

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES  
RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DEL  
ADULTO MAYOR, CENTRO DE SALUD CONO SUR I-4,  
SAN ROMAN 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**JACKELINE VANESA VALDEZ CONDORI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PUNO – PERÚ**

**2018**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES RELACIONADOS A LA  
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CIENTO DE SALUD  
CONO SUR I-4 SAN ROMAN 2017

TESIS PRESENTADA POR:

JACKELINE VANESA VALDEZ CONDORI

Fecha de sustentación: 10-may-2018

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

APROBADA POR EL JURAO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

.....  
Dr. Cn. JUAN MOISES SUCAPUCA ARAUJO

PRIMER MIEMBRO:

.....  
M. Sc. RICARDO DARIO NEYRA MENENDEZ

SEGUNDO MIEMBRO:

.....  
M.C. JOSE ANTONIO RUELAS LLERENA

DIRECTOR / ASESOR:

.....  
Dra. FELICITAS RAMOS QUISPE

Área : SALUD DEL ADULTO

Tema : CALIDAD DE VIDA

## DEDICATORIA

*A DIOS, por haberme permitido llegar hasta este punto y guiarme por un buen camino e iluminarme cada momento de la vida, por concederme la serenidad para aceptar las cosas y darme el valor para seguir adelante frente a la adversidad.*

*A mis padres, Smit y Margarita, por ser la fuerza y motivo que me mueven a seguir adelante, por apoyarme siempre y por todo el amor que me han dado y siguen dando, porque sin su apoyo jamás hubiera llegado hasta donde estoy ahora.*

*Con enorme cariño a mi hermanita Sandra por su apoyo incondicional y motivación constante.*

*A mis queridos amigos y amigas, con quienes compartí lindos momentos y siempre están brindándome su apoyo emocional y fortaleza.*

*VANESA JACKELINE*

## AGRADECIMIENTOS

- Con infinito amor y terna gratitud a mi alma mater, Universidad Nacional del Altiplano, por formarme en ciencia, cultura y moral.
- A la Facultad de Enfermería a los docentes quienes contribuyeron en mi formación académica e inculcarnos valores.
- A mi directora de tesis Dra. Felicitas Ramos Quispe, por su orientación, su paciencia y apoyo incondicional para poder culminar con el presente trabajo de investigación.
- A los miembros del jurado calificador Dr.Cn. Juan Moises Sucapuca Araujo, M.Sc. Ricardo Dario Neyra Menendez, M.C. Jose Antonio Ruelas Llerena. Por su orientación, sugerencia, aporte, disponibilidad, y paciencia que permitieron dar por concluido el presente trabajo de investigación.
- A mi asesor estadístico: Ing. Miguel Augusto López Ruelas, por su aporte en el análisis estadístico.
- Al director del Establecimiento de Salud I-4 Cono Sur, San Román, por haberme permitido ejecutar el presente trabajo de investigación.
- A la Licenciada Delfina Menéndez Álvarez, por su apoyo y motivación durante la ejecución del presente trabajo de investigación.
- A los adultos mayores del programa Adulto Mayor del Centro de Salud I-4 Cono Sur, por su colaboración y tiempo, pues sin ellos no hubiera sido posible realizar el presente trabajo de investigación.

**ÍNDICE GENERAL**

## INDICE DE TABLAS

## ACRONIMOS

RESUMEN .....	8
ABSTRACT.....	9
CAPITULO I .....	10
1. INTRODUCCION .....	10
1.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.....	12
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION .....	16
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	23
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO .....	23
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	23
1.6. CARACTERIZACION DEL AREA DE INVESTIGACION .....	24
CAPITULO II.....	25
REVISION DE LITERATURA.....	25
2.1. MARCO TEORICO .....	25
2.4. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION: .....	54
CAPITULO III.....	55
MATERIALES Y MÉTODOS .....	55
3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION .....	55
3.1. POBLACION Y MUESTRA DE INVESTIGACION.....	56
3.2. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....	56
3.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS .....	59
3.4. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	60
3.5. ANALISIS DE DATOS .....	60
CAPITULO IV .....	61
RESULTADOS Y DISCUSION.....	61
4.1. RESULTADOS .....	61
4.2. DISCUSION.....	70
V. CONCLUSIONES .....	79
VI. RECOMENDACIONES .....	81
VII. REFERENCIAS .....	82
ANEXOS .....	89

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b>	Valoración de Calidad de Vida del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur.....	61
<b>TABLA 2</b>	Valoración del factor psicológico del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur.....	62
<b>TABLA 3</b>	Valoración del factor social del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur.....	63
<b>Tabla 3.1</b>	Valoración del factor social en dimensión características Demográficas y sociales .....	63
<b>Tabla 3.2</b>	Valoración del factor social en dimensión integración social En el Centro de Salud I-4 Cono Sur.....	64
<b>Tabla 3.3</b>	Valoración del factor social en dimensión apoyo familiar y social Centro de Salud I-4 Cono Sur.....	65
<b>TABLA 4</b>	Relación entre el factor psicológico y calidad de vida del adulto mayor .....	66
<b>TABLA 5</b>	Relación entre el factor social y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur.....	67
<b>Tabla 5.1</b>	Relación entre el factor social en dimensión de características Demográficas y sociales con la calidad de vida.....	67
<b>Tabla 5.2</b>	Relación entre el factor social en dimensión De integración social con la calidad de vida.....	68
<b>Tabla 5.3</b>	Relación entre el factor social en dimensión De apoyo familiar y social con la calidad de vida.....	689

**ACRÓNIMOS**

<b>(CEPAL)</b>	: Comisión Económica Para América Latina
<b>(CS)</b>	: Centro de Salud
<b>(CV)</b>	: Calidad de vida
<b>(CVRS)</b>	: Calidad de vida relacionada con la salud
<b>(FS)</b>	: Factor social
<b>(FSP)</b>	: Factor psicosocial
<b>(INEI)</b>	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>(MINSA)</b>	: Ministerio de salud
<b>(OE)</b>	: Objetivo específico
<b>(OG)</b>	: Objetivo general
<b>(OMS)</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>(OPS)</b>	: Organización Panamericana de la Salud

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo: Determinar la relación de los factores psicológicos y sociales con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud I-4 Cono Sur, San Román. La investigación es de tipo descriptivo no experimental de corte transversal y diseño correlacional; la población y muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores de ambos sexos, la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la entrevista y los instrumentos validados que se utilizaron fueron: el cuestionario de Rosemberg sobre autoestima, el cuestionario de factores sociales, y el cuestionario de Salud (SF-36). Para la prueba de hipótesis se empleó el estadístico Ji Cuadrado de asociación. Los resultados fueron: La calidad de vida del adulto mayor se encuentra en mala calidad de vida el 55% y en regular calidad de vida el 45%. El factor psicológico se encuentra en nivel bajo de autoestima el 45%, en nivel medio de autoestima el 43% y el nivel elevado de autoestima 12%. Los factores sociales, la edad predominante es de 68 a 75 años 43%, el grado de instrucción más frecuente es analfabeto 70%, el sexo femenino representa el 80%, el estado civil más frecuente es viudo 40%, la participación de actividades sociales si participa con 60%, participación en actividades familiares 50%, para adultos mayores que convive con sus hijos el 40%, para adultos mayores que habla por teléfono el 43% lo hace con 1 o 2 personas, como se siente con la frecuencia que vea su familia el 53% está contento, frecuencia que ve a sus amigos o vecinos los ve poco el 52% y si cuenta con apoyo el 70%. Se determinó relación estadística para el factor psicológico con la calidad de vida ( $p=0.032$ ). Para la relación de factores sociales con la calidad de vida, se determinó que la edad muestra relación estadística ( $p<0.05$ ), es decir a mayor edad la calidad de vida tiende a ser mala, y el grado de instrucción también muestra relación estadística con la calidad de vida, el resto de factores no mostraron relación estadística ( $p>0.05$ ).

## PALABRAS CLAVES

Factores psicológicos, Factores sociales, Calidad de vida, Adulto Mayor.



## ABSTRACT

The objective of the study was to: Determine the relationship of psychological and social factors with the quality of life of the older adult of the Health Center I-4 Southern Cone, San Román. The investigation is of non-experimental descriptive type of cross section and correlational design; The population and sample consisted of 40 older adults of both sexes, the data collection was performed using the interview technique and the validated instruments that were used were: the Rosenberg questionnaire on self-esteem, the social factors questionnaire, and the Health questionnaire (SF-36). For the hypothesis test, the Ji Square association statistic was used. The results were: The quality of life of the elderly is found in poor quality of life 55% and 45% in regular quality of life. The psychological factor is in low self-esteem level 45%, in average level of self-esteem 43% and high level of self-esteem 12%. The social factors, the predominant age is 68 to 75 years 43%, the most frequent degree of instruction is illiterate 70%, the female sex represents 80%, the most frequent marital status is widow 40%, the participation of social activities if you participate with 60%, participation in family activities 50%, for older adults who live with your children 40%, for older adults who speaks by telephone 43% do so with 1 or 2 people, how do you feel with the frequency see your family 53% are happy, often see their friends or neighbors 52% see them little and 70% support them. Statistical relationship was determined for the psychological factor with the quality of life ( $p = 0.032$ ). For the relationship of social factors with quality of life, it was determined that age shows a statistical relationship ( $p < 0.05$ ), that is, the older the quality of life tends to be bad, and the degree of education also shows a statistical relationship with the quality of life, the rest of the factors did not show a statistical relationship ( $p > 0.05$ ).

## KEYWORDS

Psychological factors, Social factors, Quality of life, Elderly.

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional del mundo es un fenómeno demográfico asociado con la revolución científico técnica del siglo XXI; sin embargo es uno de los grupos con mayor riesgo de problemas de salud, tanto en el proceso de envejecimiento, necesidades, sociales, económicos, psicológicos, entre otros, factores que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través del ciclo de vida, por lo tanto, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida, está relacionada con las oportunidades y privaciones que han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

Un cambio importante en el adulto mayor es que se ve afectada la autoestima y su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Una persona de edad avanzada puede sentir una pérdida de control sobre su vida, debido a factores patológicos, así como también, recursos financieros limitados, jubilación, ya que constituye un cambio en el cual la persona deja de realizar actividades que en un determinado momento de su vida lo hicieron

sentirse seguro. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

Del mismo modo a nivel social este grupo de personas son frecuentemente discriminados, considerados como un estorbo para las familias, incapaces de realizar actividades por estar enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas dentro del entorno social. Un problema creciente en la sociedad actual es el abandono, por ello tienen una alta probabilidad de convertirse en adultos mayores con depresión y por ende una calidad de vida no saludable.

Este informe está estructurado en cuatro capítulos: En el capítulo I, se describe el problema de investigación, antecedentes de la investigación, formulación del problema, importancia y utilidad de estudio, objetivos de la investigación y caracterización del área de investigación; Capítulo II, se redacta el marco teórico, marco conceptual e hipótesis de la investigación; Capítulo III, se presenta la metodología de investigación, procesamiento de análisis y datos; Capítulo IV, se exponen los resultados y discusión, luego se exponen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## 1.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

La globalización y su desigual repercusión en las condiciones de vida de la humanidad en distintas partes del mundo produjeron en los últimos años, profundos cambios económicos y sociales que afectan a poblaciones cada vez más envejecidas, hasta el punto en el que se observa el envejecimiento como uno de los principales problemas del siglo XXI, dado que está comprometiendo enormemente la calidad de vida de los adultos mayores y lo seguirá haciendo sino se toma en cuenta, que ellos son también actores sociales del desarrollo y del progreso de los pueblos.<sup>1</sup>

Por ello podemos decir que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo, a nivel mundial, este grupo poblacional se duplicara, pasando del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones) entre 2000 y 2025, llegando a 2,000 millones en el 2050 representando el 25% de la población. Este impacto demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significa que el número de personas de más de 60 años, que eran alrededor de 600 millones, llegaran a casi 2,000 millones en el 2050, incrementándose del 10% de 1998 al 15% en el 2025, siendo más notable en los países en desarrollo.<sup>2</sup>

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) consideran que para la región América Latina la población adulta mayor, paso de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010.<sup>3</sup>

A nivel nacional; en el Perú el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inevitable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados. El grupo de personas de 65 – 70 años de edad, se incrementara sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasara a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales

serán mujeres. El proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas.<sup>4</sup>

Según el INEI, el departamento de Puno cuenta con una población de 1, 415,608 habitantes, donde el 9.3% representa la población adulta mayor 131,564.<sup>4</sup>

Un estudio realizado en los Estados Unidos con el objetivo de identificar la percepción global de la calidad de vida percibida en general y su relación con variables seleccionadas en el adulto mayor, donde la calidad de vida percibida fue baja que corresponde a 43.3%, hubo diferencia importante en comportamiento de calidad de vida por edad y escolaridad.<sup>5</sup>

Asimismo en México se realizó una investigación para evaluar la calidad de vida y salud física y mental dando como resultado: 60.1% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como buena, el 43.5% satisfecho, 13.2% insatisfecho y los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias 22.3% en la salud mental se identificó que el 66.3% mantenían una salud mental estable y solo el 33.3% presentaban una salud mental alterada. La edad, el género y las condiciones de la vivienda, determinaban considerablemente la calidad de vida y salud en el adulto mayor.<sup>6</sup>

Otro estudio realizado en Lima para comprender el significado de calidad de vida para el adulto mayor y su familia, concluyo que para el adulto mayor la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor, respeto. Para estar satisfecho como ser social, se necesita de libre; expresión, decisión, comunicación e información, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.<sup>7</sup>

En tanto a nivel local un estudio realizado para determinar el nivel de calidad de vida social del adulto mayor, obtuvo como resultado en la calidad de vida social del adulto mayor: 76.7% bastante deteriorado, 20% moderadamente deteriorado y solamente en 3.3% con buena calidad de vida social.<sup>8</sup>

Asumiendo que en estos últimos siglos las sociedades están cambiando su pirámide poblacional viendo incrementada la población adulta mayor en relación a la población total. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, aparecen problemas sanitarios y sociales que hace poco eran escasamente considerados; teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número de enfermedades, con evolución más lenta, y que se hacen crónicas dejando secuelas que pueden conducirlo a estados de dependencia parcial y/o total, y a un riesgo de aislamiento social y depresión asimismo una mala calidad de vida.<sup>9</sup>

Como consecuencia de los cambios degenerativos propios de esta etapa de la vida, el ser humano presenta deterioro y disminución en sus funciones, por tanto es de esperarse que se encuentren alterada sus capacidades de cuidado, afectando el bienestar físico, mental, social y calidad de vida. Por lo que las personas mayores han de continuar con un nivel de participación y actividad en su cuidado que es esencial para vivir de la mejor manera posible y mejorar su calidad de vida.<sup>10</sup>

Asimismo su condición de vulnerabilidad se incrementa teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número de enfermedades, con evolución más lenta conllevándolo al deterioro de sus capacidades físicas, a esto se suman los problemas sociales, y psicológicos del geronto como el abandono, nivel económico bajo, baja autoestima, niveles altos de estrés e incluso una inadecuada autopercepción.<sup>11</sup>

Una persona de edad avanzada puede sentir una pérdida del control sobre su vida, debido a factores patológicos como las enfermedades crónicas degenerativas entre las que tenemos a la diabetes, hipertensión, problemas oftalmológicos, pérdida de la audición, entre otros; así también sufren modificaciones en su dimensión socioeconómica como por ejemplo, recursos financieros limitados, jubilación, ya que constituye un cambio en el

cual la persona deja de realizar actividades que en un determinado momento de su vida lo hicieron sentirse seguro. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.<sup>12</sup>

Lamentablemente, en el proceso de envejecimiento existen acontecimientos como la pérdida de amigos, seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, que pueden a la larga convertirse en una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Otro cambio importante en el adulto mayor es que se ve afectada la autoestima y su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Del mismo modo a nivel social este grupo de personas son frecuentemente discriminadas, considerandos como un estorbo para las familias, incapaces de realizar actividades por estar enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas dentro del entorno social. Un problema creciente en la sociedad actual es el abandono, por ello tienen una alta probabilidad de convertirse en adultos mayores con una inadecuada calidad de vida.<sup>13</sup>

Todo esto contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuyendo la calidad de vida de quien lo padece e incrementa los costos del cuidado de la salud, a pesar de ello es poco reconocida en el adulto mayor mucho menos tratada a pesar de ser una patología prevenible y tratable del envejecimiento patológico, pues mayormente es considerada erróneamente como parte normal del envejecimiento.

