

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



PUNO - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN
EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO, 2014**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:



ÁREA : ADULTO

TEMA : CALIDAD DE VIDA

DEDICATORIA

A Dios por su guía y protección constante, a quien debo mis logros, pido hoy y siempre su bendición y me conduzca al éxito en mi desarrollo personal y profesional.

A mis padres, SANTIAGO y AGUSTINA, por haberme dado la vida.

Con mucha gratitud y afecto al Sr. TEÓFILO y Sra. FRANCISCA, por su apoyo incondicional, por creer en mis logros.

A mis tesoros, JOHN y ELIOT, que son el motor y razón de mi vida, a mi esposo, por su motivación hacia el logro de mis metas.

Ana Claudia

AGRADECIMIENTO

- *En primer lugar expresar mis sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional del Altiplano, especialmente a la Escuela profesional de Enfermería, por haberme permitido mi formación profesional.*
- *A la Mg. Rosa Pilco Vargas, mi docente y amiga, por sus conocimientos impartidos en el desarrollo del presente trabajo de investigación.*
- *A la Dr. Narda Calsin Chirinos, Dr. Frida Judith Málaga Yanqui y Mstro. Silvia Dea Curaca Arroyo, por su colaboración como miembros jurados de mi trabajo de investigación, y su aporte profesional en la realización de la tesis.*
- *A mis profesores de la escuela profesional de Enfermería que supieron impartir sus conocimientos durante los 5 años académicos en nuestra primera casa superior de estudios, contribuyendo en la formación profesional, así mismo al personal administrativo.*
- *Por último hago extensivo mi gratitud, a todas mis amigas y compañeras por su apoyo desinteresado en la culminación del presente trabajo de investigación.*

Ana Claudia

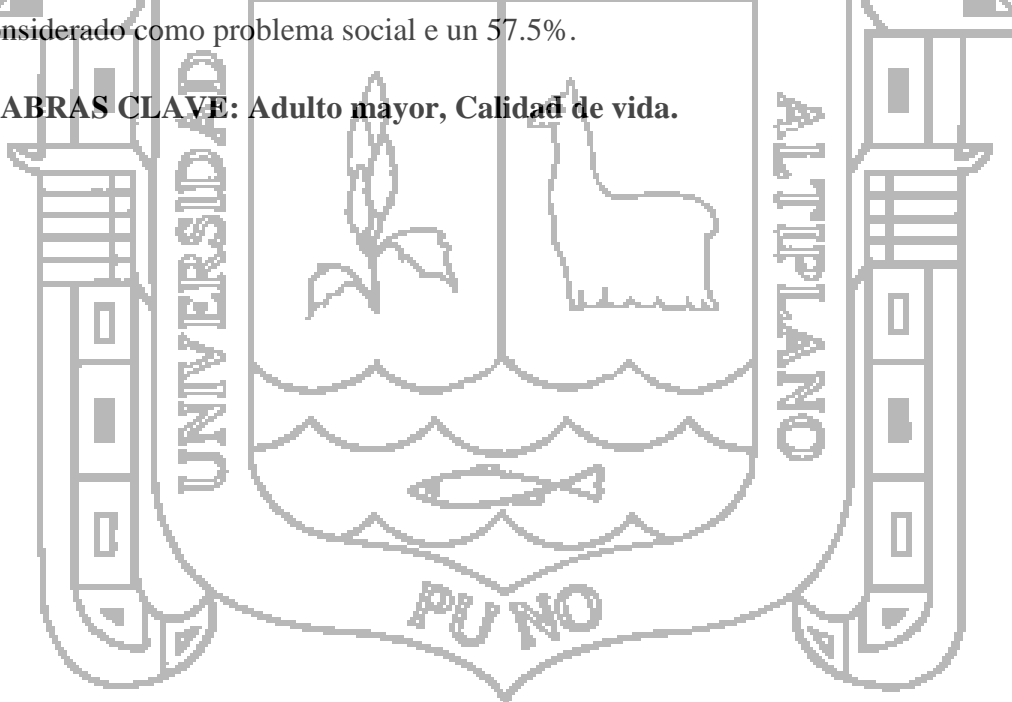
ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
I.- INTRODUCCIÓN	3
1.1.- CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.	3
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	5
1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.4.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.....	8
II.- MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	9
2.1.- LA CALIDAD DE VIDA.....	9
2.2.- VALORACIÓN FUNCIONAL.....	12
2.3.- ESTADO COGNITIVO.....	19
2.4.- ESTADO AFECTIVO:.....	23
2.5.- VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR:.....	27
2.6.- ADULTO MAYOR.....	32
III.- VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	37
3.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	37
IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1.- OBJETIVO GENERAL.....	40
4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
V.- DISEÑO METODOLÓGICO	41
5.1.- TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	41
5.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO.....	41
5.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
5.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
5.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
5.6.- PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	46
VI.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
VII.- CONCLUSIONES	61
VIII.- RECOMENDACIONES	62
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
X.- ANEXOS	71

RESUMEN

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

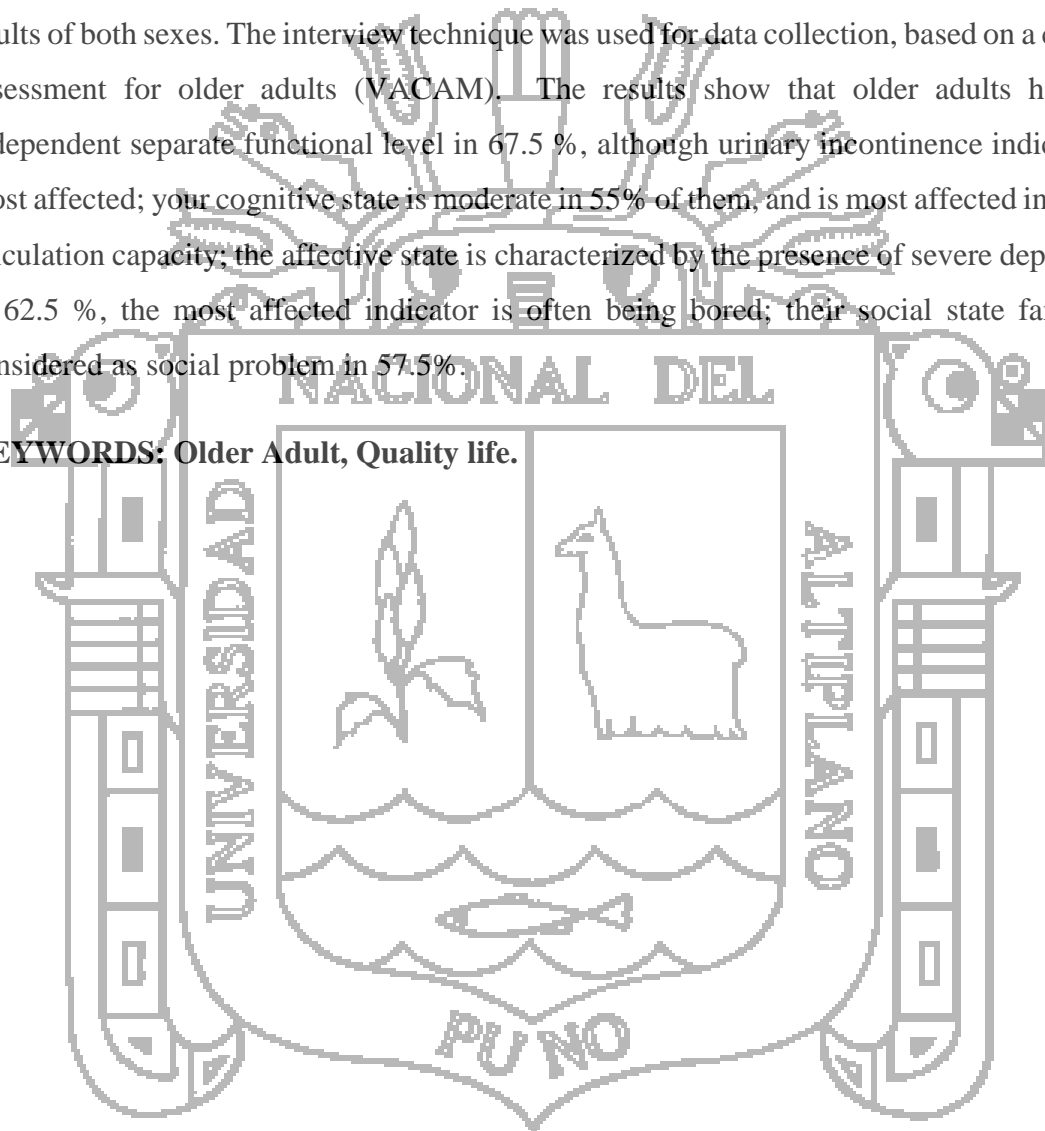
PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, Calidad de vida.



ABSTRACT

The research was conducted in Simon Bolivar Health Centre - Puno, entitled “life Quality of older adults attended in Simon Bolivar Health served Centre Puno, 2014”, the aim was to determine the level of quality life in older people who were being attended in Simon Bolivar health Centre - Puno. It was transversal descriptive, the sample consisted in 40 older adults of both sexes. The interview technique was used for data collection, based on a clinical assessment for older adults (VACAM). The results show that older adults have an independent separate functional level in 67.5 %, although urinary incontinence indicator is most affected; your cognitive state is moderate in 55% of them, and is most affected indicator calculation capacity; the affective state is characterized by the presence of severe depression in 62.5 %, the most affected indicator is often being bored; their social state family is considered as social problem in 57.5%.

KEYWORDS: Older Adult, Quality life.



I.- INTRODUCCIÓN.

1.1.- CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.

En la actualidad la calidad de vida del adulto mayor representa uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social, CEPAL (Comisión Económica Para América Latina), informa que en América Latina y el Caribe, la población de 60 años y más, aumentará 14.1% en 2025 y al 22.6% en 2050.¹

Uno de los problemas que encara el Perú, es el incremento de la población de personas adultas mayores que representan el 9,2% de la población total del país, es decir, 2 millones 807 mil 354 personas, con una edad promedio de 69 años, siendo una mayoría femenina de 53,3% frente a 46,7% de población masculina. Los departamentos de más altos porcentajes son Moquegua y Arequipa con 10,6%. Y en el otro extremo se encuentran Madre de Dios con 4,8% y Loreto con 6,2% de población adulta mayor. Puno tiene aproximadamente 126,681 personas adultas mayores que representa el 9.1%. Este incremento es consecuencia a los avances tecnológicos en la salud, educación, por tal razón el 67,9% tiene algún seguro médico y el 32,1% se encuentra desprotegido.²

Un estudio realizado en los Estados Unidos con el objetivo de identificar la percepción global de la calidad de vida, mediante la entrevista dando como resultado: calidad de vida buena en 41%, regular 28%, muy buena 17%, mala 9%, excelente en 6%. Las escalas de salud se asociaron moderadamente con la calidad de vida global.³

Al respecto en América Latina una investigación cubana informa que el comportamiento de la calidad de vida percibida en general y su relación con variables seleccionados en el adulto mayor, donde la calidad de vida percibida fue baja que corresponde a 43.3%, hubo diferencia importante en comportamiento de calidad de vida por edad y escolaridad. ⁴

Asimismo en México se realizó una investigación para evaluar la calidad de vida y la salud física y mental dando como resultado: 60.1% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como buena, el 43.5% satisfechos, 13.2% insatisfecho y los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias

22.3%, en salud mental se identificó que el 66.3% mantenían una salud mental estable y sólo el 33.3% presentaban una salud metal alterada. La edad, el género y las condiciones de la vivienda, determinaban considerablemente la calidad de vida y salud en el adulto mayor.⁵

Otro estudio realizado en Lima para comprender el significado de calidad de vida para el adulto mayor y su familia, concluyo que para el adulto mayor la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor, respeto. Para estar satisfecho como ser social, se necesita de libre; expresión, decisión, comunicación e información, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.⁶

En tanto que a nivel local un estudio realizado para determinar el nivel de calidad de vida social del adulto mayor, obtuvo como resultado en la calidad de vida social del adulto mayor: 76.7% moderadamente deteriorado, 20% bastante deteriorado y solamente en 3.3% con buena calidad de vida social.⁷

Durante las practicas pre profesionales se observó, que los adultos mayores que acuden al Centro de Salud, manifiestan; tener dificultad para moverse que corresponde a un nivel funcional, dificultad para orientarse en el tiempo y espacio que corresponde al estado cognitivo, sentimiento de tristeza ,angustia, tienen pensamientos negativos, muchos de ellos deprimidos por el abandono de sus hijos y familiares, que corresponde al estado afectivo, viven solos, no tienen ingresos económicos fijos, la vivienda no es adecuada los que corresponden al aspecto socio-familiar. Esta situación muchas veces es ajena para el profesional de enfermería que lo atiende, siendo la atención centrada solo en el aspecto biológico. Por otra parte los aspectos sociales, cognitivos y afectivos son poco tratados por el personal de salud, siendo estas las causas principales para la alteración de su calidad de vida del adulto mayor.

Por ello se consideró importante la necesidad de realizar este estudio, debido a que el aumento poblacional del adulto mayor como consecuencia del avance tecnológico en salud y educación nos compromete a velar por su calidad de vida.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, existe una amplia información referente al estudio de la calidad de vida, sin embargo, relacionando este tema con el adulto mayor, la información se reduce debido a que son escasas las investigaciones hechas a nivel internacional, nacional y local.

