización de los individuos en torno de intereses y en crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas. En el caso de

las personas mayores, la autorrealización personal implica desempeñar un papel más activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad. En América Latina y el Caribe, los grupos organizados de personas mayores llevan a cabo una amplia gama de actividades, que abarcan desde la presión por servicios de salud y microemprendimientos, hasta el asesoramiento legal o defensa de derechos.⁴⁰

Apoyo Familiar. La situación actual respecto de las posibilidades de que disponen las personas mayores para buscar apoyo y protección económica en sus descendientes es el resultado de las circunstancias demográficas predominantes tres o cuatro décadas atrás, circunstancias que se han ido modificando sustancialmente. Por una parte, la fuerte disminución de la fecundidad reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores. Particularmente, se torna difícil, pues, la situación de las personas que serán mayores en los próximos años, que deberán prepararse para su propia vejez en condiciones poco propicias, como las descritas antes, al tiempo que deberán ayudar a sus antecesores, sabiendo que no necesariamente contarán con el mismo tipo de apoyo familiar que ellos están ofreciendo a sus mayores. Por otra parte, la incorporación plena de la mujer al mundo del trabajo fuera del hogar implica una readecuación de las funciones de cuidado entre hombres y mujeres; pero, independientemente de ello, disminuye la disponibilidad de un recurso de apoyo que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Por último, la mayor longevidad y su efecto en la menor incidencia de la viudez, unido a los cambios en los patrones de formación y disolución de uniones, modifican las estructuras familiares y crean alteraciones que pueden limitar la capacidad de las familias de ofrecer apoyo en el futuro.⁴⁰

2.3.6 Algunas características sociodemográficas de la población adulta mayor en el Perú.⁵¹

Nivel Educativo. El nivel de escolaridad de la persona adulta mayor es relativamente bajo; pues, una cuarta parte es analfabeta y sólo el 34,9% tiene un mayor nivel que el de primaria. La situación es más grave en las mujeres.⁵¹

Empleo. Un alto porcentaje no cuenta con pensión de jubilación o la cuantía de las mismas es baja. En el Perú, una cuarta parte de la población de 60 años y más trabaja o busca trabajo, y los hombres en una proporción tres veces mayor al de las mujeres. Una muy alta proporción de las personas adultas mayores genera su propio trabajo en ocupaciones independientes y son pocos los que buscan trabajos dependientes. La situación de ocupación de la población que se ubica entre los 60 y 69 años, es muy diferente respecto a la población de 70 y más años. Hasta antes de los 70 años, prácticamente la mitad de los hombres está ocupado, y decae ostensiblemente a partir de los 70 años. En el caso de las mujeres ocurre lo mismo, aunque proporcionalmente cae en mayor medida a partir de los 70 años.⁵¹

Estructura porcentual de los hogares donde habita un adulto mayor según número de miembros. La característica fundamental de la mayor parte de estos hogares es que son extendidos; es decir, en esos hogares formados por padres e hijos, conviven también otros parientes de los jefes de hogar. Si tenemos en cuenta que en la inmensa mayoría de estos hogares el adulto mayor es el jefe – esposa/o- la mayor parte de los que aparecen en la categoría hijos/as, yerno, nuera, nieto/a y otros parientes, que conforman el 60,8% del total de integrantes de estos hogares, son los hijos e hijas de estas personas adultas mayores, quienes conviven en la casa de sus padres con sus cónyuges, hijos e hijas. En el

83,7% de estos hogares hay más de tres miembros y en una cuarta parte de ellos hay siete o más miembros. Hay que resaltar también que existen hogares donde reside una persona adulta mayor sola y que esta característica es más recurrente en condición de pobreza extrema. No obstante que el porcentaje aparece bajo, expandiendo la muestra al total de hogares, estaríamos refiriéndonos aproximadamente a 15 mil hogares en situación de pobreza en el área urbana en el ámbito nacional, donde reside una persona adulta mayor sola.⁵¹

Estado Civil. Existen notables diferencias por estado civil entre hombres y mujeres que son personas adultas mayores. La gran mayoría de mujeres en extrema pobreza son viudas y, prácticamente, la mitad de las mujeres en pobreza no extrema tienen ese mismo estado. Los hombres, por el contrario, en su gran mayoría en el caso de pobreza extrema y en mayoría relativa en pobreza no extrema, son casados o en situación de convivencia. Esta situación está relacionada, indudablemente, a la diferencia de esperanza de vida al nacer de un poco más de 5 años favorables a las mujeres.⁵¹

Nivel de ingreso. Según la ENAHO, todas las personas adultas mayores reciben ingresos por alguna fuente. Sus niveles de ingreso son, en promedio, muy bajos. El ingreso que recibe la gran mayoría de ellas no alcanza a cubrir la canasta mínima alimentaria y no alimentaria de 230 nuevos soles, suponiendo que este ingreso fuese para una sola persona. No obstante, hay que tener en cuenta que este monto sirve para cubrir los gastos de otros dependientes en el hogar, lo que hace que el ingreso *per cápita* sea mucho menor. En pobreza extrema, la casi totalidad de ellas no llega a percibir ese monto, y sólo un pequeño porcentaje supera esa cantidad; mientras que en pobreza no extrema casi la mitad no alcanza a percibir los 230 nuevos soles, y el 81% no logra superar la remuneración mínima vital de 550 nuevos soles y sólo un pequeño sector percibe ingresos superiores a esa

cantidad. Así, las personas adultas mayores de 70 años y más, en condición de extrema pobreza, son las que tienen menores ingresos, y las que están relativamente mejor son las personas adultas mayores de 60 a 69 años en condición de pobreza no extrema, ya que un 21,6% de ellos registran ingresos superiores a 550 nuevos soles.⁵¹

2.4. MARCO CONCEPTUAL

Percepción. El concepto de percepción proviene del término latino *perceptio* y se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender y conocer algo). La percepción puede hacer referencia a un conocimiento, a una idea o a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Para la psicología, la percepción es la función que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información que llega desde el entorno, a través de los sentidos. La percepción comenzó a ser estudiada en el siglo XIX. Los primeros modelos que relacionaban la magnitud de un estímulo físico con la magnitud del evento percibido posibilitaron el surgimiento de la psicofísica. El proceso de percepción es de carácter inferencial y constructivo, la representación interna de lo que acontece en el exterior surge a modo de hipótesis. La información que llega a los receptores se analiza de forma paulatina, junto a la información que viene de la memoria y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación.⁵⁴

Calidad de vida en el adulto mayor. Definir calidad de vida es difícil o mejor impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo. Neugarten (1974) expresaba que la satisfacción de vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la autoimagen y la actitud hacia la vida. Sin embargo, para San

Martín y Pastor (1988) es la respuesta a una interrelación de estímulos tanto de modo individual como social en un ambiente total. En síntesis, dicen ellos, es un ejercicio de los valores sociales.

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

Conjugando las definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace la psicóloga Rocío Fernández Ballesteros, en la cual globaliza la participación de factores personales y socio ambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo. Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos.

Una vida con calidad significa para el adulto mayor, un encuentro entre el reconocimiento de sus necesidades y la búsqueda eficaz de su satisfacción. Las necesidades humanas son tanto los materiales básicos como el conjunto de necesidades no materiales tales como las de participación, creación, reflexión... y todas constituyen un sistema de modo que la

satisfacción de unas y otras están mutuamente condicionadas. Todas estas necesidades se consideran necesidades objetivas; las necesidades subjetivas son el estado de carencia sentido por las personas. Esta diferencia entre necesidades objetivas y subjetivas permite decir que puede haber un estado de carencia o de necesidad no satisfecha, aún cuando las personas afectadas no sientan esta carencia. Comenzar a escuchar lo que quiero y necesito y no sólo lo que debo, lo que viene de mi mundo subjetivo, y lo que viene del contexto, produce modificaciones en la persona. La calidad de vida se expresa a través de las conductas que el adulto mayor tiene consigo mismo y con la comunidad.³⁹

Para este trabajo se ha considerado a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; todo ello influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno; puesto que se trata del concepto que tiene mayor relación con los objetivos del estudio y se considera que es el más completo.²⁹

Asimismo, se tendrá en cuenta que la calidad de vida (CV) - de nuestra vida - equivale a la calidad de nuestro envejecimiento. Es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, observamos nuestras actitudes y nuestras formas de comportamientos.⁴³

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus

aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. De acuerdo con Dulcey y col. el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso.^{44,45,46}

En el Perú se adopta el 21 de julio de 2006, por ley 28803, publicada en el Diario Oficial El Peruano, el concepto de personas adultas mayores aquellas que cuentan con 60 años de edad en adelante.⁴⁷

Perfil socio-demográfico. Conjunto de los rasgos que caracterizan o distinguen a algo o a alguien.⁴⁰

Cada etapa de vida tiene sus características inherentes; pero existen factores externos que de una u otra forma influyen para concebir o tener una idea clara de la vida, de cómo enfocar el pasado, presente y futuro, y no se puede considerar los aspectos internos de la persona sino las externalidades, que en algunos casos influyen, mas no determinan; pero en otros casos sí actúan como agentes determinantes en la vida de los seres humanos, llena de misterios, sinsabores, alegrías, tristezas, etc.

2.5 HIPÓTESIS

- **Hipótesis Alterna.** La percepción de la calidad de vida del adulto mayor que acude a consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca 2010 se relaciona con el perfil socio demográfico.
- **Hipótesis Nula.** La percepción de la calidad de vida del adulto mayor que acude a consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca 2010 no se relaciona con el perfil socio demográfico.

2.6 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
I. Variable Independiente: Perfil sociodemográfico y familiar	Conjunto de los rasgos que caracterizan o distinguen a la persona adulta mayor.	Edad	Número de años cronológicos que tiene la persona adulta mayor desde la fecha de su nacimiento hasta la actualidad.	<input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> 70-80 <input type="checkbox"/> Más de 80
		Sexo	Condición orgánica y genética que distingue a la persona adulta mayor	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
		Área de residencia	Espacio geográfico donde radica una persona adulta mayor	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
		Procedencia	Espacio geográfico donde vivió la persona adulta mayor.	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural
		Estado Civil	Situación conyugal del adulto mayor	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Separado (a)
		Nivel Educativo	Años de estudio concluidos por el adulto mayor	<input type="checkbox"/> Sin nivel <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior no universitaria <input type="checkbox"/> Superior universitaria
		Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> No Católica
Ocupación	Clase de trabajo que realice una persona	<input type="checkbox"/> Ama de casa		

				<input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno
		Aporte económico	Generación de ingresos económicos para solventar los gastos de la familia.	<input type="checkbox"/> Si aporta <input type="checkbox"/> No aporta

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice
		Ingreso económico	Es la cantidad de dinero en soles que percibe el adulto mayor y que le sirve para subsistir.	<input type="checkbox"/> Menos del ingreso mínimo vital (S/. 550) <input type="checkbox"/> Ingreso mínimo vital (S/.550) <input type="checkbox"/> Más de un ingreso mínimo vital (S/. 550) <input type="checkbox"/> No aporta
		Número de personas en el hogar	Es el número de miembros que comparten la misma vivienda y comen de la misma olla familiar	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4 a más
		Convivencia familiar	Compañía permanente que tiene el adulto mayor en su hogar	<input type="checkbox"/> Acompañado (a) <input type="checkbox"/> Solo (a)
		Presencia de otras generaciones en el hogar	Es la etapa de vida a la que pertenecen los diferentes miembros del hogar.	<input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Adolescentes <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Adultos
		Relación con miembros del hogar	Es la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar. Es la fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer.	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> No opina
		Servicios en la vivienda	Los servicios básicos de agua, desagüe y energía eléctrica dentro de las viviendas, constituyen indicadores objetivos de los niveles de vida de las familias. La ausencia, es el testimonio de las desventajas o marginación en el acceso y disponibilidad de estos servicios.	<input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Desagüe <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Ninguno

		Medios de comunicación	Se refiere al instrumento o forma de contenido por el cual se realiza el proceso comunicacional.	<input type="checkbox"/> Hace uso <input type="checkbox"/> No hace uso
--	--	------------------------	--	---

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice	
		Grupos de apoyo en la comunidad	Se refiere a un número indeterminado de personas que interactúan entre ellas para conseguir un objetivo común y diverso.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí () Cuáles?... • No () • No sabe () 	
		Participación en grupo social	Asistencia periódica del adulto mayor a un grupo social de apoyo.	<input type="checkbox"/> Sí Cuál?..... <input type="checkbox"/> No Por qué?.....	
		Problemas de salud: Motivo de consulta	Conjunto de síntomas, razones, molestias o dolencia que le motivan a buscar ayuda médica.		
2. Variable dependiente: Percepción de calidad de vida	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. ²⁹	Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)
		Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)

		Dolor Corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)
		Salud General	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Índice	
		Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)
		Función Social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)
		Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)
		Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Alta puntuación: (Mayor de 50)	Baja Puntuación: (Menor de 50)

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO. Es un estudio de corte transversal, correlacional y analítico.