Esta investigación surge porque en la actualidad la calidad de vida del adulto mayor se ve afectada por diversos factores, y representan uno de los eventos más trascendentales en el mundo, y en nuestra región no solo desde un punto de vista demográfico, sino también, económico, social y ambiental, realidad que se percibe en

nuestro medio, ya que durante las practicas pre profesionales se observó que los adultos mayores que acuden al Centro de Salud I-4 Cono Sur, padece un sin número de enfermedades que al parecer se relacionan con los factores ambientales, psicológicos y sociales, además manifiestan sentimientos de tristeza, angustia, depresión, baja autoestima, una inadecuada autopercepción entre otros, todo esto desencadena cambios en la calidad de vida del adulto mayor, sin embargo se desconoce el factor que lo ha desencadenado y ante esta realidad que no se diferencia de la problemática que vive el adulto mayor en nuestra región. Por tal motivo es que nos permitimos plantear la pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los factores psicológicos y sociales con la calidad de vida del adulto mayor en el Establecimiento de salud I-4 Cono Sur – San Román – 2017?

## **1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

Al realizar la revisión de estudios de investigación relacionados al tema se encontró lo siguiente:

### **1.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL**

Un estudio realizado sobre, “Estado de salud y calidad de vida en pacientes de edad avanzada” con el objetivo de identificar la percepción global de la calidad de vida, mediante entrevistas telefónicas de 493 pacientes y se establecieron mediciones objetivas del estado de salud según el índice de actividad física de Duke y de actividades de Kadz. Los resultados obtenidos revelan que: la edad promedio de ellos fue 84 años, más de la mitad eran mujeres. La calidad de vida fue considerada excelente en el 6% de los participantes, muy buena en el 17%, buena en un 41%, regular en el 28%, y mala en el 9% las cuatro escalas de estado de salud se asociaron moderadamente con la calidad de vida.<sup>5</sup>

En un estudio sobre, “Calidad de vida percibida en adultos mayores” cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en el adulto mayor, estudio de tipo descriptivo de



corte transversal, con un universo de 108,559 adultos mayores de los que selecciono una muestra de 741, por muestreo estratificado polietapico, se aplicó el examen mínimo del estado mental y la escala para la evaluación de la calidad de vida percibida, calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de homogeneidad y otras específicas como Bartholomew, Ridit Analysis y Chi Cuadrada para la regresión. Los resultados fueron: Predominio de la calidad de vida percibida baja, que constituyo el 43.3% de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida en que se incrementa la edad y escolaridad. No hubo diferencias por sexo ni por estado conyugal. Es decir el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.<sup>15</sup>

Otro estudio de investigación realizado sobre: “Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional, como dominio de la calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid”, cuyo objetivo de estudio fue relacionar el bienestar emocional (en términos de sentimientos y recursos de afrontamiento) con factores sociodemográficos y de salud. Se utilizó una encuesta sobre calidad de vida de la población mayor en vivienda familiar de la comunidad de Madrid (CAdeVi-Ma-2015). Se aplicaron técnicas de análisis multivariante para crear un indicador de bienestar emocional que integro tanto sentimientos positivos y negativos como recursos personales para afrontar la vida. Se realizó un modelo de regresión logística para estimular la probabilidad de tener un bienestar emocional positivo sobre la base de características sociodemográficas y de salud. Las personas sobre la base de características sociodemográficas y de salud. Las personas sin problemas de ansiedad o depresión, mostraron cerca de tres a más probabilidades de valorar positivamente su bienestar emocional que quienes padecían esos problemas. Los mayores que experimentaron una mejora en su salud en relación con los últimos 12 meses indicaron una probabilidad superior a cinco veces de tener un alto bienestar emocional que aquellos que sufrieron un empeoramiento en su salud. Quienes valoraron su salud como muy buena reflejaron una probabilidad 26 veces mayor de tener un alto bienestar emocional positivo tres veces por encima de quienes percibieron su salud negativamente. Las clases sociales medias y superiores, mostraron mayores probabilidades de experimentar un bienestar emocional

positivo tres veces por encima de quienes pertenecían a una clase social baja. Conclusión la salud constituye un factor de gran influencia sobre el bienestar emocional, con un papel esencial de la experiencia subjetiva de la salud en su explicación, contribuyendo también la clase social, como indicador del nivel educativo y de la situación socioeconómica.<sup>16</sup>

En el siguiente estudio realizado en Cartagena sobre “Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores”; tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores de la Comuna 9 del Distrito de Cartagena. El estudio fue transversal. Población de 5020 adultos mayores, muestra de 514 personas. Muestreo en dos etapas: primero estratificado, considerando la proporción de adultos mayores en cada barrio de la Comuna), y luego aleatorio simple, para seleccionar las manzanas donde ubicar a los participantes. Auxiliares de investigación, previamente entrenados, recolectaron la información durante abril-mayo de 2009. Se aplicó el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables y luego un análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Los resultados obtenidos fueron participaron 514 adultos mayores: 65,8% mujeres; 43% viven en unión libre o son casados; 56,6% han cursado estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2. Estar pensionado o estar trabajando aumenta 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,7299 IC 95%== 1,758-4,236).Conclusiones: Ser mujer o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores.<sup>17</sup>

Asimismo en el estudio realizado; con el objetivo de analizar la influencia de ciertas variables, tales como: edad, genero, nivel educacional, estado de salud, modalidad de la internación (voluntaria o involuntaria, con o sin preparación previa), frecuencia y calidad de la interacción con otros internos y con el personal de la institución, apoyo social percibido (familia, amigos y vecinos), uso del tiempo libre, etc. sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. Se realizó un estudio descriptivo, se seleccionó una muestra accidental integrada por 145 ancianos autoválidos, institucionalizados, entre 66 y 99 años (68% mujeres y 32% varones) pertenecientes al nivel socioeconómico medio y que vivían en una gran centro urbano como es la ciudad

de Buenos Aires. Se administraron los siguientes instrumentos de medición: Un cuestionario de datos personales (que incluía además todo lo referente a las actividades de tiempo libre), la escala S.S.Q. abreviada de Sarason, para medir apoyo social y un cuestionario breve para medir el grado de bienestar psicológico. Los resultados muestran que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social percibido influyen significativamente sobre la calidad de vida del anciano institucionalizado.<sup>18</sup>

En México se realizó la investigación sobre la “Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México”; con el objetivo de evaluar la calidad de vida y la salud física y mental, en 333 adultos mayores que habitan en edificios multifamiliares en Guadalajara Jalisco. Como instrumento se utilizaron: WHOQOL-BREF de calidad de vida (2000), constituida por 4 reactivos; salud física, salud psicológica, relaciones social y ambiente, la escala general Health Questionnaire, Goldberg (1996), y el instrumento de condiciones de la vivienda. El 60.1% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como buena, el 43.5% se sentían satisfechos y 13.2% insatisfechos con la vivienda. Los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias 22.3%, la salud mental se identificó que el 66.3% mantenían una salud mental estable y solo el 33.3% presentaban una salud mental alterada, la edad, el género y las condiciones de la vivienda, determinaban considerablemente la calidad de vida y salud en el adulto mayor.<sup>6</sup>

### **1.2.2. A NIVEL NACIONAL**

Un estudio realizado sobre, “Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Hospital II Chocope” cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la autoestima y la calidad de vida del adulto mayor con diabetes Mellitus tipo 2. La muestra estuvo conformada por 140 adultos mayores, se utilizaron dos instrumentos: el primero para medir la autoestima en el adulto mayor y el segundo instrumento para medir la calidad de vida. Encontrándose que el 16.4% de adultos mayores tiene alto nivel de autoestima, un 50.7% tiene nivel medio, y 32.9% tiene bajo. Por otro lado, en relación a la calidad de vida de los participantes 20% es alta, 46.4%

medio y 33.6% bajo, asimismo se identifica una asociación mediante la prueba de Chi Cuadrado.<sup>19</sup>

El estudio realizado sobre: “Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumi – Lambayeque – 2016”, cuyo objetivo fue determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del Centro Poblado Los Coronados Mochumi – Lambayeque. Participaron 36 adultos mayores voluntariamente, a quienes se le aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales; procesando los datos con el SPSS 22.0, respetándose los principios éticos y de rigor científico. Los resultados que se obtuvieron fue el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo, en relación al factor psicológico el 61.1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con instrucción secundaria, 41.7% son casados, 55.6% son masculino, el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% no participan en actividades familiares, el 55% viven solo(as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo. En conclusión ambos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo,  $p < 0.05$  evidenciando que los factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social – apoyo familiar y social.<sup>20</sup>

Se realizó la investigación sobre el: “Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, cuyo objetivo fue comprender el significado de calidad de vida para el adulto mayor y para su familia. Fue un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo-comprensivo, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales, guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas. Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la “objetivación” y el “anclaje” y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre el adulto mayor; b) elementos

principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Llegando a la conclusión 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, 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.<sup>7</sup>

Un trabajo realizado en Lima de un estudio piloto y análisis psicométrico, sobre “Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años”, con el objetivo de identificar algunos predictores asociados a la calidad de vida de los ancianos de 60 años y residentes en Lima. En una muestra de 122 adultos mayores, para lo cual utilizaron una encuesta sobre calidad de vida, incluyendo en ella a parte de las variables demográficas y sociales siete escalas de interés psicológico. En relación al estado civil, la mayoría de encuestados (44.3%) tiene una unión estable (casados y convivientes), 29.5% de viudez, 23% de soltería y 3.3% de divorciados. En cuanto a las relaciones amigables, el 80.6% de mujeres y 59.3% de varones se sienten felices como amigos; 67.7% de mujeres y 55.6% de varones se sienten abiertos y receptivos frente a las amistades.<sup>21</sup>

### **1.2.3. A NIVEL LOCAL**

La investigación sobre “Calidad de vida social del adulto mayor que acude a los consultorios externos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno”, con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida social del adulto mayor, de tipo descriptivo transversal, la técnica de la entrevista, los resultados en los aspectos que se tomaron en cuenta fueron socioculturales, relaciones interpersonales dentro de ellas la comunicación, apoyo social y actividades sociales dando como resultado, la calidad de vida social del adulto mayor en mayor porcentaje mala en un 76,6%, seguido por deteriorado en un 20% y en un mínimo porcentaje con buena calidad de vida social.<sup>8</sup>

Un estudio realizado sobre: “Calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno – 2014”, con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno. De tipo descriptivo transversal; la muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores de ambos sexos. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de entrevista con el instrumento de guía de entrevista basada en la valoración clínica para adultos mayores (VACAM). Los resultados muestran que los adultos mayores poseen un nivel funcional independiente en el 67.5% a pesar de que el indicador de incontinencia urinaria es el más afectado; el estado cognitivo está considerado como deterioro cognitivo moderado en 55% de ellos, y el indicador más afectado es la capacidad de cálculo; el estado afectivo está caracterizado por la presencia de depresión severa en el 62.5%, el indicador más afectado es que se aburre con frecuencia; su estado socio familiar es considerado como problema social en un 57.5%.<sup>22</sup>

Otro estudio realizado sobre “Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados en Es Salud Puno – 2016”, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados al seguro social de salud (Es Salud) Puno-2016. La población y muestra estuvo conformada por 40 pacientes. El estudio fue de tipo descriptivo y corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de salud (SF-36 v 2.0) de estados Unidos y también utilizado en trabajos de investigación a nivel nacional. Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva porcentual. Los resultados muestran que : el 60% de los pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua presentan regular calidad de vida, seguida de un 35% con una mala calidad de vida y un 5% tuvo buena calidad de vida de vida. Se llegó a la conclusión que la mayoría de los pacientes presentan entre regular y mala calidad de vida, siendo la dimensión de rol emocional la que se evidencia con mayor proporción una mala calidad de vida, lo que repercute en su calidad de vida.<sup>23</sup>

### **1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué relación existe entre los factores psicológicos y sociales con la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud I - 4 Cono Sur, San Román – 2017?

### **1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO**

Teniendo en cuenta el rol protagónico del profesional de enfermería en la salud publica en cuanto a promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades y sus factores de riesgo se justifica la realización del presente estudio, conociendo que para poder planificar y ejecutar estas actividades preventivo promocionales se requiere de mayor conocimiento sobre factores de riesgo relacionados a la calidad de vida entre los cuales se encuentran los factores psicológicos y sociales que a su vez nos permiten caracterizar a nuestra población adulta mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Cono Sur- San Román.