A NIVEL INTERNACIONAL

Un estudio realizado sobre “estado de salud y calidad de vida en pacientes de edad avanzada” con el objetivo de identificar la percepción global de la calidad de vida, mediante entrevistas telefónicas a 493 pacientes y se establecieron mediciones objetivas del estado de salud según el índice de actividad física de Duke y de actividades de Kadz. Los resultados obtenidos revelan que: la edad promedio de ellos fue 84 años, más de la mitad eran mujeres. La calidad de vida fue considerada excelente en el 6% de los participantes, muy buena en el 17%, buena en un 41%, regular en el 28%, y mala en el 9%. Las cuatro escalas de estado de salud se asociaron moderadamente con la calidad de vida global.³

A NIVEL DE AMÉRICA LATINA

En un estudio sobre, “calidad de vida percibida en adultos mayores” cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en el adulto mayor, estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con un universo de 108,559 adultos mayores, de los que seleccionó una muestra de 741, por muestreo estratificado polietápico, se aplicó el examen mínimo del estado mental y la escala para la evaluación de la calidad de vida percibida, calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de homogeneidad y otras específicas como Bartholomew, Ridit Analysis y chi cuadrada para regresión. Los resultados fueron: Predominio de la calidad de vida percibida baja, que constituyó el 43.3% de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida en que se incrementa la edad y disminuye la escolaridad. No hubo diferencias por sexo ni por estado conyugal. Es decir el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.⁴

En México se realizó la investigación sobre la “calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México”; con el objetivo de evaluar la calidad de vida y la salud física y mental, en 333 adultos mayores que habitan en edificios multifamiliares en Guadalajara Jalisco. Como instrumento se utilizaron: WHOQOL-BREF de calidad de vida (2000), constituido por 4 reactivos: salud física, salud psicológica, relaciones social y ambiente, la escala general Health Questionnaire, Goldberg (1996), y el instrumento de condiciones de la vivienda. El 60.1% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como buena, el 43.5% se sentían satisfechos y 13.2% insatisfechos con la vivienda. Los problemas de salud que más prevalecían, fue la hipertensión 55.4% y las enfermedades respiratorias 22.3%, la salud mental se identificó que el 66.3% mantenían una salud mental estable y sólo el 33.3% presentaban una salud metal alterada, la edad, el género y las condiciones de la vivienda, determinaban considerablemente la calidad de vida y salud en el adulto mayor.⁵

A NIVEL NACIONAL

Se realizó la investigación sobre el “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”, cuyo objetivo fue comprender el significado de calidad de vida para el adulto mayor y para su familia. Fue un estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo-comprensivo, fundamentado en la teoría de las representaciones sociales. Las técnicas e instrumentos utilizados fueron la observación, entrevista a profundidad y grupos focales, guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras. Participaron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares, entre 2004 y 2006. Los discursos a través de la “objetivación” y el “anelaje” y los análisis general, ideográfico-axial y nomotético-selectivo permitieron la emergencia de cuatro representaciones sociales: a) conocimiento sobre el adulto mayor; b) elementos principales y secundarios del significado de calidad de vida del adulto mayor; c) valores y actitudes del adulto mayor y familia sobre la calidad de vida; y, d) necesidades del adulto mayor como ser social y la calidad de vida. Llegando a la conclusión que para el adulto mayor, calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda.⁶

Un trabajo realizado en Lima de un estudio piloto y análisis psicométrico, sobre “calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años”, con el objetivo de identificar algunos predictores asociados a la calidad de vida de los ancianos de 60 años y residentes en lima. En una muestra de 122 adultos mayores, para lo cual utilizaron una encuesta sobre calidad de vida, incluyendo en ella a parte las variables demográficas y sociales siete escalas de interés psicológico. En relación con el estado civil, la mayoría de los encuestados (44.3%) tiene una unión estable (casados y convivientes), 29.5% de viudez, 23% de soltería y 3.3% de divorciados. En cuanto a las relaciones amigables, el 80.6% de mujeres y 59.3% de varones se sienten felices como amigos; 67.7% de mujeres y 55.6% de varones se sienten abiertos y receptivos frente a las amistades.⁷

Una investigación realizado en lima sobre “Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” de Lima- Abril del 2011” con el objetivo de determinar las actividades funcionales básicas del adulto mayor de los pabellones sociales del “Centro de Atención Residencial” el trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se realizó una entrevista personal al Adulto Mayor y/o cuidador empleando una ficha de valuación funcional básica del adulto mayor diseñada por la organización panamericana de salud conocida como índice de katz modificado, dando como resultado, se entrevistó a 232 adultos mayores, del cual la edad promedio de los adultos mayores es de 80.5 el 65 % son independientes, requieren asistencia 27.5% y un 7.5 % son dependientes; concluyendo que en función al resultado del trabajo efectuado se conoce el nivel de actividad funcional básica de la población adulta mayor, y concluyo: 1) a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas, 2) la prevención de la discapacidad funcional del adulto mayor se inicia evaluando sus actividades funcionales básicas con el índice de Katz modificado.⁸

A NIVEL LOCAL

La investigación sobre “calidad de vida social del adulto mayor que acude a los consultorios externos del hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno”, con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida social del adulto mayor, de tipo descriptivo transversal, la técnica de la entrevista, los resultados en los aspectos que se tomaron en cuenta fueron socioculturales, relaciones interpersonales dentro de ellas la comunicación, apoyo social y actividades sociales dando como resultado, la calidad de vida social del adulto mayor en

mayor porcentaje en un 76,7%, seguido por deteriorado en un 20% y en un mínimo porcentaje con buena calidad de vida social.⁹

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Por las razones expuestas, se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar - Puno, 2014?

1.4.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.

La investigación, tiene el propósito de conocer la calidad de vida del adulto mayor, los resultados permitieron analizar la situación actual en la que se encuentran los adultos mayores.

Con los resultados se pretende contribuir con la información sobre la calidad de vida del adulto mayor, los mismos que servirán al profesional de enfermería responsable del programa del adulto mayor para reorientar sus estrategias de intervención considerando no solo el aspecto biológico, sino se considere de manera integral, los aspectos funcional, cognitivo, afectivo, social que permita mejorar la calidad de vida en este grupo vulnerable.

Con los resultados se pretende contribuir como una fuente de conocimientos y referencia sobre el tema de la atención al adulto mayor, para que se tome en cuenta en futuras investigaciones.

II.- MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

2.1.- LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, estas condiciones en parámetros subjetivos son: bienestar, felicidad y realización personal; y en el parámetro objetivo se puede relacionar la satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades creadas por el grado de desarrollo económico y social de determinada sociedad como la alimentación, acceso al agua potable, habitación, trabajo, educación, salud y ocio.¹⁰ Para medir la calidad de vida se toma como referencia la guía técnica, sobre la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) del ministerio de salud que tiene como finalidad, contribuir a mejorar la atención integral de salud a las personas adultas mayores, adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención.¹¹

La calidad de vida del adulto mayor empieza a definirse en el seno familiar. Es la familia el primer nivel de relación de toda persona, por lo tanto, al hablar de calidad de vida, obliga traer a discusión a este grupo familiar. Donde se inicia todo el proceso la persona en la etapa adulta mayor. La sociedad ha ido catalogando a este adulto mayor como el grupo de la tercera edad, los años dorados, edad avanzada, e incluso etapa final de la vida. Esta multiplicidad de definiciones sólo nos lleva a pensar, que es una forma de disfrazar innecesariamente la realidad que vive este grupo etario, la evolución del hombre es prioritariamente influida por la evolución sociocultural de las sociedades humanas.¹¹

Si bien es cierto, a nivel individual el adulto mayor, puede ver afectada su salud biológica, deteriorando su salud física, tiene que entenderse que la enfermedad es una alteración del equilibrio físico, mental y social acaecido a cualquier edad de la persona, con mayor tendencia y factores de riesgo, pero no exclusivos del adulto mayor, en realidad la gran mayoría de los problemas de salud que afectan a los adultos son el producto de causas modificables y que son propias del estilo habitual de nuestra sociedad. Si se interviene sobre estas causas, tendríamos un envejecimiento de mejor calidad y podríamos esperar una población que envejezca sanamente.¹²

Los cambios sociales que sufren los adultos mayores de hoy, las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el adulto mayor ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna, se le libera de un trabajo obligatorio pero pierde poder social, económico y laboral. En esta

etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como esposo, padre, trabajador se cambia por abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del adulto mayor. Es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunos (quizá muchos) ancianos sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio deterioro.¹³

La calidad de vida es el concepto clave de hoy en día para la persona adulta mayor y su atención en los servicios de salud y la organización mundial de la salud OMS la define como estado de completo bienestar, físico, mental y social.¹⁴

El grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, a través de la satisfacción de sus necesidades fundamentales, comprendidas estas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y un momento histórico determinado. El equilibrio entre los satisfactores deseados y los realmente obtenidos, muestra el grado de satisfacción de cada componente de necesidad involucrado en el concepto operativo de calidad de vida, los satisfactores están culturalmente determinados, varían en función de las normas y valores que imperen en un sistema socio espacial dado y un tiempo determinado.¹⁵

2.1.1.- Valoración clínica del adulto mayor (VACAM): La guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor del ministerio de salud estructura del formato de la historia clínica.

El formato está constituido por cinco páginas, distribuidas de la siguiente manera:

a) Primera página:

- Identificación del usuario.
- Lista de problemas: crónicos y agudos.
- Plan de atención integral.

b) Segunda página:

- Fecha y N° de historia clínica.
- Datos generales.
- Antecedentes: personales y familiares.
- Medicamentos de uso frecuente.
- VACAM: valoración funcional.

c) Tercera página:

- VACAM: valoración mental.
- valoración socio-familiar.

d) Cuarta página:

- Cuidados preventivos – seguimiento de riesgo.

e) Quinta página:

- Consulta: enfermedad actual.
- Diagnósticos.
- Categorías de clasificación de las personas adultas mayores.
- Tratamiento.

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de definir el paquete de atención integral de salud y elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda.

2.1.2.- Paquete de atención integral: El paquete de atención integral de salud, es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.

2.1.3.- Plan de atención integral: El plan de atención integral se elabora en base a la evaluación integral del adulto mayor, en el que se brinda el paquete de atención integral de

salud individual y adecuada a la categoría del establecimiento de salud, en forma gradual y continúa.

2.2.-VALORACIÓN FUNCIONAL.

La valoración funcional se realizó con el índice de Katz incluido en el (VACAM), la cual evalúa la dependencia o independencia de los adultos mayores para lavarse, vestirse, movilizarse, alimentarse, el uso de servicios higiénicos y continencia (incontinencia), clasificando a los adultos mayores en independiente, dependiente parcial (dependencia en uno o cinco de los ítems) o total (dependencia en todos los ítems).

- **Higiene corporal:** La buena higiene ayuda a eliminar gérmenes y nos permite sentir seguros de nosotros mismos, más de la mitad de todas las enfermedades y las muertes en la primera infancia tienen como causa los gérmenes que se transmiten por vía bucal a través de la ingestión de alimentos o de agua o debido a unas manos sucias, una higiene adecuada es importante, nuestra piel debe permanecer adecuadamente limpia e hidratada, ya que es una barrera que nos protege de posibles infecciones, siendo en mayor ocurrencia para los adultos mayores por la disminución de las defensas en este grupo etario.

El aseo personal es una necesidad que tiene el individuo para mantener la piel sana, con la finalidad que está actué como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc. Por tanto es una actividad que consiste en un mantenimiento, o cuidado que la gente toma sobre sí mismo para conservar su salud, es práctica personal influida por muchos factores.

La higiene cumple funciones como:

- Fomenta limpieza, elimina microorganismos, secreciones y excreciones corporales.
- Fomenta el descanso y el relax, refresca y relaja la tensión y el cansancio muscular.
- Mejora la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando malos olores.
- Acondiciona la piel, favoreciendo la circulación sanguínea.
- La valoración está basada en el sentido de que los adultos mayores realizan sus actividades con independencia personal.

- Las prácticas higiénicas son medidas que se toman para conservar la piel, dientes, cavidades; orales y nasales, áreas perianales y genitales, limpios y en buen estado, en los adultos mayores es una forma de valoración funcional en el sentido de que pueden hacer esta actividad independientemente o no.¹⁶

El vestido del adulto mayor: también dependerá de las circunstancias del mismo, si está capacitado, incapacitado o encamado, los objetivos son:

- El adulto mayor pueda vestirse o colocarse la ropa sin ayuda.
- Colaborar con su estado de bienestar.
- Siempre hay que tener en cuenta y valorar la autonomía del adulto mayor.
- Se proporcionará la ayuda adecuada y necesaria siempre dependiendo de dicha autonomía. Las actuaciones de elegirle la ropa o colocársela por ejemplo dependerán de las posibilidades funcionales del sujeto.
- Hay que comprobar siempre la temperatura ambiental de dicha habitación.
- Hay que explicar al adulto mayor ya sea capacitado o incapacitado, la atención que se le va a prestar.