Transversal. Porque se realizó en base a un cronograma de tiempo determinado, con un grupo etario determinado.

Correlacional. Porque tuvo como propósito medir la relación entre las variables percepción de la calidad de vida y perfil socio-demográfico y familiar.

Analítico. Porque analiza y explica la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, según sus características socio-demográficas.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO. El estudio se llevó a cabo en los consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, en donde se buscaron personas adultas mayores que acudieron por atención. Es importante resaltar que el hospital no cuenta con un consultorio de gerontología ni geriatría; por cuya razón, la muestra fue tomada en diferentes consultorios.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Todos los adultos mayores que fueron atendidos por consulta externa en el Hospital Regional de Cajamarca, los cuales ascienden a 3524 durante el período de enero a junio del 2009 (tomado como referencia).

Muestra: Para determinar el tamaño adecuado de la muestra con población finita se hizo uso del muestreo aleatorio simple utilizando la fórmula de Cochran:

$$n_0 = Z^2PQ/d^2$$

N = 3524 Tamaño de la población

Z = 1,96 Si la confianza es del 95%

Se asume este valor, pues, no se tiene antecedentes anteriores sobre la percepción de la P= 0.50 calidad de vida del adulto mayor en el Hospital Regional de Cajamarca.

Q= 0.50 (1-P) = 0,50

d= 0.05 Tolerancia de error permitido en las mediciones del 5%

Reemplazando valores y ajustando la muestra

n = 144 Muestra final

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años a más, usuarios de los consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio; sin discapacidad mental o física para responder al cuestionario.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Constituida por cada adulto mayor que acudió a consulta externa en el Hospital Regional de Cajamarca.

3.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnicas se emplearon: la entrevista y observación simple o no estructurada, las mismas que fueron aplicadas a los adultos mayores involucrados en el estudio.

Para lo cual el investigador pudo aclarar el propósito del estudio, especificar claramente la información que se necesitaba y aclarar dudas a los adultos mayores que participaron voluntariamente.

3.6. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizaron dos cuestionarios: con el primero se determinó el perfil socio-demográfico del adulto mayor. Dicho instrumento consta de 19 ítems y ha sido elaborado por la investigadora.

El segundo es el cuestionario de calidad de vida relacionado con Salud, SF-36 (Versión Española 1.4), el mismo que fue desarrollado en E.E.U.U. dentro del marco del «RAND Health Program». Es uno de los instrumentos genéricos de calidad de vida más utilizados en estudios de Resultados Médicos (*Medical Outcome Study* MOS) a partir de una amplia batería de cuestionarios que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. De este estudio han surgido diferentes versiones del SF, de 12, 20, 36, 42, ... ítems; pero la más ampliamente utilizada en investigación y evaluación de los resultados clínicos ha sido el formato de 36 ítems. Es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, en estudios ya sean descriptivos o de evaluación⁸. La adaptación del cuestionario para su uso en España ha sido realizada por el equipo de Alonso¹⁷, mostrando niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con otras versiones de otros países.

Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por

problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Además de estas ocho escalas de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto de cómo era un año antes (CS).

Éste es uno de los instrumentos genéricos más recomendable por diferentes razones:

1) Su universalidad, ya que es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, no sólo en los Estados Unidos, sino en muchos otros países, 2) Su exhaustivo y riguroso estudio psicométrico, 3) La facilidad de su manejo, tanto por parte del clínico como del paciente 4) La facilidad, rapidez y utilidad de la interpretación de los resultados y 5) No atenta contra la integridad del participante (Anexo 02).

3.7. VALIDACIÓN

Antes de aplicar definitivamente el instrumento se realizó la validación del primer instrumento mediante la modalidad de “criterio de jueces”. Esta modalidad fue realizada por profesionales especialistas en temas de investigación y que además tienen experiencia en trabajo con personas adultas mayores. Asimismo, el instrumento fue sometido a validación por adultos mayores que no pertenecen a la muestra, los mismos que fueron abordados en el C.S. Micaela Bastidas.

El segundo instrumento ha sido validado por diferentes investigadores de algunos países latinoamericanos. En nuestro medio, dicho instrumento ha sido utilizado y validado por Huamán, V.⁴⁷

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de la recolección de datos se procedió a revisar cada uno de los cuestionarios. Con la finalidad de determinar los datos faltantes se hizo una corrección y la respectiva codificación. La información está habilitada para el procesamiento de los datos, para lo cual se usará la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010 para generar la base de datos y se utilizará el programa estadístico PASW versión 18.0. Los resultados se presentarán mediante tablas simples y de doble entrada. Para relacionar las variables socio-demográficas y familiares con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, se usará el estadístico chi cuadrado. Se aceptará la hipótesis alternativa si el valor p es menor que 0,05; en caso contrario, se aceptará la hipótesis nula, la cual indica que no hay relación entre variables.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, esta investigación no revistió riesgo alguno para las personas que participaron, ya que la información obtenida de los cuestionarios no atentó de ninguna manera contra la integridad física, ni moral de los pacientes.

Asimismo, antes de aplicar el instrumento se solicitó la debida autorización a la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca y el consecuente consentimiento informado de los adultos mayores que accedieron a participar voluntariamente en el presente estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1. Perfil demográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

Perfil Demográfico	No.	%
Edad		
60 - 69 años	42	29,2
70 - 80 años	58	40,3
Más de 80	44	30,5
Sexo		
Hombre	75	52,1
Mujer	69	47,9
Área de residencia		
Urbana	76	52,8
Rural	68	47,2
Procedencia		
Urbana	39	27,1
Rural	105	72,9
Estado civil		
Soltero(a)	12	8,3
Casado (a)	53	36,8
Conviviente	22	15,3
Viudo(a)	54	37,5
Separado(a)	3	2,1
Nivel educativo		
Analfabeto	59	41,0
Primaria incompleta	45	31,3
Primaria completa	22	15,3
Secundaria incompleta	5	3,5
Secundaria completa	6	4,2
Superior no universitaria	3	2,1
Superior universitaria	4	2,8
Total	144	100,0

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

Los datos de la tabla muestran el perfil demográfico del adulto mayor usuario de Consultorios Externos del Hospital Regional de Cajamarca, donde se destaca que el 70,8 % se ubicó en el grupo etario de 70 a más y sólo un 29,2% se encuentra en el grupo etario de 60 a 69 años. El 52,1% de entrevistados está constituido por hombres y 47,9% por mujeres, la diferencia es de 4,2% entre ambos. Asimismo, se puede apreciar que 52,8% de los adultos mayores residen en el área urbana, 47,2% en el área rural, 72,9% procede del área rural y la diferencia que asciende a 27,1% proviene del área urbana.

En relación con el estado civil se puede observar que 52,1% de adultos mayores tiene pareja, teniendo en cuenta el estado civil de casado y conviviente con 36,8% y 15,3%, respectivamente; en cambio, existe un 47,9% que no tiene pareja, entre los que tienen un estado civil de viudo, soltero o separado con 37,5%, 8,3% y 2,1%, respectivamente. Referente al nivel educativo se determinó que 41% del grupo objetivo no tiene nivel educativo, 31,3% tiene primaria incompleta, 15,3% completó la primaria, 7,7% tiene secundaria y 4,9% superior.

Coronado, J. (2009), en un estudio realizado en la ciudad de Chiclayo, determinó que el promedio de edad de los adultos mayores del estudio es de 70,62. Este dato coincide con el encontrado en el presente estudio, pues, 70,9% de los adultos entrevistados tiene de 70 años a más, similar información reporta Huamán, R. (2008) en un estudio que realizó con los adultos mayores del distrito de Cajamarca. En cambio Chávez, R. (2008) refiere que el 54,1% de su población tiene entre los 60 a 69 años. Asimismo según el perfil demográfico de Cajamarca 2007, en los últimos 35 años, la población de 60 y más años de edad del departamento de Cajamarca se ha incrementado 2,3 veces; en términos absolutos significan 71 421 personas adultas mayores. La población en su conjunto ha

crecido en ese período con una tasa promedio anual en 1,2%, los mayores de 60 años presentan una mayor velocidad de crecimiento (2,4 anual); pero el proceso es aún más dinámico en el grupo de los más longevos. El ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años de edad es más de dos veces que la del conjunto de la población departamental. De 8 121 habitantes que registró el censo de 1972, pasó a 20 414 personas en el censo del 2007.

El resultado obtenido se debe a que a mayor edad, la búsqueda de atención médica se incrementa; pues, debido al proceso biológico, el incremento de años conlleva a un cambio anatómico y fisiológico de los diferentes órganos y sistemas. Este resultado no hace más que corroborar el proceso de envejecimiento por el que está atravesando América Latina, de la cual es parte Perú. Es importante resaltar que la causa de esta variación es fundamentalmente, el descenso de la natalidad, que se conoce como envejecimiento por la base de la pirámide. El grupo de personas mayores crece en términos absolutos con un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades. Por ello, cada vez es mayor la proporción de los individuos de cada generación que superan el umbral de los 60 años y que, salvada esta barrera, sobreviven durante más años. Todo lo antes mencionado se constituye en un reto para las autoridades, personal de salud, familias y población en general para los próximos años; pues, esto implica que se deben adecuar los hogares, los servicios de salud y la infraestructura de la ciudad al cambio demográfico que estamos experimentando y que se verá más intensificado año a año.

En este estudio predominaron los adultos mayores del sexo masculino a diferencia de otros estudios como los de Cardona, D. (2008) y Coronado J (2009), que encontraron una población con predominio del sexo femenino. El estudio coincide con Chávez, R.

(2008), quien encontró un 54,1% de adultos mayores del sexo masculino en su estudio.

Por otro lado, en América Latina el porcentaje de población femenina adulta mayor alcanza el 10,3% y en el Caribe el 11%. En ambos casos estas cifras son superiores a las que presenta la población masculina, 8,3% y 8,9%, respectivamente⁴⁰. Según el censo del año 2007, el índice de masculinidad o razón de sexo es de 99,8, lo que significa que el número de hombres es ligeramente inferior al de mujeres; entonces, lo razonable sería que se tenga más población femenina; pero, si analizamos nos damos cuenta de que el contexto de la entrevista es un servicio de consulta médica externa; es decir, que la ligera diferencia de adultos mayores masculinos respecto a las del sexo femenino se podría deber a que los hombres tienen más tendencia a enfermar o por tener menos ocupaciones domésticas disponen de mayor tiempo y dinero para poder hacer uso del servicio de salud. Es importante considerar el estudio de Bernal, E. y col. (2003) que indican que el adulto mayor varón tiene una incapacidad en 34,8% y las mujeres 17,7%; esto refrendaría la teoría de que los adultos mayores del sexo masculino tienen mayor tendencia a enfermar.