Este estudio beneficia a los trabajadores del sector salud a cargo del cuidado de esta población en especial al profesional de enfermería, porque los resultados permitirán sentar bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública y en especial del programa adulto mayor, ya que al reconocer descriptivamente los factores que se relacionan a la presencia de una mala calidad de vida en este grupo etario se podrán diseñar y planificar actividades preventivas promocionales con las organizaciones de base y organismos gubernamentales en favor de esta población vulnerable.

### **1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL:**

1. Determinar los factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur, San Román – 2017.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar la calidad de vida global del adulto mayor.
2. Identificar el factor psicológico (Nivel de autoestima) del adulto mayor.
3. Identificar los factores sociales (características sociodemográficas, integración social, apoyo familiar y social) del adulto mayor.
4. Identificar el factor psicológico (nivel de autoestima) relacionado a la calidad de vida del adulto mayor.
5. Identificar los factores sociales (características sociodemográficas, integración social, apoyo familiar y social) relacionados a la calidad de vida del adulto mayor.

### **1.6. CARACTERIZACION DEL AREA DE INVESTIGACION**

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud I-4 Cono Sur de la Red San Román específicamente en el (PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR), en el departamento de Puno; el cual está ubicado al sur oriental del Perú a 3,824 msnm, entre 15° 29' 27'' de latitud sur y 70° 07' 37'' de latitud oeste de la ciudad de Juliaca en el barrio Cerro Colorado en la Av. Manuel Núñez Butrón N°145. Se caracteriza por tener un clima variado aunque predomina el frío, su temperatura oscila entre 4° a 18°C.

El Centro de Salud I-4 Cono Sur, cuenta con una infraestructura prefabricada en la primera planta del plano institucional. Es un establecimiento de salud del primer nivel, conformando la micro red Cono Sur de la Red San Román, siendo cabecera de cinco establecimientos de salud, actualmente está categorizada como primer nivel de atención y cuarto nivel de complejidad, cuenta con una población de 55,123 personas a nivel de Centro de Salud, cuenta con los servicios de emergencia, tóxico, estadística, obstetricia, programa de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, odontología, medicina general, programa del adulto mayor, TBC, promoción de la salud.

Mientras que el programa del adulto mayor está dentro del centro de salud en la primera planta donde se hace actividades preventivas promocionales.



## CAPITULO II

### REVISION DE LITERATURA

#### 2.1. MARCO TEORICO

##### 2.1.1. FACTOR PSICOLOGICO

Son características personales del individuo presentes dentro de su dimensión biológica, psicológica y social que actúan en este caso como factores predisponentes, precipitantes o perpetuadores e influyen en la aparición y/o permanencia de una enfermedad en el adulto mayor. Son características o circunstancias detectables en las/los que pueden influir en la calidad de vida del adulto mayor.<sup>24</sup>

La autoestima es un importante indicador de salud y bienestar psicológico. La importancia de la autoestima radica que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y practico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. En algunas investigaciones se propone que esta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez.

Para el adulto mayor, la autoestima es clave, debido a que el individuo debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física,

social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad. Se sabe que entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, la que actuaría por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo es trascendental su mantención y promoción para mantener niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y calidad de vida.

- **AUTOESTIMA:** es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva o cognitiva, puesto que el adulto mayor siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.<sup>25</sup> La formación de la autoestima, se seguirá en la misma línea, indicando que la autoestima de los adultos mayores, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual interfieren factores como, las capacidades físicas, las capacidades mentales y el aspecto externo del adulto mayor, que se va afectando con el paso de los años. La pérdida de estas capacidades y de aspecto, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima, en ocasiones, llegan a tener reacciones extremistas como: agresión o sumisión. No únicamente esto tiene que ver con la formación de la autoestima, sino además, la relación que mantenga con sus familiares, amigos, etc., y los sentimientos asociados a ellos.<sup>25</sup>

Tal es así que Coopermith, señala que dentro de su inventario los individuos presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la autoestima presenta áreas dimensionales que caracterizan su amplitud y radio de acción. Entre ellas incluye las siguientes: Autoestima en sí mismo general: consiste en la valoración de sí mismo y mayores aspiraciones, estabilidad, confianza y atributos personales. Habilidad para construir defensas hacia la crítica

y designación de hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables respecto de sí mismo.

Autoestima en el área social: consiste en la seguridad y merito personal en las relaciones interpersonales.<sup>26</sup> Se percibe a sí mismo como significativamente más populares. Establecen expectativas sociales de aprobación y receptividad por parte de otras personas. Habilidades en las relaciones con amigos, extraños en diferentes marcos sociales.<sup>27</sup>

Autoestima en el área familiar: consiste en las buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, se siente más considerado y respetado, poseen mayor independencia, comparten ciertas pautas, valores y sistemas de aspiraciones con la familia. Poseen concepciones propias acerca de lo que está bien o mal dentro del marco familiar. En relación a los grados o niveles de autoestima, afirma que la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencia porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y autoconcepto.<sup>28</sup>

Asimismo la autoestima cumple un papel importante en la vida del ser humano, pues le permite hacer elección y tomar decisiones claves para su futuro, fortalece, de energía y motiva a la persona para alcanzar sus metas propuestas. Es el centro y fundamento del crecimiento personal, es la medida de su amor a sí mismo, es el punto de referencia desde el cual se proyecta su vida en los diferentes órdenes; es elemento básico para que el individuo alcance la plenitud y la autorrealización, su bienestar físico, emocional, afectivo y mental.<sup>29</sup>

#### ➤ **LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR**

La autoestima del adulto mayor, se forma con la valoración que se haga de la percepción que se tiene de sí mismo, en la cual intervienen factores como, las

capacidades físicas, las capacidades mentales y el aspecto externo del adulto mayor, que se va afectando con el paso de los años.<sup>30</sup> La pérdida de éstas capacidades y de aspecto, crean en el individuo temores y afectan de modo negativo su autoestima, ya que se sienten improductivos, muchas veces pierden su independencia, y esto tiene repercusiones en la formación de su autoestima. La autoestima alta, en esta edad, es muy necesaria para que el individuo pueda sobrevivir en sus relaciones familiares y sociales. Y cuando la persona mayor siente que vale poco, se vuelve apático, indiferente hacia sí mismo y a quienes les rodean.

Para este tipo de personas es difícil ver, escuchar o pensar con claridad y tienden a sufrir el maltrato y el desprecio de otros. Por estas situaciones, es por las que se puedan dar las situaciones de aislamiento de los adultos mayores; asimismo, por la forma en que son concebidos y tratados por la sociedad. Al mismo tiempo, hay veces que la familia y los amigos, obligan al individuo a un retiro social y familiar para evitar enfrentamientos desagradables que afecten más su autoestima (Díaz, Mejía y Nishimura) Cuando las personas mayores están desempleadas, su independencia económica se pierde, y ahora tiene que depender económicamente de otros, lo sitúa en desventaja en cuanto a su derecho de opinión y decisión sobre su comportamiento. En cambio, cuando es pensionado, la situación en la que se encuentra es diferente, ya que si está en condiciones de recibir directamente el dinero, se puede decir, que es independiente; pero si algún familiar es el encargado de administrar el dinero, esto lo puede llevar a una condición de dependencia. De igual forma, la autoestima, tiene que ver con la condición económica en que se encuentre el adulto mayor, ya que repercute en la forma de valorarse.

Otro contexto es el que se da, si el individuo acepta su edad y la pérdida de sus capacidades, porque entonces lo puede reflejar a las personas que lo rodean, y es mucho más posible que lo acepten como es, lo cual hace que la autoestima del adulto mayor sea retroalimentada y así acepte su lugar en la familia y en la sociedad.<sup>31</sup>

➤ **LAS PÉRDIDAS DEL ADULTO MAYOR Y SU REPERCUSIÓN EN LA AUTOESTIMA**

Sucede, que entre las pérdidas que tienen los adultos mayores están las pérdidas físicas, entre ellas podemos mencionar, el hecho de que las células envejecen, los órganos y los sistemas también; en el organismo se producen inevitablemente unos cambios somáticos, siendo los más significativos: la disminución de la agudeza visual y auditiva, cambios degenerativos en las articulaciones, osteoporosis, deformaciones corporales, envejecimiento de las células epiteliales, con su pérdida de elasticidad, la arteriosclerosis con pérdida de riego sanguíneo en todo el organismo que afecta a los órganos vitales con disminución de sus funciones, siendo más sensibles a esta falta el cerebro y el corazón disminuyendo la capacidad mental, psíquica y física, la pérdida de la memoria de fijación y la facilidad de la memoria de evocación, alteraciones del sueño y disminución de la función sexual. La sociedad también los rechaza, porque su eficacia no es la de antes y entorpecen la vida vertiginosa del hombre de hoy, muchas personas consideran que sus reflejos son tan lentos que sólo sirven de estorbo, que su imagen tampoco es placentera y que sólo crean dificultades con su inutilidad por eso la sociedad ha de procurarles centros especializados, residencias idóneas, centros de recreo con arquitectura especial. Antes de ser molesto, de ser un estorbo y de crear problemas, la sociedad los ha excluido de su trabajo habitual, estén o no en condiciones de seguir laborando. Muchos de ellos son conscientes, en sus últimos años, de que su rendimiento no es el mismo que antes, que hay otros más jóvenes a su lado que lo realizan mejor y más rápido y esta forma de pensar influye directamente en la redefinición de su autoestima.<sup>32</sup>

Aunque el primer tipo de pérdida más seria es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista, un miembro o una enfermedad física deteriorante, como el cáncer, la esclerosis múltiple y otras, que afectan la apariencia o la fuerza vital; el segundo tipo de pérdida, es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio o abandono. Un tercer tipo de pérdidas, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida, algunos ejemplos son los cambios relacionados con la edad que ocurren en el cuerpo, como el perder cabello, reducción de energía, o aún convertirse en abuelo.

Cada una de estas pérdidas en medida de la severidad, causa dolor y angustia, las cuales tienen una respuesta normal que es el duelo, siendo éste un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, que si se reprime o se niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional.<sup>32</sup>

Lo que es cierto, es que el adulto mayor vive en la esperanza de perder los menos objetos posibles y de conservar los más que se pueda; pero la mayoría de las pérdidas que se dan en esta etapa de la vida, tienen que suceder y lo único que se puede hacer es aprender a vivir con ellas, para que no tengan un efecto negativo en la autoestima de los adultos mayores.

### ➤ **LA REDEFINICIÓN DE LA AUTOESTIMA DEL ADULTO MAYOR**

Virginia Satir, comenta que los seres humanos pueden crecer y cambiar a lo largo de su existencia, esto es un poco más difícil al pasar de los años y en ocasiones requiere de más tiempo, todo depende de nuestra voluntad de aferrarnos a ciertas actitudes; los primeros pasos, son: conocer que existe la posibilidad de un cambio y comprometernos con él; por lo dicho, vemos que en cualquier edad y aún en la edad mayor podemos cambiar la imagen y la valoración que se tiene de sí mismo, en la cual influyen los cambios físicos, psicológicos y sociales, ya mencionados.<sup>33</sup>

En ésta edad, que Virginia Satir llama “los últimos años”, es de vital importancia tener una alta autoestima, ya que permite continuar descubriendo los recursos que no habían sido tomado en cuenta hasta ese momento. Nancy O’Connor (1990), indica que todos los cambios significativos en la vida implican un proceso de duelo, ya que le decimos adiós a una parte del antiguo ser, a viejas formas, a caminos familiares; lo antepuesto es muy importante debido a que se toman en cuenta todos los cambios que le suceden al adulto mayor y cada que acontezca uno de esos cambios, lo va a inducir a la redefinición de su autoestima. Entonces, la redefinición de la autoestima se da cuando ocurre una pérdida y si no se está preparado, ésta redefinición se da de forma negativa.<sup>34</sup>

### ➤ NIVEL DE AUTOESTIMA

Son los parámetros o grados de medición de la autoestima real que poseen las personas. Los mismos que pueden ser susceptibles a aumento o disminución con el transcurso del tiempo y a las diferentes dimensiones que engloban la personalidad y la vida laboral.<sup>15</sup>

Para el estudio, para medir el nivel de autoestima de las/los adultos mayores se aplicó la escala de Rosemberg.<sup>35</sup>

### ➤ MEDICION DE LA AUTOESTIMA “LA ESCALA DE ROSEMBERG”

La muestra original en la que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió en 5.024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostro una alta fiabilidad: correlaciones test-re test en el rango 0,82 hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados.<sup>25</sup>

La prueba consta de 10 preguntas, puntuales entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. El objetivo es evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa, se clasifican en los siguientes niveles:

#### ✓ **Autoestima elevada:** Considerada como autoestima normal

Si las/los adultos mayores desarrollan una autoestima elevada, tienen más posibilidades de desenvolverse mejor ante la sociedad; así mismo, respecto a una buena calidad de vida, se sienten valiosos y tienen más seguridad en sí mismos, por lo tanto, no tendrán conductas de riesgo.<sup>25</sup>

También la autoestima elevada es definida como el sentimiento valorativo que muestra una persona, el fracaso no supone ninguna alteración en sus planes, puesto que es una oportunidad única para aprender y no volver a equivocarse.

Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, manejan la creatividad, se auto respetan y sienten orgullo de sí mismos.<sup>25</sup>

- ✓ **Autoestima media:** No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Es pertinente señalar que la autoestima no se da, se adquiere. Por lo tanto, para desarrolla la autoestima se requiere confiar en las propias capacidades intelectuales; es decir; en la propia capacidad de decidir.<sup>36</sup>

Los individuos con autoestima media, son expresivas, dependen de aceptación social, tienen afirmaciones positivas y tienen expectativas moderadas. Estas personas tienen confianza en sí mismas; pero, en ocasiones pueden llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás; aunque, por dentro están sufriendo.<sup>36</sup>

- ✓ **Autoestima baja:** Existen problemas significativos de autoestima

Si las/los adultos mayores tienen bajo nivel de autoestima, es más probable que opten por conductas de riesgo; debido a, que se sienten inferior a los demás, no confían en sí mismos y no tienen muchas expectativas.<sup>36</sup>

Así mismo, son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, su actitud hacia sí mismo es negativa. Son personas que aunque no se creen inferiores al resto, sino consideran a los demás en una posición más elevada a la suya, inconscientemente se sienten en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de realizar alguna acción.

La utilidad del instrumento de la escala de autoestima de Rosemberg, se sustenta en el hecho de que la autoestima es un constructor de gran interés clínico por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos, así como por



su asociación con la búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés percibido, la calidad de vida y con el bienestar general.