Podemos distinguir dos actuaciones a la hora del vestido y desvestido en función de que el sujeto necesita ayuda o no.¹⁷

- **Uso del servicio higiénico:** Una de las actividades básicas de la vida diaria es de movilizarse a los servicios higiénicos, En situación de dependencia, las personas adultas mayores requieren atención personalizada e individualizada por parte de sus cuidadores, quienes proporcionarán dichos cuidados respetando en todo momento su dignidad; pero al mismo tiempo tienen que considerar el no caer en la sobreprotección, por lo que deben permitir siempre que sea posible, que las personas adultas mayores conserven su autonomía en los cuidados que ellas puedan realizarlo y motivarla a participar en otros cuidados junto con su cuidador, de acuerdo a su condición de salud, para recuperar su independencia si es posible, en caso de no ser así, mantenga sus capacidades residuales intactas, evitando el deterioro y la dependencia total.¹⁸
- **Movilidad:** Para una locomoción normal, son necesarios la estabilidad, el control del equilibrio y la coordinación del movimiento, el mantenimiento de la posición recta requiere del balance de la masa corporal, este balance se mantiene con los músculos anti gravitatorios y por la información sensorial que proviene de los

músculos, la marcha tiene dos componentes principales: equilibrio locomoción. El equilibrio es la capacidad de adoptar la posición vertical y de mantener la estabilidad. La locomoción es la capacidad para iniciar y mantener un paso rítmico. Los factores que modifican las condiciones de marcha en los pacientes mayores han sido atribuidos a alteraciones del sistema nervioso central periférico, como la disminución de los neurotransmisores, el despoblamiento neuronal del locus coeruleus, la dilatación de los ventrículos cerebrales secundaria a atrofia, la disminución de las fibras musculares de contracción rápida, el apagamiento de las respuestas vestibulares y la pérdida del ADN mitocondrial en las neuronas del putamen.¹⁹

Principales efectos de la edad sobre la marcha:

- Disminución de la velocidad de la marcha.
- Disminución de la longitud del paso.
- Disminución de la cadencia.
- Disminución del ángulo del pie con el suelo.
- Prolongación de la fase bipodal.
- Reducción del tiempo de balanceo/ tiempo de apoyo.
- Aumento de la anchura del paso y disminución de la altura.
- Pérdida del balanceo de los brazos.
- Reducción de las rotaciones pélvicas.
- Menor rotación de cadera y rodilla.

Los adultos mayores en general tienen más dificultades para conservar la estabilidad, lo que se manifiesta por la existencia de una “marcha senil” o “marcha cauta” (postura rígida y en flexión, pasos cortos y lentos, giro en bloque, desequilibrio, y lentos, base de sustentación ancha, pasos cortos y menor oscilación de los brazos), además con el envejecimiento se pierden las respuestas protectoras normales o reflejos frente a las caídas como la extensión de manos y brazos, habitualmente se caen más en los lugares como pasillos y corredores o donde permanecen mayor tiempo dormitorio o cocina y en los lugares que presentan mayor riesgo en el baño y escalera, asociado a la presencia de barreras

arquitectónicas una preocupación funcional no es simplemente la alta incidencia de caídas más bien, la combinación de esta y la alta susceptibilidad a sufrir lesiones. Esta propensión a sufrir lesiones producto de las caídas entre las personas mayores se debe a un alto predominio de enfermedades como osteoporosis y al deterioro fisiológico que conlleva la edad (por ejemplo, reflejos más lentos que pueden transformar una caída relativamente insignificante en un accidente particularmente peligroso). Un 5% de las personas mayores que sufren caídas deben ser hospitalizadas.²⁰

- **Incontinencia:** La incontinencia urinaria se produce por una pérdida involuntaria de orina, en la vejiga, la disminución de fuerza contráctil del músculo detrusor y el esfínter interno provoca un vaciado más lento y el chorro de orina menos potente, pudiéndose producir incontinencia urinaria por déficit interno, la próstata, a partir de los 60 años, presenta hipertrofia benigna de próstata en un 40% de los hombres, y en mujeres es frecuente por la multiparidad, la secreción inapropiada del péptido natriurético aumenta la producción de orina por las noches, contribuyendo a la frecuencia nocturna. Parece haber una declinación en la contractilidad por aumento de colágena, capacidad y habilidad de posponer el vaciamiento en ambos sexos, la incontinencia urinaria se asocia con eritema en el área perineal, úlceras por presión, infecciones de vías urinarias, uro sepsis, caídas y fracturas.²¹

Cualquier pérdida involuntaria de orina ocurrida en al menos seis ocasiones durante el año o cualquier historia evidente de goteo inducido por estrés o urgencia, es considerada incontinencia urinaria, la pérdida involuntaria de orina objetivamente demuestra que, además de un problema fisiológico, es considerada un problema social e higiénico. La incontinencia urinaria leve típicamente se define como la fuga de escasas gotas de orina algunos días al mes; la incontinencia urinaria moderada, la fuga diaria de gotas de orina, y la incontinencia urinaria severa, la pérdida de mayores cantidades de orina al menos una vez por semana.²²

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos cardinales, prevalencia en la población mayor es alta y aumenta con la edad, a pesar de ello no debe considerarse una consecuencia normal de la vejez, con el paso del tiempo se producen cambios en la vejiga y las estructuras pélvicas que pueden contribuir,

junto con otras alteraciones, a alterar el funcionamiento de las vías urinarias bajas. El proceso de envejecimiento se asocia con cambios significativos de la función vesical y la sintomatología clínica, así como con disfunciones en el vaciamiento, considerados los problemas gerontológicos más comunes.²³

Los ancianos han perdido parte de su reserva fisiológica, por lo que son más vulnerables. Ford (1963), menciona que la incontinencia urinaria puede ser un marcador temprano de fragilidad y de mayor riesgo de mortalidad. Los pacientes frágiles frecuentemente dependen de una persona; de faltar ésta, su continencia puede deteriorarse.²⁴

- **Alimentación:** Un adulto mayor que no tiene una buena nutrición hace que su calidad de vida esté deteriorada, tan solo recordemos que en nuestro país las principales causas de muerte en individuos mayores de 65 años son la diabetes mellitus, los padecimientos cardiovasculares, pulmonares y el cáncer, enfermedades que tienen estrecha relación precisamente con factores dietéticos.

El envejecimiento se caracteriza por una pérdida de masa corporal magra y cambios en la mayoría de los sistemas corporales. Pero también hay deficiencias frecuentes de vitaminas y nutrimentos inorgánicos, entre los que se encuentran el ácido fólico, el hierro, el zinc, las vitaminas C, D y E.

Los adultos mayores reducen su ingesta de alimentos y de actividad física de manera considerable, situación que los predispone a padecer desnutrición, anemia y otras deficiencias de micro nutrimentos. En este sentido, es importante conocer los determinantes de la alimentación en el adulto mayor para de esta manera, incidir en la mejora de su calidad de vida.

La composición corporal cambia con la edad. La masa grasa aumenta, mientras que el músculo (masa magra) disminuye, este hecho determina la movilidad del adulto, la propensión a caídas y los cambios en el metabolismo. La actividad física regular tiene un efecto positivo en el mantenimiento de la masa magra y en el funcionamiento de órganos y sistemas.²⁵

El envejecimiento forma parte de los procesos fisiológicos a los que están sometidos los seres vivos desde que nacen. Actualmente, se considera el

envejecimiento como una etapa más de la vida y no una patología. La forma de presentarse y la velocidad del envejecimiento es distinta en cada persona. Existen diferentes factores que tienen gran influencia en el proceso del envejecimiento, como los genéticos, ambientales, la alimentación y por supuesto la actividad física, la OMS definió el concepto de “envejecimiento activo”, que hace referencia al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objeto de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, siendo necesario para ello mejorar los hábitos de vida, haciendo especial énfasis en la alimentación, actividad física y la adopción de un estilo de vida saludable.

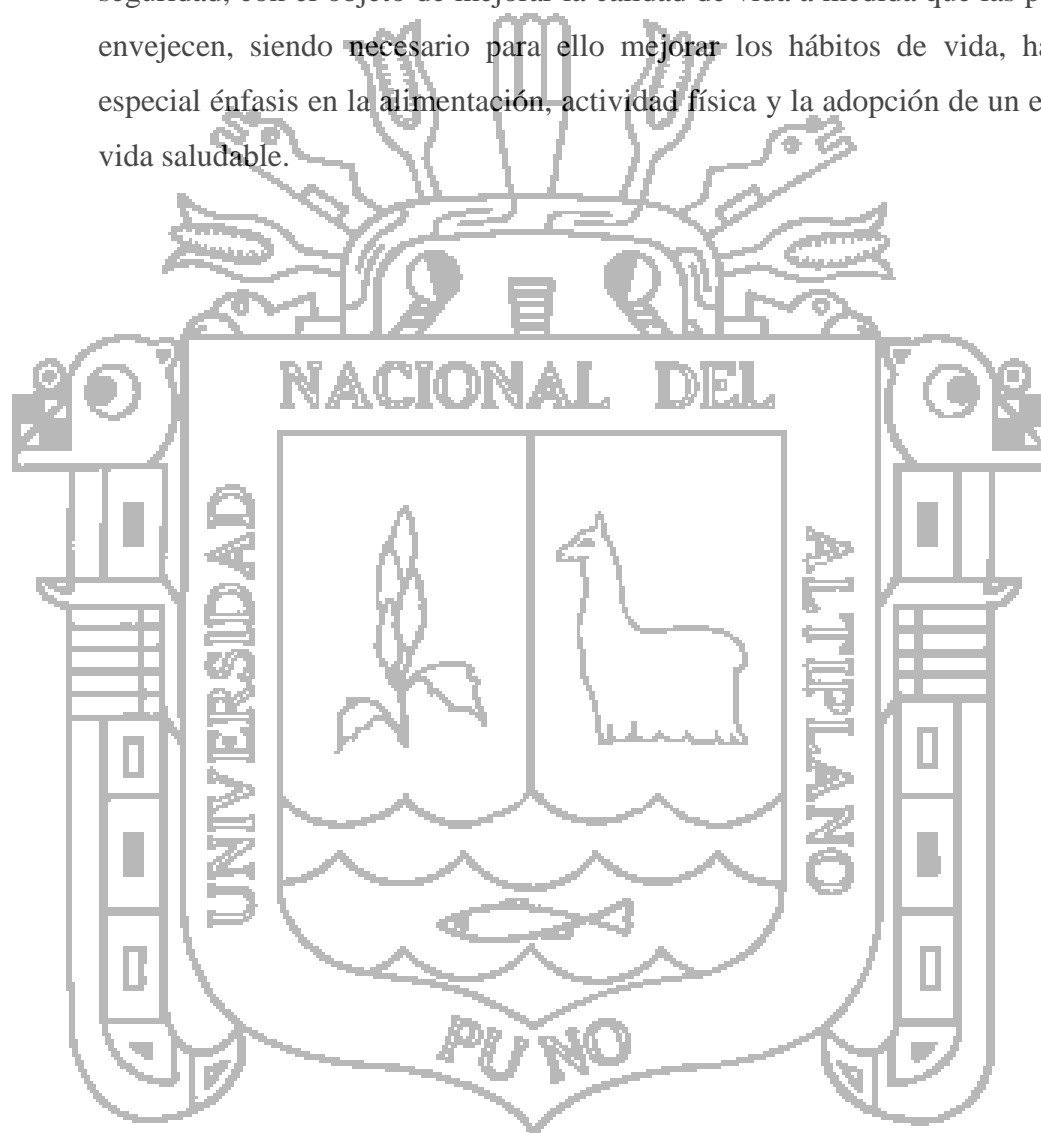


TABLA 1. Valoración de las actividades de la vida diaria -índice de Katz.

Baño	Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
	Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
Vestido	Independiente: Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
	Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
Uso del servicio higiénico	Independiente: Va a los servicios higiénicos. Solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.
	Dependiente: Precisa ayuda para ir a los servicios higiénicos.
Movilidad.	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
	Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos
Continencia (incontinencia)	Independiente: Control completo de micción y defecación.
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
Alimentación.	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

FUENTES: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Valoración de la actividad diaria.²⁴

2.3.- ESTADO COGNITIVO

Para la valoración del estado cognitivo del adulto mayor se evaluó las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo;

- **Memoria:**

- Es una capacidad del ser humano que le sirve para guardar hechos de su vida y recordarlos luego.
- La memoria se puede entrenar, mejorar y mantener en las personas adultas mayores.
- Las alteraciones de la memoria se producen por algunas enfermedades y por falta de práctica o desuso por la edad.

- **Factores de riesgo de la memoria:**

- Edad avanzada.
- Nivel de Instrucción.
- Falta de entrenamiento y promoción de la memoria.
- Enfermedades como la presión alta, demencia, diabetes, desnutrición, depresión, estrés, etc.
- El aislamiento de la familia y sociedad.
- Dejar de lado todo lo ya aprendido anteriormente.
- Dejar de practicar lo aprendido.

- **Importancia de mantener una buena memoria:**

- Le permitirá recordar donde pone las cosas (llaves, dinero, anteojos, etc.) recordar si tomó o no un medicamento.
- Recordar si apagó el gas de la cocina, cerró la puerta o la llave del agua.
- La evocación es recuerdo de la información valiosa.
- El cálculo no necesariamente representa un área diferente, y las habilidades de cálculo se pueden interpretar parcialmente como lenguaje, parcialmente como atención, y parcialmente como funciones ejecutivas.²⁶

Dentro de las habilidades que están en la base del desempeño autónomo y funcional, se encuentran los procesos cognitivos, que son aquellos procesos mentales involucrados en el procesamiento de la información, mediante los que se logra el aprendizaje y la reelaboración de habilidades, conocimientos y valores.²⁷

La importancia de los procesos cognitivos radica en que permiten la realización de actividades cotidianas (como conversar, prepararnos una taza de café, manejar dinero) y de tareas más complejas (leer sobre un tema sobre el que tienen poco conocimiento, encontrar la mejor solución a un problema, aprender un instrumento musical).

