

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO  
INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR. CIUDAD DE  
CHOTA, 2017**

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

**AUTORA**

**BACH.ENF. LUZ ERSELI BURGA HUAMÁN**

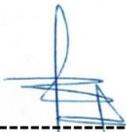
**ASESOR**

**MG. EDWIN BARBOZA ESTELA**

**CHOTA – PERÚ**

**2020**

## COMITÉ CIENTÍFICO



---

Mg. Edwin Barboza Estela

**Asesor**



---

Dr. Richard Williams Hernández

Fiestas

**Miembro del Comité Científico**



---

Dr. José Ander Asenjo Alarcón

**Presidente del Comité Científico**



---

Mg. Isaiás Wilmer Dueñas Sayaverde

---

Mg. Isaiás Wilmer Dueñas Sayaverde

**Miembro del Comité Científico**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por su compañía y fortaleza en el proceso de mi formación profesional, por concederme nuevos aprendizajes, experiencias, felicidad y por ser mi protección en los momentos de intensa debilidad.

A Oferlinda, por el rol maternal y paternal, a Oscar y Jhon por su inmenso cariño, por la comprensión en el valioso tiempo dedicado para cumplir con este objetivo planteado, por sus valores inculcados y por la motivación para hacer realidad esta hermosa realidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por ser mi alma mater y el cobijarme en sus aulas, durante diez ciclos académicos, ha hecho en mí una excelente formación profesional; a mis docentes, por la confianza, amistad, conocimientos compartidos para el reforzamiento en el desarrollo de mis habilidades y destrezas; a mi asesor, Mg. Edwin Barboza Estela por su buen desempeño profesional, por ejercer la docencia con capacidad orientadora y su acertada asesoría en el presente trabajo de investigación.

Al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de Chota, junto a los adultos mayores que lo integran, por la ayuda necesaria, puesto que sin su participación, hubiera sido imposible concretizar los objetivos planteados en la investigación.

**A:**

Mi mamá Oferlinda, porque en el transcurso de mi vida ha orado por mi bienestar y educación, demostrando su apoyo en todo momento, al brindar su entera confianza en mi capacidad intelectual. A Oscar y Jhon por su compañía en todo el proceso hasta la culminación de esta meta, dándome fortalezas de superación.

Los adultos mayores del Centro integral de atención, porque aportaron para el entendimiento de su calidad de vida.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>CAPÍTULO I</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO II</b>	6
<b>MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	7
2.3. Definición de términos básicos	19
<b>CAPÍTULO III</b>	21
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	21
3.1. Ámbito de estudio	21
3.2. Diseño de investigación	21
3.3. Muestra y sujetos de estudio	22
3.4. Descripción de metodología	22
3.5. Interpretación de datos	24
<b>CAPÍTULO IV</b>	25
<b>RESULTADOS</b>	25
<b>CAPÍTULO V</b>	50
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	52
<b>ANEXOS</b>	66

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

PAM :	Personas adultas mayores
AM:	Adulto mayor
CV:	Calidad de vida
CIAM:	Centro Integral de Atención al Adulto Mayor
EC:	Enfermedades crónicas
ECNT:	Enfermedades crónicas no transmisibles
Km <sup>2</sup> :	Kilómetros cuadrados
DM:	Diabetes mellitus
HTA:	Hipertensión arterial
ECV:	Enfermedad cardiovascular
ACV:	Accidente cerebro vascular
EPS:	Entidad prestadora de salud

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo explorar la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor. Ciudad de Chota – 2017. El estudio es de enfoque cualitativo, de tipo exploratorio y diseño fenomenológico - empírico. Los sujetos de estudio fueron siete adultos mayores, participantes activos del Centro Integral, quienes conformaron una muestra por conveniencia y de participantes voluntarios. El instrumento utilizado para recolectar los datos, fue la guía de entrevista semiestructurada de siete preguntas básicas. La entrevista presencial a profundidad y abierta, y la observación científica fueron las estrategias para la recolección de la información. La calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral, fue una combinación de aspectos objetivos y subjetivos, explorada mediante dos categorías: aspectos individuales: se han establecido en cinco subcategorías: enfermedad y limitación física, susceptibilidad emocional, insatisfacción con los servicios de salud, ingresos económicos insuficientes y percepción negativa de las condiciones de la vivienda; los aspectos sociales se han establecido en tres subcategorías: actividades de la vida diaria, presencia y apoyo de la familia y el Centro Integral y la socialización del adulto mayor. Los adultos mayores al referir insatisfacción en los diferentes aspectos individuales y sociales, han realizado una valoración negativa de su calidad de vida porque no cumplen con la expectativa de un bienestar biopsicosocial, al presentar: deterioro de su salud física y emocional, grado de dependencia económica, y características inadecuadas de la vivienda.

**Palabras clave:** Calidad de Vida, Adultos Mayores, Aspecto Individual, Aspecto Social.

## ABSTRACT

This research aimed to explore the quality of life of older adults at the Comprehensive Center for the Care of the Elderly. Chota City - 2017. It is a study of qualitative approach, exploratory type and phenomenological-empirical design. The study subjects were seven older adults, active participants of the Integral Center, who made up a sample for convenience and of voluntary participants. The instrument used to collect the data was the semi-structured interview guide with seven basic questions. The strategies for collecting the information were: the in-depth and open face-to-face interview, and the scientific observation. The quality of life of the elderly at the Comprehensive Center was a combination of objective and subjective aspects, explored through two categories: individual aspects: they have been established in five subcategories: illness and physical limitation, emotional susceptibility, dissatisfaction with health services , insufficient economic income and negative perception of housing conditions; The social aspects have been established in three subcategories: activities of daily life, presence and support of the family and the Integral Center and the socialization of the elderly. Older adults, when reporting dissatisfaction in the different individual and social aspects, have made a negative assessment of their quality of life because they do not meet the expectation of biopsychosocial well-being, presenting: deterioration of their physical and emotional health, degree of economic dependence , and inadequate characteristics of the house.

**Key words:** Quality of Life, Older Adults, Individual Aspect, Social Aspect.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV) es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad, bienestar y la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La CV se ve afectada de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación a características principales del ambiente [1].

La CV de las personas adultas mayores (PAM) se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad, para esto se necesitan buenos servicios hospitalarios y desarrollo de condiciones propicias para el envejecimiento, también, se deben encarar aspectos relacionados con el entorno, los estilos de vida, la educación en salud, la promoción de los derechos, la organización, el autocuidado, las oportunidades de trabajo, la consejería individual y familiar, la asistencia social, la asistencia jurídica, y el voluntariado [2].

El envejecimiento de la población es el resultado de una tendencia persistente de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida. Este cambio demográfico se ha traducido en un número y porcentaje crecientes de personas mayores de 60 años [3], denominando a este grupo etario como PAM [4]. El envejecimiento es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital, el aspecto socioeconómico, la armonía interior, el comportamiento y la actitud son aspectos muy relacionados con la forma de vida y las circunstancias en las que se desarrollan las PAM [5].

Además, el envejecimiento produce una acumulación de daños moleculares y celulares que ocasionan disminución general de reservas fisiológicas y cambios homeostáticos, que mayormente son inevitables; la exposición a factores positivos y negativos del entorno en el curso de la vida influyen en el desarrollo de otras

características de salud, como factores fisiológicos de riesgo, cambios de roles, posiciones sociales y necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas [6].

En el proceso de envejecimiento hay cambios irreversibles, como: aumento del desarrollo de enfermedades que también dependen del tipo de relación con la familia, comunidad y ambiente; hay un distanciamiento de la vida social o exclusión de los grupos sociales por la jubilación y la pérdida de miembros de la familia; estos cambios pueden limitar el compartir de las enseñanzas y aprendizaje de todas las situaciones y experiencias vividas durante las anteriores etapas de vida de las PAM [7].

Las PAM procedentes de entornos desfavorecidos o de países que brindan menos oportunidades y recursos disponibles, son propensos a tener un estado de salud deficiente y más necesidades. Además, la esperanza de vida se ha incrementado en diez años, pero los sistemas de salud y de seguridad social no están preparados para proveer una vida independiente y cuidados de largo plazo a quienes lo necesitan, como resultado se obtiene la pérdida de estos años con un envejecimiento no saludable, las PAM necesitan combatir las enfermedades y deben vivir en ambientes que faciliten el desarrollo de todo su potencial, así puedan alcanzar y tener una vida plenamente funcional [7].

Las PAM sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad, constituye un mito presentarlas como receptoras pasivas de servicios sociales o de salud, a este estado positivo y libre de enfermedades se le conoce como envejecimiento saludable [8]. Sin embargo, en el envejecimiento no saludable, la mayoría de los problemas de salud, son resultado de la presencia de enfermedades crónicas (EC) que coexisten en un mismo sujeto y de la interacción de las mismas con el propio proceso de envejecimiento que generan como resultado una modificación en la capacidad funcional, que finalmente repercute en el cambio de los hábitos de vida de las PAM [9].

Entre el 2015 y 2050 la proporción de la población mundial adulta mayor aumentará del 12% al 22% (900 millones a 2 000 millones) [10], el 80% de esta

población vivirá en países de ingresos bajos y medianos [11], además, el 23% de morbilidad mundial se atribuye a EC degenerativas y mentales [10,11]. Actualmente una de cada diez personas mayores sufre algún tipo de maltrato, causándoles lesiones físicas y problemas psíquicos de carácter crónico (depresión y ansiedad) [10].

En Perú, en el año 2016 la proporción de población de PAM fue de 9,9% de la población total [10], al año 2017, fue de 11,9% con 3 497 576 de PAM [4]. La esperanza de vida en el periodo 2015-2020 es de 75,3 años, en el periodo 2025-2030 será de 77,5 años y se proyecta que entre 2045 y 2050 será de 82,1 años, para luego incrementar a 88,1 años en el periodo 2095-2100 [12]. Los cambios en la estructura de la población, repercuten en todas las esferas de desarrollo de la vida humana, planteando ello nuevos desafíos a los estados y el diseño de políticas públicas que puedan atender oportunamente las demandas y necesidades que irán surgiendo en los próximos años [5].

Al cuarto trimestre del año 2019, el 41,5% de los hogares del Perú tenían entre sus miembros al menos un adulto mayor (AM), del total de hogares del país, el 28,2% tenía como jefe/a de hogar a un AM, del cual: el 43,5% fueron hogares de tipo nuclear, el 25,3% de hogares fueron extendidos, el 23,6% de hogares fueron unipersonales, el 5,9% fueron hogares sin núcleo y el 1,7% fueron hogares compuestos. El 82,7% de la población de PAM femeninas presentó algún problema de salud crónico y en la población masculina, este problema de salud afectó al 73,6% [13].

Cajamarca tiene una población total de 1 341 012 habitantes, es el quinto departamento del Perú con la mayor cantidad de PAM con una cifra de 160 521, equivalente al 4,5% del total de la población nacional de PAM, del total de la población cajamarquina el 11,9% representa la población de PAM [4], Chota es la segunda provincia después de Cajamarca con más población de AM, con 16 248 PAM, equivalente al 12,82% [14].

Ser AM en el Perú, significa pertenecer a un grupo vulnerable, ellos suelen verse relegados y sometidos a la violación de sus derechos humanos básicos.

Segmentos de la sociedad han perdido el respeto por las PAM y la discriminación ha aumentado por criterios de edad. En la medida que pierde su autonomía, pierden su derecho a la privacidad y a tomar decisiones. Asimismo, sufren mayor violencia social y doméstica. Las PAM envejecen con inseguridad económica, imposibilidad de mantenerse activos laboralmente, con bajas coberturas de seguridad social y apoyo económico cada vez más debilitado por parte de la familia. Los procesos migratorios, la urbanización acelerada y desordenada, producen cambios en la estructura familiar y en las redes sociales de apoyo [15].

En el Perú, los problemas que deterioran las condiciones de vida y que les impiden alcanzar una vejez saludable y satisfactoria son: Alimentación poco saludable, demanda por servicios de salud que no es atendida de manera adecuada, bajo nivel educativo, actitudes y prácticas que no favorecen el desarrollo personal y social del AM, ingresos y pensiones reducidas, inadecuado uso del tiempo libre, baja seguridad social, bajos niveles de participación ciudadana y limitaciones para la integración social, violencia y maltrato [5].

Por consiguiente, estudiar la CV de las PAM significa analizar no sólo las condiciones físicas y objetivas, sino las experiencias subjetivas y las percepciones que los individuos tienen de su existencia en su hábitat o entorno. Implica evaluar cómo viven los individuos, qué expectativas de transformación tienen de aquellas condiciones y cuál es el grado de satisfacción que ellos consiguen [16].