### 2.1.2. FACTOR SOCIAL

Una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica.<sup>37</sup>

#### ➤ ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO:

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia, aunque todavía estos temas siguen siendo importantes para investigadores internacionales. A continuación presentamos un resumen del significado de cada uno de estos factores para la valoración integral del adulto mayor.<sup>38</sup>

#### ➤ CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES

**EDAD:** Existe una relación fuerte entre la edad y diversas dimensiones de salud. Por ejemplo, en el Centro de Salud encontrara que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos. Las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona, aumentando significativamente en la población de 75 años y más. La relación entre la edad y otros indicadores de salud es menos precisa. Vale la pena, entender las enfermedades que son relacionadas con la edad y también estudiar las

intervenciones que logran posponer las manifestaciones clínicas de estas enfermedades, sin dejarse llevar por la propaganda popular de la medicina antienvjecimiento.<sup>38</sup>

**SEXO:** En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. También, suelen reportar más frecuentemente que los hombres, que la salud no es buena. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos.<sup>38</sup>

**EDUCACION:** El nivel de educación se encuentra relacionado con la autopercepción de salud de la persona adulta mayor. También se encuentra asociado con mortalidad y con deterioro cognitivo y demencias. En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población.<sup>38</sup>

➤ **INTEGRACION SOCIAL:**

Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntarios o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. Estudios en varias partes del mundo, destacan que hay una fuerte correlación en mortalidad, así como en otros indicadores de salud. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud.<sup>38</sup>

➤ **APOYO SOCIAL:**

Sugerimos dos indicadores para medir el apoyo social del individuo: tamaño de la red social y estado civil. Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo. Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. Varios estudios importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar. El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo.<sup>38</sup>

En relación a los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios; en el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos.<sup>39</sup>

Para fines de este estudio consideraremos dentro de estas características a la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, autoestima, apoyo familiar y social, integración social, y para poder estructurar nuestras ideas y explicar las conexiones causales entre estas características y la calidad de vida utilizaremos constructos basados en la teoría psicosocial, que plantea “potencial del estrés psicológico para dañar la salud”, “generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social”. Conceptualizado generalmente en relación con el individuo, su hipótesis central es que los factores agudos y crónicos generadores de estrés en el “ambiente social”: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patogénicos por alteración de la función neuroendocrina, o b) inducen comportamientos que dañan la salud.<sup>40</sup>

El “ambiente social” comprende los factores psicosociales generados por la interacción humana: jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad, incluyendo el aislamiento social. Neutralizando a los anteriores, el “capital social” y la “cohesión social” se proponen (y refutan) como ventajas psicosociales poblacionales que pueden mejorar la salud de la población a través de su influencia sobre las normas y del fortalecimiento de los vínculos de la “sociedad civil”, pero con la advertencia de que la pertenencia a determinadas formaciones sociales puede dañar a los miembros del grupo o quienes no son miembros de él; la atención cambia de la “etiología específica” a la “susceptibilidad generalizada”. Por lo tanto, la mayoría de las intervenciones para reducir la exposición a los factores estresantes.<sup>40</sup>

Un abordaje integrado para investigar la enfermedad y su prevención necesariamente requiere comprender: niveles de causalidad, trayectorias de curso de vida, tipos de causas, y tipos de enfermedades. Para lograr entender la influencia de los factores psicosociales es importante conocer que: la salud se deteriora cuando hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular, el apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado que parece actuar como un buffer. Puede afectar: la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia. Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad. Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, y de invalidez en las enfermedades crónicas. La cohesión social, definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad ayuda a proteger a las personas y su salud. La pobreza a la exclusión social y el aislamiento.<sup>41</sup>

En promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de: ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

El orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la adversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.<sup>41</sup>

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.<sup>42</sup>

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura. “La vida es corta cuando es de mala calidad”.

La pobreza absoluta es la falta de las necesidades materiales de la vida. La pobreza relativa comprende a los que perciben menos de 60% del ingreso medio nacional (no acceden al albergue decente, la educación y el transporte). La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.

Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política. Dentro de este modelo se encuentra el de las influencias múltiples en el ciclo de vida (Brunner, Marmot y Wikison); El modelo ilustra como las desigualdades socio-económicas en salud resultan del diferencial de la exposición a riesgos medio ambiental, psicológico y conductual a lo largo del ciclo de la vida. Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias en la salud de la población.<sup>33</sup>

### **2.1.3. TEORIA DE ADAPTACION “CALLISTA ROY”**

En este estudio para poder interpretar y analizar la influencia de los factores psicológicos y sociales sobre la calidad de vida del adulto mayor también asumiremos la teoría de enfermería propuesta por Callista Roy “Teoría de la adaptación”, quien definió la adaptación como el proceso y el resultado por el que las personas de pensamiento y de sensación, como individuos o en grupos, utilizan el conocimiento y la opción consciente para crear la integración humana y ambiental; señala que los seres humanos como sistemas adaptantes tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. La capacidad de responder positivamente a estos cambios es una función del nivel de adaptación del sistema humano.<sup>34</sup>

El nivel de adaptación es un punto cambiante que refleja, la habilidad de la persona para responder positivamente a los cambios del ambiente. Este incluye las capacidades, esperanzas, sueños, aspiraciones, motivaciones que llevan a la persona hacia la excelencia. La adaptación descrita por Callista en su modelo es un nivel integrado, donde describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas, un nivel compensatorio; el cual se presenta cuando los mecanismos reguladores y cognitivo del afrontamiento se activan por un estímulo, y se produce alteración de los procesos integrados y un nivel comprometido que aparece cuando los procesos integrado y compensatorio son inadecuados.<sup>34</sup>

Las personas utilizan tres tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias comportamentales; buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible a modificar. Estas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar frente al estímulo y lo rechaza. Las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera. Se manifiestan con la expresión de sentimientos frente a sí mismos y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición. Las estrategias cognitivas pueden ser de dos tipos, aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola, y aquellas que, por el contrario se enfocan en la situación y se ocupan de ella.

El afrontamiento según Roy son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.<sup>35</sup>

El subsistema de afrontamiento cognitivo tiene relación con la conciencia. La conciencia monitorea y regula el comportamiento humano gracias a los procesos cognitivos en donde, mediante el desarrollo del proceso de información, la persona otorga un significado a los estímulos del ambiente, interactúa con este y alcanza los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad. Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están íntimamente relacionadas entre sí; Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas.<sup>45</sup>

**ENTRADAS:** Son los estímulos que pueden llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).<sup>35</sup>

**PROCESOS CENTRALES:** Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

**SALIDAS:** Se refiere a las conductas de las personas, se dividen en respuestas adaptativa (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en las respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.<sup>35</sup>

Aunque es normal que las personas utilicen mecanismos de afrontamiento, también es claro que en algunos pacientes estos mecanismos no sean eficientes y como resultado se presenten problemas de adaptación como ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, aflicción y culpabilidad; estos problemas se convierten en estímulos importantes que no permitirán la adaptación en los otros modos adaptativos sobre todo en el fisiológico, ya que influirá en la realización de actividades y apego al tratamiento lo que puede complicar o dificultar la adaptación de estos pacientes. Para establecer dichas intervenciones es necesario que el personal de enfermería elabore planes de cuidado y guías de práctica clínica específicas que les permita la adaptación de sus pacientes.

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno.

Las personas vistas como sistemas adaptativos holísticos, según Roy, se encuentran en una continua interacción con un ambiente cambiante. Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia); esta respuesta buscan afrontar la situación y de esta manera, promover la adaptación.

El ambiente se define como todas las condiciones, circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y comportamiento como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y los recursos de la tierra. En el ambiente se encuentran los estímulos que Roy clasifica como focales, contextuales y residuales.



Los contextuales son otros estímulos que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención y consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal. Haciendo referencia a la influencia del ambiente en cuanto al aspecto laboral, social, cultural en su proceso de afrontamiento. Los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados. Estos pueden ser una expectativa un valor, una actitud o una creencia producto de experiencias pasadas.<sup>35</sup>

En el momento que se conocen como están actuando en la situación se vuelven contextuales. Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador cognitivo, con el propósito de desencadenar respuestas que permitan controlar la situación. El primero responde automáticamente a los estímulos del ambiente interno y externo. Y las respuestas mediadas por el subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico de adaptación.<sup>35</sup>

A través de los subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando comportamiento o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas; estas actúan como retroalimentación para incrementar o reducir los esfuerzos de afrontamiento. Las respuestas se evidencian en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación:

*El fisiológico:* La categoría del comportamiento que pertenece a los aspectos físicos del sistema humano se llama modo fisiológico físico para los individuos y los grupos. El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos finos, órganos, y sistemas que abarcan el cuerpo humano. Para el individuo, el modo fisiológico tiene cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección.<sup>36</sup>

*El auto concepto:* se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. Para el individuo el auto concepto se define como el conjunto de creencias y sensaciones que una persona tiene de sí mismo en una situación dada. La opinión interna y de otros, genera reacciones que son influyentes en el comportamiento. Los componentes del modo del auto concepto son el uno mismo físico,

incluyendo la sensación del cuerpo y la imagen del cuerpo y el uno mismo personal, abarcando la auto consistencia, auto ideal, y moral – ético – espiritual.<sup>36</sup>

*La función de Rol:* Se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en sociedad. La necesidad básica subyacente en el modo de la función del rol, se ha identificado como la integridad del rol social con claridad del individuo por sí solo y en sociedad. Para la integridad individual y social implica la necesidad de saber quién es uno en lo referente a otros de forma que se pueda actuar.<sup>39</sup>

*La Interdependencia:* Se centra en relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, más que roles en sociedad. Está relacionado con los procesos afectivos, de desarrollo y de los recursos con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye en la sociedad. Las relaciones interdependientes se dividen en dos categorías: significativas y sistemas de ayuda.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo.<sup>36</sup>

## 2.2. CALIDAD DE VIDA

La definición de la Organización Mundial de la salud (OMS) indica que la calidad de vida es la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales. Posteriormente se modificó, como salud y buena calidad de vida a la ausencia de enfermedad o defecto de la sensación de bienestar físico, mental y social, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida.<sup>37</sup>

Todo este proceso está visto como una oportunidad de alargar la vida, pero sobretodo como la búsqueda de la calidad de vida puede hacer que el envejecimiento tenga una

nueva forma de definirse. La calidad de vida noción eminentemente humana, que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su condición física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

También diremos que subjetivamente es la percepción y valoración que hace el sujeto de su autoestima, lo cual se ve reflejado en sentimientos, actitudes y opiniones valorativas personales, ya sean positivas o negativas; depende en gran medida del balance personal, donde la mayoría de los adultos mayores consideran al apoyo familiar como uno de los principales componentes que influye en su satisfacción, siendo este una condicional para mejorar su nivel de calidad de vida.

La calidad de vida se relaciona con la vejez como el resultado de un proceso adaptativo multidimensional que involucra variables históricas, socioculturales e individuales y que se manifiesta, desde el punto de vista emocional, habilidad de autorregulación para enfrentar situaciones estresantes y cognoscitivo, resolver problemas; de comportamiento, en términos de ejecuciones efectivas y competencia social.

Así mismo se relaciona con educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos. Es de notar que la calidad de vida ha sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial.

La calidad de vida debe dirigir la práctica social hacia el desarrollo de las capacidades humanas, la educación juega un papel de suma importancia para la consecución de este objetivo. La finalidad principal de la educación es el desarrollo del ser humano en su dimensión social. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras.

Roció Fernández Bellasteros globaliza la participación de factores personales (estilos de vida) y socio ambiental para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo. Los estilos de vida saludables, se

definen como procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar en la vida. Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. En relación a los grados o niveles de calidad de vida la autora, afirma que puede presentarse en dos niveles: buena y mala.<sup>39</sup>

### **2.2.1. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

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

CVRS incluye aspectos generales que suelen afectarse ante su pérdida, como las funciones físicas, interacciones sociales. Miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba el grado de bienestar o malestar que posee al respecto de su vida y su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, que serían las afectadas por uno proceso de enfermedad. No incluyen aspectos específicos de esta como el ambiente hospitalario y las relaciones del paciente con el equipo de salud.<sup>37</sup>

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:**

- Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

- Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial.
- Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra más físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

#### **DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:**

- ❖ **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.
- ❖ **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
- ❖ **Dolor Corporal:** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa.
- ❖ **Salud General:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- ❖ **Vitalidad:** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
- ❖ **Función social:** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

- ❖ **Rol Emocional:** valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- ❖ **Salud Mental:** Valoración de la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

### 2.2.2. ADULTO MAYOR O VEJEZ

Este término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.<sup>38</sup>

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de los que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o se han jubilado, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, junto con los ámbitos de su vida, esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono y otra opción muchas veces consiste en los asilos.<sup>38</sup>

- **Características del adulto mayor:**

**Desde lo biológico:**

- Disminuye la capacidad de aprender.
- Alteraciones neurosensoriales: disminución de la audición y de la agudeza visual.

- Funciones cerebrales superiores: deterioro progresivo de la percepción, disminución de la memoria de fijación reciente, de la capacidad de concentración, de la eficiencia mental, rapidez e inteligencia en general.

**Desde lo endocrino:**

- Cambios hormonales tiroideos: sequedad de la piel, menor tolerancia al frío, tendencia a la estitiquiez.
- Cambios gonadales: atrofia mamaria, vulvar, vaginal, testicular.
- Síndrome climatérico, osteomuscular y pérdida de la elasticidad de la piel, caídas del cabello y de los dientes.

**Desde lo psicológico:**

- Cambios de la personalidad emocionales:
  - Egocéntrico, acentuación de rasgos previos de personalidad, especialmente desconfianza y rigidez.
  - Necesidad de sentirse amado, útil y seguro.
  - Sin la satisfacción de estas necesidades básicas hay soledad, frustración y sentimiento de abandono.

**Desde lo social:**

- La jubilación: el impacto en las personas al finalizar su vida laboral, está sujeto a las características del individuo.
- Los factores que marcan el impacto de la jubilación es el dinero y la salud.
- A mayor satisfacción laboral, más difícil será el proceso de jubilación.
- La calidad de vida del adulto mayor. Se relaciona con la experiencia subjetiva de controlabilidad de la propia vida, auto valencia.
- Una persona que ejerce mucho controles porque tiene un sentimiento de controlar su propia vida.