Se evidencia, asimismo que la mayoría de la población adulta mayor reside en la zona urbana, pero procede de la zona rural principalmente; esto coincide con lo informado por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, así como por la dirección de personas adultas mayores que afirman que la mayor concentración de adultos mayores se halla en zonas urbanas, el 70% nacional. La situación permite tener mayores posibilidades económicas, sociales, culturales y de salud y, por consiguiente, mejores condiciones de vida. El fenómeno favorece la calidad de vida de nuestros adultos mayores⁴. Asimismo, estos resultados se ven corroborados por el Perfil demográfico de Cajamarca del 2007 que indica que la tendencia de la población del departamento de Cajamarca, observada en las últimas décadas, es la expansión e intensificación del proceso de urbanización, que se refleja en un mayor incremento de la población censada urbana (de 24,7% en 1993 a

32,7% en el año 2007) y en una disminución de la población censada rural (de 75,3% en 1993 a 67,3% en el año 2007).

El estudio reporta que dentro de las personas mayores de 60 años, el estado civil que predomina es el de casado, seguido por el de viudo, y finalmente, el de conviviente. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Cardona D. (2008), quien encontró que el estado civil predominante de su grupo de estudio fue el de casado; asimismo, Coronado J. y col. (2009) reportan que el 54% de su población adulta mayor es casada y un 42,3% no tiene pareja, es decir, es soltero, separado, divorciado o viudo; además, Huamán, R. (2008) también indica en su estudio que su población reporta como estado civil predominante el de casado y viudo. El MIMDES reporta que existen notables diferencias por estado civil entre hombres y mujeres que son personas adultas mayores. La gran mayoría de mujeres en extrema pobreza son viudas y, prácticamente, la mitad de las mujeres en pobreza no extrema tienen ese mismo estado. Los hombres, por el contrario, en su gran mayoría en el caso de pobreza extrema y en mayoría relativa en pobreza no extrema, son casados o en situación de convivencia. Esta situación está relacionada, indudablemente con la diferencia de esperanza de vida al nacer de un poco más de 5 años favorables a las mujeres. El INEI 2007 reporta que en la categoría de casado las mayores proporciones se presentan en edades avanzadas (40 y más años de edad). El estado civil es un aspecto importante que se debe considerar en el adulto mayor, en la medida en que se asocia con riesgos de mortalidad. Las estadísticas muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos. Se sabe que la mayoría de adultos mayores vive acompañada, ya sea por su cónyuge o por sus hijos.

Los adultos mayores que acuden al servicio de consultorios externos, en su mayoría son analfabetos y otro grupo considerable tiene primaria completa o incompleta. Estos resultados coinciden con Cardona, D. (2008), quien registra que un 39% de su grupo de estudio no registró ningún nivel educativo; Huamán, R. (2008) también indica que los adultos mayores del Centro de Atención Integral de la Municipalidad del distrito de Cajamarca son en su mayoría analfabetos o tienen una primaria completa o incompleta. Hay coincidencia también con el estudio de Chávez, R (2008), quien refiere que el 53,3% de su muestra tiene nivel educativo bajo. La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) también refrenda estos resultados, pues, manifiesta que las personas mayores están entre los segmentos con menor escolaridad, dado que experimentaron su fase de acumulación de activos educacionales en el pasado, cuando la cobertura del sistema de enseñanza formal en la región era muy inferior a la actual. Efectivamente, el analfabetismo es más alto entre las personas de 60 años a más, y oscila entre porcentajes que se acercan a 50% en Bolivia y 13% en Chile. En casi todos los países de América Latina hay disparidad según el género, desfavorable a las mujeres, con excepción de Costa Rica, donde las mujeres tienen porcentajes de analfabetismo inferiores, lo que refleja la menor desigualdad de género en el acceso a la educación que prevalecía en la primera mitad del siglo XX en ese país. Empero, la brecha es enorme en algunos países, como Bolivia, y muy pequeña en otros, como Chile y Panamá. Los niveles de analfabetismo son mucho más altos en las zonas rurales, donde llegan a niveles que superan el 80% entre las adultas mayores del campo boliviano. ⁴⁰ El Ministerio de Desarrollo Social y de la Mujer indica que el nivel de escolaridad de la persona adulta mayor es relativamente bajo, pues, una cuarta parte es analfabeta y sólo el 34,9% tiene un mayor nivel que el de primaria. Dichos hallazgos son refrendados con los encontrados por el Instituto Nacional de

Estadística e Informática (INEI). Este afirma que el 37,5% de adultos mayores no cuenta con algún grado de instrucción y sólo el 14% alcanzó un nivel educativo superior. No es un misterio saber que el no tener un grado de instrucción genera pobreza y, por tanto, predispone a que la persona sea vulnerable a la explotación, al maltrato y la limitación en el acceso a diversos servicios, lo que devienen situaciones de enfermedad y en un mayor deterioro físico, social y psicológico.

Tabla 2. Perfil social del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

Perfil Social	No.	%
Religión		
Católica	104	72,2
No Católica	40	27,8
Ocupación		
Ama de casa	45	31,3
Otros (obrero, empleado público, cesantes, independientes, agricultores o ganaderos)	51	35,4
Ninguno	48	33,3
Aporte económico		
Si aporta	74	51,4
No aporta	70	48,6
Ingreso económico		
Menos del ingreso mínimo vital (S/. 550.00) ¹	59	41,0
Ingreso mínimo vital (S/. 550.00) ¹	4	2,8
Más de un ingreso mínimo vital (S/. 550.00) ¹	11	7,6
Existen grupos de apoyo en su comunidad		
Si	15	10,4
No	115	79,9
No sabe	14	9,7
Participación en grupo social		
Si	18	12,5
No	126	87,5
Servicios en la vivienda		
Si		
Agua	130	90,3
Desagüe	85	59,0
Luz	116	80,6
No		
Agua	14	9,7
Desagüe	59	41,0
Luz	28	19,4
Ninguno	10	6,9
Medios de comunicación		
Hace uso	120	83,3
No hace uso	24	16,7
Problemas de Salud: motivo de consulta médica		
Músculo – esquelético	36	25,0
Cardiovascular	21	14,6
Digestivo	27	18,8
Neurológico	4	2,8
Sensorial	18	12,5
Respiratorio	4	2,8
Urinario	17	11,8
Otras	17	11,8
Total	144	100,0

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

¹ Ingreso mínimo vital del año 2010

Los datos de la tabla muestran el perfil social del adulto mayor usuario de consultorios externos, donde se destaca que 72,2% de los entrevistados refiere pertenecer a la religión católica; 33,3% no tienen ninguna ocupación, 31,3% se dedica a labores del hogar y 35,4% refirió desarrollar otro tipo de actividad, los mismos que abarcan las ocupaciones de obrero, empleado público, cesantes, independientes, agricultores o ganaderos. También podemos observar que 51,4% aporta económicamente al hogar y 48,6% no lo hace; 41% de los entrevistados tiene un ingreso menor al mínimo vital y tan sólo 7,6% tiene un ingreso mayor al mínimo vital, 79,9% indica que no existen grupos de apoyo en su comunidad; 87,5% no participan en ningún grupo social. Se evidencia también que aún existe un 6,9% de adultos mayores que no goza de ningún tipo de servicio público. El 83,3% hace uso de algún medio de comunicación, llámese radio, televisión, revistas, internet; 25% de los adultos mayores acude al servicio de consulta externa por referir un problema de salud de tipo músculo-esquelético, 18,8% por problemas digestivos, 14,6% por problemas cardiovasculares, 12,5% por problemas sensoriales y 11,8% tiene problemas urinarios.

El estudio reporta que la mayoría de adultos mayores entrevistados practica la religión Católica. Estos resultados coinciden con los de Chávez, R. (2008), quien indica que 88,9% de su muestra pertenece a la religión Católica. El censo del 2007 revela que el 79,9% de la población censada de 12 y más años de edad del departamento de Cajamarca, lo que equivale a 806 650 personas, profesa la religión Católica. Sigue de lejos la población que asume como religión la Cristiana Evangélica con el 14,2%, lo que equivale a 143 817 personas. Otras religiones profesa el 3,0% (30 244 personas) y el 2,9% (29 052 personas) no profesan religión alguna. La religión en las personas adultas mayores es muy importante, pues, la respuesta individual del mayor frente a la vida está condicionada por sus creencias religiosas, cultura, las propias experiencias sobre la muerte, este último

aspecto está muy relacionado con lo divino y muchos de los adultos mayores consideran que el acudir a un templo y rezar es estar más cerca a Dios y los fortalece espiritualmente. La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento.

El mayor porcentaje de los adultos mayores (31,3%) que acuden por consulta externa tienen como principal ocupación su casa; el resto manifiesta alguna otra ocupación como jubilado, agricultor, comerciante, obrero, pero no podemos dejar de mencionar que otro gran porcentaje (33,3%) no tiene ninguna ocupación. Estos datos del trabajo de investigación coinciden con los estudios de Cardona, D (2008), quien indica que 34,7% de los adultos mayores se dedican al hogar y con Bustinza, F y col. (1998), que determina que 27,8% de los adultos mayores ya no trabajaba. Hay coincidencia con el estudio que realizó Coronado, J. y col (2009) quien describe que 44,5% de la población estudiada no ejerce ninguna actividad lucrativa. Se conoce que la ocupación que ejerzan las personas contribuye al ingreso económico del que pueda disponer el hogar; pero también determina el nivel de actividad que tiene la persona, y, como vemos en su mayoría, los adultos mayores se dedican a tareas del hogar, las mismas que no les generan ingresos económicos; pero tampoco hay que desestimar la importancia de estas actividades, pues, generalmente los adultos mayores autovalentes, es decir aquel que es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, cumple un rol importante en el hogar; pues, se constituye en la

persona principal que cuida a los nietos y que realiza las tareas del hogar. De esta manera contribuye con su labor a una estabilidad del hogar; pero, en ocasiones esto no es valorado por los miembros del hogar, pues se les llega a considerar como empleados y no como un miembro importante del hogar. En relación con la actividad lucrativa no sólo los ancianos son los más vulnerables en razón de sus condiciones físicas, de salud y habitacionales, sino también por el hecho de que son menos instruidos y con menos recursos económicos que el resto de la población. El nivel socioeconómico de un individuo es el factor de mayor importancia para determinar la calidad de vida en la vejez. Tanto es así, que algunos autores han aseverado que la diferencia entre vejez saludable y un enfermo está en la cantidad de dinero disponible. Los adultos mayores, sin embargo, constituyen uno de los grupos sociales con más bajos ingresos económicos.

Tal es así que en el estudio se determinó que 48,6% no genera aporte económico a su hogar, y 41% tiene un ingreso menor al mínimo vital (menos de 550 nuevos soles), resultados que coinciden con el estudio de Huamán, R. (2008), quien indica que la mayoría de su población no genera ingreso y que un pequeño porcentaje aporta menos de 1000 nuevos soles. Todo esto se relaciona con lo anteriormente manifestado. Coronado, J. y col (2009) manifiestan que el ingreso mayor a 1000 nuevos soles son factores protectores de la calidad de vida. Según la ENAHO, todas las personas adultas mayores reciben ingresos por alguna fuente. Sus niveles de ingreso son, en promedio, muy bajos.

El ingreso que recibe la gran mayoría de ellas no alcanza a cubrir la canasta mínima alimentaria y no alimentaria de 230 Nuevos Soles, suponiendo que este ingreso fuese para una sola persona. No obstante, hay que tener en cuenta que este monto sirve para cubrir los gastos de otros dependientes en el hogar, lo que hace que el ingreso *per cápita* sea mucho menor. En pobreza extrema, la casi totalidad de ellas no llega a percibir ese monto, y sólo un pequeño porcentaje supera esa cantidad.

Mientras que en pobreza no extrema casi la mitad no alcanza a percibir los 230 nuevos soles, y el 81% no logra superar la remuneración mínima vital de 550 nuevos soles, y sólo un pequeño sector percibe ingresos superiores a esa cantidad. Como indica Cardona, D., la edad hace más vulnerable a la persona en lo económico y en las condiciones de salud al tener limitaciones para acceder a las oportunidades, al no acceder a las exigencias que el medio productivo y la sociedad requieren. De esta manera se echa al olvido su experiencia y sabiduría adquirida en el transcurso de su vida.