Durante el proceso de formación profesional en Enfermería, se tiene una relación muy cercana con las personas en todas las etapas de vida, gracias a estas experiencias ha surgido la motivación de conocer la CV que experimenta este grupo etario, habiendo evidenciado que las PAM manifiestan diferentes versiones respecto al aspecto físico, emocional, social y de la satisfacción con su vida. Además, el presente estudio aportará con información relevante porque en el ámbito regional no se han encontrado investigaciones cualitativas referentes a la línea de investigación estudiada y los resultados contribuirán a tener conocimiento claro de la CV de las PAM.

La pregunta orientadora de la investigación fue: ¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de Chota?

En la presente investigación, se plantearon los objetivos: Objetivo general: Explorar la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor. Ciudad de Chota - 2017; objetivos específicos: interpretar los aspectos individuales y sociales de la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Chota.

La CV de las personas adultas mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), fue una combinación de aspectos objetivos y subjetivos, explorada mediante dos categorías: aspectos individuales: se han establecido en cinco subcategorías: enfermedad y limitación física, susceptibilidad emocional, insatisfacción con los servicios de salud, ingresos económicos insuficientes y percepción negativa de las condiciones de la vivienda; los aspectos sociales se han establecido en tres subcategorías: actividades de la vida diaria, presencia y apoyo de la familia y el CIAM y la socialización del AM.

Las PAM al referir insatisfacción en los diferentes aspectos individuales y sociales, han realizado una valoración negativa de su CV porque no cumplen con la expectativa de un bienestar biopsicosocial, al presentar: deterioro de su salud física y emocional, grado de dependencia económica, y características inadecuadas de la vivienda.

La investigación está constituida por los siguientes capítulos: Capítulo I: Introducción, da a conocer los aspectos sintéticos de la investigación; Capítulo II: Marco Teórico, presenta las bases teóricas y conceptuales; Capítulo III: Marco Metodológico, describe los métodos y materiales utilizados en el estudio; Capítulo IV: Resultados, presenta las categorías, como resultado de la información procesada de las PAM participantes, de forma organizada; Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones, dadas como respuesta a los objetivos y al propósito de investigación, adicionalmente se prescriben las Referencias Bibliográficas y Anexos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

Aponte V. (Bolivia, 2015), realizó un estudio: Calidad de Vida en la tercera edad. Su objetivo fue: analizar la percepción de la calidad de vida y qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene. Su estudio fue de enfoque cualitativo, selección de muestra por conveniencia. Encuestó a una participante de 89 años de edad, activa religiosamente y socialmente. Generó cuatro categorías: Espiritualidad, familia, salud, vida social. Concluyó que: Un mejor envejecimiento estará influido por la calidad de vida en diferentes etapas del ciclo vital, por lo cual, la calidad de vida debe ser vista a través del curso de la existencia de cada persona [17].

Galleguillos D. (Chile, 2015), realizó un estudio: Inclusión social y calidad de vida en la vejez. Su objetivo fue: Conocer cómo la Inclusión Secundaria y la Autorreferida están presentes en la integración social de las PAM que participan en clubes de Talagante y cómo estas dimensiones influyen en su autopercepción de CV. Su estudio fue de enfoque cualitativo, selección de muestra por conveniencia. Encuestó a 34 PAM. Como resultados obtuvo dos categorías y cuatro subcategorías. Dimensión de inclusión autorreferida: Integración a la sociedad y necesidades afectivas; dimensión de inclusión secundaria: Autopercepción de la CV en relación a la participación y redes de apoyo. Concluyó que: Los dos aspectos de la vejez son importantes en el desarrollo integral de un AM, además, la autopercepción de la CV y la participación están relacionados entre sí [18].

Vassallo M. (Perú, 2019), realizó un estudio: Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica. Su objetivo fue: conocer los elementos que afectan la CV de las PAM residentes de los dos centros de reposo. El estudio fue de enfoque cualitativo, diseño fenomenológico hermenéutico, selección de la muestra fue por conveniencia. Participaron 20 PAM de 70 a 92 años. Se ha dividido en seis categorías: salud, integración social, habilidades funcionales,

actividad, ocio y calidad ambiental. Concluyó que: la salud que mantienen las PAM en los centros de reposo afecta directamente a las habilidades funcionales y actividad y ocio, y, a su vez, se ve beneficiada por el trato profesional que brindan las enfermeras. Además, se destaca la importancia de las relaciones interpersonales satisfactorias y el mantenimiento de un estilo de vida activo para la CV de las PAM [19].

Vera M. (Perú, 2007), realizó un estudio: Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Su objetivo fue: Comprender el significado que la expresión lingüística CV del AM tiene para el AM y para su familia. Diseño de estudio: Cualitativo. Muestra de participantes voluntarios, conformada por 16 PAM. Identificó las siguientes categorías: Conocimiento sobre la vejez y ser un AM, elementos principales y secundarios de la CV, necesidades secundarias del AM como ser social, valores y actitudes que influyen en la CV. Concluyó que: El AM, a mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, con libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su CV. En relación a la familia, cuanto menor considere la satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia del AM, menor será el nivel de su CV [1].

## **2.2. Bases conceptuales**

### **2.2.1. Base Teórica**

El sustento teórico de la investigación es la Teoría de la calidad de vida de Somarriba, consiste en que la CV posee dos componentes diferenciados, desde la perspectiva del individuo, CV individual y desde el punto de vista de la sociedad, CV social. La CV individual comprende dos dimensiones: condiciones objetivas, son un conjunto de indicadores de tipo objetivo, que reflejan las condiciones bajo las cuales el individuo desarrolla su vida; y la dimensión bienestar subjetivo, es una colección de indicadores que intentan captar lo que conocemos como bienestar subjetivo, recoge actitudes, valores y percepciones que el individuo tiene de los aspectos que integran su vida. Este conjunto de indicadores, recoge información de la

valoración que el individuo tiene de la labor desarrollada por los gobiernos y políticos y cómo ésta incide en su CV [20].

La CV social, como ente integrado del conjunto de individuos, está integrada por dos dimensiones: medios y recursos, son dimensiones que recogen las acciones llevadas a cabo por los gobiernos, que persiguen como objetivo incrementar y garantizar la calidad de vida de sus ciudadanos, medida por medio de indicadores tipo gasto, instalaciones, recursos; y las desigualdades, exclusión y descohesión social, son una segunda parcela dedicada a captar las disparidades, desigualdades dentro de la sociedad y aspectos como la exclusión y la cohesión social [20].

Sobre este marco conceptual se pretende trabajar con áreas conceptuales: tener, amar y ser. Tener guarda relación con los recursos materiales y las condiciones de vida, como: la renta, bienes básicos, casa, trabajo, o con los prerrequisitos y el entorno necesarios para alcanzar un nivel estándar de vida. Amar se relaciona con las necesidades del individuo en relación a las necesidades de relaciones sociales, familiares, de amistad en el vecindario y con redes sociales. Ser se refiere al sentimiento de sentirse integrado en la sociedad y a sentimientos de participación que guardan relación con la involucración activa en la actividad política, también capta el control sobre el ocio y el tiempo libre. Logrando como resultado conocer la satisfacción de las personas con la vida [20].

La CV es el objeto de estudio de la presente investigación, tiene una relevancia importante de relación con la teoría antes mencionada, siendo, el modelo de la calidad de vida de Somarriba una teoría que describe los componentes, las dimensiones, las áreas conceptuales de la CV y la satisfacción de las personas respecto a su vida.

## **2.2.2. Calidad de vida del adulto mayor**

### **A. Definición**

Es el fruto de la compleja interacción de una serie de factores objetivos y subjetivos: los primeros hacen referencia a las condiciones externas de tipo económico, sociopolítico, cultural, ambiental; mientras que los factores subjetivos aluden a la percepción del individuo sobre su propia vida y a la satisfacción que alcanza en los distintos ámbitos de la misma [20].

Hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal, combina componentes subjetivos y objetivos donde el punto en común es el bienestar individual y pueden agruparse en cinco dominios principales [21].

Bienestar físico (salud, seguridad física), bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución), bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). Es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad, la situación de empleo o a las políticas en salud [21].

### **B. Nuevo paradigma de calidad de vida**

En el paradigma de CV el fin de esta es la vida misma; por ello, hay CV cuando las personas están satisfechas, se sienten a gusto, tienen vivencias afectivas positivas, logran sus aspiraciones y contribuyen de manera positiva al bienestar de los demás. Esta es una vida gratificante tanto desde el punto del logro de las metas que se tienen, como del disfrute afectivo, hedónico y de la realización personal en el sentido de llevar una vida con propósito o significado, en consecuencia, el paradigma rescata a la persona y a

su bienestar como el objetivo final de las sociedades y, por ello, de la acción pública [22].

Este paradigma no margina al crecimiento económico, pero hace de este un medio, cuya importancia depende de su contribución a la CV, la persona deja de ser un simple instrumento para generar mayor producción; la salud y la educación valen porque posibilitan un mayor bienestar (tienen un valor intrínseco). Las relaciones humanas dejan de ser vistas como capital social (cuyo valor depende de su contribución a la producción), para adquirir valor intrínseco al ser fuentes directas de bienestar [22].

El tiempo libre y su uso gratificante (ocio) dejan de ser un costo (en términos de producción no realizada) y pasan a ser una fuente directa de bienestar. Este cambio de paradigma lleva a una concepción de progreso social que está más cercana de la vivencia diaria de las personas, en consecuencia, lleva a una política que impacta significativamente en el bienestar de las personas [22].

### **C. La literatura de calidad de vida**

Para que la persona logre una vida satisfactoria y con impacto positivo en los demás, depende de factores de personalidad, hereditarios y de factores que se encuentran dentro del espacio de influencia de la acción pública, que contribuyen al aumento de la CV, de manera directa o indirecta (por acción o por inacción) [22].

El bienestar de las personas es resultado de su vivencia cotidiana en todas las actividades (dominios de vida) donde se actúa y ejerce como ser en sociedad. La subjetividad del bienestar hace necesario preguntar a las personas acerca de su satisfacción de vida y de sus estados afectivos y evaluativos. El enfoque de dominios de vida constituye una forma de acercarse a entender la situación de CV de las personas y puede ayudar para elaborar un diagnóstico de los factores sociales que influyen en sí misma [22].

### **2.2.3. Adulto Mayor**

#### **A. Definición**

Según el punto de vista de la edad fisiológica, a la persona que está en la etapa adulta y la vejez se denomina AM o PAM [22], desde el punto de vista cronológico, AM es una persona de 60 o más años de edad [4].

#### **B. Subgrupos etarios**

El grupo de 60 a 74 años de edad, representa el periodo de la tercera edad, por lo general son individuos que cuentan con funcionalidad y capacidad suficientes para actuar con autonomía y llevar una vida con significado y calidad, encontrando satisfacción en la actividad y en la búsqueda de nuevas experiencias; un porcentaje importante de población de esas edades aún conserva un buen estado de salud [24].

El grupo de 75 años y más, identificado como la cuarta edad, se caracterizan por una o varias pérdidas de autonomía, física, mental, social, económica o ambas, en lo que mucho tienen que ver los deterioros de salud y las pérdidas de capacidad social y económica relacionada con las edades avanzadas [24].

#### **C. Vínculo de la etapa adulta y la vejez**

La etapa adulta y la vejez están vinculadas con la edad fisiológica. Es la pérdida de capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía e independencia adecuadas, es un asunto individual porque puede ser una etapa de pérdidas o de plenitud, dependiendo de los recursos y oportunidades individuales y generacionales que tiene cada persona en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad. Tradicionalmente, la concepción de vejez es como una etapa de carencias económicas (problemas de ingresos), físicas (falta de autonomía) y sociales (ausencia de roles sociales que desempeñar) [23].

## **D. Cambios en los roles y las relaciones familiares**

La aparición de las familias nucleares han cambiado los roles y las funciones de las personas en una familia. Se espera que los padres AM tengan un acceso limitado a la vida de sus hijos adultos y los hijos no están obligados a satisfacer las necesidades de sus padres con respecto al apoyo financiero, servicios de salud o alojamiento. Los AM, no suelen desempeñar un papel tan activo de abuelos como en el pasado. El ajuste a los cambios en las responsabilidades y los roles con el tiempo representa un reto importante del envejecimiento [25]:

- a. Pérdida del cónyuge:** Es la pérdida de la persona con la que ha compartido más amor, experiencias de la vida, alegrías y tristezas que con nadie pueden ser intolerables y altera la vida familiar de muchas PAM. Afecta más a las mujeres, porque, tienen mayor esperanza de vida, llevan una vida orientada a la familia y han sido económicamente dependientes o han dependido del logro de sus maridos para obtener satisfacción e identidad [25]. La tristeza produce dolor, el cual es una respuesta normal a diferentes tipos de pérdidas (de la pareja, salud, o trabajo) [26].
  
- b. El duelo:** Es una reacción normal a la pérdida y a la muerte, en algunas PAM puede aparecer una aflicción patológica, que los síntomas, incluyen: preocupación por la muerte, un gran sentimiento de culpa, un sentido abrumador de pérdida y de falta de valor, un marcado retraso psicomotor y deterioro funcional. La duración del luto viene determinada por la cultura y también es una función de los recursos del individuo y de las circunstancias de la muerte [25].
  