### 2.2.3. ENVEJECIMIENTO

El ser humano al nacer sufre un proceso de cambios que se da a lo largo de toda su vida, este proceso es llamado envejecimiento, el cual se caracteriza por ser un conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. También se hace mención, del envejecimiento individual, el cual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, sociológicos y funcionales. También se hace mención, del envejecimiento individual, el cual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos, es progresivo, y comienza con el nacimiento y termina con la muerte, evolucionando progresivamente a medida que avanza la vida. El envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos.<sup>41</sup>

La población de personas mayores se ha incrementado a una tasa de 2,8% por año en todo el mundo y, paralelamente, se ha notado una reducción de la fecundidad y el incremento demográfico general que ha sido menor a 1,6% por año. En la actualidad el periodo de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, siempre y cuando el individuo se desarrolló en un medio ambiente adecuado. La perfección estaría representada por una curva de esperanza de vida promedio igual a la esperanza de vida máxima.<sup>41</sup>

Durante el último siglo la humanidad se ha estado desplazando gradualmente en esta dirección aunque, hoy por hoy, la longevidad es un concepto ligado a la edad cronológica y de significación relativa, ya que las edades consideradas como longevas, es decir, por encima de la actual esperanza de vida, están marcadamente por debajo del valor considerado como de máxima duración.

Determinar el momento en que el envejecimiento se inicia no es tarea fácil. Desde un punto de vista biológico, no hay organismos viejos ni envejecidos, ya que esta terminología tiene el significado estático de un proceso ya llevado a cabo, en tanto



que el envejecimiento es un proceso que finaliza cuando sucede la muerte. Una forma arbitraria de definir la vejez es decir que empieza en la edad convencional de jubilarse (60 o 65 años). Pero los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente y muchas personas de edad viven más allá de los 80 años. Así, los términos comúnmente aceptados son: los viejos jóvenes (60 a 74 años), los viejos (75 a 84 años) y los más viejos (85 en adelante). No obstante, algunas personas parecen viejas mucho antes de los 60 años y algunos viejos pueden parecer más jóvenes que los viejos jóvenes.<sup>43</sup>

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento activo como el proceso “por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”

El envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión. Muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, casi nihilistas, y ello redundará en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano. Ya que, al menos por el momento, no es posible detener el proceso de envejecimiento si se puede trabajar para lograr una buena calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en un buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativa.

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el individuo en sus diferentes dimensiones, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción

sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no solo en este periodo, sino a lo largo de toda su vida. Con el paso de los años tales transformaciones predisponen al adulto mayor a presentar varias enfermedades.

## **EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y LAS LIMITACIONES FUNCIONALES**

El envejecimiento es un proceso por el cual todas las personas participan desde su nacimiento. Larson y Bruce (1987), describen que en la medida que las personas envejecen, se van a producir evidentes modificaciones en su condición general o estado de salud, que alteraran las estructuras, reducirán las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. El envejecimiento no es un proceso que proviene de una sola causa, sino más bien es el producto de una compleja interacción de factores biológicos y psicosociales. El primer indicio que se presenta en esta etapa es una disminución del rendimiento físico, que puede variar en su intensidad de una persona a otra.<sup>40</sup>

Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades; algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estura, propensión a la osteoporosis (principalmente en mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar sus actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas.

También en esta etapa de vida aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire a los pulmones; los cambios significativos en la vista, aun en ausencia de una enfermedad en particular, la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen atractivos en su aroma y sabor entre otros cambios que provocan además que la energía disminuya, también la resistencia a enfermedades y el cuerpo se hace un

poco más lento y flexible; razón por la cual se excluye al geronto de muchas actividades.<sup>40</sup>

En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos.

En este grupo observamos que la percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros.<sup>40</sup>

En relación a los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios; en el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos.

Al evaluar toda esta problemática y las necesidades de salud que derivan de ellas en la persona mayor, reflexionamos que no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también como estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. Además, se ha demostrado que los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integrada son más eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado.

Los enfoques basados en el funcionamiento también pueden ser útiles para elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. Sin embargo, el nivel de funcionalidad se determina no solo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida.<sup>40</sup>

Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición.<sup>40</sup>

Se trata de influencias que definen las capacidades físicas y mentales que presentamos en cada momento (por ejemplo, al influir en nuestras opciones y nuestras decisiones relativas a la salud) y determinan, para un determinado nivel de capacidad, si podemos hacer las cosas que queremos (por ejemplo, si queremos ir a algún lugar, ¿Tenemos transporte a disposición para llegar hasta allí?). Para definir estrategias encaminadas a promover la salud en la edad avanzada, es fundamental comprender la función que desempeñan estos factores contextuales tan diversos.<sup>50</sup>

Es por ello que el presente estudio pretende comprender como se relacionan los factores psicológicos y sociales con la calidad de vida del adulto mayor. Por ello es relevante ubicar estos factores desde la visión de determinantes de la salud.

### **2.3. DETERMINANTES DE LA SALUD**

Se comenzó hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una

muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presento un informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians”, que marco uno de los hitos importantes dentro de la salud pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población.<sup>41</sup>

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos.
- Y los de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:
  - Aquello relacionados con los estilos de vida
  - Los llamados factores ambientales
  - Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
  - Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

- ❖ **FACTORES PSICOLOGICOS:** Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen un carga afectiva que lucha por satisfacer las necesidades.
- ❖ **FACTORES SOCIALES:** Son aquellas circunstancias, elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio.
- ❖ **CALIDAD DE VIDA:** Se refiere a una evaluación subjetiva inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental, satisfacción con la vida, estado mental. Más bien es un concepto multidimensional.
- ❖ **ADULTO MAYOR:** En la primera Asamblea Mundial sobre envejecimiento realizada en Viena en el año 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años de edad, lo cual también se aplica en el Perú.
- ❖ **AUTOESTIMA:** Es el sentimiento de aceptación y aprecio que uno tiene hacia sí mismo, más no la opinión o aceptación que otra persona tiene respecto a uno.
- ❖ **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD:** Es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentran en un momento dado y refleja el grado de satisfacción.
- ❖ **VEJEZ:** se refiere a un estado, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último periodo del ciclo vital.
- ❖ **ENVEJECIMIENTO:** es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta.

## 2.4. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION:

Existe relación significativa entre los factores psicológicos y sociales y la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur.

## CAPITULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

##### ❖ Tipo de investigación:

La presente investigación es de tipo descriptivo, no experimental; y de corte transversal.

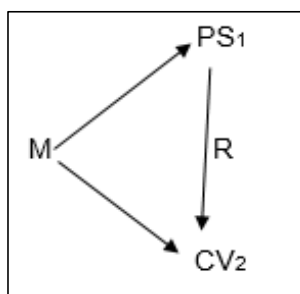
- **DESCRIPTIVO:** porque no hay manipulación de la variable, esta se observa y se describe tal como se presentan en su ambiente natural, las cuales son factores psicológicos, sociales y calidad de vida.
- **TRANSVERSAL:** porque nos permitió medir simultáneamente las variables de factores psicológicos, sociales y calidad de vida, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

##### ❖ Diseño de investigación:

El diseño de investigación del estudio es de tipo correlacional.

- **CORRELACIONAL:** porque nos permitió establecer la relación entre las variables factores psicológicos y sociales con la calidad de vida.

Para este diseño se tiene el siguiente diagrama:



**DONDE:**

**M:** Adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur.

**PS<sub>1</sub>:** Factores psicosociales.

**CV<sub>2</sub>:** Calidad de vida.

**R:** Relación que existe entre variables.

### 3.1. POBLACION Y MUESTRA DE INVESTIGACION

❖ **POBLACION:**

La población de estudio estuvo conformada por adultos mayores que asisten al programa del Adulto Mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur, siendo un total de 40.

❖ **MUESTRA:**

La muestra es no probabilística, por el muestreo por conveniencia y se tomó el 100% de la población por ser fácilmente medible.

### 3.2. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

❖ **TECNICA**

Para el logro de los objetivos planteados en la investigación, se aplicó la técnica “ENTREVISTA”; esta permitió obtener información respecto a los factores psicológicos, sociales y calidad de vida del adulto mayor.



❖ **INSTRUMENTOS**

Para la recolección de datos se aplicó cuestionarios, el cual se les presento a los adultos mayores, previa orientación del instrumento de recolección de datos y firma del consentimiento informado.

- A. Para medir el factor psicológico se utilizó la Escala de autoestima de Resemberg (autoestima elevada, media, baja), (ANEXO N°2) para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo; consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa. De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1; los ítems 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

<b>NIVEL DE AUTOESTIMA</b>	<b>PUNTUACION</b>
<b>ELEVADA</b>	De 30 a 40 puntos
<b>MEDIA</b>	De 26 a 29 puntos
<b>BAJA</b>	Menos de 25 puntos

- B. Para medir el factor social. (ANEXO N° 3) Se utilizó un cuestionario para evaluar factores sociales son preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Duke University Center for the Study of Aging and Human Development; el cual consta de 11 preguntas.<sup>38</sup>
- C. El instrumento que se utilizó para determinar la calidad de vida de los adultos mayores fue el Cuestionario de Salud SF 36 V 2.0 (ANEXO N°4) contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden 8 dimensiones del estado de salud.

DIMENSIONES	NUMERO DE PREGUNTAS	ITEMS
1. Función física	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
2. Función social	2	20,32
3. Rol físico	4	13,14,15,16
4. Rol emocional	3	17,18,19
5. Estado mental	5	24,25,26,28,30
6. Vitalidad	4	23,27,29,31
7. Dolor corporal	2	21,22
8. Percepción de la salud	5	33,34,35,36,1

Existe una cuestión no incluida en estas 8 dimensiones, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

**Calificación del instrumento:** Enfoque Rand simple: establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), y proporciona un perfil mediante las puntuaciones en las 8 dimensiones evaluadas. No todas las respuestas tienen el mismo valor, sino que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta. 51

**Asignación de puntaje:** Enfoque Rand simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (el mejor estado de salud es 100). Por ejemplo

- Pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100
- Pregunta de 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100
- Pregunta de 6 categorías 0-20-40-60-80-100

En el cuestionario SF-36 V 2.0 existen preguntas directas e indirectas:

**Ítems directas** (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 28, 29, 31,32)

**Ítems inversas** (1, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 30,33,34,35,36) (84).

**Puntaje global:**

La suma de los puntajes obtenidos por cada paciente con insuficiencia renal fue por la escala con el enfoque rand se utilizó la técnica de

percentiles. Lo cual permitió categorizar el nivel de calidad de vida en tres: mala calidad, regular calidad, buena calidad.

**Nivel de calidad de vida**

- Mala calidad: 0 – 1750
- Regular calidad: 1751 –2625
- Buena calidad: 2626 – 3500

### **3.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

**a) COORDINACION:**

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería una carta de presentación dirigido a la jefa del Establecimiento de Salud I-4 Cono Sur, San Román.
- Se presentó el documento emitido a la jefa del Establecimiento de Salud I-4 Cono Sur, San Román, a fin de obtener autorización para realizar el estudio de investigación.
- Se realizó la coordinación respectiva con la encargada del programa del Adulto mayor a fin de programar la fecha y horario de recolección de datos.

**b) EJECUCION:**

- Se solicitó a los participantes su consentimiento informado antes de la aplicación de los instrumentos (entrevista personal).
- En el momento de aplicación del cuestionario se dio a conocer los objetivos de la investigación.
- Se explicó cada uno de los instrumentos de forma directa por medio de una entrevista personal que se realizó a cada adulto mayor del programa, durante la espera a la consulta o cita que tenía.

- El tiempo promedio empleado de la aplicación de los cuestionarios fue aproximadamente 30 minutos por cada adulto mayor.
- Finalmente se agradeció a los pacientes por su valiosa participación.

### 3.4. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

- Se codifico la información obtenida.
- Los datos recolectados se procesaron en el programa Excel y en el software estadístico programa SPSS 23.
- Se elaboraron las tablas estadísticas.
- Se interpretó los resultados obtenidos.

### 3.5. ANALISIS DE DATOS

Se utilizó estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia absoluta y porcentual. Se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado de asociación, la fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Donde:

$\chi_c^2$  : Ji-cuadrado calculada.

$O_{ij}$  : Frecuencias observadas de la i-ésima fila y j-ésima columna.

$E_{ij}$  : Frecuencias esperadas de la i-ésima fila y j-ésima columna, aquella frecuencia que se observaría si ambas variables fuesen independientes.

f y c : filas y columnas respectivamente.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSION

#### 4.1. RESULTADOS

**TABLA 1**

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4  
CONO SUR, SAN ROMAN - 2017**

Calidad de vida	N	%	% Acumulado
<b>Mala</b>	22	55	55
<b>Regular</b>	18	45	100
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	-

**Fuente:** Cuestionario de calidad de vida

En la presente Tabla 1, se observa el nivel de la calidad de vida del adulto mayor el cual se encuentra: 22 personas que representa el 55% de adultos mayores se encuentra con mala calidad de vida y 18 personas que son el 45% se encuentra en regular calidad de vida. Es importante resaltar que los adultos mayores se encuentran en mayor porcentaje con una mala calidad de vida.

TABLA 2

**FACTOR PSICOLOGICO DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE  
SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMAN – 2017**

<b>F. Psicológico (NIVEL DE AUTOESTIMA)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Bajo</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>45</b>
<b>Medio</b>	17	43	88
<b>Elevado</b>	5	12	100
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

**Fuente:** Cuestionario de Rosemberg (autoestima).

En la tabla 2, se observa sobre el factor psicológico en cuanto al nivel de autoestima del adulto mayor, podemos apreciar que los adultos mayores con nivel de autoestima bajo alcanzaron un 45%, nivel de autoestima medio un 43%, y nivel de autoestima elevado un 12%.

TABLA 3

TABLA 3.1

**CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DEL ADULTO  
MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMAN – 2017**

<b>Edad</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
60 a 67	7	18	18
<b>68 a 75</b>	<b>17</b>	<b>42</b>	<b>60</b>
76 a 84	16	40	100
Total	40	100	-
<b>Instrucción</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Analfabeto</b>	<b>28</b>	<b>70</b>	<b>70</b>
Primaria	10	25	95
Secundaria	2	5	100
Total	40	100	-
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Femenino</b>	<b>32</b>	<b>80</b>	<b>80</b>
Masculino	8	20	100
Total	40	100	-
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
Casado	11	28	28
Divorciado	8	20	48
Soltero	5	12	60
<b>Viudo</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Total	40	100	-

**Fuente:** Cuestionario de factores sociales.

La tabla 3.1, muestra los factores sociales en cuanto a características demográficas y sociales del adulto mayor, la edad predominantes es de 68 a 75 años con el 42% de la muestra, el grado de instrucción más frecuente es analfabeto con 70%, el sexo femenino representa el 80% de adultos, el estado civil más frecuentes es viudo con 40%.