Debido a cambios asociados al envejecimiento, se comprometen algunos procesos, los estudios referentes a este tema, han permitido determinar que las funciones cognitivas que se van comprometiendo al envejecer, se pueden fortalecer a través de la estimulación cognitiva. La estimulación cognitiva tiene como propósito conservar la capacidad intelectual y llevar a cabo estrategias que permitan hacer más lento y compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad.

Esta estimulación cognitiva organiza actividades de ejercitación o compensación de habilidades, bajo criterios de complejidad progresiva y funcionalidad. La finalidad de la estimulación cognitiva es favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, de manera que impacten positivamente en su calidad de vida. En fin la actividad cognitiva es un proceso por el cual las personas captan los aspectos de la realidad a través de los órganos sensoriales con el propósito de comprender la realidad.²⁸

2.3.1.-VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

- **Descripción:** El cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo, explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.
- **Forma de Administración:** La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.

- **Población Diana:** Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.
- **Argumentos para su Selección.**
 - Escala validada en nuestro país.
 - Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.
 - Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.
 - Es una escala sencilla de administrar.
 - Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.
- **Valoración:** En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse:
 - En las primeras 72 horas tras el ingreso.
 - Al alta del paciente.
 - Se evalúa en función de los errores:
 - 0-2 normal
 - 3-4 deterioro cognitivo leve
 - 5-7 deterioro cognitivo moderado
 - 8-10 deterioro cognitivo severo.
 - En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.
 - Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría.
 - Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.

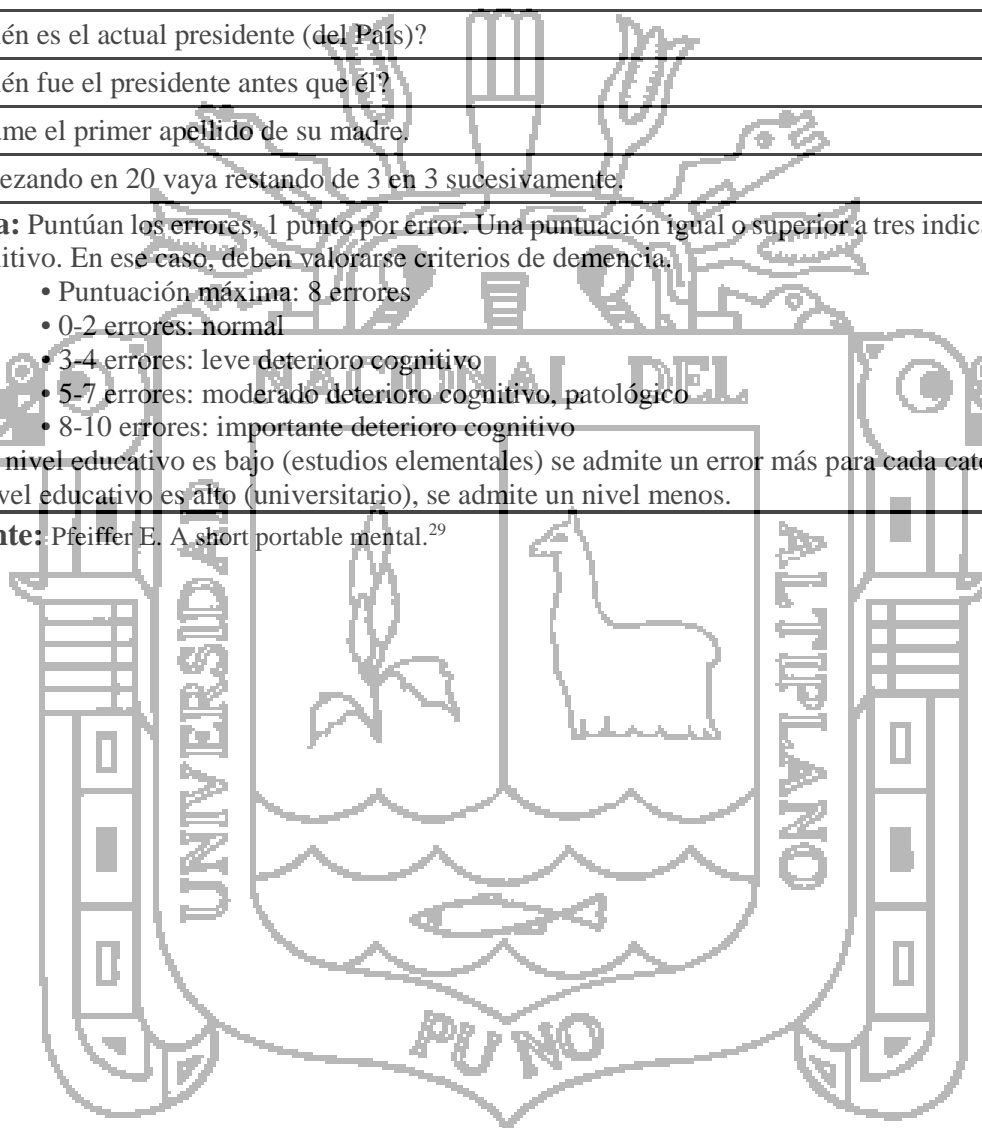
Tiempo de Administración.

- Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

TABLA 2. Cuestionario de PFEIFFER.

ÍTEM
¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)
¿Qué día de la semana es hoy?
¿Cómo se llama este sitio?
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)
¿Cuántos años tiene usted?
¿Cuándo nació usted?
¿Quién es el actual presidente (del País)?
¿Quién fue el presidente antes que él?
Dígame el primer apellido de su madre.
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente.
<p>Nota: Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puntuación máxima: 8 errores • 0-2 errores: normal • 3-4 errores: leve deterioro cognitivo • 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico • 8-10 errores: importante deterioro cognitivo <p>Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.</p>

Fuente: Pfeiffer E. A short portable mental.²⁹



2.4.- ESTADO AFECTIVO:

La Organización Panamericana de la Salud define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo. Algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo con las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo. Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento.³⁰

- **Depresión del adulto mayor:** La depresión es definida como un trastorno del estado de ánimo (afecto). El estado ánimo depresivo se denomina también disforia y se define como la pérdida de interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales. Se clasifica como trastorno funcional y puede producirse a cualquier edad.³¹

El estado depresivo se puede definir como un periodo de por lo menos 2 semanas de duración en el que la persona experimenta cambios en su estado de ánimo durante la mayor parte del día, como pueden ser: el sentirse triste o con pérdida del interés en las actividades placenteras, además de otros síntomas.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. Diversos estudios epidemiológicos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo.³²

- **Síntomas de la depresión en el adulto mayor:**

- Animo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
- Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnía casi cada día.
- Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
- Disminución de la capacidad para concentración o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.

- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.³³

- **Entorno y vivencias del adulto mayor abandonado:**

Roldan encontró que entre las vivencias del adulto mayor, éste es consciente de la etapa de vida por la que atraviesa y que, a pesar de los malos tratos recibidos por parte de sus familiares, éstos no sienten ningún tipo de rencor hacia ellos, por el contrario, crean excusas tratando de entender los motivos por los cuales sus familiares actúan de aquella manera; y que en la mayoría de los casos es por falta de dinero que sus familiares no están con ellos. En cada uno de sus pensamientos y/o actos está presente Dios, a quien se aferran y piden a diario ayuda para seguir adelante. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

- Las vivencias que experimentan las personas de la tercera edad que se encuentran en una situación de abandono reflejan la falta de cohesión en la cual la sociedad, y su unidad fundamental, la familia, se encuentran.
- La etapa de vida por la que atraviesan las personas adultas mayores los hace ser protagonistas de muchos cambios por los que tienen que atravesar, y que son, en

algunos casos, aquellas experiencias negativas las que perjudican su estado de salud y/o emocional.

- Pese a ello, el envejecimiento también puede ser sobrellevado de una manera agradable y grata al lograr tener algún tipo de motivación.
- Al ser considerados como “población no productiva”, las personas de la tercera edad no son capaces de encontrar una actividad que les brinde un tipo de ingreso económico y se dedican a pedir limosnas en las calles de la ciudad para, de alguna u otra manera, conseguir lo mínimo y así poder solventar sus mínimos gastos.³⁴

2.4.1.-Escala de Yesavage: La escala de depresión geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo en español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si- no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque las versiones de la escala de depresión geriátrica son instrumentos muy efectivos, aun la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1990 T. Hoyl, C. Alessi, L. rubensstein desarrollaron la versión 5 ítems de la escala de depresión geriátrica, la cual en población norteamericana resulto ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión.

TABLA 3. Test de Yesavage directa relacionado a la depresión.

ÍTEM	PUNTUACIÓN (*Coincidencia)	
	si	no
Se siente satisfecho con su vida		no
Se aburre con frecuencia	si	
Se siente inútil frecuentemente	si	
Siente que su vida está vacía	si	
Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada	si	
Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo		no
Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar	si	
Se siente feliz la mayor parte del tiempo		no
Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades previas	si	
Siente que tiene más problema de memoria que la mayoría	si	
Piensa que es maravilloso estar vivo ahora		no
Se siente lleno de energía		no
Siente que le es menos útil a la familia	si	
Siente que su situación es desesperada	si	
Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted	si	
<p>Nota: Esta escala determina si la persona adulta mayor presenta o no manifestaciones depresivas. La valoración del estado afectivo se determinará marcando con una "X" si la respuesta de la escala coincide con la del entrevistado. No se marcará si la respuesta no es coincidente. Se cuentan las "X" coincidentes y determinamos la valoración afectiva.</p>		

Fuente: Yesavage E. A short depression.³⁵

2.5.- VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR:

- **Situación Familiar:** La familia se considera un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos y adultos mayores, etc.) con vínculos consanguíneos o no, podría decirse con certeza que la familia es para el hombre algo totalmente necesario y por ende, se asume que es la mejor forma que permite al ser humano desenvolverse en la sociedad, puesto que entrega los valores, el apoyo y el cariño básicos para toda persona.

El vivir en familia en la que exista algún miembro con discapacidad convierte a la familia dependiente por lo que implica a la familia psicológicamente a todos los miembros de la familia causando preocupación en toda la familia, la discapacidad de la persona puede ser física o psicológica, esto causa una limitación en el ambiente social de la persona afectada y el resto de la familia.

El adulto mayor que tiene un cónyuge y que estas vivan solos, se vuelven dependientes de ambas partes y cuando no existe la otra persona, tienen problemas de dependencia psicológica causada por la pérdida de la pareja por ser el apoyo que la pareja ejerce en el otro miembro de la pareja.

La soledad es un factor depresivo que desfavorece a la calidad de vida del adulto mayor, es causa de suicidio y el aislamiento por el hecho de estar solos. El adulto mayor que está alejado de su familia de la unión familiar que significa brindarles un espacio en la existencia que conllevan.³⁶

- **Recursos Económicos:** La población económicamente activa urbana de la población adulta mayor está constituida por 61.9% de hombres y 38.1% mujeres. Según grupos de edad, la Población Económicamente Activa ocupada urbana está conformada por la Población de 60 a 64 años de edad, es decir, aquella que aún no alcanza la edad de la jubilación y la de 65 y más años de edad. Por su parte la tasa de inactividad comprende a todas las personas en edad de trabajar, pero que no han trabajado ni buscado trabajo y no desean trabajar. Además, está integrada por hombres y mujeres que se dedican a los quehaceres del hogar, al estudio, con impedimentos personales, jubilados o pensionista, rentista, entre otros.²

Dentro de la propia red familiar, existen unas relaciones que son recíprocas; la familia ayuda al adulto mayor como él a la familia. Cuando no existe esta reciprocidad, algunas familias dejan de responsabilizarse sobre el cuidado del adulto mayor. Cuando las capacidades funcionales empeoran, el adulto mayor deja de tener el mismo peso dentro de la familia, y en esta se puede generar un sentimiento de rechazo y abandono.

Es evidente que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico, en cambio, la pobreza margina a los mayores de edad, de una atención de primera categoría. La falta de recursos económicos puede afectar seriamente al cuidado del adulto mayor.³⁶

- **Vivienda:** Cuando hablamos de una calidad de vida óptima en el envejecimiento, relacionado con la vivienda, como un adecuado confort y un hábitat de acuerdo a sus necesidades más básicas, debido a que un hogar adecuado refleja sensación de bienestar y felicidad para el adulto mayor.³¹

Una vivienda adecuada a las necesidades del adulto mayor permite el adecuado desplazamiento que facilita cumplir sus necesidades básicas. Las barreras arquitectónicas como los pisos irregulares y desniveles, gradas, puertas estrechas, pisos de tierra, la humedad y la falta de salubridad son aspectos que se deben superar para una adecuada calidad de vida.³⁷

- **Relaciones Sociales:** La longevidad de la población hace que personas de diferentes generaciones deban relacionarse durante más años. En adelante, es posible que nuestras relaciones personales se prolonguen en el tiempo, ya que nuestra vida se alargará, y ello implica que podremos relacionarnos con personas de diferentes edades también durante más tiempo.