El rápido envejecimiento demográfico tiene impactos económicos tanto en el nivel agregado como en el individual. Se ha planteado que una población envejecida crea presiones fuertes sobre los sistemas de pensiones y genera dificultades a los países para garantizar su solvencia y sostenibilidad, especialmente aquellos sistemas basados en el reparto. Estas dificultades impedirían que las personas cuenten con recursos económicos necesarios para solventar sus necesidades en la etapa final de la vida. En materia de políticas, garantizar en el corto plazo la seguridad económica en la vejez es uno de los retos más complejos.

La capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que hacen una buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones. Además mejora la autoestima, al permitir el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.⁴⁰

La investigación evidencia que 79,9% de los adultos mayores manifiesta que no existen grupos de apoyo en su comunidad, y sólo 12,5% participa de algún grupo social. Asimismo, hay una variable relacionada con este aspecto y es el uso de medios de comunicación. Al respecto 83,3% de los adultos mayores hace uso de algún medio de comunicación. Esto está relacionado con la vinculación que este grupo de edad mantiene con el entorno social, con los acontecimientos externos respecto de su hogar. No se han encontrado estudios relacionados con estos aspectos, por lo que no se puede hacer una comparación cuantitativa con los resultados; pero hay un estudio cualitativo de Vera, M. (2006) que indica que para el adulto mayor la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Como podemos revisar en las teorías sociológicas sobre el envejecimiento se describe la teoría de la actividad, la misma que postula que sería la actividad por sí misma la que otorgaría bienestar subjetivo; pues, el participar en grupos sociales permite que el adulto mayor tenga contactos sociales e interactúe con personas significativas, es decir, tenga una continuidad externa. A diferencia de aquellos que no participan o no se informan de los acontecimientos sociales caerían en lo que refiere la teoría del desentendimiento postulada por Cummings y Henry, que a la letra dice: “El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o desvinculación recíprocos entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen – desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema.” Si analizamos bien esta teoría podríamos determinar que la desvinculación no estaría dada tanto por la indiferencia del adulto mayor sino por la carencia o insuficiencia de espacios o grupos sociales que los integre. Es posible también que no se le dé la debida importancia a los grupos que existen, es más, no son conocidos.

Este punto queda como reto para instituciones y autoridades que tienen la capacidad económica y decisiva de ejecutar proyectos al respecto.

Respecto de los servicios en la vivienda, se encontró que 6,9% no cuenta con servicios básicos, 9,7% no tiene agua, 41% no cuenta con desagüe y 19,4% no tiene luz. Los datos coinciden con el censo del 2007 que revela que en el área urbana, 6 de cada 100 viviendas no tiene servicios higiénicos, respecto del acceso al agua, 21,5% acceden al agua a través de río, acequia, manantial o similar, 15,8% utiliza el pozo. Y sólo el 0,1% utiliza el agua proveniente de camión y 2,4% la obtiene de pilón de uso público. En un porcentaje ligeramente mayor (4,8%) están las viviendas que las solicitan a los vecinos y otras formas de abastecimiento de agua. Respecto de la luz eléctrica se reporta que 40,2% de las viviendas dispone de este servicio. Si bien es cierto el estudio reporta que la mayoría de adultos mayores dispone de algún tipo de servicio, es importante resaltar a aquellos que no cuentan con algún servicio o no tienen ninguno; por ello, en este estudio se ha creído conveniente evidenciar los porcentajes de adultos mayores que carecen de servicio; pues, esto es un indicativo del nivel de pobreza en el que vive parte de los adultos mayores. Esta es una condición que se arrastra posiblemente desde su niñez; se debería suponer que con el transcurrir de los años y con la globalización, el “crecimiento económico” en nuestro país, debería revertirse, y ahora a sus años deberían gozar al menos de estos servicios que son los mínimos para que una persona viva con dignidad, que tenga el beneficio de tener agua dentro de su casa y no tener el malestar de estar adquiriéndola fuera o estar esperando que una cisterna llegue a regalársela, como si esto se tuviera que mendigar y no ser un derecho de todo ciudadano. Asimismo, el hecho de no tener luz limita el contacto social externo destinándolos aun más a la discriminación y a la desinformación que lleva muchas veces a ser engañados, estafados y violentados. Otro servicio de igual importancia que el

agua en ese orden de prioridad, es el desagüe, pues, su carencia conlleva a que el adulto mayor esté más propenso a las enfermedades; pues, se sabe por teoría que el sistema inmunitario se ve vulnerado por la edad; hay una disminución de las defensas naturales del organismo (celulares y humorales) frente a los gérmenes causantes de enfermedades (virus, bacterias, hongos, etc.). Por ello, la persona mayor es más propensa a presentar infecciones.

Finalmente, dentro de los principales motivos de consulta del adulto mayor constan los malestares relacionados con el sistema músculo-esquelético, cardiovascular, digestivo, neurológico y urinario. Teniendo en cuenta el orden decreciente, los resultados difieren de los que realizó Cardona, D (2008), quien reporta que los principales padecimientos son la hipertensión, estrés y depresión, pero hay que hacer énfasis en que este estudio fue efectuado en Medellín – España, en donde el perfil epidemiológico es diferente que en nuestro país. Asimismo, Gallegos K. y col. (2006), refiere en su investigación que uno de los factores asociados a la mala salud fue el diagnóstico de enfermedades crónicas. Los resultados obtenidos coinciden con los de Huamán, R (2008), quien también reporta que las principales enfermedades de los adultos mayores son las músculo-esqueléticas con 78,7%, sensoriales tiene 46% y las neurológicas ocupan 44%. La repercusión de las enfermedades geriátricas, sean cuales sean, se nota en el deterioro funcional, mental y social del adulto mayor, destacando la disminución funcional, incapacidad y dependencia en las actividades de la vida diaria que limitan su autonomía. Las enfermedades neurológicas pueden afectar la cognición, limitando la memoria, capacidad de juicio, abstracción y propiciando la depresión. Es posible que haya una mayor cantidad de adultos mayores que refieren enfermedades neurológicas porque debido a la edad hay un enlentecimiento de los movimientos, alteraciones del sueño y disminución de la sensibilidad al calor, al frío y al dolor, predisponiéndolos a ser más vulnerables al clima

que tiene nuestra región. Asimismo el elevado porcentaje de padecimientos músculoesqueléticos se puede deber además de la pérdida gradual de la masa y la potencia muscular, a la falta de un ejercicio continuo y adecuado a su edad, también a la carencia de una alimentación óptima para su edad, a la falta de administración de suplementos vitamínicos justamente porque sus ingresos no lo permiten. Los problemas digestivos, están asociados a la pérdida de piezas dentarias, la utilización de prótesis mal ajustadas, el mal estado de los dientes y la afección de las encías que pueden producir dificultades en la masticación. Esto conlleva a una disminución en la producción de la saliva, lo que ocasiona disminución de la absorción de nutrientes y en la secreción de sustancias necesarias.

Tabla 3. Perfil familiar del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

	No.	%	Perfil Familiar
N° de personas en el hogar			
De 1 a 3	67	46,5	
De 4 a más	77	53,5	
Convivencia Familiar			
Acompañado	137	95,1	
Solo(a)	7	4,9	
Presencia de otras generaciones en el hogar			
Niños	38	26,4	
Adolescentes	43	29,9	
Jóvenes	80	55,6	
Adultos	62	43,1	
Relación con miembros de hogar			
Buena	121	84,0	
Regular	23	16,0	
Total	144	100,0	

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

El presente cuadro muestra el perfil familiar del adulto mayor, donde se obtuvo que 53,5% refiere que en su hogar hay de 4 a más personas y 46,5% tiene un hogar constituido por 1 a 3 personas. 95,1% vive acompañado frente al 4,9% que vive solo.

El 55,6% de los adultos mayores tiene en su hogar jóvenes, 43,1 % viven con adultos y 56,3% tienen en su hogar niños y adolescentes, 84% de los adultos mayores considera que la relación con los miembros de su hogar es buena y 16% la califica como regular.

Los hogares de los adultos mayores estudiados están conformados por 4 a más personas. Estos resultados difieren de los reportados por Ninatanta J. (2002), quien refiere que un alto porcentaje de su grupo de estudio vivía en familias nucleares; pero los resultados coinciden con los reportados por Ramos, M. y col. quienes reportan para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social respecto de la estructura porcentual de los hogares donde habita un adulto mayor según número de miembros que la característica fundamental de la mayor parte de estos hogares es que son extendidos. Esto quiere decir que en esos hogares formados por padres e hijos conviven también otros parientes de los jefes de hogar. Si tenemos en cuenta que en la inmensa mayoría de estos hogares el adulto mayor es el jefe – esposa/o, la mayor parte de los que aparecen en la categoría hijos/as, yerno, nuera, nieto/a y otros parientes, que conforman 60,8% del total de integrantes de estos hogares, son los hijos e hijas de estas personas adultas mayores, quienes conviven en la casa de sus padres con sus cónyuges, hijos e hijas. En 83,7% de estos hogares hay más de tres miembros y en una cuarta parte de ellos hay siete o más miembros. Hay que destacar también que existen hogares donde reside una persona adulta mayor sola y que esta característica es más frecuente en condición de pobreza extrema. No obstante, que el porcentaje aparece bajo, expandiendo la muestra al total de hogares, estaríamos refiriéndonos aproximadamente a 15 mil hogares en situación de pobreza en el área urbana en el contexto nacional, donde reside una persona adulta mayor sola. Lo interesante de este resultado es que en su mayoría los adultos mayores tienen compañía con quienes comparten el espacio y también pueden

ser auxiliados en caso de enfermedad; pero, por otro lado, también el tener una familia extendida podría conllevar al hacinamiento, y, por lo tanto, a que el adulto mayor viva en condiciones muy desfavorables. Asimismo, dentro de los miembros del hogar predominan los adultos y jóvenes, lo cual podría indicarnos que son los hijos y nietos.

El 84% de adultos mayores sujetos del presente trabajo de investigación califica a la relación con los miembros de su hogar como buena, y 16% como regular. Estos datos se contraponen a los encontrados por Peña, B. y col. (2009), quienes reportan que 20% de los adultos mayores manifiestan estar insatisfechos en la relación con sus hijos. Hay coincidencia con los datos encontrados por Chávez, R. (2008), quien indica que 69,2% de los adultos mayores refirió tener buenas relaciones con sus familiares. La situación actual respecto de las posibilidades de que disponen las personas mayores para buscar apoyo y protección económica en sus descendientes es el resultado de las circunstancias demográficas predominantes tres o cuatro décadas atrás. Estas circunstancias se han ido modificando sustancialmente. Por una parte, la fuerte disminución de la fecundidad reducirá el tamaño potencial de la red de apoyo familiar con que contarán las personas mayores. Particularmente difícil es la situación de las personas que serán mayores en los próximos años, que deberán prepararse para su propia vejez en condiciones poco propicias, como las descritas antes, al tiempo que deberán ayudar a sus antecesores, a sabiendas de que no necesariamente contarán con el mismo tipo de apoyo familiar que ellos están ofreciendo a sus mayores. Por otra parte, la incorporación plena de la mujer al mundo del trabajo fuera del hogar implica una readecuación de las funciones de cuidado entre hombres y mujeres, pero independientemente de ello, disminuye la disponibilidad de un recurso de apoyo que por su condición de género ha tendido a estar sobrecargado con funciones de cuidado. Por último, la mayor longevidad y su efecto en la menor incidencia de la viudez, unido a los cambios en los

patrones de formación y disolución de uniones, modifican las estructuras familiares y crean alteraciones que pueden limitar la capacidad de las familias de ofrecer apoyo en el futuro.⁴⁰

Tabla 4. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor según dimensiones consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

DIMENSIONES	PERCEPCION DE CALIDAD					
	Baja		Alta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Función Física	92	63,9	52	36,1	144	100,0
Rol Físico	136	94,4	8	5,6	144	100,0
Dolor	121	84,0	23	16,0	144	100,0
Salud General	88	61,1	56	38,9	144	100,0
Vitalidad	102	70,8	42	29,2	144	100,0
Función Social	82	56,9	62	43,1	144	100,0
Rol Emocional	100	69,4	44	30,6	144	100,0
Salud Mental	99	68,8	45	31,3	144	100,0
	111	77,1	33	22,9	144	100,0

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

En cuanto a la percepción de calidad de vida según dimensiones se puede observar que 77,1% de los adultos mayores que acuden a consulta externa al Hospital Regional de Cajamarca, perciben su calidad de vida como baja; en contraste con 22,9% que la percibe como Alta. Examinando cada una de las dimensiones que componen la escala, se pudo observar que la calidad de vida en esta población es baja, pero en algunas dimensiones es mayor que en otras; así tenemos que en lo referente a la dimensión de rol físico (RF), 94,4% califica a su calidad de vida como baja, frente al 5,6% que la califica como alta, respecto a la dimensión dolor (D), el 84% refiere tener una baja calidad de vida y 16% lo considera alta; en la dimensión vitalidad (VT) 70,8% de los adultos mayores la califica como baja, y 29,2% determinó que es alta, respecto al rol emocional (RE), 69,4% considera que en este aspecto su calidad de vida es baja, frente al 30,6% que la califica como alta. Esto se

relaciona con la dimensión Salud Mental, pues, 68,8% de los adultos mayores califica esta dimensión como baja y 31,3% la califica como alta calidad de vida.