- c. Jubilación:** Trae la pérdida del papel laboral y es la primera experiencia de los efectos del envejecimiento. Requiere de la adaptación a una reducción de los ingresos económicos y a

cambios en el estilo de vida. La jubilación se facilita si la persona aprende a usar, apreciar y obtener satisfacción del tiempo de ocio mientras se encuentra desempleada, disfrutar de este tiempo es una salida terapéutica para el estrés durante el proceso de envejecimiento. Los AM ven con frecuencia el trabajo como la cuota requerida para ser miembro activo de una sociedad productiva [25].

**d. Pérdida del rol laboral:** Muchos de los AM dan demasiado valor al trabajo que mantienen la postura de que el desempleo, representa un estado indeseable. Cuando el trabajo es el principal interés, actividad y fuente de contactos sociales de una persona, la separación de éste deja un vacío importante en la vida [24]. Además, las PAM se encuentran sin las motivaciones o refuerzos sociales, que son las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación, dificultando adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias [26].

#### **E. Aspectos psicosociales:**

**a. Pérdida de la autoestima:** La autoestima se puede deteriorar por prescindir de una PAM que se siente con capacidad intelectual de seguir realizando actividades desempeñadas [26].

**b. Insomnio:** Los patrones de sueño cambian al envejecer. Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento y tratamientos farmacológicos, pero puede ser tratado eficazmente [27].

**c. Estrés:** Es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo. Es bueno en emergencias, pero puede causar síntomas físicos si perdura por mucho tiempo. Se puede presentar en la edad avanzada ante la inminencia de la jubilación, problemas familiares, problemas financieros [26].

## **F. Cambios en la salud y el funcionamiento**

Para las PAM, es difícil aceptar la disminución de la eficiencia de su cuerpo. El deterioro de la memoria, la respuesta lenta, la fatiga fácil y los cambios en su aspecto son algunas de las múltiples consecuencias frustrantes del deterioro funcional, y se abordan de diversas maneras. Las PAM tienen una o más EC y más de un tercio tienen una discapacidad grave que limita el trabajo y la limpieza del hogar, esto genera temor de la pérdida de la independencia. La dependencia que ocasiona la enfermedad es más grave que el mismo dolor físico [25].

## **G. Funciones afectivas**

La vejez conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia las EC y un conjunto de polipatologías, en ocasiones discapacidad y dependencia, mayor proximidad a la muerte. Todos esos eventos producirán en las PAM reacciones afectivas negativas como: depresión, soledad, malestar, sufrimiento. Es decir que los AM tiene una alta probabilidad experimentar una afectividad displacentera [28].

## **H. Cambios normales y patológicos de la vejez que afectan a la comunicación**

La comunicación es una acción que afecta a más de una persona, siendo el proceso o medio por el que un individuo describe sus experiencias, ideas, conocimiento y sentimientos a los demás. Una comunicación eficaz depende de la capacidad de las personas para participar en el proceso de compartir, no sólo palabras, sino también conceptos, emociones y pensamientos. Fisiológicamente, la comunicación se produce como resultado de la interacción compleja entre los centros del conocimiento, oído, habla y lenguaje [29].

### a. Vista

- **Cambios normales:** Cambios en el cristalino, la pupila y el iris; producen disminución de la agudeza visual, presbicia y aumento de la sensibilidad a la luz y los reflejos [29].
- **Cambios patológicos:** Degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, cataratas seniles, desprendimiento de retina [29].
- **Impacto en la comunicación:** Aislamiento, inseguridad, disminución de intercambios de comunicación, turbación, depresión [29].

### b. Oído

- **Cambios normales:** Problemas conductivos, neurosensoriales, presbiacusia; causan pérdida de la sensibilidad a los tonos con consonantes de alta frecuencia, dificultad para reconocer las palabras [29].
- **Cambios patológicos:** Sordera; pérdida de los tonos de baja frecuencia [29].
- **Impacto en la comunicación:** Aislamiento, comunicación limitada con personas que no sufren problemas auditivos [29].

### c. Habla y lenguaje:

- **Cambios normales:** Disminución de la respiración, hiperproducción de moco y saliva, pérdida de dientes, disminución de la elasticidad y el tono muscular; producen una voz temblorosa y velada, puede sonar trémula, intentos frecuentes de aclararse la garganta, cambios en la articulación, errores semánticos [29].
- **Cambios patológicos:** Disartria, apraxia verbal, afasia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ventilación mecánica, laringectomía [29].
- **Impacto en la comunicación:** Los déficits varían ampliamente, pero pueden causar dificultades para elaborar

frases y producir una conversación coherente, o dificultades para comprender la comunicación verbal [29].

#### **d. Tacto**

- **Cambios normales:** Reducción del número de receptores y del riego sanguíneo; produce disminución de las sensaciones del tacto y las vibraciones, y de la sensibilidad frente a los estímulos del calor o el frío [29].
- **Cambios patológicos:** Falta de sensibilidad táctil, alteración de la propiocepción [29].
- **Impacto en la comunicación:** Utilización de la boca para analizar la calidad de los objetos; puede afectar a la seguridad [29].

#### **e. Movimiento**

- **Cambios normales:** Causados por el deterioro funcional de muchos sistemas orgánicos, el funcionamiento cognitivo y la fuerza corporal; provocan reducción de la velocidad y la precisión en los movimientos, y una mayor variabilidad entre individuos [29].
- **Cambios patológicos:** Ataxia, bradicinesia, distonía, rigidez, espasticidad [29].
- **Impacto en la comunicación:** Reducción de la capacidad de comunicar información no verbal, inseguridad, pérdida de independencia, aumento del riesgo de caídas [29].

#### **f. Cognitivo**

- **Cambios normales:** Disminución de la velocidad de procesamiento de la información, de la capacidad de prestar atención a varios temas, de mantener la atención, de realizar tareas visuales espaciales, y de la memoria a corto plazo [29].
- **Cambios patológicos:** Delirio, demencia; enfermedad de Alzheimer [29].

- **Impacto en la comunicación:** Según el deterioro cognitivo, la alteración puede causar desorientación total y respuestas inadecuadas, dificultad para encontrar las palabras, depresión, pérdida de perspectiva, aislamiento, y deterioro de la capacidad para aprender nueva información [29].

#### **g. Psicológico**

- **Cambios normales:** En general, las personas mayores refieren un grado de satisfacción similar al de otras más jóvenes [29].
- **Cambios patológicos:** Depresión [29].
- **Impacto en la comunicación:** Disminución de las respuestas, falta de motivación, disminución de la actividad social [29].

#### **I. Cambios anatómicos:** son los más evidentes.

- a. Estatura:** Hasta los 80 años se pierde aproximadamente cinco cm, debido a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie [30].
- b. Piel:** La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas), pérdida de función de los melanocitos. El proceso de envejecimiento cutáneo es más rápido que en otros órganos debido a la exposición a factores externos; sin embargo, existen tres razones por las cuales la piel envejece: envejecimiento endógeno (relacionado con la edad y con los cambios hormonales), fotoenvejecimiento o asociado a los factores externos (por ejemplo, la exposición solar y el tabaco) y envejecimiento expresivo [24].
- c. Músculo esquelético:** Puede existir algún grado de rigidez articular secundario a la pérdida de cierto tipo de colágeno, no lo

suficiente para disminuir los arcos de movimiento. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres [24].

**d. Sistema nervioso:** El peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas. En cuanto al sistema muscular y en general el sistema de respuesta sináptica se encuentra reducido, en ocasiones dando lugar a disminución de velocidad de la marcha, del tamaño del paso e irregularidad de los pasos [24,30].

**e. Cardiovascular:** Hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. La acumulación de tejido conectivo sub endotelial produce vasos más rígidos e irregulares. La aorta se dilata [29].

**f. Respiratorio:** Hay disminución de la superficie alveolar y menos eficiencia respiratoria [24].

**g. Gastrointestinal:** Las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas, hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago [30].

**h. Renal:** Se pierden nefronas de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años [30].

**i. Sistema reproductivo**

- **Femenino:** Disminuye la producción de estrógeno y progesterona. Estos cambios hormonales atrofian el útero y la vagina e involucionan el tejido mamario [29].

- **Masculino:** La próstata aumenta el estroma fibromuscular y comprime la uretra. La vejiga responde con hipertrofia de la musculatura de la pared [29].

## **J. Cambios fisiológicos**

Son los más importantes en el funcionamiento de los órganos y sistemas de nuestro organismo. Los cambios fisiológicos más importantes tienen que ver con los ritmos fisiológicos, la capacidad homeostática del organismo y los mecanismos de defensa contra infecciones [30].

**a. Ritmos fisiológicos:** Alteración y disminución de amplitud de los ritmos de cortisol plasmático, temperatura corporal y acortamiento del ciclo sueño-vigilia [30].

**b. Homeostasis:** Hay mayor susceptibilidad a la hipo o hipertermia, menos capacidad de vasoconstricción con el frío, y vasodilatación menos eficiente para sudar. Regulan mal el agua corporal y tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan [30].

**c. Barreras de defensa:** La disminución de acidez de la piel altera la flora bacteriana, que junto al adelgazamiento facilita pequeñas erosiones y favorecen las infecciones de piel. Hay menos producción de mucus en la vejiga y los bronquios, lo que permite que microorganismos se adhieran a su superficie, favoreciendo la infección. La respuesta de producción de anticuerpos está disminuida y hay cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son claves en la regulación de la respuesta inmune [30].

### **2.3. Definición de términos básicos**

#### **A. Calidad**

Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor, importancia o gravedad de algo [31].

## **B. Vida**

Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento de un ser hasta su muerte o hasta el presente [32].

## **C. Calidad de vida**

Se define en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales [33].

## **D. Bienestar**

Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien, tener una vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad, también es el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica [34].

## **E. Envejecimiento humano**

Es un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social, entre otros [35].

## **F. Persona adulta mayor**

Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento. Es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas se van deteriorando [36]. Se denomina AM a la persona de 60 años a más en los países en desarrollo [27].

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

El área de estudio donde se realizó la presente investigación fue la ciudad de Chota, departamento de Cajamarca.

El distrito de Chota, se encuentra ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta a 2,388 msnm. El territorio del distrito de Chota es de 261,75 km<sup>2</sup>; esto representa el 6,9% del total provincial (3,795.10 km<sup>2</sup>), la temperatura promedio es de 17.8°C. Limita por el Norte: con los distritos de Chiguirip y Conchán, Oeste: con el distrito de Lajas, Sur: Bambamarca, distrito y capital de Hualgayoc, Este: con el distrito de Chalamarca [37].

El CIAM tienen a su cargo la gestión y ejecución de acciones e intervenciones que contribuyan a garantizar los derechos de las PAM y a mejorar su CV [5]; en la ciudad de Chota, fue creado el 26 de setiembre del año 2016, por disposición de la Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor; se encuentra ubicado en el Jr. Gregorio Malca cuadra N°6 [38]. El escenario de estudio para la recolección de información fue el domicilio de las PAM que forman parte del CIAM. La entrevista se realizó en horario diurno, en una habitación iluminada y libre de distractores, además, en condiciones de salud favorables de las PAM.

#### **3.2. Diseño de investigación**

Estudio de enfoque cualitativo, tipo exploratorio y de diseño fenomenológico - empírico. Exploratorio porque el propósito de estudio fue explorar la CV de las PAM del CIAM; el diseño del estudio fue fenomenológico empírico porque la intención del investigador se ha centrado de manera más profunda en describir las experiencias comunes que tienen las PAM respecto a su CV [39].

### **3.3. Muestra y sujetos de estudio**

La muestra del estudio se constituyó por siete PAM, empleando el muestreo de participantes voluntarios y por conveniencia de la investigadora. Para facilitar el acceso a cada domicilio, se solicitó a la oficina del CIAM, brinde una nómina con información básica de contacto de las PAM que participaron de manera continua en las actividades de dicha organización. Al estar en contacto con las PAM, se optó por explicar que la intención del investigador fue explorar la CV y quienes firmaron el consentimiento informado estuvieron de acuerdo en brindar la información necesaria.

Participaron PAM de 65 a 84 años de edad, tres varones provenientes del ámbito rural y cuatro mujeres del ámbito urbano, de grado de instrucción primaria incompleta a superior completa, sus ocupaciones se limitan a actividades de la casa. Todos fueron PAM que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos; el tamaño de la muestra y la consistencia de la información estuvieron condicionadas por la técnica de saturación de la información.

#### **Criterios de inclusión.**

- AM de 60 años de edad a más.
- Quienes desearon participar voluntariamente.
- Residencia mayor de 6 meses en la ciudad de Chota.
- Asistencia regular a las reuniones del CIAM.
- AM con adecuadas capacidades mentales.

#### **Criterios de exclusión.**

- AM con dificultad para comunicarse.
- AM que no pueden valerse por sí mismos.
- Quienes presentaron problemas o dificultades físicas.