Esta nueva realidad es fácil de comprender si se mira hacia el interior de la familia; aunque la edad en que se tienen hijos se ha incrementado, el contacto entre generaciones se prolongará en el tiempo. Así, los abuelos y las abuelas con sus hijos e hijas y con los nietos y nietas, y estos con sus padres y madres, tienen la oportunidad de tejer una red de relaciones cada vez más sólida y profunda.³⁸

Otro elemento clave de las relaciones sociales es el soporte que estas proporcionan a la hora de satisfacer diferentes necesidades como son la compañía, el cuidado, la ayuda económica, el intercambio de conocimientos, etc. Algunos autores han construido el concepto de “malla de seguridad” para referirse a los recursos que las relaciones de apoyo aportan a las personas. Estos recursos son muy importantes, especialmente si tenemos en cuenta que en ocasiones son recursos inaccesibles por otros métodos, ya que el Estado, las empresas o las organizaciones del tercer sector no los facilitan. Así, la ayuda mutua entre las personas genera protección social, y, por lo tanto, las relaciones sociales son fundamentales para el bienestar de las personas.

En la vejez, son frecuentes las situaciones estresantes, como, por ejemplo, las enfermedades que conllevan problemas físicos y malestar, o situaciones de gran estrés emocional, y la pérdida de seres queridos.

La red social atiende a la persona afectada, le da apoyo emocional y tiene una influencia en su comportamiento. Hay que tener en cuenta que, si bien los contactos sociales suelen tener un impacto positivo, también pueden tener lo negativo y producir malestar emocional hasta malos tratos.³⁹

✓ **Capital social:** Hay muchas formas de definir y entender el capital social. Presentamos algunas definiciones:

- Es el conjunto de los contactos sociales que dan acceso a apoyo social, emocional y práctico.
- Son las redes de confianza a las que las personas pueden recurrir para obtener ayuda y apoyo social.
- Es un recurso que no se puede conseguir de otra manera, por ejemplo, no puede comprarse con dinero.
- Es el resultado del capital social.

✓ **Apoyo, redes y capital social.**

- Las redes sociales influyen en el apoyo práctico y emocional que tienen a disposición a las personas adultos mayores. Frecuentemente, las redes sociales se crean por medio de organizaciones formales, como, por ejemplo,

diferentes entidades, centros e iglesias, y también mediante vínculos familiares e informales, con amigos y vecinos.

- El apoyo disponible es el resultado de los vínculos; de la red, de la calidad de las relaciones con los demás, de su disponibilidad en la práctica, de los valores que tienen y de la confianza que se ha depositado en ellos.
- El efecto de la red social varía según el género, la clase social y el lugar de residencia.
- El capital social es un recurso individual que depende de la trayectoria de cada persona, que se va desarrollando en el pasado y que varía también según las actividades que realice actualmente.

Por otra parte, el capital social también depende de las actitudes de los demás, de su disposición a apoyar. Así, el capital social es interdependiente (depende de uno mismo y, a la vez, de los demás). Es decir, las personas podemos elegir con quién asociarnos según nuestros intereses e inquietudes, las limitaciones de nuestra salud, la movilidad, las oportunidades, según el entorno físico y social. También escogemos en función de las dificultades que hallamos. Incluso podemos decidir con quién y cómo relacionarnos. Sin embargo, no podemos elegir si nuestros amigos, vecinos y parientes nos ayuden cuando lo necesitemos, ni cómo nos ayudarán, ya que depende de ellos que tengan el tiempo, la capacidad y la voluntad para acompañar, ayudar, visitar.

Las enfermedades y los síndromes geriátricos tienen consecuencias en la vida de las personas y también en el modo de relacionarse. Enfermedades como la depresión y la demencia afectan especialmente a la esfera de las relaciones sociales. En el caso de la depresión, uno de sus síntomas es la apatía, que implica, entre otras cosas, la falta de ganas de llevar a cabo actividades y de interactuar con los demás. En el caso de la demencia, especialmente la pérdida de memoria y los trastornos del comportamiento como la agitación afectan progresivamente el día a día y la necesidad que tenemos de los demás. En estadios avanzados, podemos dejar de reconocer a las personas de nuestro entorno e, incluso, quiénes somos.⁴⁰

- **Apoyo de red social (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA):** El ministerio de salud ha establecido un modelo de atención integral de salud (MAIS) para los adultos mayores de 60 años a más; reconociendo que la salud es una condición indispensable para lograr una adecuada calidad de vida. Para lo cual se ha diseñado políticas de salud, generándose el marco normativo rector para su desarrollo y evaluación a nivel nacional, regional y local.

El manual de atención de salud (MAIS), contribuye activamente a la implementación del método de atención integral de salud a nivel nacional, regional y local con énfasis en la etapa de vida adulto mayor. Brinda asistencia técnica a las regiones del país a través de las responsables regionales, prioritariamente, para la implementación y fortalecimiento de los servicios para la atención integral de salud de las personas adultas mayores; bajo la coordinación intra e intersectorialmente con los actores institucionales y de la sociedad civil, involucrados en la salud y desarrollo de las personas adultas mayores.

En concordancia con los lineamientos de política del sector y con el plan nacional para las personas adultos mayores referida a los compromisos de la implementación de las acciones para la atención de las personas adultas mayores. Esta Implementación de la atención integral para las personas adultas mayores en las direcciones de salud de nuestro país, habiendo iniciado en el mes de Junio del 2004 las actividades de sensibilización y capacitación en atención integral para las personas adultas mayores en las direcciones regionales de salud de tumbes, la libertad, Apurímac con participación de las presidencias regionales, autoridades ediles y sociedad civil y trabajadores de la salud.

En ese entonces las 34 direcciones de salud, designan responsables de la atención integral de la etapa de vida adulto mayor, quedando conformado el directorio nacional. Se ha establecido las bases técnico normativas para la implementación de la atención integral del adulto mayor, elaboración del documento preliminar “lineamientos para la atención integral de salud para los adultos mayores” actualmente en proceso de revisión.

La Implementación de la ley N°27408 referida a la atención preferente al adulto mayor, a través de una directiva circular para su difusión, implementación y cumplimiento en las 34 direcciones de salud del país.

Con la ley antes mencionado se ha incluido dentro de la estructura funcional programática de un componente relacionado a la atención del adulto mayor, permitiendo de esta manera que las direcciones de salud del país programen y ejercen acciones específicas de atención integral de salud para el adulto mayor.

Durante la atención debe reconocerse la importancia que tiene las necesidades del adulto mayor, porque existen necesidades específicas que deben trabajarse según el sexo del adulto mayor, ha sí como la aplicación de las estrategias y acciones particulares. Para garantizar el funcionamiento social debe desarrollar estrategias que satisfagan necesidades de oportunidades de articular y hacer que el adulto mayor se sienta útil a la comunidad.

Dentro de las necesidades sobre la salud que considera el manual de atención integral de salud en el adulto mayor se tiene:

- Alcanzar su máximo potencial de desarrollo como ser humano.
- Desarrollar un envejecimiento activo exitoso.
- Utilizar adecuadamente el tiempo libre participando en actividades de voluntariado.
- Fortalecer los sentimientos de espiritualidad y de unión con otros adultos mayores.
- Desarrollar o mejorar relaciones afectivas positivas intergeneracionales y socialización con otros adultos mayores y su entorno.⁴¹

2.6.- ADULTO MAYOR.

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

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de los que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o se han jubilado, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, junto con los ámbitos de su vida, esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono y otra opción muchas veces consiste en los asilos.⁴²

- **Características del adulto mayor:**

- Envejecer es universal e inevitable. La vejez es un periodo importante de la vida por derecho propio.
- Los principales esfuerzos del adulto llegan a su plenitud.
- Hay tiempo para la reflexión y para gozar los nietos.
- En esta etapa concluye el ciclo vital.
- Si el individuo ha superado las etapas anteriores puede tener una ancianidad satisfactoria.
- Puede aparecer temor a la soledad.
- El sentimiento de angustia aparece en la persona que al mirar hacia atrás ve su vida como una serie de oportunidades fallidas.
- Se da cuenta que se tarde para volver a empezar.
- En estas personas aparece el sentimiento de depresión acerca de aquello que pudo ser y no fue.

Desde lo biológico:

- Disminuye la capacidad de aprender.
- Alteraciones neuro sensoriales: disminución de la audición y de la agudeza visual.
- Funciones cerebrales superiores: deterioro progresivo de la percepción, disminución de la memoria de fijación reciente, de la capacidad de concentración, de la eficiencia mental, rapidez e inteligencia en general.

Desde lo endocrino:

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

Desde lo psicológico:

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

Desde lo social:

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

La comisión económica para américa latina y el caribe (CEPAL), conceptualiza la vejez como etapa de vida, entre los que destacan la edad cronológica, la edad fisiológica y el de edad social, sin embargo es necesario partir de un concepto principal para el diseño de nuestras políticas. Ya que ello orientara las intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.⁴³

El concepto de edad cronológica tiene que ver con el límite a partir del cual una persona se considera adulta mayor, en este sentido es un asunto sociocultural y está muy vinculado con la edad fisiológica en el sentido que “el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia.”⁴⁴

Si bien los conceptos de edad cronológica y edad fisiológica son útiles, este plan toma como concepto de base el de edad social, aplicado a las actitudes y conductas que una sociedad considera adecuadas para una determinada edad cronológica”, entendiéndose que la concepción que se tenga sobre la vejez, independientemente de la relación directa que tenga la edad cronológica, está básicamente determinada por estas pautas impuestas por cada sociedad.⁴⁵

Desde esta perspectiva, se reconoce entonces que conceptos como vejez y género, son resultado de una “construcción social e histórica que posee el significado que una sociedad otorga a los procesos biológicos que la caracterizan”, pero que es preciso cuestionarse esta construcción cultural, en tanto no permite atender de manera justa y adecuada a las personas adultas mayores. Por tanto, las intervenciones en políticas públicas deben comprender de manera crítica a la vejez, a partir de su construcción social, ya que ello permitirá intervenir en ciertos factores sobre los que hay que trabajar necesariamente para lograr una sociedad más integrada, solidaria y justa para la persona adulta mayor.⁴⁶

El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total. Dicho proceso deriva de la acción combinada de dos elementos fuertemente relacionados entre sí, el demográfico y el epidemiológico: el primero “se refiere a las transformaciones en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad”. El segundo, alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia, letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prebalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes”

El envejecimiento como proceso individual que experimenten las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques y teorías como el envejecimiento biológico, psicológico y social.

En distintas épocas el proceso de envejecer ha sido denominado de diferentes formas: ancianidad, senectud, senescencia, senilidad, gerontes, abuelos, tercera edad, cuarta edad, adultos mayores, entre otros. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a partir del año 1996, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores", de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años.⁴⁷

El Estado Peruano en 1998, aprueba el Plan Nacional de Población 1998 -2002 a través del D.S. N° 011-98-PROMUDEH; definiendo al grupo poblacional "Adultos Mayores" a las personas mayores de sesenta años. Considerando la necesidad de un tratamiento especial y teniendo en cuenta su condición de vulnerabilidad biopsicosocial, se aprueban los "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores", mediante el D.S. N° 010-2000-PROMUDEH.⁴⁸



III.- VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

3.1.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

TABLA 4. Operacionalización de variables sobre calidad de vida en el adulto mayor.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN	CALIF.
Calidad de vida del adulto mayor. Es la satisfacción que experimenta el adulto mayor relacionado con su nivel funcional, estado cognitivo, estado afectivo y su situación socio-familiar, lo que permitirá considerar al adulto mayor como un ser integral.	VALORACIÓN FUNCIONAL (Katz)	Necesita ayuda para lavarse (Aseo).	SI	1
			NO	0
		Necesita ayuda para vestirse.	SI	1
			NO	0
		Necesita ayuda para ir y usar los servicios higiénicos.	SI	1
			NO	0
		Necesita ayuda para movilizarse.	SI	1
			NO	0
		Presenta Incontinencia urinaria, fecal o ambas.	SI	1
			NO	0
		Necesita ayuda al momento de consumir sus alimentos.	SI	1
			NO	0
		Qué día es hoy. (Mes, día, año)	SI	0
			NO	1
	Qué día de la semana es hoy	SI	0	
		NO	1	
	En qué lugar estamos. (Descripción, dirección de la calle).	SI	0	
		NO	1	
	Cuántos años tiene usted	SI	0	
		NO	1	
	Cuándo nació usted	SI	0	
		NO	1	
	Dónde nació	SI	0	
		NO	1	
	Quién es el actual presidente del Perú	SI	0	
		NO	1	
	Quién fue el anterior presidente del Perú	SI	0	
	NO	1		
Dígame el primer apellido de su madre.	SI	0		
	NO	1		
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente.	SI	0		
	NO	1		
	ESTADO AFECTIVO (Yesavage)	Se siente satisfecho con su vida	SI	0
			NO	1
Se aburre con frecuencia		SI	1	
		NO	0	
Se siente inútil frecuentemente		SI	1	
	NO	0		
Siente que su vida está vacía		SI	1	

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN	CALIF.
			NO	0
		Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada	SI	1
			NO	0
		Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo	SI	0
			NO	1
		Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar	SI	1
			NO	0
		Ha abandonado muchos de sus intereses	SI	1
			NO	0
		Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría	SI	1
			NO	0
		Piensa que es maravilloso estar vivo ahora	SI	0
			NO	1
		Se siente lleno de energía	SI	0
			NO	1
		Siente que le es menos útil a la familia	SI	1
			NO	0
		Siente que su situación es desesperada	SI	1
			NO	0
		Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted	SI	1
			NO	0
		SITUACIÓN FAMILIAR		
		Vive con familia, sin conflicto familiar.	SI	1
		Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica.	SI	2
		Vive con cónyuge de similar edad.	SI	3
		Vive solo y tiene hijos con convivencia próxima.	SI	4
		Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	SI	5
	VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	SITUACIÓN ECONÓMICA		
		Dos veces el salario mínimo vital	SI	1
		Menor de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.	SI	2
		Un salario mínimo vital.	SI	3
		Ingreso irregular (menos del mínimo vital).	SI	4
		Sin pensión, sin otros ingresos.	SI	5