El 63,9% califica a la dimensión de función física (FF) como calidad de vida baja y 36,1% la consideró alta. El 61,1% calificó a la dimensión salud general (SG) como baja calidad de vida; en cambio 38,9% la calificó como alta. Finalmente, se tiene a la dimensión función social (FS), calificada como baja calidad de vida por 56,9% y como alta por 43,1%.

La auto percepción baja de su calidad de vida de los adultos mayores según nuestro estudio, coincide con los encontrados por Huamán, R (2008), quien concluye que el adulto mayor que es atendido por el Centro de Atención Integral de la Municipalidad del Distrito de Cajamarca, manifiesta que su calidad de vida es mala. Asimismo, vemos que hay diferencia entre los resultados encontrados y la auto-percepción de vida en diferentes latitudes expresadas en los estudios de Damian, J. (1999), Wong, R. (2005) y Sun, W. (2007), quienes indican que el porcentaje de personas adultas mayores que califican a su salud de buena a muy buena: España 49,5%, Japón 73,1%, Buenos Aires, Montevideo 60%, Sao Paulo 50%, Habana, Santiago de Cuba y Ciudad de México entre 30 y 40%^{7,35,33}. Los resultados difieren no tan significativamente del estudio realizado por Coronado, J. en la ciudad de Chiclayo, quien indica que en la evaluación de la calidad de vida en salud, se observó la tendencia a promedios más bajos en las escalas de salud, al incrementar la edad de los participantes, pero hay un regular promedio de respuestas, que reflejan la observación de “Regular salud”; es decir, que más del 50% de la población encuestada indistintamente de sus característica tienen una calidad de vida sobre el promedio. Según la teoría sobre calidad de vida “arriba – abajo” y “abajo – arriba” considera que la percepción de la calidad de vida se da como consecuencia de una reflexión y lectura propia de la persona sobre las situaciones, podría entonces considerarlas como

satisfactorias o insatisfactorias de acuerdo con su valoración subjetiva. Desde este punto de vista, para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta. Es importante destacar y tener en cuenta la valoración que nuestros adultos mayores hacen de su salud, pues, a partir de ello podemos generar proyectos y espacios que contribuyan a cambiar esa autopercepción que tienen de ella, las similitudes y diferencias con otros estudios justamente se pueden explicar por el carácter controversial del concepto y las características de la calidad de vida, las mismas que las podemos encontrar dentro del marco teórico de este trabajo.

Se determinó que más del 50% de los adultos mayores usuarios de consulta externa manifiestan baja calidad en relación a la función física (FF), es decir, que existe un grado de limitación de moderado a severo (ver ítems anexo 2) para hacer actividades físicas tales como el auto-cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. Los resultados encontrados tienen similitud con los estudios de Huamán, R. , quien evidencia que en su grupo de estudio existen dificultades para realizar actividades que implican esfuerzos moderados e intensos. También hay cierta relación con los resultados de Coronado, J., quien encontró que esta categoría alcanzó una media de 64,6% y en análisis de sus ítems se detectó que un poco más de tres cuartos (76,5%) presenta algún tipo de limitación severa. En lo que concierne a la limitación leve, (47,5%), menos de la mitad, tiene ese tipo de limitación. Estos resultados pueden deberse a que los adultos mayores entrevistados acuden a consulta externa por algún padecimiento que les causa malestar; por lo tanto, les ocasiona limitación de sus funciones físicas; de la atención, el buen diagnóstico y tratamiento podría depender que esa limitación se revierta, se acentúe o se mantenga. Asimismo, esto puede deberse no sólo al hecho de que presenten patología de fondo crónica o aguda, sino que existe asociación entre la dimensión función

física y tener enfermedad. La explicación de estos resultados la hacen las teorías de varios autores citados en el marco teórico que han establecido tres tipos de envejecimiento “normal”, “patológico” y “óptimo”. Mientras que la vejez normal es aquella que evoluciona sin patologías inhabilitantes, la vejez patológica se desarrollaría en un organismo quebrantado por la enfermedad y la inhabilidad. Nuestros encuestados se encuentran en un punto intermedio, pues, son adultos mayores autovalentes con cierta molestia.

En lo que respecta a la dimensión de rol físico (RF) hay un contundente 94,4% que califica esta dimensión con baja calidad de vida; es decir, consideran que su molestia afecta en grado severo con su trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación o dificultad en el tipo de actividades realizadas (ver ítems, anexo 2).

Los resultados coinciden con los obtenidos por Huamán, R., quien concluye que en la vejez la salud física tiene alto impacto reflejándose en la limitación en la realización de actividades cotidianas. También coincide con Jamoo, E. que manifiesta que el deterioro en la capacidad funcional de los adultos mayores se relaciona con una mala percepción de salud de los mismos y que los factores relacionados son: severidad de la discapacidad, tipo de actividad limitada, edad de la persona al inicio de la discapacidad.¹⁸ En cambio, Coronado, J. obtuvo en la dimensión RF una puntuación relativamente baja (61,18%) respecto de nuestro resultado. Igualmente, este resultado podría estar influenciado por la patología existente.

También hay un alto porcentaje (84%) en la dimensión dolor (DC), que considera a esta dimensión con baja calidad de vida, es decir que la intensidad del dolor tiene efecto en el trabajo habitual fuera y dentro del hogar. Estos resultados difieren de los encontrados por Huamán, R., que aprecia que los adultos mayores tienen una interferencia moderada por el

dolor en sus actividades de trabajo y de su hogar, y también con los resultados de Coronado, Juan, quien obtiene un puntaje de 62,22% en esta dimensión. Es importante considerar que en la evaluación del dolor del adulto mayor interfieren prejuicios como creer que el dolor es parte del proceso normal del envejecimiento, que es sinónimo de salvación y redención, signo de debilidad o temor, así como ideas que alimentan la subestimación y dificultan el tratamiento. El dolor persistente en el adulto mayor causa deterioro significativo de la calidad de vida, porque exacerba los estados depresivos, entorpece la socialización, altera el sueño, compromete la marcha, incrementa la demanda de atención sanitaria, disminuye el potencial rehabilitatorio y predispone al aumento de efectos secundarios medicamentosos, entre otros. El dolor se acompaña de cambios patológicos y ajustes homeostáticos como son la liberación de aldosterona y cortisol con el consecuente efecto en el catabolismo de proteínas y grasas, lo cual favorece la sarcopenia (reducción de masa muscular); además del consecuente deterioro de la tolerancia a la glucosa, disminución en la cuenta linfocitaria, inhibición en la actividad de macrófagos y reducción de la respuesta inflamatoria y por ende, la supresión de la respuesta inmunitaria⁵³.

El 61,1% de los adultos mayores considera a la dimensión salud general (SG) dentro de la calidad de vida como baja; es decir, hacen una valoración baja de su salud, la que incluye las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Los resultados coinciden con los encontrados por Huamán, Raquel, quien dice que su población de estudio percibe una valoración baja de la salud actual, perspectivas de mala salud y poca resistencia a enfermarse. Coincide también con Chávez, R. (2008), quien indica que 75,2% refiere calidad de vida baja en relación con el estado general de salud. Los resultados son similares también a los encontrados por Coronado, Juan, quien registra que el 50,22% de los adultos mayores de Chiclayo califica a esta dimensión como baja. Difieren de los resultados de

Peña, B; quien indica que sólo el 18,7% de su población mencionó sentirse nada satisfecho con su salud.

La mayoría de adultos mayores perciben baja calidad de vida en relación con la dimensión Vitalidad (VT), es decir que presentan un sentimiento de cansancio y agotamiento, lo cual coincide con la conclusión a la que llegó en su estudio Huamán, R. , igualmente Coronado, Juan, obtuvo un puntaje alto (64,5%) en lo que respecta a Vitalidad. Hay un estudio que no tiene relación directa con los resultados; pero es indirecta, me refiero al estudio de Mora, M. (2004) que llega a comprobar que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor resultados positivos, mientras más cantidad de veces de tiempo por semana se dedique.²⁸

En relación con la dimensión función social (FS), sólo 56,9% la califica como baja calidad de vida; es decir, hay buen porcentaje de los adultos mayores que consideran que los problemas de salud física o emocional interfieren de regular a nada en la vida social habitual. En cambio Coronado, Juan, encontró un puntaje alto referente a esta dimensión. Describe el 72,75%; pero Huamán, R. manifiesta que esta dimensión es un poco

favorable para las personas en estudio.

Estos resultados podrían ser explicados por la teoría de la actividad, que establece que el nivel de actividad de una persona se va a manifestar en este proceso en función de su trayectoria vital y del patrón de actividades que haya presentado durante las etapas anteriores; la continuidad representa, de esta manera, un modo de afrontar los cambios físicos, mentales y sociales que acompañan al proceso de envejecimiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta teoría no toma en cuenta que existen cambios en el ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas, lo que llamamos continuidad externa.²⁰

Referente al rol emocional (RE), también podemos observar que hay un alto porcentaje (69,4%) que determina que su calidad de vida en este aspecto es baja; es decir, los problemas emocionales en este grupo de adultos mayores interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (ver ítems, del anexo 2). Coincide esto con el estudio de Huamán, R., quien observó que los problemas emocionales interfieren sobremanera en el trabajo y otras actividades diarias de los adultos mayores.

Igualmente, en lo referente a la dimensión de salud mental (SM), hay un alto porcentaje (68,8%) que determina que su calidad de vida en este aspecto es baja, o sea que tienen una alteración en la salud mental en general, lo cual incluye depresión, ansiedad, alteración en el control de la conducta o bienestar general (ver ítems, del anexo 2). Hay cierta similitud de los resultados obtenidos con los de Mora, M. (2004), quien mostró que existe una relación significativa entre las variables autonomía y soporte social, entre autonomía y estado mental; entre autonomía y frecuencia de la actividad; entre autonomía y duración. Por otro lado, nuestros resultados difieren con los de Huamán, R., quien en su estudio no evidenció mayores problemas de salud mental (ansiedad, depresión, estrés); sin embargo, se han sentido moderadamente infelices y agotados.

Asimismo, los resultados del presente trabajo también se ven refrendados por los de Bustinza, F. y col., quien concluye en que la capacidad funcional del geronte está fuertemente relacionada con la capacidad funcional biomédica y a su vez lo biomédico con lo psicológico.