### **3.4. Descripción de la metodología**

#### **3.4.1. Métodos**

Las técnicas utilizadas para la recolección de información del estudio fueron la entrevista y la observación científica.

Las estrategias para la recolección de la información fueron: la entrevista presencial a profundidad y abierta, es decir que la investigadora ha mantenido diálogo directo con las PAM y durante la entrevista han ido surgiendo preguntas espontáneas, lo que ha facilitado conocer de manera más profunda la CV de las PAM. La observación científica asistemática permitió verificar la coherencia entre las reacciones y manifestaciones que expresaron las PAM respecto a las respuestas de cada interrogante.

La técnica de la saturación de la información, se aplicó, cuando las versiones de los AM respecto a las interrogantes, fueron idénticas. En el desarrollo de la entrevista, se pidió permiso de manera verbal al AM, para grabar las respuestas que brindaron, se hizo necesario utilización de un equipo magnetofónico y el diario de campo para registrar expresiones faciales de felicidad o tristeza que iban surgiendo de manera espontánea, respecto a las versiones manifestadas.

Los procedimientos que se efectuaron para la recolección de datos fueron los siguientes:

- Se solicitó a la oficina del CIAM la autorización respectiva e información básica de contacto, para comunicarse con las PAM que eran miembros activos de dicho organismo.
- El primer diálogo con las PAM, fue mediante contacto telefónico o se visitó el domicilio de las PAM, y se programó el horario de la próxima visita.
- El segundo diálogo presencial, permitió dar a conocer los objetivos del estudio, también se identificó a las PAM que cumplían los criterios de inclusión y se les hizo la entrega de la carta de invitación (Anexo 01).

- Algunas PAM que aceptaron participar, estaban solos, otros en compañía de un familiar o de un acompañante, a quienes se les informó acerca del consentimiento informado (Anexo 02) y se explicó que la información obtenida será útil para fines netamente de investigación científica, quienes procedieron a firmar el documento mencionado.
- Con la finalidad de obtener la información pertinente, se desarrolló la entrevista, que tuvo una duración aproximada de 40 minutos, algunas PAM tenían expresiones acompañadas de llanto, esto no permitió tener una comunicación fluida, siendo un motivo para reprogramar la visita.

#### **3.4.2. Materiales**

El instrumento utilizado para recolectar los datos, fue la guía de entrevista semiestructurada de siete preguntas básicas (Anexo 03), la cual facilitó la introducción de preguntas espontáneas para obtener mayor información; estuvo estructurada con siete preguntas generales relacionadas con la CV de las PAM. Los recursos utilizados durante la investigación fueron: materiales, el equipo magnetofónico, una cámara de dispositivo celular y la bitácora; humanos, fueron las PAM y la investigadora. La investigación fue autofinanciada.

#### **3.5. Interpretación de datos**

La información que las PAM expresaron de manera verbal y lo que se ha podido observar, estaba almacenada en el equipo magnetofónico y en el diario de campo, primero fue transcrita a un procesador de texto de Excel versión 2010 predeterminado y compatible con el programa Atlas ti versión 7.5, luego se realizó una lectura minuciosa de los textos, empleando la técnica del análisis del discurso y de esta manera se fueron generando las citas, los códigos, las familias y los memos, procedimientos previamente necesarios para la obtención de las categorías descritas en los resultados, además, presentadas en los anexos (Anexo 04) de forma gráfica en una red semántica.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

Del proceso de interpretación y análisis de la información brindada por los participantes, se obtuvieron dos categorías y ocho subcategorías, que describen la CV de las PAM que participaron de manera activa en el CIAM. Los sujetos de estudio fueron tres varones y cuatro mujeres cuyas edades eran 79, 80, 84, 65, 65, 88 y 73 años respectivamente; tres fueron procedentes de la zona urbana del distrito de Chota y cuatro procedentes de la zona rural, quienes se mudaron a la ciudad por lo riesgoso que fue para su salud vivir solos. Las versiones fueron expresadas en su lenguaje natural; los significados y las experiencias físicas, materiales, emocionales, de desarrollo y sociales vividas, han servido para poder organizar los discursos en las siguientes categorías:

Categoría 01: Aspecto individual

Subcategoría 01: Enfermedad y limitación física

Subcategoría 02: Susceptibilidad emocional

Subcategoría 03: Insatisfacción con los servicios de salud

Subcategoría 04: Ingresos económicos insuficientes

Subcategoría 05: Percepción negativa de las condiciones de la vivienda

Categoría 02: Aspecto social

Subcategoría 06: Actividades de la vida diaria

Subcategoría 07: Presencia y apoyo de la familia

Subcategoría 08: El CIAM y la socialización del AM

## CATEGORÍA 01: ASPECTO INDIVIDUAL

### Subcategoría 01. Enfermedad y limitación física

Esta subcategoría describe la insatisfacción del estado de salud de las PAM por la presencia de EC que conllevan a un deterioro multiorgánico y malestar físico. Las PAM refieren el padecimiento de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), trombosis, escoliosis, gastritis crónica y osteoporosis; evidencian alteraciones del funcionamiento normal de su organismo, las cuales tienen una repercusión en las limitaciones físicas que presentan para realizar diferentes actividades de la vida diaria, se describen: el cansancio y disminución de la visión para caminar, alteraciones en la marcha y limitaciones como consecuencia de problemas osteoarticulares, haciendo referencia a un estado de fragilidad y vulnerabilidad.

La presente subcategoría, se ha generado a partir de los discursos expresados por las PAM.

*...tengo presión alta, estoy mal a los riñones, hígado y al corazón, estoy con tratamiento médico hace años ya. El doctor me ha dicho que se me están deteriorando los órganos. (P3).*

*También, me operaron del corazón, he ido al cardiólogo, dice que tengo trombosis y presión alta... además, la vista se me agotó y me falla...El médico me ha dicho que tengo infección urinaria. (P4).*

*...Tengo diabetes. (P1)*

*... estoy mal de la columna, porque me he caído. Ahora tengo escoliosis, me ha hecho bajar 6 cm de talla y 4 kg... Además, estoy con gastritis crónica... (P6).*

*... tengo osteoporosis... (P7).*

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se caracterizan por ser prevenibles, son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, provocan la pérdida de la funcionalidad y deterioro de la CV de las PAM [40, 41]. Los principales tipos de EC son: las enfermedades cardiovasculares (ECV), destacan: la HTA y las trombosis venosas profundas; las enfermedades respiratorias crónicas; la DM y la osteoartritis [42]. Vassallo, en sus resultados encontró que, en cuanto a la salud objetiva, que implica el estado de salud física, incluyendo los malestares producidos por las enfermedades, las PAM reportaron al menos una condición que les había sido previamente diagnosticada y para las cuales reciben algún tratamiento farmacológico o de rehabilitación física [19].

Las ECNT son una causa importante de invalidez y contribuyen significativamente al aumento de los costos sanitarios [43]. La HTA es la causa prevenible más importante de ECV y accidente cerebrovascular (ACV) del mundo [44]. Durante años antes de que se presenten síntomas, silenciosamente puede provocar daños en el corazón, riñón y pérdida de la visión. Si no se controlan, puede provocar una CV deficiente [45]. A medida que la edad va aumentando, generan presencia de dolor, tienen un impacto negativo en la independencia funcional y la percepción de la CV, predisponiéndolas a desenlaces adversos [46].

La osteoporosis es la ECNT más prevalente en todo el mundo, especialmente en mujeres mayores de 65 años [47]. Hace que los huesos estén expuestos ante una fractura; puede generar signos y síntomas que incluyen, dolor de espalda, pérdida de estatura con el tiempo, postura encorvada [48]. La relación entre la enfermedad y la percepción de CV también se basa en la percepción que de ella tiene la persona enferma, en el rol social de discapacitado que presenta y en la imagen corporal que ha asumido, lo que genera un impacto negativo en la percepción de la CV [49].

Además, el AM que padece de una o más ECNT, tienen más probabilidad de sentirse altamente insatisfechos con la CV respecto de quienes no reportaron padecer dichas enfermedades [50]. Las PAM perciben a la CV como limitada

cuando los síntomas de la enfermedad inician a exacerbarse y reconocen que sí afecta su vida debido a las limitaciones que provoca, el impacto que causa la adherencia al tratamiento, la valoración subjetiva de su estado de salud por sentirse enfermo, el apoyo social recibido y percibido que tenga el paciente, según el contexto cultural [49, 51].

Las ECNT evidencian alteración leve o grave del funcionamiento normal del organismo o de alguna de sus partes debido a factores internos o externos que están asociados a una combinación de factores sociales, culturales y ambientales. Provocan de inmediato una carga sustancial sobre la salud, conllevando al desarrollo de enfermedades a edades más tempranas y sufrirlas durante más tiempo hasta la vejez, con una serie de comorbilidades, discapacidades y complicaciones prevenibles, que causan deterioro de la CV [41], además, tienen un fuerte efecto sobre la percepción de salud y la CV del AM, influyendo de manera negativa en los aspectos físicos y emocionales de la CV [52].

*... Me he caído en las gradas al visitar a una amiga... A veces me pongo a tejer, se me adormecen lo dedos, antes no me dolía nada, tranquila hacía mis cosas, a veces cuando estoy cocinando y el estar en movimiento hace que me tropiece y me caiga. (P1).*

*Soy operada de la columna y generalmente tengo dificultades para lavar porque estoy parada o agachada, me duele la columna cuando realizo actividades de fuerza y cuando hace frío... (P2).*

*... Camino, pero tengo que realizarlo a pocos, tengo dificultad para caminar subidas porque hago esfuerzo y me agoto, el corazón parece que me sale y me siento cansado, las travesías y bajadas si puedo... (P3).*

*Me pongo a trabajar y hasta el hacer limpieza me hace estar mal, camino con dificultad porque la vista me falla y se me agotó, no utilizo lentes porque al utilizar un día todos los días tengo que utilizar, pero siempre leo para no perder la costumbre. (P4).*

*Enfermos pues... para caminar necesito ayuda de un bastón... (P7)*

La dismovilidad, es el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, también se define como la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo; afecta el estado psicoafectivo, la CV y/o tiene riesgo de progresión, siendo factor de riesgo para las caídas [53]. Las caídas pueden ser producto de la soledad, la enfermedad a las cuales se suman la privación sensorial y los trastornos de movilidad; las manifestaciones más evidentes de una caída son el dolor y la pérdida de funcionalidad, sabiendo que es mayor la posibilidad de volver a presentar una próxima caída [54].

Las caídas son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en una superficie firme que lo detenga. La mayor morbilidad corresponde a las PAM que padecen discapacidad a causa de las caídas, y corren más riesgo de necesitar atención a largo plazo e ingreso en alguna institución, considerando que estas lesiones tienen un costo económico considerable. La magnitud del riesgo puede deberse a trastornos visuales, de movilidad, inactividad física y pérdida de equilibrio, relacionados con el envejecimiento [55].

Las ECNT pueden causar dolor crónico, el cual hace que el SN sea más sensible al dolor, estimula de manera reiterada las fibras y las células nerviosas que detectan, mandan y reciben las señales del dolor. Esta estimulación repetida puede hacerlas más activas o modificar la estructura de las fibras y células nerviosas. Como resultado, el dolor aparece con estímulos que pueden parecer más intensos. Este efecto se denomina sensibilización. Las personas con dolor crónico saben que éste se repetirá, y pueden volverse temerosas y ansiosas anticipándose al dolor. Al dolor constante, lo experimentan como desagradable y puede impedir que el AM afectado haga lo que normalmente disfruta, conllevando así al aislamiento social y preocupación por la salud física [56].

Vassallo, en su categoría habilidades funcionales, relacionadas con la CV, menciona que es el grado de independencia con el que el AM ejecuta sus

actividades cotidianas y se encuentra constituida por la autonomía funcional. Las habilidades funcionales dependen en gran medida del estado de salud física del AM, pues en algunos casos, tienen enfermedades o malestares que hacen que requieran del apoyo de otras personas y limita e impide que las PAM dispongan de tiempo de ocio o realicen algunas actividades individuales o sociales; mientras que aquellos que gozan de buena salud, pueden tener mayor autonomía para su propio autocuidado [19].

Vera, en sus resultados menciona que las PAM, a esta etapa de vida la consideran como un proceso normal y natural, caracterizada por un deterioro físico, con pérdida de vigor; etapa también de la cosecha de todo lo vivido; estos son conocimientos comunes basados en su experiencia personal [1]. También, Párraga, en sus resultados obtuvo que, la mayoría de beneficiarios del CIAM de Huancayo estaban delicados en cuanto a su salud física, por cansancio, vejez, por la rutina y la falta de realización de actividades. Sienten que sus fuerzas han decaído y se sienten débiles. Algunas PAM han mencionado poseer buen estado físico pero no es permanente [57].