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACIÓN	CALIF.
		VIVIENDA		
		Adecuada a las necesidades	SI	1
		Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	SI	2
		Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	SI	3
		Vivienda semi construida o de material rustico.	SI	4
		Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda.	SI	5
		RELACIONES SOCIALES		
		Mantiene relaciones sociales en la comunidad.	SI	1
		Relación social solo son familia y vecinos.	SI	2
		Relación social solo son la familia.	SI	3
		No domicilio pero recibe visitas de familia.	SI	4
		No sale del domicilio y no recibe visitas	SI	5
		APOYO DE RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).		
		No necesita apoyo	SI	1
		Requiere apoyo familiar o vecinal	SI	2
		Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.	SI	3
		No cuenta con seguro social.	SI	4
		Situación de abandono familiar.	SI	5

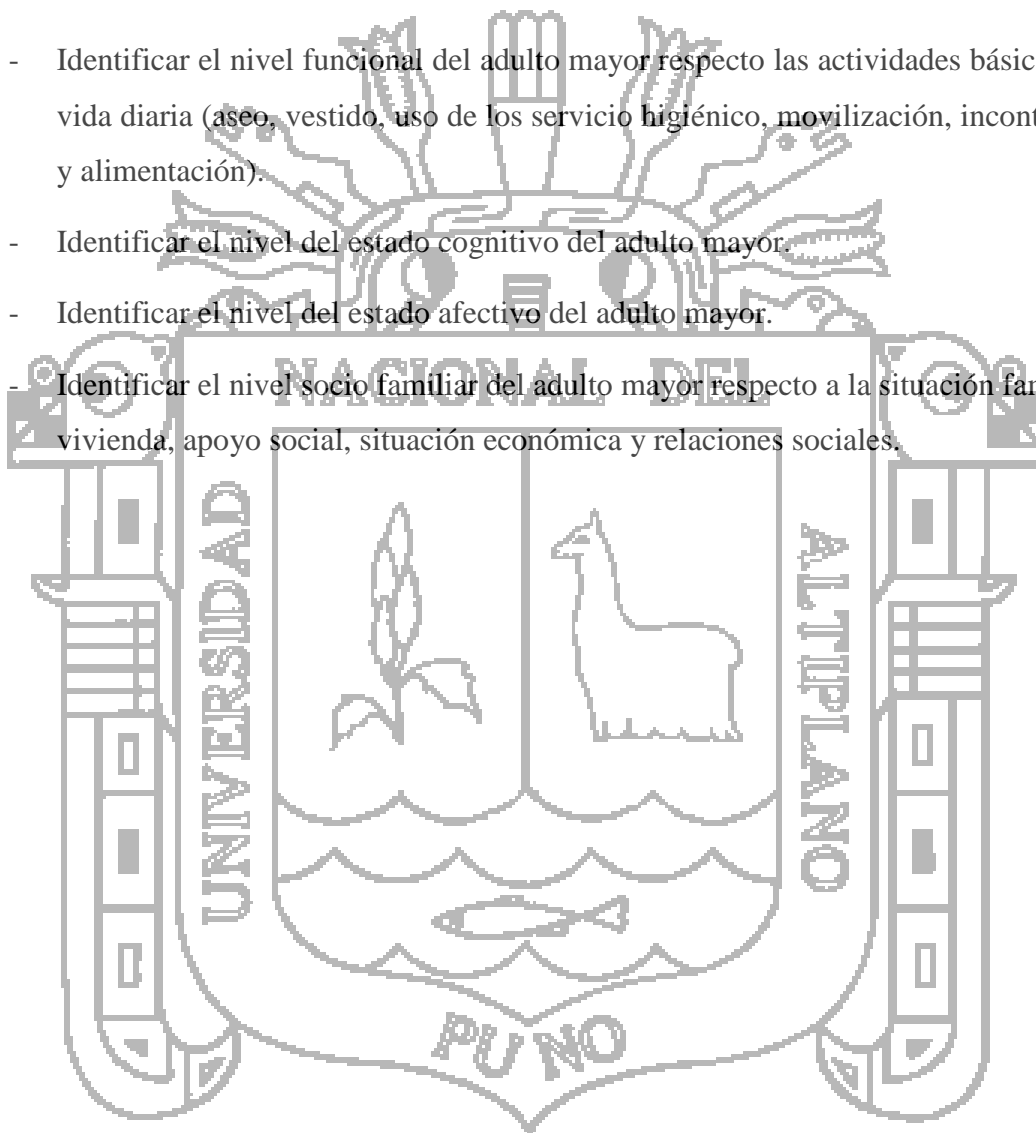
IV.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1.- OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2014.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar el nivel funcional del adulto mayor respecto las actividades básicas de la vida diaria (aseo, vestido, uso de los servicios higiénicos, movilización, incontinencia y alimentación).
- Identificar el nivel del estado cognitivo del adulto mayor.
- Identificar el nivel del estado afectivo del adulto mayor.
- Identificar el nivel socio familiar del adulto mayor respecto a la situación familiar, vivienda, apoyo social, situación económica y relaciones sociales.



V.- DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1.- TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

5.1.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, porque permitió identificar la calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2014.

Según el periodo y secuencia en que se midió la variable el tipo de estudio fue transversal porque se estudió la variable en un solo momento.

5.1.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Corresponde al diseño descriptivo simple, este diseño permitió recolectar información contemporánea con respecto a la calidad de vida del adulto mayor.

A este tipo de diseño le corresponde el siguiente esquema:

Donde:

M: Adulto mayor atendido.

O: Información recogida sobre calidad de vida del adulto mayor.

5.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO.

El trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud I-3 Simón Bolívar, en el programa del adulto mayor, se entrevistó a los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud, está ubicada al sureste de la ciudad de Puno, situado a 3840 m.s.m.n, a orillas del lago Titicaca, específicamente en el asentamiento humano Simón Bolívar manzana Ñ lote 9. Fue como establecimiento de salud del primer nivel, conformando la Micro Red Simón Bolívar, siendo cabecera de 14 establecimientos de salud, actualmente está categorizada como primer nivel de atención y tercer nivel de complejidad, cuenta con una población de 21,367 a nivel de Centro de Salud, cuenta con los servicios de tóxico, crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones, odontología, obstetricia, medicina general y pediatría,

no presta servicios de internamiento su horario de atención es de 7:00 - 19:00 horas, en el programa del adulto mayor se realizan actividades para mantener y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con campañas anuales de atención integral de salud, se fomenta la psicomotricidad y el ejercicio con los adultos mayores, se organiza momentos de óseo y esparcimiento para los adultos mayores, también se realiza gestiones para brindar apoyo a los adultos mayores.

5.2.1.- CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Esta población se caracteriza por mantener costumbres ancestrales, población migrante de las Provincias de Puno y de otros lugares del Perú por motivos de protección, sustento, vivienda o son traídos por los hijos, se quedaron solos. La población a estudiar son adultos mayores que han abandonado sus costumbres, que algunos no son activos económicamente, socialmente una parte pertenece a algún programa social, políticamente, son muy pocos los que pertenecen a una organización sólida para que su opinión se tomada en cuenta por parte del estado, la comunicación entre adultos mayores es difícil por la disminución en la audición, las edades comprenden entre 60 hasta 80 años, en su mayoría son mujeres estos adultos mayores son susceptibles a los cambios bruscos del clima.

5.3.- POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población y muestra del estudio estuvo constituida por un total de 40 adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, que se ayeen en edades de 60 años a más.

5.3.1.- UNIDAD DE ANÁLISIS:

La unidad de análisis del estudio fue el adulto mayor.

5.3.1.1.- LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Simón Bolívar.
- Adultos mayores que deseen de forma voluntaria acceder a participar en el estudio de investigación.
- Todos los Adultos Mayores que están actualmente inscritos en el programa del adulto mayor.

5.3.1.2.- LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos mayores que no se atienden en el Centro de Salud.
- Adultos mayores menores de 60 años.
- Personas adultas que no deseen participar en la investigación.

5.4.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

5.4.1.- TÉCNICA.

La técnica utilizada en el presente estudio fue la entrevista, con el fin de obtener información acerca de la calidad de vida del adulto mayor.

5.4.2.- INSTRUMENTO.

El instrumento que se utilizó fue guía de entrevista que contiene 35 preguntas están basadas en la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) y consta de las siguientes partes:

- a) Datos generales.
- b) Valoración funcional consta de 6 preguntas relacionados sobre el adulto mayor.
- c) Estado cognitivo consta de 10 preguntas relacionadas sobre el adulto mayor.
- d) Escala afectiva consta de 15 preguntas relacionadas sobre el adulto mayor.
- e) Valoración socio familiar consta de 5 preguntas relacionadas sobre el adulto mayor.

La valoración se realizó de acuerdo a la guía de valoración clínica del adulto mayor (VACAM) del Ministerio de Salud, que consta de diferentes etapas y para el trabajo de investigación solo se tomaron en cuenta la valoración funcional, mental-afectiva y socio-familiar de la guía ya establecida, la forma de recolección de datos de la guía está constituida en entrevista, guía de observación y seguimiento para la atención integral del adulto mayor. En el trabajo de investigación la recolección de datos fue mediante la entrevista porque se midió el nivel de la calidad de vida del adulto mayor, la calidad de vida fue evaluada en cuatro dimensiones e individualmente: valoración funcional, estado cognitivo, escala afectiva y valoración socio familiar del adulto mayor. Asignando a la categoría un valor según el indicador de 0 a 1 punto para la valoración funcional “SI” vale 1 punto, en el estado

cognitivo “NO” vale 1 punto, en la escala afectiva, de acuerdo a la coincidencia a la respuesta del test de Yesavage, si existe coincidencia vale 1 punto y la valoración socio familiar asigna de acuerdo a las respuestas que ya tiene un puntaje establecido que va desde 1 hasta 5. Los puntajes obtenidos en las cuatro dimensiones antes mencionados determinó si la calidad de vida, fue de categoría saludable, enfermo, frágil y complejo del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar.

- **Primera dimensión.-** Procedimiento por el cual se obtiene e interpreta datos referentes al nivel de capacidad funcional de una persona, para ello se aplicó el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), KATZ.
 - **Valoración funcional:**
 - ✓ 0 - 1 : Independiente.
 - ✓ 2 - 3 : Dependiente parcial.
 - ✓ 4 - 6 : Dependiente total.
- **Segunda dimensión.-** Para la evaluación del estado cognitivo se utilizó el Cuestionario abreviado de Pfeiffer, esta escala valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución.
 - **Estado cognitivo:**
 - ✓ 2 : No deterioro cognitivo/normal.
 - ✓ 3 - 4 : Deterioro cognitivo leve.
 - ✓ 5 - 7 : Deterioro cognitivo moderado.
 - ✓ 8 - 10 : Deterioro cognitivo severo.
- **Tercera dimensión:** Escala abreviada de Yesavage, esta escala determina si la persona adulta mayor presenta o no manifestaciones depresivas. Con respecto a la guía entrevista de valoración clínica el adulto mayor, se realizó una ampliación en las preguntas presentadas. Se coloca la escala completa de Yesavage, y se valora de la siguiente manera:

- **Escala afectiva:** Se asigna un punto por cada respuesta que coincida y la suma total se valora como sigue:

- ✓ 0-5 : Sin depresión.
- ✓ 6-8 : Depresión leve.
- ✓ 9 a más : Depresión severa.

- **Cuarta dimensión:** Evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del entrevistado. Las preguntas están agrupadas en 5 rubros:

- Situación familiar.
- Situación económica.
- Vivienda.
- Relaciones sociales.
- Apoyo de red social.

A las respuestas de cada grupo le corresponde un puntaje determinado que va de 1 a 5 puntos. Se marcará con una “SI” la respuesta correspondiente por cada uno de los 5 grupos mencionados. Luego se suma los puntos de cada respuesta marcada con “SI”, determinándose la valoración socio-familiar de la siguiente manera:

- **Valoración socio familiar:**

- ✓ 5 - 9 : Buena /aceptable situación social.
- ✓ 10 - 14 : Existe riesgo social.
- ✓ 15 : Existe problema social.

5.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos, se realizó las siguientes actividades:

5.5.1.- COORDINACIÓN:

Esta etapa correspondió a la parte de coordinación para viabilizar la ejecución del trabajo de investigación que consistió en las siguientes actividades:

- Se solicitó al decano de la facultad de enfermería una carta de presentación dirigida al jefe del Centro de Salud Simón Bolívar.
- Una vez obtenida la autorización, se coordinó con la encargada del paquete de atención del adulto mayor para poder proseguir con la ejecución del proyecto de investigación.
- Seguidamente se coordinó las fechas en las que se realizaría ejecución de la entrevista a los adultos mayores.
- Preparación previa del instrumento seleccionado: guía de entrevista.

5.5.1.- APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

- Para la aplicación del instrumento se tuvo el apoyo de un entrevistador previamente capacitado para la aplicación de la guía de entrevista.
- Se realizó previa coordinación con la coordinadora del programa del adulto mayor para la aplicación del instrumento.
- Se realizó la presentación del entrevistador a los adultos mayores presentes en la reunión
- Se obtuvo el consentimiento informado en forma verbal para la aplicación de la entrevista.
- El promedio de tiempo para cada entrevista fue de 30 minutos aproximadamente por persona.
- Al término de la entrevista se agradeció por la participación en la investigación por la disposición a los adultos mayores y la enfermera encargada.
- Una vez recolectada la información se procedió con el análisis e interpretación de los datos recolectados.