Lo antes encontrado puede explicarse también por las teorías psicológicas sobre el envejecimiento, dentro de las que tenemos la teoría de la “Integridad del yo vs. Desesperación.” Esto significa que aquellos individuos que de alguna manera han cuidado de cosas y de personas y se han adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de productos e ideas, pueden madurar gradualmente el producto de estas etapas, es decir, llega a una integridad del yo.^{12,24} El poseedor de esta integridad está siempre listo para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica. En esta consolidación final, la muerte pierde su carácter atormentador.⁵ Pero hay adultos mayores que optan por lo opuesto que es la desesperación, lo que expresa que ahora el tiempo que queda es corto para intentar otra vida o para probar caminos alternativos hacia la integridad. Es como un malestar consigo mismo bajo la forma de mil pequeños sentimientos de frustración, apego, desgano, vergüenza, duda, ineficiencia, culpa, inferioridad, confusión de rol, soledad, confianza, miedo y tristeza.

Tabla 5. Calidad de vida y perfil demográfico del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

PERFIL DEMOGRAFICO	CALIDAD DE VIDA						Pvalue
	BAJA		ALTA		TOTAL		
	n	%	n	%	N	%	
Edad							0,0001
60 - 69 años	23	54,8	19	45,2	42	100,0	
70 - 80 años	48	82,8	10	17,2	58	100,0	
Más de 80	40	90,9	4	9,1	44	100,0	
Sexo							0,1302
Hombre	54	72,0	21	28,0	75	100,0	
Mujer	57	82,6	12	17,4	69	100,0	
Área de residencia							0,5706
Urbana	57	75,0	19	25,0	76	100,0	
Rural	54	79,4	14	20,6	68	100,0	
Procedencia							0,0239
Urbana	25	64,1	14	35,9	39	100,0	
Rural	86	81,9	19	18,1	105	100,0	
Estado civil							0,0359
Soltero(a)	8	66,7	4	33,3	12	100,0	
Casado (a)	35	66,0	18	34,0	53	100,0	
Conviviente	17	77,3	5	22,7	22	100,0	
Viudo(a)	49	90,7	5	9,3	54	100,0	
Separado(a)	2	66,7	1	33,3	3	100,0	

Nivel educativo	0,0052					
Sin nivel	53	89,8	6	10,2	59	100,0
Primaria incompleta	34	75,6	11	24,4	45	100,0
Primaria completa	16	72,7	6	27,3	22	100,0
Secundaria incompleta	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Secundaria completa	3	50,0	3	50,0	6	100,0
Superior no universitaria	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Superior universitaria	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Total						

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

En la presente tabla se establece la relación entre la Calidad de Vida y el Perfil demográfico del adulto mayor, se puede advertir que la edad, procedencia, estado civil y grado de instrucción son altamente significativas respecto a la calidad de vida con valores de “p” de 0.0001, 0.0239, 0.0359, 0.0052, respectivamente; por el contrario, no hay relación significativa con el sexo que tiene un valor p de 0,1302 y con el área de residencia que tiene un valor de 0,5706.

De los datos obtenidos se puede señalar que a medida que se incrementa la edad hay una mayor percepción baja de la calidad de vida. Estos resultados coinciden con el estudio de Dueñas, D. (2007), quien indica que a medida que se incrementa la edad hay una disminución de la percepción alta de salud (p: 0,000); Coronado J (2009) también en su estudio indica que para el grupo etario mayor de 80 años se incrementa el riesgo para mala FF a 2,32 (p menor 0.05). Huamán, R. (2008) encontró que a medida que las personas envejecen la diferentes dimensiones de la calidad de vida se deterioran conllevando a una baja calidad de vida. Igualmente Chávez, R. (2008), observa que la edad es altamente

significativa respecto del estado funcional ($X^2=0,000$). Esto demuestra que a menos edad, el adulto mayor tiene una autonomía y máxima funcionalidad en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Y caso contrario sucede conforme avanza la edad, pues, los cambios físicos se acentúan. Por teoría se conoce que un 65% de los adultos mayores son personas autovalentes, es posible que su edad no sea mayor de 80 años, pero traspasada esta edad hay un grupo importante que pasa a conformar el 30% de adultos mayores frágiles, o, en caso extremos, ese 3 a 5% de adultos mayores dependientes, es decir, aquellos que han tenido una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que le limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. A partir de los 30 años se produce una disminución de las funciones intelectuales, y esa disminución se acelera a partir de los 60 a 65 años. En la inteligencia se produce una reducción de la eficiencia.

Hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas nuevos que influye en la capacidad de aprendizaje. Se produce una falta de rapidez y espontaneidad en los procesos de pensamiento. Hay también una disminución de la capacidad de concentración. La memoria se ve especialmente afectada; recordar hechos pasados no es difícil, pero sí la retención de sucesos nuevos.¹⁴

Respecto del sexo, en nuestro estudio no se encontró una relación con la percepción de la calidad de vida, lo que coincide con Chávez, R. (2008) que indica que no existe asociación significativa alguna con las dimensiones del estado funcional, el bienestar emocional y el estado general de salud. También hay coincidencia con el estudio de Dueñas, D. (2007), quien encontró que no hubo diferencias por sexo ($p=0,0506$), es decir, que la alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos. Asimismo, Huamán, R. (2008), en su estudio indica que hay

dimensiones de la calidad de vida que se ven influenciadas por el sexo, es decir, que las mujeres califican algunas dimensiones como malas a diferencia de los hombres que la califican como regulares o buenas. Los resultados obtenidos difieren de los de Coronado J. (2009), quien considera al sexo masculino como un factor protector en todas las dimensiones, excepto para mala SG en donde su OR fue de 1,37 aunque con un p no significativo (p mayor 0,05).

Respecto del área de residencia, se puede observar que no está relacionada con la percepción de la calidad de vida; sin embargo, Huamán, R. (2008), en su estudio nos muestra que mayormente los adultos mayores de la zona urbana marginal y rural que integran el CIAM, viven en pobreza extrema, lo que repercute en una mala calidad de vida, en casi todas las dimensiones. Pero en los resultados se aprecia que el área de procedencia con un $p=0,0239$ indica que existe relación con la percepción de la calidad de vida que tiene el adulto mayor sujeto de estudio. Cuando uno migra viene con una carga emocional, social, económica, así como con costumbres que pueden influir en la forma de vida de la población, pese a que el contexto nuevo en el que nos desarrollamos sea distinto para bien o para mal, se considera que son importantes los inicios de la vida, pero tampoco se puede asegurar que sea un aspecto determinante para la calidad de vida, pues, hay características modificables, todo depende de la persona como lo indican las teorías sociológicas sobre el envejecimiento.²⁰

El estado civil es un factor demográfico que según los datos obtenidos se constituye en una condición importante para determinar la alta o baja calidad de vida, pues, los adultos mayores con pareja tienen una alta percepción de calidad de vida, a diferencia de aquellos que no lo tienen. Los datos obtenidos son corroborados con los que encontró Dueñas, D

(2007), quien indica que la percepción alta de salud es más marcada en los ancianos con pareja que en los que no tienen obteniendo un $p=0,000$. Igualmente Huamán, R. (2008) manifiesta que en lo que se refiere a las dimensiones de calidad de vida, según estado civil, las personas adultas mayores viudas tienen los puntajes más bajos en comparación con los solteros y casados. Pero los datos difieren de Chávez, F. (2008), quien encontró que no existe asociación significativa alguna con el estado civil. Se conoce que las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte del cónyuge o de los amigos van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. El superviviente pasa por períodos de pena y dolor, y por períodos de remordimiento. De todas estas vivencias, la soledad es la que ocasiona más problemas a la persona adulta mayor, porque es muy difícil de superar; por eso, muchos mayores deciden de nuevo formar otras parejas. El adulto mayor soltero parece acopiar mejor la soledad y está más preparado para afrontar los problemas que ésta comporta.²⁶

El grado de instrucción según el estudio tiene una asociación significativa con la percepción de la calidad de vida; pues, a medida que aumenta el nivel de escolaridad, la percepción de la calidad de vida es mayor. Esto concuerda con los resultados obtenidos con Dueñas, D. (2007), quien encontró un $p=0,000$ en su variable nivel de escolaridad. Igualmente Huamán, R. (2008) llega a determinar una relación entre el grado de instrucción y la calidad de vida. Aprecia, que hay una relación entre el bajo nivel de instrucción y la percepción de mala calidad de vida.

Del mismo modo Coronado, J. (2009) encontró que el nivel de instrucción superior es un factor protector para evitar la mala calidad de vida en todas las dimensiones, excepto en SG en donde no fue significativo. También Chávez, R. (2008) encontró una asociación altamente significativa entre el nivel educativo y el estado funcional, bienestar emocional y el estado de salud general de la calidad de vida.

Tabla 6. Calidad de vida y perfil social del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

PERFIL SOCIAL	CALIDAD DE VIDA						Pvalue
	BAJA		ALTA		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
Religión							0,6055
Católica	79	76,0	25	24,0	104	100,0	
No Católica	32	80,0	8	20,0	40	100,0	
Ocupación							0,0080
Ama de casa	37	82,2	8	17,8	45	100,0	
Otros	32	62,7	19	37,3	51	100,0	
Ninguno	42	87,5	6	12,5	48	100,0	
Aporte económico							0,0010
Menos del ingreso mínimo vital	41	69,5	18	30,5	59	100,0	
Ingreso mínimo vital	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Más de un ingreso mínimo vital	7	63,6	4	36,4	11	100,0	
No aporta	60	85,7	10	14,3	70	100,0	
Grupos de apoyo en su comunidad							0,9309
Si	11	73,3	4	26,7	15	100,0	
No	89	77,4	26	22,6	115	100,0	
No sabe	11	78,6	3	21,4	14	100,0	
Participación en grupo social							0,6000
Si	13	72,2	5	27,8	18	100,0	
No	98	77,8	28	22,2	126	100,0	
Servicios en la vivienda							0,4788
Agua	99	76,2	31	23,8	130	100,0	
Desagüe	64	75,3	21	24,7	85	100,0	
Luz	88	75,9	28	24,1	116	100,0	
Ninguno	7	70,0	3	30,0	10	100,0	

Medios de comunicación							0,0630
Hace uso	89	74,2	31	25,8	120	100,0	
No hace uso	22	91,7	2	8,3	24	100,0	
Problemas de Salud: Motivo de consulta							0,5830
Músculo - esquelético	29	80,6	7	19,4	36	100,0	
Cardiovascular	13	61,9	8	38,1	21	100,0	
Digestivo	21	77,8	6	22,2	27	100,0	
Neurológico	4	100,0	0	0,0	4	100,0	
Sensorial	13	72,2	5	27,8	18	100,0	
Respiratorio	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Urinario	15	88,2	2	11,8	17	100,0	
<u>Otras</u>	<u>13</u>	<u>76,5</u>	<u>4</u>	<u>23,5</u>	<u>17</u>	<u>100,0</u>	

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

En la presente tabla se aprecia que la asociación es altamente significativa entre la ocupación y la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, obteniendo un $p=0,0080$, asimismo, con el aporte económico ($p=0,0010$). Por otro lado, según los resultados obtenidos no existe asociación entre la percepción de la calidad de vida con la religión ($p=0,6055$), presencia de grupos de apoyo en su comunidad ($p=0,9309$), participación en grupos sociales ($p=0,6000$), servicios básicos ($p=0,4788$), con el uso de medios de comunicación ($p=0,0630$), ni con el motivo de consulta ($p=0,5830$).

Los resultados obtenidos respecto a la ocupación coinciden con los de Chávez, R. (2008) quien encontró una asociación altamente significativa entre la ocupación y el estado funcional ($p=0,003$), así como con la dimensión del bienestar emocional ($p=0,008$) y el estado general de salud ($p=0,009$). Coronado J. (2009) sostiene que estar sin actividad fue un factor de riesgo para evitar la mala calidad de vida en todas las dimensiones, excepto para SG en donde no fue significativo (p mayor a 0,05). Al respecto, la teoría de la actividad, insta a que sería la actividad por sí misma la que otorgaría bienestar subjetivo, teniendo en cuenta esto nos podríamos dar cuenta de que la calidad de vida va más allá del bienestar sólo físico, sino que además hay que tener en cuenta la personalidad, el sistema de valores que se ha ido afianzando en el transcurso del tiempo y que por esta teoría de la continuidad debería mantenerse en la etapa del adulto mayor.