TABLA 3.2

**INTEGRACION SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD  
I-4 CONO SUR, SAN ROMAN – 2017**

Participación en actividades sociales	N	%	%Acumulado
<b>No</b>	16	40	40
<b>Si</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	40	100	-

Participación en actividades familiares	N	%	%Acumulado
<b>No</b>	20	50	50
<b>Si</b>	20	50	100
<b>Total</b>	40	100	-

**Fuente:** Cuestionario de factores sociales.

La tabla 3.2, muestra los factores sociales en cuanto a integración social del adulto mayor, se evidencia que la mayoría de adultos mayores si participa en actividades sociales en un 50%, y en la participación en actividades familiares el 50% de adultos si participa.



TABLA 3.3

**APOYO FAMILIAR Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE  
SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMAN – 2017**

Personas que convive	N	%	%Acumulado
<b>Esposa (o)</b>	8	20	20
<b>Hijos</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>60</b>
<b>Nietos</b>	3	8	68
<b>Sola (o)</b>	13	32	100
<b>Total</b>	40	100	-
Personas que habla por teléfono	N	%	%Acumulado
<b>1 a 2 personas</b>	<b>17</b>	<b>43</b>	<b>43</b>
<b>3 a 4 personas</b>	4	10	53
<b>Ninguno</b>	16	40	93
<b>Varias personas</b>	3	7	100
<b>Total</b>	40	100	-
Como se siente con la frecuencia que ve a su familia	N	%	%Acumulado
<b>Contento</b>	<b>21</b>	<b>53</b>	<b>53</b>
<b>Descontento</b>	19	47	100
<b>Total</b>	40	100	-
Frecuencia que ve a sus amigos o vecinos	N	%	%Acumulado
<b>Bastante</b>	1	3	3
<b>Mucho</b>	18	45	48
<b>Poco</b>	<b>21</b>	<b>52</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	40	100	-
Cuenta con apoyo	N	%	%Acumulado
<b>No</b>	12	30	30
<b>Si</b>	<b>28</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	40	100	-

**Fuente:** Cuestionario de factores sociales.

En la Tabla 3.3, muestra los factores sociales con respecto al apoyo familiar y social del adulto mayor, se determinó que el 40% convive con sus hijos, habla por teléfono el 43% lo hace con 1 a 2 personas, el 53% está contento con frecuencia que ve a su familia, frecuencia que ve a sus amigos o vecinos señala que los ve poco con el 52% y si cuenta con apoyo el 70% de adultos mayores indica que si cuenta con el mismo.

**TABLA 4**

**RELACION FACTOR PSICOLOGICO (NIVEL DE AUTOESTIMA) CON LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMAN – 2017**

F. Psicológico	Calidad de vida						Prueba de Ji cuadrado			
	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Interpretación
Bajo	14	35	4	10	18	45	-	-	-	-
Medio	6	15	11	27	17	42	<b>6.895</b>	<b>2</b>	<b>0.032</b>	<b>Sig.</b>
Elevado	2	5	3	8	5	13	-	-	-	-
Total	22	55	18	45	40	100	-	-	-	-

**Fuente:** Cuestionario de Rosemberg (nivel de autoestima) y calidad de vida

Se observa en la tabla 4, la relación entre el factor psicológico (nivel de autoestima) calidad de vida, se observa que el 55% de adultos mayores tienen una mala calidad de vida de ellos el 45% presenta un nivel de autoestima bajo.

Estadísticamente aplicando la prueba estadístico de Ji cuadrado de asociación, indica que si existe significancia estadística ( $p=0.032$ ), concluyendo que el factor psicológico se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur, San Román, 2017.

TABLA 5

TABLA 5.1

**RELACIÓN FACTOR SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMÁN, 2017**

Factor	Calidad de vida						Prueba de Ji cuadrado			
	Edad	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor
60 a 67	1	3	6	15	7	18	<b>7.303</b>	<b>2</b>	<b>0.026</b>	<b>Sig.</b>
68 a 75	9	23	8	20	17	42				
<b>76 a 84</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>40</b>				
Total	22	55	18	45	40	100				
G. Instrucción	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
<b>Analfabeto</b>	<b>19</b>	<b>48</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>70</b>	<b>6.84</b>	<b>2</b>	<b>0.033</b>	<b>Sig.</b>
Primaria	3	8	7	18	10	25				
Secundaria	0	0	2	5	2	5				
Total	22	55	18	45	40	100				
Sexo	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
Femenino	20	50	12	30	32	80	3.636	1	0.06	No sig.
Masculino	2	5	6	15	8	20				
Total	22	55	18	45	40	100				
E. Civil	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
Casado	6	15	5	13	11	28	1.405	3	0.704	No sig.
Divorciado	3	8	5	13	8	20				
Soltero	3	8	2	5	5	12				
Viudo	10	25	6	15	16	40				
Total	22	55	18	45	40	100				

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

**Fuente:** Cuestionario de factores sociales y calidad de vida

La tabla 5.1, muestra la relación de los factores sociales y la calidad de vida del adulto mayor, en cuanto a características demográficas y sociales se evidencia que estadísticamente aplicando la prueba estadístico de Ji cuadrado de asociación, indica que si existe significancia estadística ( $p=0.032$ ), concluyendo que el factor edad y grado de instrucción se relaciona con la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur, San Román, 2017.

**TABLA 5.2**

**RELACIÓN FACTOR SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMÁN, 2017**

Factor	Calidad de vida						Prueba de Ji cuadrado			
	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
<b>Participación en actividades sociales</b>										
No	11	28	5	13	16	40	<b>2.037</b>	<b>1</b>	<b>0.154</b>	<b>No sig.</b>
<b>Si</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>60</b>				
Total	22	55	18	45	40	100				
<b>Participación en actividades familiares</b>										
No	12	30	8	20	20	50	<b>0.404</b>	<b>1</b>	<b>0.525</b>	<b>No sig.</b>
Si	10	25	10	25	20	50				
Total	22	55	18	45	40	100				

**Fuente:** Cuestionario de factores sociales y calidad de vida

Se observa en la Tabla 5.2, la relación de los factores sociales con la calidad de vida en cuanto a integración social del adulto mayor al aplicar el Chi cuadrado para medir la relación encontramos que la integración social no tiene relación con el nivel de la calidad de vida.  $p > 0.05$

**TABLA 5.3**

**RELACIÓN FACTOR SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMÁN, 2017**

Factor	Calidad de vida						Prueba de Ji cuadrado			
	Personas que convive	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor
Esposo (a)	3	8	5	13	8	20	<b>6.147</b>	<b>5</b>	<b>0.292</b>	<b>No sig.</b>
Hijos	10	25	6	15	16	40				
Nietos	2	5	1	3	3	8				
Solo (a)	7	18	6	15	13	32				
Total	22	55	18	45	40	100				
Personas que habla por teléfono	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
1 a 2 personas	8	20	9	23	17	43	<b>2.012</b>	<b>3</b>	<b>0.57</b>	<b>No sig.</b>
3 a 4 personas	3	8	1	3	4	10				
Ninguno	10	25	6	15	16	40				
Varias personas	1	3	2	5	3	7				
Total	22	55	18	45	40	100				
Como se siente con la frecuencia que ve a su familia	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
Contento	11	28	10	25	21	53	<b>0.123</b>	<b>1</b>	<b>0.726</b>	<b>No sig.</b>
Descontento	11	28	8	20	19	47				
Total	22	55	18	45	40	100				
Frecuencia que ve a sus amigos o vecinos	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
Bastante	1	3	0	0	1	3	<b>2.033</b>	<b>2</b>	<b>0.362</b>	<b>No sig.</b>
Mucho	8	20	10	25	18	45				
Poco	13	33	8	20	21	52				
Total	22	55	18	45	40	100				
Cuenta con apoyo	Mala	%	Regular	%	Total	%	Valor	gl	P valor	Inter.
No	5	13	7	18	12	30	<b>1.231</b>	<b>1</b>	<b>0.267</b>	<b>No sig.</b>
Si	17	43	11	28	28	70				
Total	22	55	18	45	40	100				

APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

**Fuente:** Cuestionario de factores sociales y calidad de vida

En la tabla 5.3, se observa la relación de los factores sociales respecto al apoyo familiar y social con la calidad de vida del adulto mayor al realizar la prueba estadística para medir la relación encontramos que no tiene relación con la calidad de vida  $p > 0.05$ .

## 4.2. DISCUSION

**En la tabla 01:** Sobre el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur, es importante resaltar que en su mayoría presentan una mala calidad de vida.

Comparando los resultados obtenidos coincide con el estudio de Coyinky K, y Wu A. titulado “Estado de salud y calidad de vida en pacientes de edad avanzada” donde la calidad de vida fue considerada excelente en el 4% de los participantes, muy buena en el 9%, buena en un 12%, regular en el 25%, y mala en el 50%.

Por su parte Chambi, M. en su investigación titulado “Calidad de vida social del adulto mayor que acude a los consultorios externos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno” dando como resultado, la calidad de vida social del adulto mayor en porcentaje mala en un 76,6%, seguido por deteriorado en un 20% y en un mínimo porcentaje con buena calidad de vida social.

Encontramos datos similares en la investigación realizado por Singuenza Pacheco y Col., sobre “La calidad de vida en el Adulto Mayor en Parroquias Rurales de la ciudad de Cuenca”, encontró un 61.7% para el nivel de calidad de vida bajo y un 38.3% como nivel de calidad de vida bueno.

Otro estudio realizado por Peralta, en nuestra región titulado “Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua, asegurados en Es Salud-Puno” donde los resultados muestran que: el 60%, de los pacientes con insuficiencia renal crónica con terapia de diálisis peritoneal ambulatoria continua presentan regular calidad de vida, seguida de un 35% con una mala calidad de vida y un 5% tuvo buena calidad de vida.

Los resultados difieren en la investigación realizado por Rodriguez Alayo, sobre el “Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Miramar”, se encontró que el nivel de calidad de vida bueno un 81.5% y 18.5% como nivel de calidad de vida malo.

El concepto de calidad de vida en el adulto mayor involucra muchas variables, como pueden ser la satisfacción, la felicidad, autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar satisfactoria, entre otras muy diversas.

La salud es la que mayor influencia tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los adultos mayores y los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos, es decir dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el individuo. Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades; algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estura, propensión a la osteoporosis (principalmente en mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar sus actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas.

También en esta etapa de vida aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire a los pulmones; los cambios significativos en la vista, aun en ausencia de una enfermedad en particular, la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen atractivos en su aroma y sabor entre otros cambios que provocan además que la energía disminuya, también la resistencia a enfermedades y el cuerpo se hace un poco más lento y flexible; razón por la cual se excluye al geronto de muchas actividades, causando dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que realiza, se siente incapaz de seguir realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, limitan en alguna medida la realización de muchas actividades de la vida diaria, generando dependencia esto conlleva a pensar que los adultos mayores se sienten frustrados

al no sentirse satisfechos con su ritmo de vida cotidiano toda vez que sus objetivos y expectativas no se van cumpliendo. Es allí, donde cada adulto mayor experimenta esta realidad personal de un modo subjetivo, dependiendo de su situación, su época y su cultura. Cuando uno no tiene cubierta sus necesidades y aspiraciones junto a ello adquiere una evaluación negativa de su vida, está más propenso a la ansiedad, depresión, aislamiento social, se siente rechazado, desvalorizado, angustiado.

La vida de las personas mayores está llena de cambios que frecuentemente van asociados con enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que las personas mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros intentos por mejorar las condiciones de vida del adulto mayor estaban dirigidos al análisis de sus habilidades, memoria y aprendizaje.

Del mismo modo, las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación, posteriormente se comenzó a examinar el nivel de la actividad y la satisfacción con la vida misma, comenzando de este modo el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital. Actualmente hay estudios que se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida que influyen en su bienestar.

Reyes (2015) menciona que el 80% de los elementos que se desarrollan con la calidad de vida son la autonomía física y psicológica, atención y cuidados de la salud, actividades de ocio, fuentes de apoyo en base. También mencionan que el medio ambiente del hogar contribuye, de manera positiva, a la superación de las crisis de pérdida de autonomía, identidad y pertinencia.

La calidad de vida, en relación al envejecimiento, plantea retos pues en este contexto de cambios se enfatiza el poder lograr el bienestar y una vida de calidad que no solo involucre a los adultos mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad.



**En la tabla 2:** Al evaluar el factor Psicológico en lo que es la valoración de la autoestima, encontramos que el 45% de los adultos mayores presentan un bajo nivel de autoestima, el 43% tiene un nivel de autoestima medio y solo el 12% tiene un nivel de autoestima elevado. Resaltando que en su mayoría presentan un nivel bajo de autoestima.

Encontramos datos similares en el trabajo de investigación de Ruiz Lozano sobre Presencia de Violencia Familiar y su Relación con el Nivel de Autoestima de los adultos mayores en Morales, encontró que el 14% de adultos mayores tienen un nivel alto de autoestima, el 50.4% de adultos mayores tienen un nivel medio de autoestima y el 35.6% obtuvo un nivel bajo de autoestima.

Mientras que Pajuelo R., y Salvatierra U., en su estudio “Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Hospital II Chocope. 2015” encontrándose que el 16.4% de adultos mayores tiene alto nivel de autoestima, un 50.7% tiene nivel medio, y 32.9% tiene bajo.

Los resultados difieren con los que Quiquia Romero en su trabajo de investigación sobre “Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011”, quien encontró que el 38.5% de adultos mayores tienen un nivel alto de autoestima, el 61.5% de adultos mayores tienen un nivel medio de autoestima y ninguno obtuvo bajo nivel de autoestima.

La importancia de la autoestima, consiste en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el adulto mayor debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. Por ello, la autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre el cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario del geronto.

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno, es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida. Se clasifican en los siguientes niveles: autoestima elevada, considerada como autoestima normal, es el sentimiento valorativo que muestra una persona, son personas expresivas, asertivas, manejan la creatividad, se autor espetan y sienten orgullo de sí mismos; autoestima media, no presentan problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla, son personas expresivas, dependen de la aceptación social, tienen afirmaciones positivas y tienen expectativas moderadas; autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima, son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, su actitud hacia sí mismo es negativa. No obstante, una de las principales consecuencias que genera en el adulto mayor la dependencia, el alejamiento de los hijos, el aislamiento social, la inactividad laboral; entre otros aspectos que los conduce a enfermedades degenerativas físicas y mentales, deteriorando la calidad de vida de la persona que se encuentra en esta etapa asimismo es un sentimiento de minusvalía y baja autoestima. A partir de este evento el adulto mayor se siente inseguro, desvalorizado, angustiada, temeroso, rechazado, se encuentra afectado emocionalmente y esto de alguna manera trae consigo como consecuencia depresión y una mala calidad de vida.