5.6.- PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.

Después del recojo de información se procedió de la siguiente manera:

- Se realizó la organización y consistencia de la información recogida.
- Se procedió a la enumeración verificación y codificación del instrumento (guía entrevista).

- Posteriormente se realiza la clasificación, vaciado y tabulación de los datos.
- Seguidamente se elaboró las tablas, gráficos para el análisis y discusión.

6.6.1.- TRATAMIENTO Y DISEÑO ESTADÍSTICO.

Se aplicó la estadística descriptiva, con la siguiente fórmula:

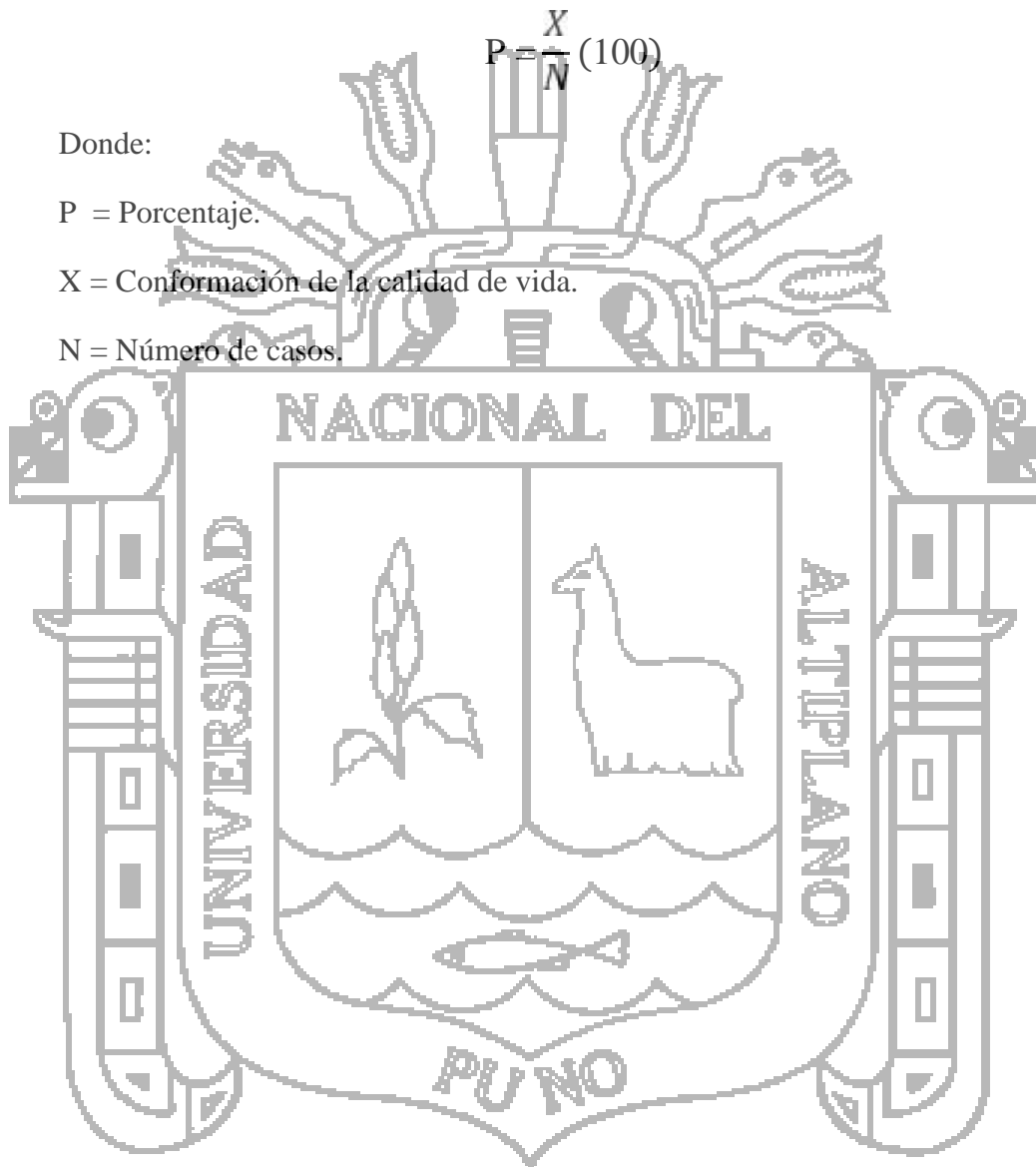
$$P = \frac{X}{N} (100)$$

Donde:

P = Porcentaje.

X = Conformación de la calidad de vida.

N = Número de casos.



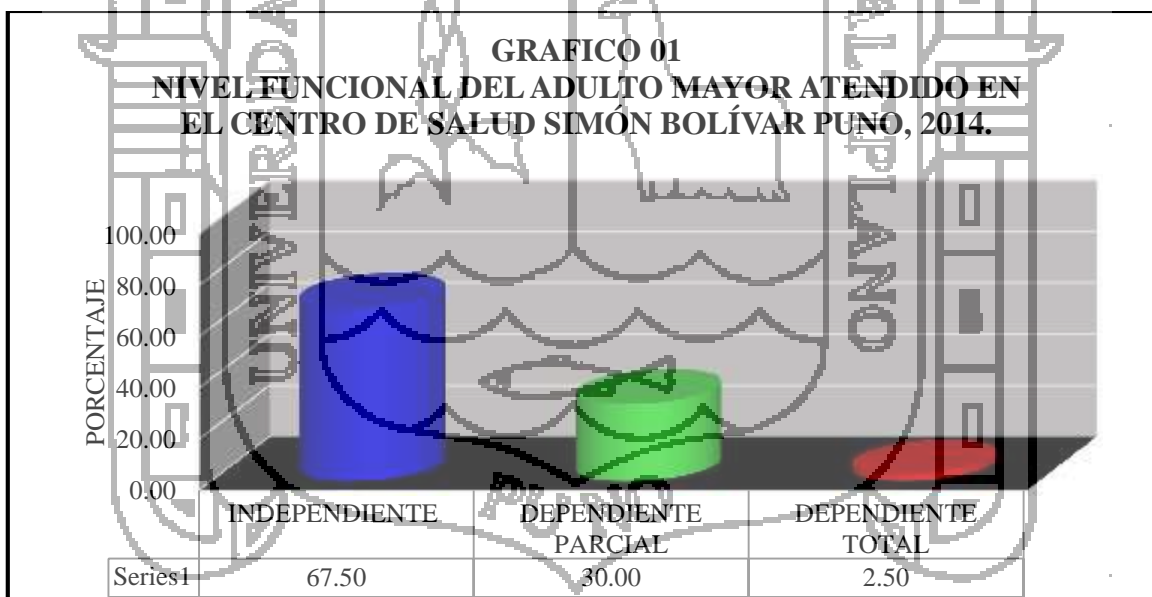
VI.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

CUADRO 01

NIVEL FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO, 2014.

VALORACIÓN FUNCIONAL	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Necesita ayuda para lavarse (Aseo)	3	7.5	37	92.5	40	100
Necesita ayuda para vestirse.	6	15.0	34	85.0	40	100
Necesita ayuda para ir y usar los servicios higiénicos.	0	0.0	40	100	40	100
Necesita ayuda para movilizarse.	8	20.0	32	80.0	40	100
Presenta Incontinencia urinaria.	27	67.5	13	32.5	40	100
Necesita ayuda al momento de consumir sus alimentos.	5	12.5	35	87.5	40	100

Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.



Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.

En el cuadro 01 se observa el nivel funcional del adulto mayor en su valoración funcional, el 67.5% presenta incontinencia urinaria, el 20% necesita ayuda para movilizarse, el 15 % necesita ayuda para vestirse, 12.5% necesita ayuda para consumir alimentos, 7.5% necesita ayuda para lavarse y ninguno necesita ayuda para usar los servicios higiénicos.

En el gráfico 01 se observa el nivel funcional del adulto mayor el mismo que se obtiene al concluir las actividades de la vida diaria, tiende respecto a la actividad funcional el 67.5% es independiente, el 30% dependiente parcial, y el 2.5% dependiente total.

Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de los adultos mayores de ambos sexos tienen una vida funcional independiente porque estos adultos mayores se atienden solos a pesar de presentar problemas funcionales como la incontinencia urinaria en un 67.5%, que se dio en un mayor porcentaje, esta actividad afectada es la pérdida involuntaria de orina, en la vejiga, la disminución de fuerza contráctil del músculo detrusor y el esfínter interno provoca un vaciado más lento y el chorro de orina menos potente, pudiéndose producir incontinencia urinaria por déficit interno, la próstata, a partir de los 60 años, presenta hipertrofia benigna de próstata en un 40% de los hombres, y en mujeres es frecuente por la multiparidad.²¹ la presencia de incontinencia urinaria, puede tener una repercusión psicológica que limite su actividad social y afectiva, las cuales a su vez disminuyan los niveles funcionalidad; este síndrome también puede implicar un estado de salud disminuido, asociado a un déficit funcional previo.

Zavaleta (2011), quien encontró que los adultos mayores en un albergue geriátrico, respecto a la actividad funcional, el 65 % son independientes, el 27.5% requieren asistencia y un 7.5 % son dependientes en el nivel de actividad funcional según grupo de edad, en mayor porcentaje está afectada la actividad funcional de bañarse con 30.11% y la menos afectada es alimentación con 10.35%, además concluye que a mayor edad, es mayor el deterioro de las actividades funcionales básicas. Los resultados son similares con la presente investigación, siendo la actividad funcional más afectada la incontinencia urinaria con un 67.5% y la menos afectada es lavarse con 7.5%, no se tomó en cuenta la edad de los adultos mayores.

Manrique, Salinas y Téllez (2008) encontraron que en general, el 30.9% de los adultos mayores presentan dependencia funcional, es decir, tienen dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (caminar, comer, bañarse, ir a la cama o usar el inodoro e incontinencia). Las dificultades con actividades de la vida diaria se incrementan con la edad, concluyeron que los resultados del estudio dan muestra a que en mayor porcentaje de dependencia funcional reportada en los adultos mayores y además de vivir en condiciones de pobreza traen consigo implicaciones en la calidad de vida de los adultos mayores, debido a que una gran proporción de los adultos mayores dependen de

terceros para realizar actividades cotidianas de la vida diaria, restringiéndose su capacidad de vivir de manera independiente en la familia, comunidad social (institucionalización).

De similar manera en el estudio realizado en Chile, por Olivares y Miranda (2008) refieren que la dependencia a partir de la encuesta a nivel nacional se demostró que el 19,2% de los mayores de 60 años, presentaron una o más limitaciones en la actividades básicas de la vida diaria, siendo las mujeres (25,1%), significativamente más afectadas que los hombres (17,3%). Por su parte el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2008), hace una clasificación de la dependencia por grados: leve, moderada y grave, considera que del 24,9% de población mayor con dependencia, el 3,3% presenta dependencia grave o completa, el 5,2% dependencia moderada y el 16,5% leve o ligera.

También Gómara y colaboradores (2006), concluye que de las 759 personas de 70 años o más de Vilaboa (ciudad), 156 (20,6%) adultos mayores son dependientes para al menos una actividad básica de la vida diaria. El 98,7% son dependientes para bañarse, 51,9% para vestirse, 35,3% para ir al baño, 28,2% para moverse, 15,4% para alimentarse. Estos resultados difieren de los porcentajes encontrados en la presente investigación en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno que son independientes con 67,5%, requieren asistencia 30% y dependientes 2,5%, porque obedecen a situaciones con realidades diferentes del país y al empleo de escalas de Katz adaptadas a sus pacientes adultos mayores, además las condiciones de los adultos mayores de Centro de Salud Simón Bolívar son diferentes aquí la atención es ambulatoria en cambio Gómara la realizó en albergues lugares institucionalizados y al empleo del índice de Katz con 6 ítems, donde no se consideran el caminar y la apariencia personal.

La actividad funcional más afectada es la de incontinencia urinaria, con 27 adultos mayores (67,5%) que presentan y solo el 32,5% adultos mayores no lo padecen, en cambio la menos afectada es la de lavarse con un (92,5%) no logran realizarla solos un 7,5%, lo cual asemeja con los estudios hechos tanto a nivel nacional como internacional.

Es importante remarcar sobre la evaluación, en este punto existen diferentes clasificaciones y puntuaciones, por ende diferentes interpretaciones, como vemos en todos estos planteamientos, no hay unidad de criterios. Otro punto es que una de las bondades del índice de Katz es su carácter jerárquico, que según la Organización Panamericana de la Salud (2001) y Vaquero (2003), permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada,

comparar individuos y grupos, y detectar cambios a lo largo del tiempo; en su aplicación Reyes (2009), menciona sobre su carácter jerárquico de los 6 ítems, el cual no se cumple en un 5%.

Con respecto a la funcionalidad de los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores ya sea físico, biológico, psicológico, emocional, estos nos permitirán identificar a pacientes en riesgo de perder su autonomía y de esa forma implementar estrategias dirigidas a detener o revertir el proceso, la Organización Mundial de la Salud refiere que para identificar el nivel de independencia, de estas personas, donde la autosuficiencia en el cuidado de uno mismo y del propio entorno es una de las capacidades imprescindibles, en cualquiera que sea el concepto de calidad de vida. La independencia ayuda a prever el estado la salud le proporciona una autoevaluación y auto percepción subjetiva más positiva, lo que contribuye a un envejecimiento más exitoso.