Asimismo, el ingreso económico se asocia significativamente con la percepción de calidad de vida que tenga el adulto mayor. Estos resultados difieren de los de Chávez, R. (2008), quien encontró que el ingreso económico mensual por jubilación/cesantía no tiene relación significativa con el estado funcional, bienestar emocional y estado de salud general de la calidad de vida. Los resultados coinciden con los de Coronado J. (2009), que indica en su estudio que los ingresos mensuales mayores de 1000 soles mensuales fue un factor protector para todas las dimensiones, excepto para la FS en donde no fue significativo.

En cambio, Huamán, R. (2008), observa que los puntajes de las dimensiones de calidad de vida en relación a no percibir ninguna remuneración, casi en su totalidad, son bajos los cuales redundan en una mala calidad de vida de los adultos mayores; casi lo mismo se puede concluir en los que su remuneración es menos de 100 nuevos soles, no hay mucha diferencia.

Por otro lado, la presencia y participación de grupos de apoyo en los resultados del estudio no muestra, asociación significativa con la percepción de la calidad de vida. Chávez, R. (2008) en sus resultados refiere que la participación del adulto mayor en actividades físicas, recreativas, lúdicas y paseos tiene asociación significativa sólo con el estado funcional de la calidad de vida, pero no estableció relación con el bienestar emocional y estado de salud general. En la *Declaración de Montevideo sobre política de protección integral al envejecimiento y la vejez saludable (Montevideo, 1997)*, reunión convocada por la OMS, se recomienda reducir y eliminar las barreras que impiden que los adultos mayores se mantengan productivos, promover la educación y capacitación a lo largo de la vida y, además, apoyar la transmisión de las capacidades y habilidades de los mayores a las otras generaciones a través de programas sociales, laborales, culturales y recreativos.¹

Las variables servicios en la vivienda, uso de medios de comunicación y motivo de consulta no influyen en la percepción general de la calidad de vida. Los resultados coinciden con los de Chávez, R. (2008), quien no estableció relación significativa entre el acceso a la información, noticias u orientación de interés personal y la calidad de vida. Por otro lado, los resultados de Coronado, J. (2009) indican que el presentar una patología crónica fue un factor de riesgo en todas las dimensiones, excepto para SM y FS.

Se sabe que existe un consenso en la condición multidimensional de la calidad de vida, pues, cualquier reducción de la calidad de vida a un concepto monofactorial de salud, ingreso o posición social resulta inadmisible.¹⁰ Lo anterior expresado implica que, así como consideramos factores personales, también habremos de considerar factores socio-ambientales, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos.⁸

Dado que la calidad de vida se refiere a los aspectos subjetivos, algunos autores mantienen que sólo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (...), dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales es bastante improbable que los componentes de calidad de vida señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida. Lo que sí es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones.”⁸

Tabla 7. Calidad de vida y perfil familiar del adulto mayor usuario de consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010

PERFIL FAMILIAR	CALIDAD DE VIDA						Pvalue
	BAJA		ALTA		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
N° de personas en el hogar							0,7542
De 1 a 3	50	74,6	17	25,4	67	100,0	
De 4 a más	61	72,2	16	20,8	77	100,0	
Convivencia familiar							0,1980
Acompañado	107	78,1	30	21,9	137	100,0	
Solo(a)	4	57,1	3	42,9	7	100,0	
Presencia de otras generaciones en el hogar							0,0630
Niños	20	52,6	18	47,4	38	100,0	
Adolescentes	23	53,5	20	46,5	43	100,0	
Jóvenes	50	62,5	30	37,5	80	100,0	
Adultos	30	48,4	32	51,6	62	100,0	
Relación con miembros de hogar							0,1048
Buena	92	76,0	29	24,0	121	100,0	
Regular	19	82,7	4	17,3	23	100,0	
Total							

Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora

En la presente tabla se observa que no existe asociación significativa entre la calidad de vida del adulto mayor con la cantidad de personas que viven en el hogar ($p=0,7542$), tampoco con las personas con las que vive ($p=0,1980$), la presencia de otras generaciones no se asocia significativamente a la calidad de vida ($p=0,0630$), y la relación con miembros del hogar tampoco tiene relación ($p=0,1048$).

Algunos resultados obtenidos por Chávez, R. (2008) difieren con los de este estudio; pues, encontró que el apoyo familiar en la realización de actividades de la vida diaria demuestran una alta asociación con las dimensiones de la calidad de vida; asimismo, indica que existe asociación significativa entre las personas que apoyan en la solución de problemas con el bienestar emocional de la calidad de vida, pero no encontró asociación significativa con la frecuencia con que ve a su familia, tampoco con las relaciones familiares, las expresiones de afecto recibidas de los familiares ni con la habitación compartida con otras personas.

En la persona adulta mayor como integrante del grupo familiar se produce un cambio en las relaciones familiares; el adulto mayor no suele convivir bajo el mismo techo con sus hijos y nietos. Las relaciones entre él, sus hijos y nietos pasan por dos etapas diferentes: una primera, cuando la persona adulta mayor es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a la ayuda de los hijos, realiza tareas domésticas, ejerce de "recadero" y se encarga del cuidado de los nietos; la segunda etapa inicia con un cambio en las relaciones: la persona adulta mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado y ahora ya no se cuenta con él como se contaba anteriormente. Es en este momento cuando la familia se suele plantear el ingreso del adulto mayor en alguna institución, hecho que genera un sentimiento de rechazo y de abandono, porque se da cuenta de que sus opiniones y decisiones ya no tienen ningún valor.²⁶

Teniendo en cuenta lo antes señalado, es probable que no se haya encontrado asociación significativa con las variables del perfil familiar, porque la mayoría de adultos mayores son autovalentes e independientes, cumplen un rol y no tienen mucha necesidad de la familia, al menos para actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos y resultados del estudio, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El perfil demográfico del adulto mayor estudiado destaca que en mayor porcentaje tienen 70 años a más y son de sexo masculino; viven en el área urbana, pero proceden del área rural; su situación conyugal es de convivencia y con grado de instrucción primaria incompleta.
- El perfil social indica, que la mayoría de adultos mayores profesan la religión católica; desempeñan ocupaciones eventuales como obrero, empleado público, cesantes, independientes, agricultores o ganaderos y en caso de las mujeres predomina la ocupación de ama de casa, aportan económicamente al hogar, con ingreso menor al mínimo vital, no cuentan con grupos de apoyo comunal, ni participaban en agrupaciones sociales, con servicios básicos de salubridad, hacen uso de medios de comunicación y acuden por atención médica externa primordialmente por dolencias músculo-esqueléticas, digestivas y cardiovasculares.
- El perfil familiar revela que los adultos mayores principalmente pertenecen a hogares extensos, viven acompañados, sus familiares son jóvenes y adultos, con interrelación familiar buena.

- Según el cuestionario SF-36, la calidad de vida del adulto mayor estudiado es baja, en las dimensiones de rol físico, dolor, vitalidad y rol emocional. La prueba estadística X^2 mostró que existe relación altamente significativa entre la percepción de la calidad de vida del adulto mayor y el perfil socio-demográfico particularmente con la edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación y aporte económico.

RECOMENDACIONES

- A los Gobiernos Regional y Local, que formulen e implementen políticas que mejoren los programas y estrategias preventivo-promocionales en favor del bienestar de los adultos mayores, a través del incremento de presupuesto, de la creación de infraestructura idónea, incorporación de personal calificado, así como capacitación del personal existente.
- A la Región de Educación, para que incorporen en la programación curricular temas sobre el proceso de envejecimiento, en la formación de niños, adolescentes, jóvenes y adultos, a efectos de hacer tomar conciencia y sensibilizar.
- A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela de Posgrado y Facultades: Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales, Medicina Humana y Educación, impulsar y apoyar la investigación con enfoques multidisciplinarios sobre temas relacionados con la salud, educación y el contexto social de grupos poblacionales de la tercera y cuarta edad y financiar el desarrollo de proyectos a favor del mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VERA, Martha. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An. Fac. med.* 2007, vol.68, n.3, pp. 284-290. <Accesible en URL: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10255832007000300012&lng=es&nr m=iso>. Consultado 12 Feb. 2013.
2. Aldea E Telecomunicaciones C. A. [4 Ene] (2007). Longevidad: La mujer vive más, brecha de género en la esperanza de vida. Aldea Educativa ©. <Accesible en URL: <http://www.aldeaeducativa.com/aldea/articulo.asp?which1=2821> > Consultado 13 Nov. 2009.
3. Barros, C. (1993). Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores. *Estudios Sociales* N° 77. <Accesible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext> Consultado 03 Dic. 2009.
4. Bustinza F. María y Col. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol. 12 N°3 – 1999. <Accesible en URL: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/spmi/v12n3/Diagnostico.htm>>. Consultado 13 Agosto 2009.
5. Caputto L. (2002) El adulto mayor y el anciano. *Tiempo Monografías*. <Accesible en URL: <http://www.psiconet.com/tiempo/tiempo.8.htm> > Consultado 9 Abr 2006.
6. Cumming, E. y Henry, W.-E.(1961). *Growing Old: The process of disengagement*. New York, Basic Books Inc, 293.
7. Damian, J et al. Determinantes of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal Epidemiology Community Health*. 1999. 53:412-416.
8. Fernández Ballesteros, R.; Izal, M; Montorio, I; Gonzalez, J.L. y Díaz, P. (1992): *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Barcelona: Ed. Martinez Roca. ISBN: 84-270-1573-9. <Accesible en URL: www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc >. Consultado 13 Nov. 2009.
9. Fernández, G. Fernández, F. Rojo, P. *Calidad de vida y Salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación*. Territoris Universitat de les Illes Balears 2005. Núm. 5, pp. 117-135. ISSN: 1139-2169. <Accesible en URL: www.raco.cat/index.php/Territoris/article/view/117017/147939> Consultado 13 Nov. 2009.
10. Fernández-Ballesteros, R.; Zamarron, M. y Marcia, A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Documentos Técnicos N° 83. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, España. <Accesible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532006000200007&script=sci_arttext> Consultado 03 Dic. 2009.
11. Gallegos, K. García, C. Duran, C. Reyes, H, Arenas, L. *Rev Saúde Pública* 2006;40(5):792-801
12. García M. Aspectos Psicosociales del Envejecimiento. *Revista Diagnóstica*. [Mar-Abr] 2003; 42(2): 43-6. <Accesible en URL: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/43-46.html>>. Consultado 03 May. 2013

13. Gómez-Vela, Maria y Sabeh, Eliana (2001): Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. <Accesible en URL: <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>> Consultado 13 Nov. 2009.
14. Hogstel O. (1998). *Enfermería geriátrica cuidado de personas ancianas*. Editorial Paraninfo. p. 114-
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil socio demográfico de la tercera edad. Lima Perú, 2007.
16. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de Salud Mental en Cajamarca. 2003. <Accesible en URL: www.insm.gob.pe/.../EESM-CAJAMRCA200208-DRBERNAL.ppt> Consultado 07 Dic. 2009.
17. Iraurgi Castillo Ioseba, Póo Mónica, Márkez Alonso Iñaki. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. Rev. Esp. Salud Pública [serial on the Internet]. 2004 ; 78(5): 609-621. <Accesible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500006&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272004000500006> Consultado 07 Dic. 2009.
18. Jamoom, E et al. Age at disability onset and self reported health status. BMC Public Health 2008 8:10
19. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3.
20. Maldonado Guzmán G, Medrano Martínez R, Mendiola Infante SV, Nieto Ledesma MJL, Flores Ramírez G.El Cuidado del Adulto Mayor. Desarrollo Científ Enferm 2005 julio, 13(6). <Accesible en URL: <http://www.index-f.com/dce/13/13-169.php> > [ISSN: 1405-0048]. Consultado el 12 Nov. 2009-11-12 21. Martín E. La prevención comunitaria. Revista sobre igualdad y calidad de vida. N°7. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos; 1994 p. 7.
22. Naciones Unidas: Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Documento Introductorio. Consideraciones Demográficas. Viena. Julio - Agosto 1982.
23. Ninatanta, J. Estilos de vida y adaptación a la jubilación del adulto mayor, ESSALUD Cajamarca – Perú. Tesis de maestría, Mención Salud, Línea Promoción y Educación para la Salud. Perú, 2002.
24. Ortiz D. Aspectos Sociales Del Envejecimiento. <Accesible en URL: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm>> Consultado 11 Jul 2006.
25. Pedrero G. Encarni (2001): La calidad de Vida y las personas mayores. Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología. <Accesible en URL: <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm>> Consultado 13 Nov. 2009.
26. Peña, B. Terán, M. Moreno, F. Bazán, M. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009;14(2):53-61