En mayor cantidad las PAM viven en países en desarrollo, padecen ECNT, las cuales ocasionan deterioro de diferentes órganos, conllevan a complicaciones progresivas en el AM, y hace necesario que el AM inicie un tratamiento prolongado. Estas enfermedades limitan la movilización, producen dolor y dificultan la realización de actividades diarias, siendo las mismas denominadas limitaciones físicas. De ésta manera las PAM refieren una percepción o auto calificación negativa de su estado de salud y CV, incidiendo incluso, sobre la percepción de la salud y de la enfermedad.

## Subcategoría 02. Susceptibilidad emocional

Esta subcategoría está directamente relacionada con el aspecto emocional de la persona, muestra los sentimientos negativos repentinos por ausencia o pérdida de miembros de la familia y por presencia de enfermedad, estos sentimientos conllevan a un estado emocional inestable, aumento del deterioro físico y muchas veces a la complicación de enfermedades. En el momento que algunas PAM iban expresando los discursos, se les observó llorar, en este instante se empleó la técnica de la observación científica.

Los discursos descritos y las manifestaciones observadas, han sido pilar fundamental para conformar la presente subcategoría.

*Lo paso más o menos, bueno ahorita estoy adolorida... y así estoy, ya pues, no hay otra cosa. ... el no haber tenido hijos y el fallecimiento de mis padres hacen que esté sola y a veces me ponga a llorar... (P1).*

*Van a ser cuatro años que murió mi esposa, no lo puedo olvidar, más me preocupo en eso y hace que me sienta preocupado..., me encierro sólo en mi cuarto y lloro... (presencia de llanto) (P3).*

*Mi esposo murió, pero antes hicimos la promesa que si uno muere más adelante ya no volveríamos a casarnos, yo no me casé y vivo sola. (P5).*

*Tuve un hijo, pero lo perdí y me siento mal porque adopté otro hijo... vivía con él, pero me trataba mal, me despreciaba, luego me abandonó sola porque decía que estoy loca, hasta tuve miedo que me mate... (llanto y se le observó triste). (P5).*

Resultados similares obtuvo Párraga, menciona que la mayoría de las PAM beneficiarios del CIAM de Huancayo se sienten mal emocionalmente porque han tenido pérdidas familiares. Los momentos de tristeza para cualquier persona es

cuando recuerdan momentos malos, cuando están sin compañía de las personas que más quieren o su mejor compañía les ha dejado, los entrevistados han comentado que existe días de tristeza cuando piensan en el pasado y lo comparan con el presente pero no es frecuente, sienten estar tristes cuando piensan o recuerdan a sus familiares que ya fallecieron o que viven lejos de ellos [57].

Las PAM casadas o que tienen pareja, tienen mayor bienestar psicológico, las PAM sin pareja estable (separados o divorciados) presentan dificultades para adaptarse física y psicológicamente, porque sienten menor apoyo social percibido, el cual sería un importante recurso de afrontamiento del estrés psicosocial [58]. Además, envejecer en compañía de otras personas puede ayudar a propiciar mejores condiciones de vida [59]. Aponte, en sus resultados aporta que la soledad es uno de los principales motivos por los cuales las PAM descuidan su CV y solo dejan que la vida se les vaya sin ningún tipo de motivación [17].

*Yo vivo mal, sufro delicado... el doctor me ha dicho que si quiero vivir que deje de comer sal y que no consuma carne. Le he dicho al doctor que me prohíba la sal, que vea alguna pastilla mejor que me prohíba de todo ya de una vez. (P3).*

*Físicamente nada bueno me siento, recientemente me han operado de la tiroides, me han hecho histerectomía, me siento mal porque ¿de qué me curo?, porque todo me ha dado, todo me afecta y trae complicaciones, eso no es fácil, ... tenemos que tener carácter y distraernos para no estresarnos, no tomarlo muy en cuenta porque sino deprime, ... (P6).*

Las enfermedades físicas y los malestares emocionales, hacen que las PAM expresen sentirse enfermas y sientan abandono al estar solas. Además, la necesidad es la falta de algo y cuando esto sucede no se puede hablar plenamente de CV, las necesidades de amor y pertinencia, de estima y seguridad hacen que las PAM sientan descontento e insatisfacción [60]. En cambio, la percepción de la salud, y los sentimientos optimistas, guardan una estrecha

relación con el significado de la CV y con el bienestar de los pacientes con EC y la aceptación de su condición [61].

Las PAM están expuestas a cambios repentinos en el estado emocional, por los diferentes sucesos que experimentan en la nueva etapa de vida. El recuerdo de la pérdida y ausencia de familiares; el trato inoportuno y el desprecio, hace que el AM sienta temor que le causen daño físico, esto genera sentimientos de soledad, preocupación y llanto. El AM, no está preparado para afrontar los cambios en la alimentación, esto conlleva a tener sentimientos de no querer vivir. La enfermedad física, hace que no haya satisfacción con la vida, porque no es fácil lidiar con las complicaciones y malestar que producen las mismas; el AM para que supere los nuevos procesos necesita tener un buen soporte emocional y mantener ocupado su tiempo libre, o sólo manifestará resignación.

### **Subcategoría 03. Insatisfacción con los servicios de salud**

Esta subcategoría describe versiones de necesidades de salud no atendidas. Las PAM refieren su malestar porque los servicios de salud son distantes, algunas PAM no están aseguradas en entidades prestadoras de salud (EPS), también, la demora para la atención médica y centrada sólo en las alteraciones físicas, son motivos para que sientan insatisfacción de la atención brindada y para que recurran a una atención en servicios de salud particulares.

La insatisfacción respecto a la atención en los servicios de salud, se ve reflejada en los discursos hechos por las PAM, de tal manera se detallan.

*Antes pagaba mensual para tener mi seguro, ahora no puedo pagar ese derecho y ya no puedo atenderme, es por eso que la medicina que el doctor me ha recetado para la diabetes tengo que comprarlo de manera particular. (P1).*

*...En el hospital el doctor me ha recetado mi medicina, pero unas pastillas más buenas me han dicho que compre y cada cajita me cuesta 30 soles. ...Aunque mis hijos también, me hacen ver a veces en la clínica (P4).*

*El servicio en salud es escaso en medicina... dan preferencia en las colas, pero la atención no es adecuada, es un poco deficiente, porque para la atención médica hay mucha demora... (P2).*

*Estoy asegurado en la Patrona de Chota, no me gusta ir ahí, ni al hospital porque es exagerado el abrumo, ... Yo cuando caigo mal me voy a la clínica, pago mi plata que me atiendan rápido y me dan mi tratamiento (P3).*

El no estar afiliado a un seguro de salud, limita la atención en una EPS; se tiene que pagar derecho de atención y realizar la compra de insumos de manera particular, pero, a pesar que su economía es escasa, las PAM satisfacen las

necesidades de salud presentes. Además, existe un número considerable de PAM que presentan al menos una ECNT, lo que se vuelve alarmante, porque implica una creciente demanda de servicios de atención médica [59].

*La atención no es muy buena, tengo que ir a las 5 de la mañana a hacer cola porque sino no nos atienden, el clima es desfavorable y nos hace daño, nos han perjudicado... Además, EsSalud ahora es por Santa Mónica, pagamos cuatro o cinco soles para trasladarnos, la distancia hace que gastemos dinero y tiempo, mejor ya no me voy y compro en la farmacia... (P5).*

*... el seguro sí que no está nada bien... el médico no nos examina, simplemente nos pregunta, ¿Qué tiene, qué le duele? ... cuando el médico nos atiende bien parece que nos aliviara. La atención médica no es buena... No está nada bueno. (P6).*

Las PAM con ECNT que tienen dificultad de accesibilidad y disponibilidad a los servicios de salud, son más propensas a reportar una necesidad de atención de salud no satisfecha, situación que empeora con el aumento del número de condiciones crónicas [52]. La percepción de la salud varía, según la oportunidad de acceso a los servicios de salud, a la accesibilidad geográfica y a patrones culturales [62]. Las PAM refieren que se ven perjudicados porque es distante el traslado a la EPS, las condiciones climáticas son desfavorables, y el dinero necesario no está a su alcance.

Los médicos y especialistas suelen centrarse en los síntomas físicos, obviando la carga psicológica que supone para los AM con ECNT enfrentar esta situación. Cuando la atención integra cuidado de los aspectos físicos y psicológicos, la calidad de la atención que se presta se ve mejorada [63]. En los resultados de Vasallo, se ha encontrado que el trato profesional, es conceptualizado como la manera en que las enfermeras trabajan con los AM, se encuentra asociado a la salud subjetiva, objetiva y psíquica, dado que las atenciones de las profesionales previenen el avance de las enfermedades y el deterioro cognitivo. Además,

encontró que actitudes como la vocación, empatía y paciencia del profesional de salud permiten que el AM consiga una mejor percepción de la CV [19].

El incremento de la población AM y el padecimiento de ECNT, conllevan al incremento de atención en EPS públicas o privadas. Aspectos como el agobio por el tiempo de espera para la atención médica, la atención de salud enfocada sólo en la patología física, no contar con un seguro de salud, los factores climáticos desfavorables y la distancia para el traslado al establecimiento de salud, hacen que el AM invierta más tiempo y dinero, siendo motivos para que sientan insatisfacción de la atención de salud, además, concurren a hacer consulta en establecimientos de salud particulares o la adquisición de medicamentos por sus propios recursos económicos.

#### **Subcategoría 04. Ingresos económicos insuficientes**

Esta subcategoría se relaciona con el aspecto de condiciones materiales, describe que las PAM tienen insatisfacción de la economía que está a su alcance, porque no les permite satisfacer sus necesidades diarias, además, por la limitación de sus condiciones físicas no pueden realizar actividades que les permitan generar ingresos económicos suficientes, también, la presencia de enfermedades y tratamiento requieren de mayor demanda de la economía, conllevando a un mayor gasto económico.

Los relatos expresados por las PAM, que evidencian insatisfacción con los recursos económicos que obtienen, han servido para generar la presente subcategoría.

*...Recibo propinas de algunos familiares y realizo otras actividades domésticas, pero el dinero obtenido es insuficiente, lo que hace que esté prestando (P1).*

*La economía está mal para los profesores, es algo por lo que todos sufrimos, no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas... (P2).*

*La economía hace falta, a veces no hay lo suficiente para salir, para comprar la medicina, lo que hace que me tarde un poco en iniciar mi tratamiento, porque en el hospital te dan medicamentos de poco costo, después todo hay que comprarlo. Además, no recibo Pensión 65... (P4).*

*... Me dedico a la crianza de animales domésticos, pero no es ganancia de dinero, solo es como pequeños ahorros y distracción, por eso la economía es insuficiente y tengo que prestar. Además, soy docente jubilada, me pagan de 30 horas y es poco, no me alcanza. (P5).*

*Mil soles ahorita no compensan con la canasta familiar, a pesar que somos pocos. Gasto en mis controles, siempre viajo y todo no se puede satisfacer (P6).*

La CV varía según los ingresos socioeconómicos, mientras más ingresos, hay una mejor CV [64], porque en el hogar con la economía traducen la posibilidad de conseguir más recursos relativos a la salud y al mantenimiento de la propia CV, además, permiten adquirir los servicios precisos en caso de necesidad [65]. Las personas pobres tienen muchas más probabilidades de desarrollar ECNT y morir por la misma causa, porque no disponen de los recursos económicos necesarios para controlar el proceso patológico [66].

El AM cuando tiene la capacidad de aportar económicamente al hogar, siente mayor satisfacción con la vida, porque contribuye en el reforzamiento de la autoestima del individuo, pudiéndose traducir en mejores valoraciones de la autocalificación de la CV percibida [50]. Respecto a los AM dependientes, la población activa deberá mantenerse garantizándoles un ingreso básico y con ello una vida digna [59].

Las PAM con estudios superiores, reciben una pensión de jubilación, por lo que el alcance de satisfacer sus necesidades es superior al de aquellas PAM que no tienen instrucción académica [59]. Las PAM relacionan a la CV, con la concepción de dinero y el apoyo económico, porque es la única forma para satisfacer sus necesidades [60]; y el vivir en hogares extensos puede ser una red importante de apoyo para el AM, pero implica ajustes económicos y funcionales en la dinámica familiar, disminuyendo la satisfacción con la economía percibida [67].

Párraga en sus resultados aporta, que la mayoría de las PAM beneficiarias del CIAM de Huancayo reciben apoyo de algunos de sus hijos, algunas PAM de las jubilaciones, otros tienen ingresos de las casas en alquiler que poseen, algunos beneficiarios no reciben apoyo económico familiar, otros tienen ingresos propios y ayudan a sus hijos. El apoyo otorgado a las PAM de parte de su familia es escaso ya que el ingreso es el mínimo, además, los interesados en aportar solo son algunos hijos, y son los únicos familiares más cercanos [57].