**En la tabla 03:** Al evaluar los factores sociales en la dimensión: características demográficas y sociales encontramos que el 43% son mayores de 65 años, el 70% de la población no tiene grado de instrucción analfabeta; el 80% de la población adulta mayor son del sexo femenino, y el 40% de la muestra tiene como estado civil viudo. Asimismo en la dimensión integración social: un 60% de adultos mayores si participa en actividades sociales y el 50% de adultos mayores participa en actividades familiares, apoyo familiar y social; un 40% de adultos mayores convive con sus hijos, el 43% hablan por teléfono regularmente con 1 a 2 personas, en relación a la frecuencia que ve a su familia el adulto mayor responde en un 53% estar contento; en relación a la frecuencia que ve a sus amigos y vecinos el adulto mayor responde que los ve poco un 52% y el 70% de adultos mayores refiere que si cuenta con apoyo.

Similar resultado encontramos en el estudio realizado por Montenegro Valdivia y Santiesteban Valdera, titulado “Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro poblado los Coronados Mochumi-Lambayeque” donde al evaluar los factores sociales se obtuvo que el 55.6% son mayores de 65 años, el 38.9% de la población tiene grado de instrucción secundaria; el 41.7% de la población adulta mayor tiene como estado civil casado y el 55.6% son del sexo masculino, 66.7% no participa en actividades sociales y que el 63.9% no participa en actividades familiares, el 55.6% de los adultos mayores viven solos(as), hablan por teléfono regularmente con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; en relación a la frecuencia con la que ven a su familia el adulto mayor responde en un 50% estar contento y el otro 50% estar descontento; y el 58.3% de los adultos mayores refieren contar con apoyo.

Las características sociodemográficas de los participantes fueron similares a las reportadas en Cartagena, Bolívar y Colombia; tales como el predominio del sexo femenino, estado civil casados y viudos, escolaridad primaria, no trabajan y viven en estratos 1 o 2. En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores según factores sociodemográficos, se observó que las mujeres reportaron mejor promedio. Quizás debido a que la mujer tiende a permanecer dentro del hogar y le facilitaría la realización de actividades. A diferencia de lo encontrado por Mora, Villalobos y Araya, quienes concluyeron que la calidad de vida percibida por el adulto mayor no difiere en lo respecto a género.

Nuestros resultados difieren del estudio realizado por Salazar, A; Reyes, M y col.18 quienes evidenciaron en su población que el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente.

Una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica.

Adicionalmente, en la sociedad, la mayoría de las personas adultas mayores necesitan jugar un papel directamente productivo para poder sobrevivir económicamente, aunque no siempre logran obtener un trabajo adaptado a sus necesidades físicas, en un ambiente saludable y con los apoyos necesarios para mantener la funcionalidad.

El apoyo social es una de las fuentes importantes en la predicción de la calidad de vida, la satisfacción vital, la felicidad y las relaciones afectivas cercanas. La necesidad de pertenencia y de relacionarse socialmente está dada por el carácter de protección y de reconocimiento que necesita el ser humano. Para Fernández y Gracia (2009), el concepto de apoyo social tiene que ver con algo tan cotidiano y tan inmediato como las relaciones sociales que cada uno establece en su entorno, que suponen una fuente de experiencias de muy diverso tipo entre las cuales son especialmente importantes las que se refieren a la recepción de ayuda en sus formas materiales, emocionales o de cualquier otro tipo. Brown, Mounts, Lamborn y Steinberg (2005), señalan que mantener relaciones positivas con amigos y amigas, en las que existe intimidad, seguridad y apoyo influye de forma muy significativa en la autoestima y calidad de vida. Por su parte Fernández y García, afirman que el apoyo social tiene un efecto mediador o amortiguador frente a los estresores del individuo, esto porque presenta un efecto beneficioso sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

**En la tabla 04:** Al evaluar el factor Psicológico encontramos que el 45% de los adultos mayores presentan un bajo nivel de autoestima, el 43% tiene un nivel de autoestima media y solo el 12% tiene un nivel de autoestima elevado; al aplicar el Chi cuadrado encontramos que si existe relación entre factor psicológico con la calidad de vida de los adultos mayores  $p < 0.05$

Comparando los resultados con el estudio realizado por Pajuelo Rodriguez y Salvatierra Ulloa, titulado “Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, Hospital II Chocope. 2015”. Encontrándose que el 16.4% de adultos mayores tiene alto nivel de autoestima, un 50.7% tiene nivel medio, y 32.9% tiene bajo nivel. Por otro lado, en relación a calidad de vida de los participantes 20% es alta, 46.4% medio y 33.6% bajo; así mismo se identifica una

asociación altamente significativa, positiva y de intensidad media, demostrada mediante la prueba de Chi  $\chi^2$  (cuadrado 2 = 23.3)

No se ha encontrado trabajos de investigación que proyecten en sus resultados la relación entre ambas variables como es el caso de la presente investigación; sin embargo, al estudiar cada variable por separado, estas se sustentan correspondientemente entre sí, reconociendo que el autoestima está directamente relacionado a la calidad de vida. Según los autores García, G e Icen, A. para lograr que la población adulta mayor goce de una adecuada calidad de vida, es necesario relacionarlo directamente con el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, siendo necesario desarrollar en las personas autoestima, generando niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización, favorezcan el sentido de un control individual y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud.

**En la tabla 05:** Al evaluar el factor social en sus dimensiones características demográficas y sociales, integración social y apoyo familiar y social con la calidad de vida el adulto mayor se determinó que hay relación solo en la edad y grado de instrucción, el resto de ítems no presento grado de relación.

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.<sup>22</sup>

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura. “La vida es corta cuando es de mala calidad”.

La pobreza absoluta es la falta de las necesidades materiales de la vida. La pobreza relativa comprende a los que perciben menos de 60% del ingreso medio nacional (no acceden al albergue decente, la educación y el transporte). La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.

Por otro lado, Newson y Shutz, encontraron que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que este predice significativamente la satisfacción con la vida.

Kempen, Jelacic y Ormel concluyeron que características de la personalidad como el neuroticismo y la autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles.

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

## V. CONCLUSIONES

### **PRIMERA:**

Del 100% de los adultos mayores en estudio que asisten al programa Adulto Mayor en el Centro de Salud I-4 Cono Sur San Román, el 55% se encuentra con una mala calidad de vida y 45% en regular calidad de vida. Esto se relaciona con las oportunidades y privaciones que han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

### **SEGUNDA:**

El factor psicológico (Nivel de Autoestima) del 100% de los adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur San Román, se observa que un 45% tiene un nivel de autoestima bajo. Esto se debe a que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad.

### **TERCERA:**

Los factores sociales del adulto mayor, siendo los indicadores características sociodemográficas, integración social y apoyo familiar y social, donde la edad predominante fue de 68 a 75 años, grado de instrucción más frecuente analfabeto, el sexo femenino es predominante, el estado civil más frecuentes es viudo, la mayoría si participa en actividades sociales, la mitad de ellos participa en actividades familiares, conviven mayormente con sus hijos, hablan por teléfono con 1 a 2 personas, se encuentran contentos con la frecuencia que ve a su familia, ven poco a sus amigos o vecinos y si cuentan con apoyo.

**CUARTA:**

Se demostró que la autoestima como factor psicológico tiene un nivel de relación significativo con la calidad de vida que presentan los adultos mayores encontrándose un valor  $p=0.032$ , se aprecia que del 100% de adultos mayores 55% presenta mala calidad de vida, de ellos es 35% presenta un nivel de autoestima bajo, el 15% autoestima medio y 5% nivel de autoestima elevado. Es decir cuando el nivel de autoestima es bajo la calidad de vida también es mala.

**QUINTA:**

Dentro de los factores sociales se encuentro relación estadística con la calidad de vida del adulto mayor, siendo los indicadores: Características sociodemográficas, integración social y apoyo familiar y social, donde se determinó que la edad muestra relación estadística, a mayor edad la calidad de vida tiende a ser mala, también el grado de instrucción muestra relación, el resto de factores sociales no mostraron relación estadística con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur San Román.



## **VI. RECOMENDACIONES**

### **AL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CONO SUR**

1. Fortalecer las capacidades de los recursos humanos para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel, en busca de la implementación de sistemas de apoyo para este grupo poblacional que le permita adaptarse mejor a esta etapa a través de charlas educativas sobre el autocuidado y talleres psicológicos, yoga, reflexología y medicina alternativa, etc.

### **AL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CONO SUR:**

2. A las autoridades del Centro de Salud y el equipo multidisciplinario que labora en esta institución se recomienda implementar diferentes estrategias dentro del programa del adulto mayor que permitan elevar la autoestima de estas personas teniendo en cuenta los resultados mostrados en esta investigación de lo importante que es tener un buen nivel de autoestima adecuado para evitar un envejecimiento inadecuado y por ende una mala calidad de vida.

### **A LA ENCARGADA DEL PROGRAMA DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO SALUD CONO SUR:**

3. Al profesional de enfermería que labora en el establecimiento de salud que atiende a la población de la ciudad de Juliaca, San Román, para que teniendo en cuenta los resultados de este estudio, planifiquen actividades que le permita al adulto mayor mejorar su integración social y familiar, motivando a los familiares cuidadores a compartir espacios con sus adultos mayores, en la consulta, visita domiciliaria y/o la ejecución de actividades extramural como caminatas, deporte entre otras que permitan revalorar al adulto mayor y la importancia de su contribución en la transmisión de nuestra cultura y formación de valores a las nuevas generaciones.

### **A LOS ESTUDIANTES, BACHILLERES DE LA FACULTAD DE ENFERMIA DE LA UNA PUNO:**

4. A los estudiantes, profesionales de enfermería y otros profesionales que realicen investigaciones propositivas y aplicativas que intervengan la problemática del adulto mayor de nuestra región.

## VII. REFERENCIAS

1. BAYARRE VEA, H., PÉREZ PIÑERO, J., MENÉNDEZ JIMÉNEZ, J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Geroinfo [serie en Internet]. 2006 1(3). Disponible en URL: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las\\_transiciones\\_demografica\\_y\\_epidemiologica\\_y\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_objetiva\\_en\\_la\\_tercera\\_edad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf)
2. Cuadros; A. Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. Documentos de Trabajo Social · n°52 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246. Pag 109 -132. Disponible en; [http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista\\_dts/52\\_5.pdf](http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/52_5.pdf).
3. Llanes H, López Y et.al. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de ciencias médicas. La Habana. 2015 21(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
4. Aldana R; Pedraza J, Análisis de la Depresión en el Adulto Mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Tesis pre grado.Universidad del Rosario. Colombia 2012. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf;jsessionid=E9B484F587A8C0E6732DF63D7F4A250C?sequence=3>
5. Dueñas D. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la Provincia de Matanzas.Revista Cubana de medicina general integral. [Revista en internet]. Cuba 2009; p. 1-15.[Visitado el día 14 de julio del 2014]. Disponible en web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252011000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252011000100002&script=sci_arttext)
6. Forttes P, Massad C, col. Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Ministerio de salud Chile, Santiago de Chile, 2009. p.156.

- [http://www.senama.cl/filesapp/las\\_personas\\_mayores\\_en\\_chile\\_situacion\\_avances\\_y\\_desafios\\_2.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf)
7. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Perfil epidemiológico de adulto mayor en México 2010. México; 2011.  
[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P\\_EPI\\_DEL\\_ADULTO\\_MAYOR\\_EN\\_MEXICO\\_2010.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf).
  8. Schkolnik A. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile., Enfoque Estadístico Adulto Mayor., 2007,  
[http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)
  9. OMS. Datos y cifras. envejecimiento y ciclo de vida. OMS. entrada en vigor el [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/)
  10. Rozados, R. Prevención de la Depresión. [En línea](2007) [3 de agosto de 2007] Disponible en:  
[http://www.depresion.psicomag.com/como\\_prevenirla.php](http://www.depresion.psicomag.com/como_prevenirla.php).
  11. Aguilar-Navarro S, Fuentes-Cantú A. Ávila-Funes J, MI; García-Mayo E, Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. SPH URL disponible en:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000400005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005&lng=es&nrm=iso).
  12. Licas Torres M. “Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima-Perú 2015. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)

13. Documento Técnico PLANPAM 2013: Cuadernos sobre N° 5 Poblaciones Vulnerables Año 1 - 2013. Octubre 2013.  
[http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf)
14. González Ramos S, Silvestre López S, Depresión en el Adulto Mayor. Universidad Veracruzana, consultado: abril de 2011. Disponible en:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29284/1/tesis5.pdf>.
15. Organización Mundial de la salud. Clasificación de los Adultos Mayores: entrada en vigor el 1 de Julio de 2014. OMS.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>
16. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto versión completa, Última actualización: Enero2015. disponible En:  
<http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado00/autoria.htm>
17. American Psychological Association. La Tercera Edad y la Depresión. Entrada en vigencia el 23 de agosto del 2013.  
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
18. Quintana A. Análisis de la Calidad de Vida en Adulto Mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del Instrumento WHOQOL - BREF. Tesis Pregrado. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
19. Dander E, Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el Csrd. Santa Catarina Tabernillas. Estado de México, febrero 2013. Tesis pre grado. Universidad autónoma del Estado de México. 2013

20. Salazar A (col). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(2):176-183.  
[http://www.academia.edu/13444392/Prevalencia\\_y\\_factores\\_de\\_riesgo\\_psicosociales\\_de\\_la\\_depresi%C3%B3n\\_en\\_un\\_grupo\\_de\\_adultos\\_mayores\\_en\\_Bogot%C3%A1](http://www.academia.edu/13444392/Prevalencia_y_factores_de_riesgo_psicosociales_de_la_depresi%C3%B3n_en_un_grupo_de_adultos_mayores_en_Bogot%C3%A1)
21. Gonzales M. Salud Mental y Adultos Mayores. Día mundial de la salud mental. 2013. Chile. <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/03/WMHDAY-2013-FINAL-Spanish-version-4.pdf>.
22. Silva M, Vivar V. Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado. [Tesis Pre grado.] Cuenca Ecuador. Universidad de Cuenca. 2015.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>
23. Segura A , Cardona D ,Segura Á, Garzón M . Revista de Salud Pública. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Publicado el (2), Abril 2015, disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41295/3035>.
24. Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C. Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. Rev Esp Geriatr Gerontol; [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Mayo 11] ; 48(1):9–14 : Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90186107&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=124&ty=23&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v48n01a90186107pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90186107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=23&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v48n01a90186107pdf001.pdf)

25. Vallejo Crespo J. “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, Tambo y Déleg de la provincia del cañar cuenca - ecuador, en el año 2011”. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>.
26. Cabrera Gutiérrez Mendoza L. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. Publicado en lima en el año 2010, por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en:  
<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/febrero/oncologico.pdf>.
27. Capuñay Chafloque J. Figueroa Alvarado M, Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2010. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4ao4.pdf>.
28. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez. Colombia; 2007. Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
29. Allevato M, Gaviria J. Envejecimiento, Rev. Act Terap Dermatol 2008; 31: 154  
[http://www.atdermae.com/pdfs/atd\\_31\\_03\\_02.pdf](http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf)
30. OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.2015, Estados Unidos.p.p 282.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
31. Villar M, Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, Rev. Acta Médica Peruana, Perú 2011. 28(4), pp. 237-24.  
<http://www.redalyc.org/pdf/966/96621053011.pdf>
32. Girón P. Determinantes de la salud percibida en España, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2010, p.p.251.  
<http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>.

33. Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata. 2007.p.p. 672.  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento\\_completo\\_.pdf?sequence=4](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo_.pdf?sequence=4)
34. Alarcón M. Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria, tesis post grado. Universidad Juárez del Estado de Durango. Durango. México.2007. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073g.pdf>
35. Miguel A, Adaptación positiva en el proceso de envejecimiento. Tabenque. 2003. Revista Pedagógica, 16, 49-82.  
[http://psicologia.ull.es/admiguel/palencia\\_2002.pdf](http://psicologia.ull.es/admiguel/palencia_2002.pdf)
36. Barros S. Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de pacientes con VIH/SIDA según Modelo “Callista Roy” en una IPS de II Nivel, Cartagena. 2012-2013.3013.  
<http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/791/CAPACIDAD%20DE%20AFRONTAMIENTO%20Y%20ADAPTACION%20DE%20PACIENTES%20CON%20VIH/SIDA%20SEG%20C3%9A%20MODELO%20%20E2%80%9CCALLISTA%20ROY%20E2%80%9D%20EN%20.pdf?sequence=1>
37. Hernandez S, Fernandez L. Metodología de la investigación. Quinta ed. México: McGraw-Hill; 2010.
38. Evaluación Social del Adulto Mayor. Parte I: módulos de valoración clínica módulo 7. organización panamericana de la salud oficina regional de la organización mundial de la salud. Disponible:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>.
39. Rodríguez M, Los Estados Afectivos Tristeza y Felicidad Las Expresiones Faciales, El Aprendizaje Social Transtorno Afectivo Temporal. El Amor y El Apego El Papel de La Oxitocina. Disponible en:  
<File:///J:/Los%20Estados%20Afectivos%20Tristeza%20y%20Felicidad%20Las%20Expresiones%20Faciales,%20El%20Aprendizaje%20Social%20Transtorno>

[%20Afectivo%20Temporal.%20El%20Amor%20y%20El%20Apego%2067El%20Papel%20de%20La%20Oxitocina.html](#)

40. OMS/OPS, Evaluación Del Estado Mental Y Emocional Del Adulto Mayor – Módulo 4 Escala de autoestima de Rosenberg.  
<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
41. El Informe Belmont. Principios Y Guías Éticos Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Comisión Nacional Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Del Comportamiento U.S.A. Abril 18 De 1979.



**ANEXOS****ANEXO 1****FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo....., identificado con DNI N°..... para efectos legales que corresponden, declaro que he recibido información suficiente sobre el estudio, titulado “FACTORES AMBIENTALES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD I-4 CONO SUR, SAN ROMAN – 2017”, el cual tiene como objetivo determinar la relación de los factores ambientales con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud I-4 Cono Sur.

Se me ha explicado que me realizaran una encuesta (tipo entrevista), que indaga sobre factores sociales, factores psicológicos y calidad de vida y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto. Estoy de acuerdo en la recopilación durante este estudio; puesto que estos nos ayudaran a identificar como está la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud I-4 Cono Sur.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de continuar o retirarme en cualquier momento, con la condición de informar mi deseo de manera oportuna a la investigadora.

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Puno,.....de noviembre del 2017.

FRIMA:.....

DNI°:.....

**ANEXO 2**

**CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIALES**

1.- ¿Qué edad tiene actualmente?*	a) 60 a 64 años b) 65 años c) 65 a mas
2.- ¿Cuál es su grado de instrucción?*	a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior
3.- ¿Qué sexo tiene?*	a) Masculino b) Femenino
4.- ¿Cuál es su estado civil?*	a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Viudo e) Divorciado
5.- ¿Participa algún tipo de actividad recreativa, deportiva o social?*	a) Si b) No
6.- ¿Participa en actividades familiares como quehaceres del hogar o cuidado de los nietos?*	a) Si b) No
7.- ¿Quién vive con usted?***	a) Esposo(a) b) Hijos c) Hermanos d) Nietos e) Solo (a)
8.- ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono e la última semana?***	a) Ninguna b) 1 a 2 personas c) 3 a 4 personas d) Varias personas
9.- ¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares?***	a) Contento b) Descontento
10.- ¿Con que frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos?***	a) Ninguno b) Poco c) Mucho d) Bastante
11.- ¿Si usted enfermase ocasionalmente, cuenta con alguien que le puede ayudar?***	a) Si b) No

\*CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES

\*\* INTEGRACION SOCIAL

\*\*\* APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

**ANEXO N° 3**

**ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

Este test tiene por objetivo evaluar los sentimientos de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo      B. De acuerdo      C. en desacuerdo      D. Muy en desacuerdo

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digan de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

De 30 a 40: autoestima elevada.

De 26 a 29 puntos: autoestima media.

Menos de 25 puntos: autoestima baja.

**ANEXO N° 4****CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 V 2.0****I. INSTRUCCIONES:**

Las preguntas siguientes 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.

Este cuestionario incluye preguntas muy variada sobre su salud y sobre su vida responda solo una de las alternativas.

**II. DATOS GENERALES:**

N° de ficha \_\_\_\_\_

- Edad: ( )
- Sexo: M( ) F( )
- Grado de instrucción:  
Primaria ( ) Secundario ( ) Superior ( )
- Ocupación:  
Labores de casa ( ) Jubilado ( ) Trabajador activo ( )
- Estado civil:  
Soltero ( ) Conviviente ( ) Casado ( ) Separado ( ) Viudo ( )

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

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

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

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

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

Nº	Interrogantes	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, me limita nada
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, caminar más de una hora?			
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenales de metros)?			
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

		SI	NO
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
14	Durante las 4 últimas semanas, ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

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

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

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

- 1) No, ninguno 2) Si, muy poco 3) Si, un poco 4) Si, moderado  
5) Si, mucho 6) Si, muchísimo

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

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

Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas Durante las 4 últimas semanas, en cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo de sintió lleno de vitalidad?						
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29	Durante las 4 últimas semanas, cuánto tiempo se sintió agotado?						
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?						
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?						
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

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



**ANEXO 6**

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
<p><b>1. VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES:</b></p> <p>Son aquellas condiciones psicológicas y sociales que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren, generando necesidades.</p>	<p><b>FACTOR PSICOLOGICO</b></p>	Nivel de autoestima	<p>Elevado</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p>
	<p><b>FACTOR SOCIAL:</b></p> <p>1. Características demográficas y sociales</p>	Edad	<p>60 a 67 años</p> <p>68 a 75 años</p> <p>Más de 76 años</p>
		Grado de instrucción	<p>Analfabeto</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p>
		Sexo	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>
		Estado civil	<p>Casado</p> <p>Divorciado</p> <p>Soltero</p> <p>Viudo</p>
	<p>2. Integración social</p>	¿Participa algún tipo de actividad recreativa, deportiva o social?	<p>Si</p> <p>No</p>
		¿Participa en actividades familiares como quehaceres del hogar o cuidado de los nietos?	<p>Si</p> <p>No</p>

Van.....

	3. Apoyo familiar y social	¿Quién vive con usted?	Esposo(a) Hijos Hermanos Nietos Solo(a)
		¿Con cuantas personas ha hablado por teléfono en la última semana?	Ninguna 1 a 2 personas 3 a 4 personas Varias personas
		¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares?	Contento Descontento
		¿Con que frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos?	Ninguno Poco Mucho Bastante
		¿Si usted enfermase ocasionalmente cuenta con alguien que le pueda ayudar?	Si No
<b>2. VARIABLE DEPENDIENTE</b>  CALIDAD DE VIDA:	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Función física	Mala calidad Regular calidad Buena calidad
		Función social	
		Rol físico	

<p>Es la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales.</p>		Rol emocional	
		Salud mental	
		Vitalidad	
		Dolor corporal	
		Valoración personal del estado de salud	

**ANEXO 7**

**MATRIZ DE DATOS**

N	EDAD	G.L	SEXO	E.Civil	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Calidad de vida	Psicológicos
1	B	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDO	NO	NO	SOLA	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	NO	MALA	BAJA
2	A	ANALFABETO	FEMENINO	DIVORCIADA	SI	NO	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	POCO	SI	MALA	BAJA
3	A	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDO	NO	NO	SOLO	1 A 2 PERSONAS	DESCONTENTO	POCO	NO	REGULAR	BAJA
4	B	PRIMARIA	MASCULINO	CASADO	SI	SI	ESPOSA	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	BASTANTE	SI	MALA	MEDIA
5	C	PRIMARIA	MASCULINO	CASADO	SI	SI	ESPOSA	1 A 2 PERSONAS	DESCONTENTO	POCO	SI	REGULAR	MEDIA
6	B	ANALFABETO	FEMENINO	CASADA	NO	SI	NIETOS	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	NO	MALA	BAJA
7	C	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDA	NO	SI	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	MALA	ELEVADA
8	C	PRIMARIA	FEMENINO	VIUDA	NO	SI	SOLA	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	NO	MALA	MEDIA
9	B	ANALFABETO	FEMENINO	DIVORCIADA	NO	NO	SOLA	1 A 2 PERSONAS	DESCONTENTO	MUCHO	NO	MALA	BAJA
10	B	ANALFABETO	MASCULINO	VIUDO	NO	NO	SOLO	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	POCO	SI	REGULAR	MEDIA
11	B	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDA	SI	SI	HIJOS	NINGUNO	DESCONTENTO	MUCHO	NO	REGULAR	MEDIA
12	C	ANALFABETO	FEMENINO	CASADA	SI	NO	ESPOSO	NINGUNO	CONTENTO	POCO	SI	MALA	BAJA
13	A	SECUNDARIA	FEMENINO	SOLTERA	SI	NO	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	REGULAR	ELEVADA
14	C	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDA	NO	NO	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	DESCONTENTO	POCO	SI	MALA	BAJA
15	B	PRIMARIA	FEMENINO	DIVORCIADA	SI	SI	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	REGULAR	BAJA
16	C	ANALFABETO	FEMENINO	CASADA	NO	NO	ESPOSO	1 A 2 PERSONAS	DESCONTENTO	POCO	SI	MALA	MEDIA
17	C	PRIMARIA	MASCULINO	VIUDO	NO	NO	SOLO	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	NO	REGULAR	BAJA
18	A	PRIMARIA	FEMENINO	VIUDA	SI	SI	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	REGULAR	MEDIA
19	C	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDA	SI	SI	NIETOS	3 A 4 PERSONAS	CONTENTO	POCO	SI	REGULAR	MEDIA
20	A	PRIMARIA	MASCULINO	CASADO	SI	SI	ESPOSA	VARIAS PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	REGULAR	MEDIA
21	B	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDA	SI	SI	HIJOS	3 A 4 PERSONAS	CONTENTO	POCO	SI	MALA	BAJA
22	C	ANALFABETO	FEMENINO	CASADA	SI	SI	NIETOS	3 A 4 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	MALA	ELEVADA
23	B	ANALFABETO	FEMENINO	SOLTERA	SI	NO	SOLA	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	SI	MALA	BAJA
24	B	ANALFABETO	MASCULINO	DIVORCIADO	NO	NO	SOLO	NINGUNO	DESCONTENTO	MUCHO	NO	REGULAR	MEDIA
25	A	PRIMARIA	FEMENINO	DIVORCIADA	SI	NO	SOLA	NINGUNO	CONTENTO	POCO	SI	REGULAR	MEDIA
26	C	ANALFABETO	FEMENINO	CASADA	SI	SI	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	MALA	BAJA
27	B	ANALFABETO	FEMENINO	CASADA	SI	SI	ESPOSO	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	POCO	SI	REGULAR	BAJA
28	C	ANALFABETO	FEMENINO	SOLTERA	NO	SI	HIJOS	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	NO	REGULAR	BAJA
29	A	PRIMARIA	FEMENINO	CASADA	SI	NO	ESPOSO	1 A 2 PERSONAS	DESCONTENTO	MUCHO	NO	REGULAR	MEDIA
30	B	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDO	NO	SI	HIJOS	NINGUNO	DESCONTENTO	MUCHO	SI	MALA	BAJA
31	C	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDA	NO	NO	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	MALA	ELEVADA
32	B	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDO	SI	SI	SOLA	VARIAS PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	MALA	MEDIA
33	B	ANALFABETO	FEMENINO	DIVORCIADA	SI	SI	HIJOS	1 A 2 PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	REGULAR	ELEVADA
34	C	ANALFABETO	FEMENINO	VIUDO	NO	NO	HIJOS	NINGUNO	CONTENTO	POCO	SI	MALA	BAJA
35	C	ANALFABETO	MASCULINO	DIVORCIADO	SI	NO	SOLO	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	NO	MALA	BAJA
36	B	SUPERIOR	MASCULINO	CASADO	SI	SI	ESPOSA	VARIAS PERSONAS	CONTENTO	MUCHO	SI	REGULAR	MEDIA
37	C	ANALFABETO	FEMENINO	SOLTERA	SI	NO	SOLA	NINGUNO	DESCONTENTO	POCO	SI	MALA	MEDIA
38	B	ANALFABETO	FEMENINO	SOLTERA	SI	SI	HIJOS	3 A 4 PERSONAS	CONTENTO	POCO	SI	MALA	MEDIA
39	B	ANALFABETO	FEMENINO	DIVORCIADA	SI	NO	SOLA	NINGUNO	DESCONTENTO	MUCHO	NO	REGULAR	BAJA
40	C	PRIMARIA	FEMENINO	VIUDA	NO	NO	HIJOS	NINGUNO	DESCONTENTO	MUCHO	SI	MALA	MEDIA