27. Quintero, G. González, U. "Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada" en: Gerontología y Salud: Perspectivas Actuales, José Buendía (Ed). Madrid. 1997. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (Cuba). <Accesible en URL: www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc -> Consultado 11 Dic. 2009.
28. Mora M y Col. Perspectiva Subjetiva de la Calidad de Vida del Adulto Mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. MHSalud 200411-12. <Accesible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017928002>>. Consultado 20 May. 2013.
29. Rodés Texidor J. Guardia Massó J. Biología del envejecimiento. Editorial Masson. Edición 1997. Barcelona (España). 3472- 3475.
30. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación cualitativa. Granada: Ediciones Aljibe; 1996. p. 31.
31. Rojas, L. Calidad de vida y autonomía en personas mayores. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología. San José, Costa Rica: Editorial UCR. 1999
32. Sidell M. Health in old age: myth, mystery and management. London, UK: Open. University Press, 1995. <Accesible en URL: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc/HASHd0ef.dir/doc.pdf>>. Consultado 03 Dic. 2009.
33. Sun, W et al. Factors associated with good self-rated health of elderly living alone in Japan. BMC Public Health 2007. 7:297
34. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.
35. Wong, R et al. Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator Revista Panameña de Salud Pública. 2005 Mayo-Junio. 17(5-6):323-332
36. Leyton, I. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. / Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima: MIMDES, 2003. p. 26 <Accesible en URL: <http://www.drummondstevenson.com/autocuidado%20del%20adulto%20mayor.pdf>> Consultado 16 Abr. 2010.
37. Buendía, J. . "Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada" en: Gerontología y Salud: Perspectivas Actuales. Madrid. 1997. <Accesible en URL: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:J2xQICMErUJ:www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%255B1%255D.doc+G%C3%B3mez+Vela+y+Sabeh,+2001&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe&lr=lang_es> Consultado 16 Abr. 2010.
38. Reygadas, D. La Calidad de Vida en el Ser Humano. Revista Subjetividad y Procesos Psicológicos. 2002. <Accesible en URL: <http://m.neuroclinicas.webnode.com/news/calidad-de-vida/>> Consultado 16 Abr. 2010.
39. Pszemiarower, N.P. y Pszemiarower S.N. Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez. En Revista Geriátrica, 1992; 8 (1): 33 - 37. <Accesible en URL: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>> Consultado 16 Abr. 2010.

40. CEPAL. Población, envejecimiento y desarrollo. España. 2004
41. Chávez, F. R. (2008). Calidad de Vida del Adulto Mayor y Condiciones Demográficas, Económicas, Familiares y Sociales del Usuario de EsSalud. Chota. 2008.
42. Tuesca, M, R. La Calidad de vida, su importancia y como medirla. Colombia.2005. Pag. 76-86.
43. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. Bioética desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.
44. Dulcey-Ruiz E. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y geriatría Clínica. La Habana: Academia; 1999:128-136.
45. Quintero G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Científica Técnica; 1996.
46. Mantilla G, Márquez AU. Envejecimiento. Experiencias y perspectivas. Bogotá: AIG; 1996.
47. Huaman V, Raquel. Calidad de vida del adulto mayor del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor. Cajamarca. 2008
48. Dueñas, D. y col. 2007. Rev. cuba. med. gen. integr; 27(1):10-22, ene.-mar. 2011. <Accesible en URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Consultado 15 Mar. 2012
49. CARDONA A, Doris. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2010, vol.28, n.2, pp. 149-160. <Accesible en URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2010000200007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-386X>. Consultado 20 May. 2013
50. Coronado, J y col. 2009. Acta méd. Peru; 26(4):230-238, oct.-dic. 2009. ^btabs. <Accesible en URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf/es> > Consultado 09 Abr. 2012
51. Ramos, M. y Col. Las personas adultas mayores y su contribución a la Lucha contra la Pobreza. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Primera Edición. Lima. 2009 <Accesible en URL: http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGFC/DPAM/mimdes_personas_adultas_mayores.pdf> Consultado 10 Abr. 2012

52. Perfil socio demográfico de Cajamarca 2007. Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de Vivienda. Perú. 2009. <Accesible en URL: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro19/Libro.pdf>> Consultado 01 En. 2012.
53. Ferrel, B.A. Pain management in elderly people./ Am Geriatric Soc 1991; 39:64-73. AGS. Panel on persistent pin in the older persons. The management of persistent pain in the older persons. Am Geriatric Soc 2002; 50:S205- S224.
54. WordPress. Definicion.de. Copyright © 2008-2013. <Accesible en URL: <http://definicion.de/percepcion/>>. Consultado 14 En. 2010
55. Escuela de medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de geriatría y gerontología. 2000. <Accesible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/EnvejeBiologico.pdf>>. Consultado 20 May. 2011
56. Programa regional de población de Cajamarca 2012-2016. Gobierno Regional. <Accesible en URL: http://www.mimp.gob.pe/archivos_sites/sispod/PROGRAMAS%20REGIONALES/Cajamarca/PROG_CAJAMARCA.pdf>. Consultado 20 May. 2013
57. Lopez, A. Psiconeuro-inmuno-endocrinología del envejecimiento. Parte I. Curso de capacitación a distancia por internet. 2009 <Accesible en URL: http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/14_PNIE%20roe_%20envejecimiento.pdf>. Consultado 20 May. 2010

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA OBTENER EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL ADULTO MAYOR

CÓDIGO:

El presente cuestionario está dirigido a las personas adultas mayores que acuden por consulta externa al Hospital Regional de Cajamarca, con la finalidad de que se nos brinde información sobre algunas características generales de su persona. Por tal motivo, solicito a usted responder las interrogantes con mucha veracidad. Agradezco anticipadamente su interés y le hago saber que dicha información será de absoluta reserva.

1. **Edad:** años cumplidos F.N..... (opcional)
 - 60-69 ()
 - 70-80 () Más de 80
 - ()
2. **Sexo** Hombre ()
 - Mujer ()
3. **Área de residencia**
 - Urbana ()
 - Rural ()
4. **Procedencia** Urbana
() Rural
()
5. **Estado Civil**
 - Soltero (a) ()
 - Casado (a) ()
 - Conviviente ()
 - Viudo (a) ()
 - Separado (a) ()
6. **Nivel educativo**
 - Sin nivel ()
 - Primaria Incompleta ()
 - Primaria Completa ()
 - Secundaria Incompleta ()
 - Secundaria Completa ()
 - Superior no universitaria ()
 - Superior universitaria ()
7. **Religión** Católica
()
8. No Católica () Especificar:.....
- Ocupación** Ama de casa ()

- Otros ()
 Ninguno ()

9. **Aporta ingreso económico en su hogar** Sí aporta () No aporta ()

10. **Ingreso económico (sólo del adulto mayor)** Menos del ingreso mínimo vital (S/. 550,00) ()
 Ingreso mínimo vital (S/. 550,00) () Más de un ingreso mínimo vital (S/. 550,00) ()
 No aporta (S/. 0,00) ()

11. **Usted vive:**

- Acompañado
 Sólo (a)

12. **Número de personas que viven en su hogar**

13. **Dentro de los miembros de su familia existen:**

- Niños (menores de 10 años) SÍ () NO () Adolescentes (10 – 19 años)
SÍ () NO () Jóvenes (20 – 35 años) SÍ () NO () Adultos
(36 – 59 años) SÍ () NO ()

14. **Considera que la relación que tiene con los miembros de su hogar es:** Buena () Regular () Mala ()

15. **¿Con qué tipo de servicios cuenta su vivienda?**

- Agua ()
 Desagüe ()
 Luz ()
 Ninguno ()

16. **¿Qué medio de comunicación utiliza para informarse de los hechos actuales?**

- Hace uso () No hace uso ()

17. **En su comunidad existen grupos de apoyo para el adulto mayor**

- Sí () Cuáles?..... No ()
 No sabe ()

18. **Participa de algún grupo social**

- Sí () Cuál?.....
 No () Por qué?.....

19. **¿Por qué motivo acude a consultorios externos? (Especificar el malestar, dolencia, sintomatología).....**

.....

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Marcar con un aspa (X), solamente una respuesta

1. En general, ¿diría que su salud es?:

Muy buena [] buena [] regular [] mala [] muy mala []

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

a. Mucho mejor ahora que hace un año. []

b. Algo mejor ahora que hace un año. []

c. Más o menos igual ahora que hace un año []

d. Algo peor ahora que hace un año. []

e. Mucho peor ahora que hace un año. []

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Función Física Opciones de pregunta:	Escala de respuesta		
	Sí, me limita mucho.	Sí, me limita un poco.	No, no me limita en absoluto.
Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.			
Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol.			

Levantarse o llevar las compras del mercado.			
Subir varios pisos por la escalera.			
Subir un piso por la escalera.			
Doblarse, arrodillarse o agacharse.			
Caminar más de diez cuadras.			
Caminar varias cuadras.			
Caminar una cuadra.			
Bañarse o vestirse.			

4. Durante el *último mes*, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales *a causa de su salud física*?

Rol Físico Opciones de pregunta:	Escala de respuesta	
	Sí	No
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.		
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.		
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.		
Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).		

5. ¿Cuánto dolor *físico* ha tenido usted durante el *último mes*?

Ningún dolor [] Muy poco [] Poco [] Moderado [] Severo [] Muy severo []

6. Durante el *último mes*, ¿cuánto *el dolor* le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada [] Un poco [] Más o menos [] Mucho [] Demasiado []

7. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es *cada una* de las siguientes frases para Usted?

Salud General Opciones de pregunta	Escala de respuesta				
	Definitivamente cierta	Cierta	No sabe	Falsa	Definitivamente falsa
Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otras personas.					
Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					

8. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted *durante el último mes*. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido.

Vitalidad Opción de pregunta	Escala de respuesta					
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Se ha sentido lleno de vida						
Se ha sentido tranquilo y sosegado						
Ha tenido mucha energía						
Se ha sentido cansado						

Función Social

9. Durante el *último mes*, ¿su salud física o emocional ha dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Nada [] Un poco [] Más o menos [] Mucho [] Demasiado []

10. Durante el *último mes*, ¿sus **problemas emocionales**, como sentirse **deprimido o ansioso**, han dificultado en su trabajo u otras actividades)?

Rol Emocional Opciones de pregunta:	Escala de respuesta	
	Sí	No
Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.		
Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.		
Ha hecho su trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre		

11. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted *durante el último mes*. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido.

Salud Mental en General Opción de pregunta	Escala de respuesta					
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlo						
Se ha sentido desanimado y triste						
Se ha sentido agotado						
Se ha sentido feliz						
Se ha sentido muy nervioso						

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL COLABORADOR

Yo

.....
.....

DNI/.....

.....

Estoy dispuesto (a) a participar en la investigación titulada “Percepción de la calidad de vida y perfil socio-demográfico del adulto mayor, consultorios externos del Hospital Regional de Cajamarca, 2010”, puesto que:

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con el investigador:

Entiendo que la participación es voluntaria.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente, que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Asimismo, sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Nombre del paciente o sujeto colaborador:

DNI:.....

Firma:

Fecha:

Datos del investigador:

DNI:.....

Firma:

Dirección de contacto: Escuela de Postgrado - UNC