Además, los resultados son similares a los de Párraga, porque, menciona que, la mayoría de las PAM beneficiarias del CIAM de Huancayo emplean el dinero obtenido en satisfacer sus necesidades básicas, el cual cubre, alimentación y vestimenta, algunos apoyan a sus hijos o dan propinas a sus nietos, también pagan algunos de sus servicios. Para la mayoría de las PAM beneficiarias del CIAM de Huancayo el dinero que posee no es suficiente, pero se conforman con lo que tienen, algunos dicen que para ellos solos es suficiente en cuanto a su alimentación [57].

El ingreso económico de las PAM proviene de ayuda de familiares, pensiones de jubilación y de actividades domésticas realizadas por distracción, porque manifiestan dificultad para realizar otras actividades más complejas. Estos ingresos son insuficientes porque las actividades que realizan no son rentables, por gastos en procesos de recuperación de la salud, de esta manera, el AM recurre a prestar dinero, no satisfacer sus necesidades básicas y retardo en la adquisición de tratamientos medicamentosos.

### **Subcategoría 05. Percepción negativa de las condiciones de la vivienda**

Esta subcategoría se relaciona con el aspecto de condiciones materiales, muestra la percepción negativa que tienen las PAM respecto a las condiciones de su vivienda. La falta de economía es un factor para que las condiciones de la vivienda no sean adecuadas, a pesar que es el lugar con el que los individuos están en contacto directo diariamente y es el que permite desarrollar sus actividades cotidianas, no estar a gusto con la vivienda también repercute en el estado emocional de los AM.

Las características de las viviendas ante las cuales las PAM tienen una percepción negativa, se evidencian en los siguientes discursos.

*...La casa es incómoda, pero yo no trabajo, no tengo plata para construirlo, ni acomodarlo (P1).*

*Como es una casa antigua, no tiene las condiciones de comodidad, el material es de adobe, los ambientes mal distribuidos... (P2).*

*La casita está en un estado muy mal, no hay mucho espacio, es de adobe, ando buscando modos de arreglarlo, pero ya los hijos que vean. (P4).*

*La casa es de adobe, las habitaciones son pequeñas, el baño no es apropiado y no se puede utilizar mucho, es muy alto. (P5).*

*La vivienda es regular, la construcción es inadecuada, no tiene comodidades, a pesar que hay espacio (P6).*

Las buenas condiciones de vivienda mejoran de manera importante la CV, lo cual revela los aspectos en los que se debe prestar mayor atención de la población AM [59]. La CV deber ser valorado desde la presencia de las condiciones de vida materiales y espirituales, imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época,

hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud [68].

Las características físicas de la vivienda de las PAM deben adaptarse a las necesidades más apremiantes de esta población, de esta forma responder al cuidado y mantenimiento de sus actividades diarias, de su movilidad por medio de rampas y barandales tanto en el exterior como en el interior del hogar, específicamente en el baño para bañarse y vestirse independientemente y sin temor a lesionarse, facilitando de esta manera estas tareas y favorecer que las PAM se sientan más seguras para realizar las actividades de la continencia y el uso del baño [69]. Vassallo, en su categoría, calidad ambiental, hace referencia a las características del ambiente en el que se reside y a la satisfacción del AM sobre éstas, definiéndola como el placer que manifiestan las PAM con respecto a los elementos de la vivienda [19].

En los resultados obtenidos por Párraga, menciona que la mejor manera de vivir en una casa es que sea confortable, adecuada para un AM, con un material que sea digno y no en situaciones deplorables. En su estudio, las PAM vivían en casa de material rústica no tan bien cuidadas, el cual no es apropiada para un AM, además que no presentaban características que protejan de las condiciones climáticas, pero las viviendas de las PAM son las que están a su alcance o lo que han podido conseguir para vivir. La vivienda que habita un AM es un espacio pequeño donde solo cabe una cama, un sillón y un ropero para muchos de ellos es suficiente para estar cómodos y tener privacidad y no ser molestia para sus familiares [57].

Las características de la vivienda en la que residen las PAM, son construcciones de material rústico y están en proceso de deterioro, presentan espacios reducidos que limitan la movilización y realización de actividades básicas, todas estas condiciones hace que el AM tenga una percepción negativa de su vivienda, porque no sienten que les brinda la comodidad necesaria. Mencionan también, que están en una etapa de vida que no les facilita de economía suficiente para revertir las condiciones deplorables de la vivienda, y el tener una vivienda con

espacio amplio no garantiza que el AM tenga satisfacción de las condiciones de la misma.

## CATEGORÍA 02: ASPECTO SOCIAL

### Subcategoría 06. Actividades de la vida diaria

Esta subcategoría se relaciona con el aspecto de desarrollo y actividad, detalla las ocupaciones que desempeñan las PAM, a pesar de las dificultades que tienen para realizarlas. Hay actividades que deterioran el estado físico, pero las PAM lo realizan, por la falta de economía y porque no hay alguien más que pueda encargarse de las mismas. Dedicarse o apoyar en diferentes actividades, significa mantenerse activo y funcional, permite que el AM se sienta útil y valorizado por su medio, lo cual se puede traducir como la satisfacción de la necesidad de confianza y seguridad física que lo hace sentir seguro [58, 60].

Las PAM, expresaron que se dedican a la realización de actividades domésticas, lo cual se describe en las siguientes versiones:

*Estoy cocinando y realizo otras actividades domésticas (P1).*

*... pues me dedico a la crianza de animales domésticos... (P5).*

*... En los quehaceres del hogar nada más me dedico, porque no puedo hacer otras cosas, antes cocía, tejía, ahora tejo, pero poco sólo por distracción. (P6).*

*... trabajo en actividades de agricultura con peones, pero por distraerme, ya no quiero exigirme a trabajar porque ahí mismo caigo mal... (P4).*

La mayor parte de PAM se dedican a las labores del hogar, ya que, al existir mayor número de mujeres y escolaridad baja, hacen que la actividad y su rol principal sea la de atender el hogar [70], de esta manera las mujeres tienen menor disposición de tiempo propio y de recursos económicos para dedicar al autocuidado y a la salud [64]. Al dedicarse a las actividades del hogar, no hay una jubilación estrictamente establecida y quienes se dedican a esta actividad la

realizan por el resto de su vida, llegando incluso a seguir desarrollándolo con algunas limitaciones por su condición de salud [69].

Bustamante M, et al., concluyen que, las PAM se sienten más satisfechas con la CV siempre y cuando se encuentren en una situación laboral de manera particular o al encontrarse jubilados. Esto generaría un tipo de incentivo emocional y económico que les permitiría tener acceso a un mayor nivel de consumo, a una cierta estabilidad económica y laboral y, en el caso de los jubilados, a los beneficios sociales determinados por el gobierno, tales como: acceso gratuito a los servicios de salud y ciertos programas de devoluciones y exoneraciones de impuestos [50].

Vassallo, en sus resultados obtiene una categoría para el análisis de la CV, es la actividad y ocio, como sub-categoría, las actividades individuales, esta se refiere a todas las actividades que realizan de manera personal. Así, las PAM han manifestado que siempre tienen actividades, dentro de las que más realizan se encuentran el dibujo, la pintura, la lectura y la meditación [19]. De igual manera en el presente estudio las PAM, relatan que las actividades que realizan son para mantenerse ocupados, a pesar de las limitaciones que impiden realizarlas con facilidad. Además, Aponte manifiesta que, cuando una persona está ocupada y se mantiene activa, tiene una vida más tranquila [18].

Las PAM realizan actividades domésticas, las mujeres se dedican a cocinar, lavar, crianza de animales domésticos y los varones se dedican a las actividades de agricultura y ayudar en el hogar, las cuales se realizan para mantener el tiempo ocupado, porque no hay facilidad de realizar otras actividades, además, las PAM refieren que la exigencia a la realización de actividades más complejas, requieren de mayor esfuerzo físico, pueden realizarlo pero con limitaciones por su condición de salud, lo cual, conlleva a poner en riesgo su salud, sienten malestar físico o inclusive pueden enfermarse.

### **Subcategoría 07. Presencia y apoyo de la familia**

Esta subcategoría también se relaciona con el aspecto emocional, muestra la satisfacción de las PAM frente al apoyo familiar ante procesos de enfermedad, y apoyo económico para la alimentación. Donde se puede deducir que el estado emocional positivo influye mejorando la CV de las PAM.

Los siguientes discursos expresados relatan que las PAM se encuentran satisfechas con el apoyo familiar recibido.

*Con mis hermanos siempre nos apoyamos, gracias a ellos tengo algo de dinero para mi comida (P1).*

*Cuando no tengo dinero, con mi hermana damos la comida a la media, de esta manera nos apoyamos. (P5).*

*Me siento contento con el apoyo de mis hijos, no hay ninguna dificultad porque todos me ven cuando estoy mal, también a veces visitan para hacer la comida... (P7).*

*... me siento contento con los hijos... cuando estaba enfermo mis hijos me han cuidado de manera estable todos el mismo tiempo... (P4).*

*Me hace sentir alegre el apoyo de mi familia, mis hijos, mi esposo y el vivir con ellos (se le observó contenta) (P6).*

Entre los apoyos que recibe el AM, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan [58]. La integración de lo psíquico, emocional, espiritual, familiar y las buenas relaciones interpersonales son factores que contribuyen al bienestar de las personas [71]. Entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento;

y si las personas gozan de una buena CV, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor [68].

El AM para solventar sus necesidades de subsistencia necesita del apoyo de su familia, las cuales son de menor tamaño e implica que haya menos hermanos con quienes compartir el cuidado y la responsabilidad. Aunado a esto, fenómenos migratorios y situaciones de pobreza ponen en duda su capacidad para cargar con la responsabilidad de la protección de este grupo de personas [59]. La familia es el soporte más sólido que puede tener el AM, porque en muchos constituye el apoyo psicológico, también, la familia es crucial para la manutención y el bienestar de las PAM [47].

Resultados similares encontró Aponte, donde menciona que el AM que se encuentra rodeado de una familia extensa que está pendiente de él, le permite realizar las actividades que le gustan [17]. Del mismo modo, Vera aporta que el AM al ser apoyado por la familia, significa ser cuidado y protegido con dignidad, para que logre su bienestar, respetando su condición de persona, de ser humano, porque es un derecho [1].

La familia cumple un rol muy importante para el bienestar de las PAM, es el contexto más inmediato, ámbito de protección y socialización que garantiza una mejor interacción y contacto. La disposición de apoyo familiar es un factor importante para la contención de situaciones de dependencia cuando hay situaciones de EC. La familia, al brindar apoyo económico para satisfacer la necesidad de alimentación y su presencia constante en procesos de recuperación de salud, hace que los AM sientan satisfacción. Las PAM necesitan de interacciones personales que provienen de la red social más próxima que es la familia, que ayudan en la solución de problemas y afrontamiento de situaciones difíciles, esto ayuda a desenvolver su vida dentro de un cierto nivel de calidad.

## Subcategoría 08. El CIAM y la socialización del AM

Esta subcategoría se relaciona con el aspecto de las relaciones sociales, las PAM describen la importancia de acudir a las actividades y reuniones del CIAM, conformando motivos para salir de casa, socializarse con otras personas, desarrollar nuevas actividades, de esta manera generar más redes de socialización y ayuda a aliviar las tensiones emocionales.

Es así como las PAM a continuación describen la importancia de asistir a un CIAM.

*Si asisto a veces al Centro Integral, con el fin de distraerme, pues nos hacen actividades, los materiales que necesitamos compartimos con nuestros compañeros, y otros que debemos comprar se nos hacen difíciles por la economía (P1).*

*... me gusta ir al Centro como distraerme (P4).*

*...En el Centro Integral nos dan unas que otras charlas y nos enseñan a hacer ejercicio (P2).*

*Si asisto, es interesante porque compartimos con otras personas, nos dan charlas, nos hacen ejercicios, manualidades, y nos entretenemos. Ahora hay bastantes que asisten (P6).*

*... En el Centro Integral con vídeos nos hacen ver cómo hacer ejercicio y nos enseñan la importancia de éstos (P7).*

Instituciones como el CIAM, son cruciales para mejorar la salud y el bienestar de la población y ofrecer una protección especial a los grupos vulnerables [65], son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar los procesos de envejecimiento, de acción familiar, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo [5]. Las PAM no solo buscan la satisfacción de sus necesidades materiales, sino también de otras, tales como

participar, hablar, decidir, comprometerse, divertirse, recrearse, aprender e intervenir en grupos, es decir, mantener un envejecimiento activo y exitoso [72].

Las condiciones de vida para las PAM son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos [73]. Resultados de Bustamante M, et al, aportan que, al incluir a las PAM en programas de capacitación, mejora su autopercepción de CV [50]. El apoyo social percibido presenta una relación significativa con el bienestar psicológico de las PAM, la existencia de relaciones significativas y estables en el tiempo inciden en el autoconcepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés, mejorando de esta manera la SM [58].

Participar en un grupo, es una manera de interactuar con otros, sentirse escuchado, acogido, con lo cual, el grupo cumple la función además de ser un espacio de participación, también genera un espacio como fuente de satisfacción, de sentirse feliz, de distraerse de los problemas cotidianos, hacer una pausa en la vida normal y dedicarle un tiempo que muchos consideran trascendental en sus vidas, ya sea porque las PAM son personas que la mayoría del tiempo están solas en sus casas, sus familias pasan poco tiempo con ellos o porque cada vez la personas se han volcado más hacia el individualismo [18].

Para Vassallo, otra de las categorías relevantes para la CV de las PAM es la integración social, entendida como las interacciones que mantienen con las otras personas de su entorno. Esta se encuentra compuesta por la satisfacción con la convivencia, donde se ha encontrado que la percepción positiva de las relaciones interpersonales favorece a su CV. En este sentido, los AM han referido sentirse satisfechos y tranquilos con la convivencia en el centro de reposo, además, mantienen una relación jovial y socializan con facilidad [19].

Aponte, en sus resultados obtuvo la categoría vida social, donde menciona a las amigas y grupos de la tercera edad, como espacios para que el AM interactúe, de esta manera se mantiene ocupado, le permite tomar decisiones y dirigir grupos. El ser un AM ocupado y mantenerse activo, permite que tengan una vida más

tranquila o mejor CV [17]. Además, Párraga también menciona que la mayoría de las PAM beneficiarias del CIAM de Huancayo participan en todas las actividades de recreación que ofrece el CIAM, se sienten bien satisfechos con las actividades realizadas ya que les desestresan, tienen la mente ocupada, se olvidan de sus problemas, estando en estas actividades no se sienten solos, porque encuentran con quien conversar y así distraerse [57].

Galleguillos, en sus resultados obtuvo que, participar en un grupo y la autopercepción de la CV que se genera es una relación positiva, menciona que un AM al participar se siente vigente, feliz, acompañado y escuchado, son factores que influyen en que su estrategia de envejecimiento del AM tenga un componente subjetivo de felicidad. Las redes sociales que un AM dispone cuando participa en una organización es más amplia que la de aquel AM que no tiene mucha interacción con otros de su misma edad, por ende, mantener relaciones sociales permite mejorar el bienestar físico, emocional y también el material, además, implica mantener un nivel de satisfacción subjetiva que tiene repercusión directa en la CV de la personas [18].

La asistencia al CIAM para las PAM es motivacional, porque permite ocupar el tiempo libre en actividades favorecedoras de redes sociales que pueden influir en el afrontamiento, la integración, participación social, incremento de la motivación y estabilidad emocional; brindan sesiones y materiales educativos de salud, además, actividades como el ejercicio físico y su importancia en la nueva etapa de su vida, conllevan a un envejecimiento activo; la enseñanza de manualidades, hacen sentirse productivos. El CIAM es un elemento protector en la salud de los AM, moderan efectos negativos que conllevan al estrés y pueden contribuir al bienestar y satisfacción con la vida, tienen como resultado AM más sanos y funcionales, ayudan a disminuir los síntomas de ECNT, mejorando así la CV del AM.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- La calidad de vida de las personas adultas mayores del Centro Integral de Atención, fue una combinación de aspectos objetivos y subjetivos, explorada mediante dos categorías: aspectos individuales: se han establecido en cinco subcategorías: enfermedad y limitación física, susceptibilidad emocional, insatisfacción con los servicios de salud, ingresos económicos insuficientes y percepción negativa de las condiciones de la vivienda; los aspectos sociales se han establecido en tres subcategorías: actividades de la vida diaria, presencia y apoyo de la familia y el Centro Integral y la socialización del adulto mayor.
  
- Las personas adultas mayores al referir insatisfacción en los diferentes aspectos individuales y sociales, han realizado una valoración negativa de su calidad de vida porque no cumplen con la expectativa de un bienestar biopsicosocial, al presentar: deterioro de su salud física y emocional, grado de dependencia económica, y características inadecuadas de la vivienda.

## RECOMENDACIONES

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota:

- Promover estudios de investigación científica relacionados con la calidad de vida del adulto mayor, de manera que se pueda enriquecer esta línea de investigación y sirvan como base de conocimiento científico para próximos estudios.

Al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, de la provincia de Chota:

- El Centro Integral debe desarrollar un trabajo articulado con los sectores de salud, e implementar servicios multidisciplinarios con la finalidad de brindar cuidados continuos basados en la salud como el bienestar biopsicosocial, de esta manera puedan controlar los procesos patológicos que deterioran la calidad de vida del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2007 [Consultado 26 de junio 2020]; 68(3): 284-290. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3#:~:text=Eamon%20O'Shea%20\(2003\),su%20propia%20vida%2C%20en%20el](http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3#:~:text=Eamon%20O'Shea%20(2003),su%20propia%20vida%2C%20en%20el)
- [2] World Health Organization. Measuring Quality of life [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997 [Consultado 25 de junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- [3] Organización Mundial de la Salud. Día Internacional de las Personas de Edad – 1° de octubre [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2010 [Consultado 20 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/72/es/>
- [4] Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Perfil Sociodemográfico, 2017 [internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018 [Consultado 02 de mayo 2020]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf)
- [5] Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2013 [Consultado 20 de diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- [6] Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [Consultado 14 de junio 2017]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873>

\_spa.pdf;jsessionid=D8EBE3CABC3C76977EE02B7F6F5D585D?sequence=1

- [7] Organización Panamericana de la Salud. La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para el 2050, se requieren importantes cambios sociales [Internet]. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2015 [Consultado 15 de junio 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es)
- [8] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento de la población [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2015 [Consultado 20 de abril 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=353&Itemid=40941&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=353&Itemid=40941&lang=es)
- [9] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Saludable [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2015 [Consultado 20 de abril 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es)
- [10] Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y los Adultos Mayores [Internet]. Ginebra, suiza: Organización Mundial de la Salud; 2017 [Consultado 10 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- [11] Organización Mundial de la Salud. Envejecer bien, una prioridad mundial [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014

[Consultado 5 de mayo 2017]. Disponible en:  
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>

[12] United Nations. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables [Internet]. New York, United States: United Nations; 2017 [Consultado 20 de abril 2020]. Disponible en:  
[https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

[13] Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Situación de la Población Adulta Mayor, trimestre: Octubre-noviembre-diciembre 2019 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2020 [Consultado 20 de abril 2020]. Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin\\_adulto\\_mayor\\_oct\\_nov\\_dic2019.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_oct_nov_dic2019.pdf)

[14] Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Perú. Estadísticas de personas adultas mayores, 2015 [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables; 2015 [Consultado 03 de mayo 2020]. Disponible en:  
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Cajamarca2.html>

[15] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Recursos humanos y el adulto mayor [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2005 [Consultado 20 de abril 2020]. Disponible en:  
[https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719)

[16] Olivi A, Fadda G, Pizzi M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso, Chile. Papeles de Población [Internet]. 2015 [Consultado 28 de marzo 2020]; 21(84):227-245. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252015000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000200009)

- [17] Aponte V. Calidad de Vida en la tercera edad, La Paz, Bolivia. Ajayu [Internet]. 2015 [Consultado 13 de diciembre 2019]; 13(2):152-182. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003)
- [18] Galleguillos D. Experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Talagante, Chile: Universidad de Chile; 2015 [Consultado 06 de julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142331/memoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [19] Vassallo M. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de dos centros de reposo de Lurigancho-Chosica [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad San Ignacio de Loyola; 2019 [Consultado 26 de junio 2020]. Disponible en: [http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9063/1/2019\\_Vassallo-Caceres.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/9063/1/2019_Vassallo-Caceres.pdf)
- [20] Somarriba N. Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la Europa comunitaria [Tesis Doctoral] [Internet]. Valladolid, España: Universidad de Valladolid; 2008 [Consultado 22 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/mnsa/Modelos%20conceptuales%20de%20calidad%20de%20vida.htm>
- [21] Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. ¿Qué es la Calidad de Vida? [Internet]. Tlalpan, México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2017 [Consultado 15 de abril 2020]. Disponible en:

<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>

- [22] Centro de Investigación e Inteligencia Económica. México. Hacia una Sociedad con Alta Calidad de Vida [Internet]. Puebla, México: Centro de Investigación e Inteligencia Económica; 2012 [Consultado 26 de junio 2020]. Disponible en: <https://upaep.mx/micrositios/investigacion/CIIE/assets/docs/doc00034.pdf>
- [23] Naciones Unidas. Los derechos de las personas mayores [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas; 2011 [Consultado 03 de mayo 2020]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21497/2011\\_Cepal\\_Fnuap\\_Asdi\\_01\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21497/2011_Cepal_Fnuap_Asdi_01_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [24] Gutierréz L, García M, Arango V, Pérez M. Geriatria para el médico familiar [Internet]. 1ra ed. Ciudad de México, México: Editorial el manual moderno, S.A. de C.V.; 2012 [Consultado 15 de julio 2020]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/geriatria-para-el-medico-familiar/>
- [25] Eliopoulos C. Enfermería Geriátrica y Gerontológica [Internet]. 9na ed. Madrid, España: Editorial Lippincott Wolters & Kluwer; 2019 [Consultado 15 de julio 2020]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/libro-de-medicinarar/?=Enfermer%C3%ADa%20geri%C3%A1trica%20y%20gerontol%C3%B3gica%209%C2%AA%20Edici%C3%B3n>
- [26] Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor [Internet]. Ciudad de México, México: Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología; 2005 [Consultado 15 de mayo 2020]. Disponible en: <https://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor>

- [27] Tabloski P. Enfermería Gerontológica [Internet]. 2da ed. Madrid, España: Pearson Educación, S. A.; 2014 [Consultado 15 de julio 2020]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/enfermeria-gerontologica-patricia-tabloski/>
- [28] Fernández R. La psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares [Internet]. 2004 [Consultado 15 de mayo 2020]; 16(1):1-11. Disponible en: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- [29] Mauk k. Enfermería Geriátrica Competencias Asistenciales [Internet]. 1ra ed. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.; 2007 [Consultado 15 de julio 2020]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/tag/enfermeria-geriatrica-competencias-asistenciales-pdf/>
- [30] Clínica las Condes. Cambios Anatómicos y Fisiológicos asociados al Envejecimiento [Internet]. Santiago, Chile: Revista Médica Clínica las Condes; 2016 [Consultado 20 de julio 2017]. Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Cambios-Anatomicos>
- [31] Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª Ed. Madrid, España: Real Academia Española; 2019 [Consultado 25 de mayo 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>
- [32] Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª Ed. Madrid, España: Real Academia Española; 2019 [Consultado 25 de mayo 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/vida?m=form>

- [33] Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud ¿Qué es calidad de vida?, Ginebra, suiza. Foro Mundial de la Salud [Internet].1996 [Consultado 14 de mayo 2020]; 17(1):1-3. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [34] Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª Ed. Madrid, España: Real Academia Española; 2019 [Consultado 25 de mayo 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/bienestar?m=form>
- [35] Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento, Barcelona, España. Gerokomos [Internet]. 2014 [Consultado 03 de mayo 2020];25(2):57-62. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)
- [36] Enciclopedia Culturalia. Definición, concepto, significado, qué es adulto mayor [Internet]. California, Estados Unidos: Enciclopedia Culturalia; 2013 [Consultado 20 de mayo 2017]. Disponible en: <https://educavital.blogspot.pe/2013/03/adulto-mayor.html>
- [37] Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2019 [Consultado el 12 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.munichota.gob.pe/index.php/es/ubicacion>
- [38] Ley de la persona adulta mayor. Ley nº 30490/2018 de 26 de agosto. Diario Oficial el Peruano, nº007, (27-8-2020).
- [39] Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6a ed. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014 [Consultado 12 de abril 2020]. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp->

content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf

- [40] Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas [Internet]. 2008 [consultado 20 de diciembre 2019]; 2(3):1-6. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-3.pdf?ua=1&ua=1>
- [41] Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016 [Consultado 30 de octubre 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/)
- [42] Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019 [Consultado 30 de octubre 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/)
- [43] Rondanelli I, Rondanelli S. Prevención cardiovascular en el adulto mayor, Chile. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 [consultado 25 de octubre 2019]; 23(6): 724-731. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-cardiovascular-el-adulto-mayor-S0716864012703747>
- [44] Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [consultado 1 de diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
- [45] Mayo Clinic. Peligros sobre la hipertensión: Efectos de la hipertensión sobre tu cuerpo. 2020 [Internet]. Rochester Minnesota, Estados Unidos: Mayo Clinic; 2020 [Consultado 6 de abril 2020]. Disponible en:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/in-depth/high-blood-pressure/art-20045868>

- [46] Borda M, Acevedo J, Gabriel D, Morros E, Alberto C. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. 2016 [Consultado 17 de setiembre 2019]; 51(3):140–145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-dolor-el-anciano-calidad-vida-S0211139X15001286>
- [47] Francis L, Duvergel B, Barthley L, Jarrosay C. Osteoporosis en la tercera edad Guantánamo, Cuba. *Revista de Información Científica* [Internet]. 2011 [Consultado 12 setiembre 2019]; 71(3):1-15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757296036.pdf>
- [48] Mayo Clinic. Osteoporosis. 2019 [Internet]. Rochester Minnesota, Estados Unidos: Mayo Clinic; 2019 [Consultado 6 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/osteoporosis/symptoms-causes/syc-20351968>
- [49] Segura I, Barrera L. Un llamado a enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica, por su impacto en la calidad de vida. *Revista Científica Salud Uninorte* [Internet]. 2016 [Consultado 28 de setiembre 2019]; 32(2): 228-243. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/8668>
- [50] Bustamante M, Lapo M, Torres J, Camino S. Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Información tecnológica* [Internet]. 2017 [Consultado 22 de setiembre 2019]; 28(5): 165-176. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/infotec/v28n5/art17.pdf>

- [51] Bautista L, Zambrano G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Revista Científica Javeriana [Internet]. 2015 [Consultado 25 de octubre 2019]; 17(1):131-148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>
- [52] Ronksley E, Sanmartin C, Quan H, Ravany P, Tonelli M, Manns B, et al. Asociación entre condiciones crónicas y necesidades de atención médica no satisfechas percibidas. Publicaciones Médicas [Internet]. 2012 [Consultado 02 de octubre 2019]; 6(2): 48-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23696769>
- [53] Dinamarca J. Dismovilidad en geriatría: Una década definiendo un concepto clínico, Chile. Boletín Hospital Viña del Mar [Internet]. 2012 [Consultado 20 de mayo 2020]; 68(2): 15-20. Disponible en: <https://docplayer.es/37460892-Dismovilidad-en-geriatria-una-decada-definiendo-un-concepto-clinico.html>
- [54] Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida [Internet]. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2011 [Consultado 19 de mayo 2020]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [55] Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [Consultado 19 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- [56] Manual MSD. Dolor crónico. 2018 [Internet]. Rochester Minnesota, Estados Unidos: Merck Sharp & Dohme Corporation; 2018 [Consultado 22 de mayo 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/dolor/dolor-cr%C3%B3nico#>

- [57] Párraga Y. Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios del Centro Integral del adulto mayor de Huancayo [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Nacional de Centro del Perú; 2017 [Consultado 06 de julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3420/Parraga%20Huaroc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [58] Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2012 [Consultado 28 de setiembre 2019]; 30(2): 23-29. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/00b0/f8ccc509734c9cad38fb4b1b99b0f4f23865.pdf>
- [59] Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México, México. *Papeles de la Población* [Internet]. 2017 [Consultado 18 de setiembre 2019]; 23(93): 59-93. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252017000300059&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059&lng=es&nrm=iso)
- [60] Cataño G. Percepción de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús en el Municipio de Copacabana [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Copacabana, Antioquía. Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2015 [Consultado 25 de setiembre 2019]. Disponible en: [https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/4157/TP\\_CatanoGilma\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/4157/TP_CatanoGilma_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [61] Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyck K, Hekkeng J, Vandewiele W. Significado en la vida: ¿Un factor importante para el bienestar psicológico de los pacientes con enfermedades crónicas, Estados Unidos. *Publicaciones Médicas* [Internet]. 2013 [Consultado 5 de octubre 2019]; 58(4): 334-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113206/>

- [62] Agudelo S, Giraldo A, Romero V. Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Revista Salud Pública* [Internet]. 2012 [Consultado 6 de setiembre 2019]; 14 (6): 899-911. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n6/899-911>
- [63] Consejo General de la Psicología de España. Salud mental y enfermedades físicas crónicas [Internet]. Madrid, España: Consejo general de la Psicología de España; 2012 [Consultado 5 de octubre 2019]. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=3882](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3882)
- [64] López M. Quesada J. López O. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador. *Economía y Política* [Internet]. 2019 [Consultado 12 de noviembre 2019]; 29(1):67-86. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/REP/article/view/2347/1552>
- [65] Abellán A. Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* [Internet]. 2013 [Consultado 4 de setiembre 2019]; 13(5): 340- 342. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/36022165.pdf>
- [66] Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005 [Consultado 28 de noviembre 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)
- [67] Chavarría P, Barrón V, Rodríguez A. Estado nutricional de adultos mayores activos y su relación con algunos factores sociodemográficos. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2017 [Consultado 7 de octubre 2019]; 43(3):361-368. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796775>

- [68] Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu [Internet]. 2015 [Consultado 15 de setiembre 2019]; 13(2):152-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
- [69] Universidad Autónoma del Estado de México. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública [Internet]. Ciudad de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2016 [consultado 24 de mayo 2020]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49536?show=full>
- [70] López F, Morales A, Ugarte A, Rodríguez L, Hernández J, Sauza L. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores, México. Enfermería Global [Internet]. 2019 [Consultado 1 de octubre de 2019]; 54(1):413-415. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/331781/258551>
- [71] Alonso L, Ríos A, Caro S, Maldonado A, Campo L, Quiñonez D, et al. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Salud Uninorte [Internet]. 2010 [Consultado 25 de setiembre 2019]; 26(2):250-259. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a08.pdf>
- [72] Rosales R, García R, Quiñones E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor, Santiago de Cuba. Medisan [Internet]. 2014 [Consultado 3 de setiembre 2019]; 18(1):61- 67. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds141i.pdf>
- [73] Bayarre H. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo, La Habana, Cuba. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [Consultado 8 de octubre 2019]; 43(2):313-317. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000200014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200014&lng=es)

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta de invitación



#### **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA Escuela Profesional de Enfermería**

#### **INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor. Ciudad de Chota 2017**

Chota,..... de.....del 2017

Estimado(a) participante:

Mi nombre es Luz Erseli Burga Huaman, soy estudiante del VIII Ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH – Chota. Le invito a participar en la investigación que tiene como propósito explorar la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Chota.

La participación es voluntaria, la información será confidencial y consiste básicamente en responder a las preguntas de una entrevista, con la mayor sinceridad posible. La entrevista tomará menos de 20 minutos para ser respondida.

Su participación será importante para dar a conocer la situación actual de la calidad de vida en la que se encuentra la población adulta mayor, se obtendrá información necesaria que permitirá contribuir a las entidades locales para la implementación de políticas coherentes y viables, aportar información al sector salud para afrontar este desafío y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores

Gracias por su tiempo para aportar la información requerida.

Atentamente

.....

Autora de la investigación

erseliluz@gmail.com

## **Anexo 2. Consentimiento informado**

### **Consentimiento informado**

#### **Título de la Investigación:**

“Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Integral de Atención al Adulto Mayor. Ciudad de Chota 2017”

#### **Objetivo de la investigación:**

Explorar la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor. Ciudad de Chota-2017.

Yo....., identificada (o) con DNI N° ....., mediante la información dada por la estudiante de Enfermería, Luz Erseli Burga Huaman; acepto brindar la información solicitada por la investigadora de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota,..... de..... del 2017

-----

Firma

### **Anexo 3:** Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA**  
Escuela Académico Profesional  
de Enfermería

“Calidad de vida de los adultos  
mayores del Centro integral de  
atención al adulto mayor.  
Ciudad de Chota 2017”

## **GUÍA DE ENTREVISTA**

### **Calidad de Vida de Adultos Mayores**

**INTRUCCIONES:** El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le pide de favor responda con sinceridad. Gracias por participar.

#### **I. DATOS GENERALES**

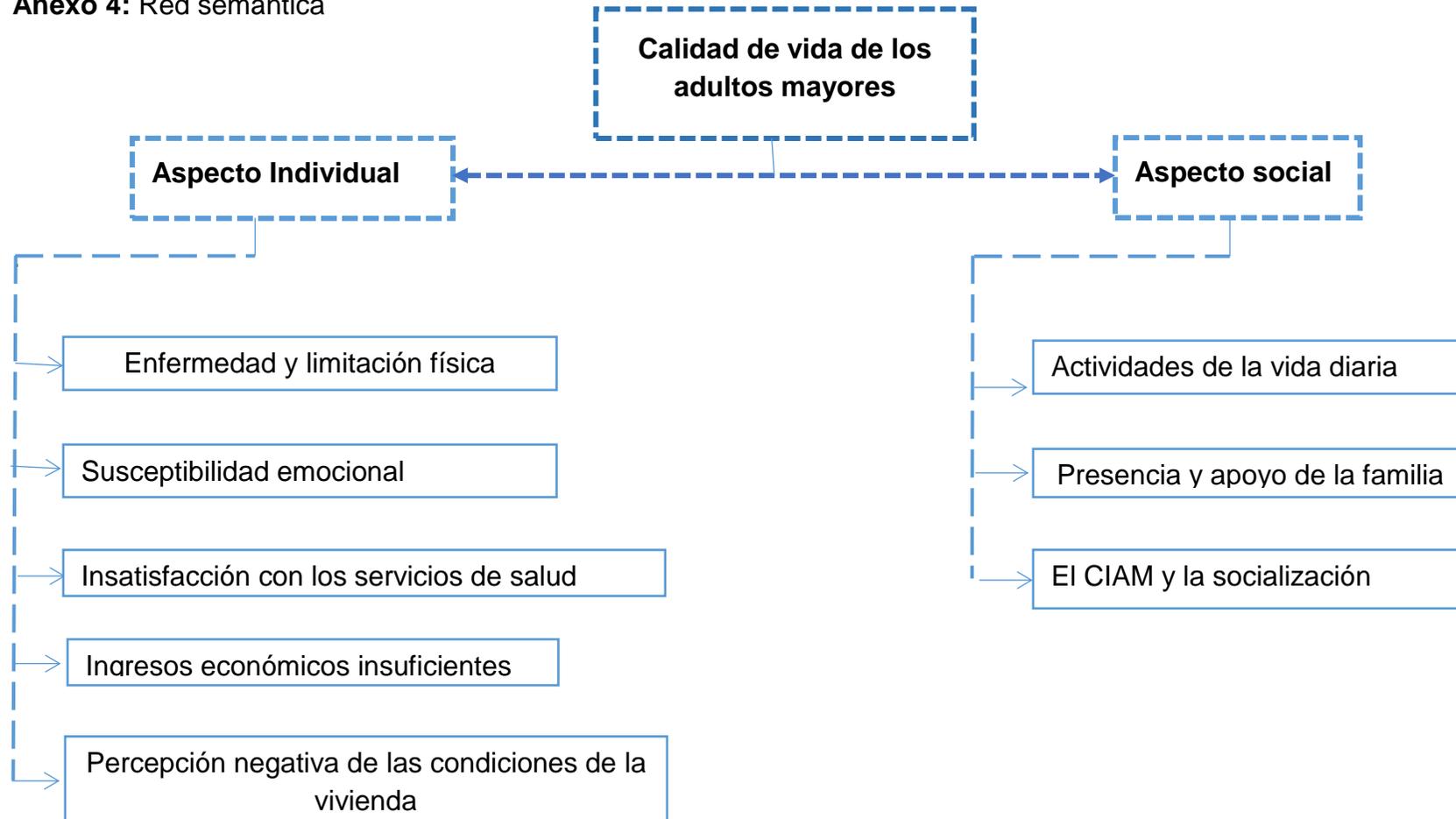
- **Edad:**
- **Sexo:**
- **Estado civil:**
- **N° de hijos:**
- **Grado de instrucción:**
- **Ocupación:**
- **Ingreso económico mensual:**
- **Fecha y hora:**

#### **II. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES**

1. ¿Cómo describe su estado físico en esta nueva etapa de su vida?
2. ¿Cómo se siente cuando no puede realizar una actividad de manera adecuada?
3. ¿Cómo describe los sentimientos que comúnmente tiene en su vida?

4. ¿Qué puede manifestar respecto a la presencia de sus familiares o amigos en su vida?
5. ¿Qué opina acerca del lugar donde usted vive?
6. ¿Cómo considera a los ingresos económicos que tiene a su alcance para satisfacer sus necesidades básicas?
7. ¿Qué opina usted, acerca de la atención que le brindan en el hospital o en el centro de salud?

**Anexo 4:** Red semántica



**Anexo 5:** Caracterización de los participantes

<b>Nº de Partici pante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad (años)</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nº de hijos</b>	<b>Procedencia</b>	<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Ingreso Económico Mensual</b>
<b>P1</b>	F	65	Soltera	0	Urbana	Secundaria completa	Ama de casa	S/ 80
<b>P2</b>	F	65	Casada	3	Urbana	Superior	Profesora jubilada	S/ 1500
<b>P3</b>	M	79	Viudo	4	Rural	Primaria incompleta	Ninguna	S/ 200
<b>P4</b>	M	80	Viudo	6	Rural	Primaria Incompleta	Ninguna	S/ 200
<b>P5</b>	F	88	Viuda	1	Urbana	Superior	Ama de casa	S/ 400
<b>P6</b>	F	73	Casada	4	Urbana	Superior	Tec.Enf. Jubilada	S/ 1000
<b>P7</b>	M	84	Casado	7	Rural	Primaria incompleta	Ninguna	S/ 200