El adulto mayor que presenta independencia funcional tiene la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, esta condición es importante para el adulto mayor debido a este grupo etario se considera como un carga y un ser improductivo para la sociedad y su familia.

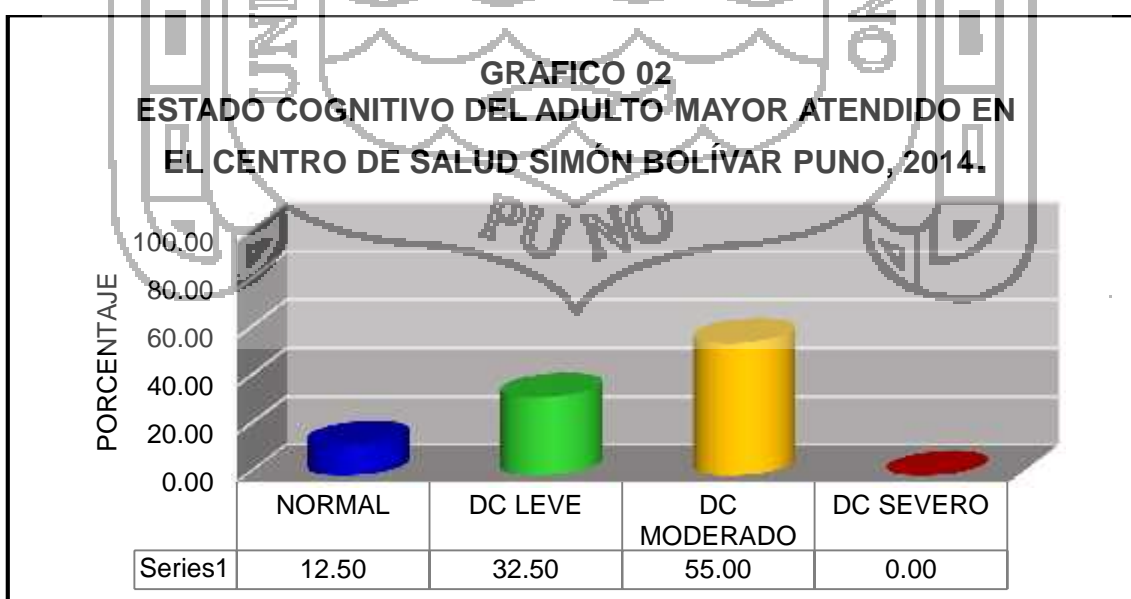
Concluyendo que el nivel de capacidad funcional de los adultos mayores del Centro de Salud Simón Bolívar Puno tiene una prevalencia de independientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, a pesar de contar con un indicador afectado no siendo esta una limitación para su independencia.

CUADRO 02

ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO, 2014.

ESTADO COGNITIVO	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Qué día es hoy (Mes, día, año)	12	30.00	28	70.00	40	100
Qué día de la semana es hoy	35	87.50	5	12.50	40	100
En qué lugar estamos (descripción, dirección de la calle).	7	17.50	33	82.50	40	100
Cuántos años tiene usted	31	77.50	9	22.50	40	100
Cuándo nació usted	36	90.00	4	10.00	40	100
Dónde nació	40	100.00	0	0.00	40	100
Quién es el actual presidente del Perú	19	47.50	21	52.50	40	100
Quién fue el anterior presidente del Perú	4	10.00	36	90.00	40	100
Dígame el primer apellido de su madre.	35	87.50	5	12.50	40	100
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente.	0	0.00	40	100.00	40	100

Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.



Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.

En el cuadro 02 se observa el estado cognitivo del adulto mayor en su valoración cognitiva, el 100% de los adultos mayores no respondieron correctamente de restar de 3 en 3 desde el 20, un 90% no respondió quien fue en anterior presidente del Perú, 82.5% no respondió en qué lugar estaba.

En el gráfico 02 se observa en el estado cognitivo del adulto mayor el mismo que se obtiene al concluir los resultados el estado cognitivo del adulto mayor, el 55% de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo moderado, el 32.5% presentan deterioro cognitivo leve y un 12.5% es normal.

El deterioro cognitivo es la disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales o intelectivas como la memoria, orientación, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo, indica que es necesario realizar una correcta valoración del estado mental de la persona pruebas neuropsicológicas para la evaluación de las capacidades cognitivas de la persona, en la presente investigación se aplicó el cuestionario del estado mental de Pfeiffer el cual evalúa las funciones cognitivas de memoria a corto plazo, atención, orientación en tiempo, lugar y espacio, lenguaje y comprensión y capacidad de cálculo, con este se logró determinar el nivel de deterioro cognitivo que presentaban los adultos mayores evaluados, donde más de la mitad presento un deterioro cognitivo moderado, en donde las áreas más afectadas fueron las de la capacidad de cálculo, memoria, orientación en tiempo, lugar y espacio, Así mismo se les dificultaba a los adultos mayores recordar situaciones o eventos recientes que pertenecen a los recuerdos de corto plazo. Los adultos mayores que presentaron una deterioro cognitivo leve siendo la tercera parte del total, el cual resultado tener dificultad en las áreas mencionadas.

En una investigación realizada por Pérez (2005), encontró el 67,7 % de los pacientes con grado leve, el 23,2 % con grado moderado y el 9,2 % con grado severo, presento un deterioro cognitivo leve, las áreas más afectadas fueron las de orientación en tiempo, lugar y espacio. En los estudios de prevalencia señala que entre el 4,0 y el 5,0 % de las personas mayores de 60 años presentan mayor deterioro cognitivo y esta cifra se incrementa hasta el 10 %. Los resultados en la presente investigación muestran que los adultos mayores presentan deterioro cognitivo moderado en mayor porcentaje, en donde las áreas que más alteración presentan son cálculo, memoria a corto plazo y la orientación para los adultos mayores recuerdan más eventos experiencias que marcaron o dieron significado a su vida por lo tanto es más fácil la evocación de estos eventos para ellos, en cambio con los recuerdos

recientes debido al deterioro biológico y el padecimiento de enfermedades de la edad, siendo también afectado el estado emocional considerablemente en esta edad siendo estos principales causas del deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Ardila y Ostrosky (2011), afirman que la evaluación neuropsicológica es un examen de elección cuando se trata de establecer el estado cognoscitivo de un paciente, se debe realizar un análisis de las funciones cognitivas de los sujetos, con esta se puede detectar la presencia de síndromes cognoscitivos tales como afasia, amnesia, demencia y otros trastornos.

En la presente investigación, se encontró que ninguno de los adultos mayores presentan un grado de deterioro cognitivo severo, lo cual determino la aplicación de pruebas neuropsicológicas (Pfeiffer). Además se demostró que entre las áreas cognitivas más afectadas en los adultos mayores son la memoria a corto plazo, ya que se les dificulta calcular, recordar eventos recientes, la orientación en tiempo lugar y espacio, en cambio la memoria a largo plazo en los adultos mayores evaluados se encontró intacta. Se realizó el análisis de los resultados llegando a la conclusión que los adultos mayores que padecen trastorno depresivo presentan mayor deterioro en las áreas cognitivas.

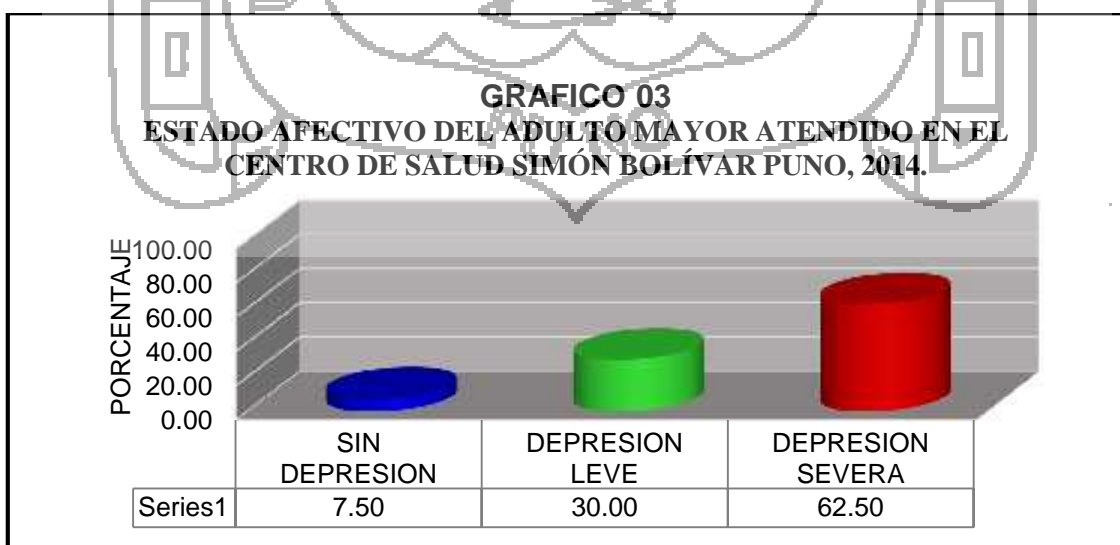


CUADRO 03

ESTADO AFECTIVO DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO, 2014.

ESCALA AFECTIVO	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Se siente satisfecho con su vida	13	32.50	27	67.50	40	100
Se aburre con frecuencia	38	95.00	2	5.00	40	100
Se siente inútil frecuentemente	24	60.00	16	40.00	40	100
Siente que su vida está vacía	35	87.50	5	12.50	40	100
Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada	21	52.50	19	47.50	40	100
Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo	9	22.50	31	77.50	40	100
Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar	36	90.00	4	10.00	40	100
Ha abandonado muchos de sus intereses	35	87.50	5	12.50	40	100
Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría	36	90.00	4	10.00	40	100
Piensa que es maravilloso estar vivo ahora	9	22.50	31	77.50	40	100
Se siente lleno de energía	11	27.50	29	72.50	40	100
Siente que le es menos útil a la familia	22	55.00	18	45.00	40	100
Siente que su situación es desesperada	20	50.00	20	50.00	40	100
Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted	17	42.50	23	57.50	40	100

Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.



Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.

En el cuadro 03 se observa el estado afectivo del adulto mayor en su valoración en el nivel depresivo, el 95% de los adultos mayores manifestaron que se aburren con frecuencia, el 90% tienen miedo de que algo malo les vaya a pasar, el 90% sienten que tienen más problemas de memoria que la mayoría.

En el gráfico 03 se observa en el estado afectivo del adulto mayor el mismo que se obtiene al concluir los resultados del estado afectivo, el 62.5% de los adultos mayores presentan depresión severa, el 30% presentan depresión leve y un 7.5% no presenta depresión.

Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de los adultos mayores de ambos sexos presentan una depresión severa cuyos síntomas como mal humor, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño y pensamiento. La Organización Panamericana de la Salud refiere que la depresión severa no es una tristeza pasajera, si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión. Burke Y Walsh (1998) refieren que muchas personas creen que la depresión es normal en la vejez, lo cual es una equivocación, por esta razón, la depresión en los ancianos no se considera un sufrimiento que debiera ser aliviado y que es innecesario para él y para su familia, muchos de los adultos mayores enmascaran su problema bajo síntomas somáticos, ya que cuando buscan ayuda por diversos problemas de salud, no mencionan su desesperanza y tristeza y sólo describen sus problemas físicos. Pueden no querer hablar de su falta de interés por las actividades que normalmente deberían ser placenteras, o de sus penas, o del dolor de la muerte de un ser querido.

Vásquez (2008), encontró el 59,1% de adultos mayores presentan depresión leve, el 18,8% de adultos mayores presentaron depresión severa, concluye que si esta enfermedad no se cura a tiempo puede durar semanas, meses o años alterando la calidad de vida de los adultos mayores, la consecuencia de la depresión en los adultos mayores es el suicidio. En el presente estudio los resultados difieren con los presentados por Vásquez por que más de la mitad de los adultos mayores presentan depresión severa, debido a que presentan sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución del interés o de la capacidad de realizar las actividades del día y el de

no contar con el apoyo de la familia, amigos no contar con un soporte económico disminuye el autoestima y aumenta la depresión de los adultos mayores.

Bullon (2005) refiere que existen factores biopsicosociales que influyen en la depresión de los adultos mayores, siendo estos elementos de carácter biológico, psicológico y social que caracterizan al entorno próximo del adulto mayor y cuya presencia ocasionan respuestas en la conducta, a través de la interacción de fuerzas biológicas y psicológicas internas y las influencias sociales externas, causando en algunos casos depresión.

Roldan (2007) menciona que la depresión en el adulto mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida de interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales Según Kennedy, Colin y Weisser (1998), la depresión es una enfermedad que tiene impacto profundo en la calidad de vida de una persona, en su habilidad de trabajar y en su felicidad general.

Por otro lado Rivas (2008) encontró que una percepción medianamente favorable sobre su proceso de envejecimiento, lo que significa que este grupo acepta parcialmente los cambios físico-orgánicos, psicológicos y sociales, es decir, todavía se aceptan a sí mismo como valiosos, autónomos y útiles para los demás. Sin embargo, existe un alto porcentaje de adultos mayores que presentan depresión, tal situación se debe a que no todos asimilan adecuadamente los factores biopsicosociales como se corrobora en la presente investigación. Situación que amerita atención por cuanto la depresión es la principal causa de sufrimiento y de la considerable disminución de la calidad de vida de los adultos mayores.

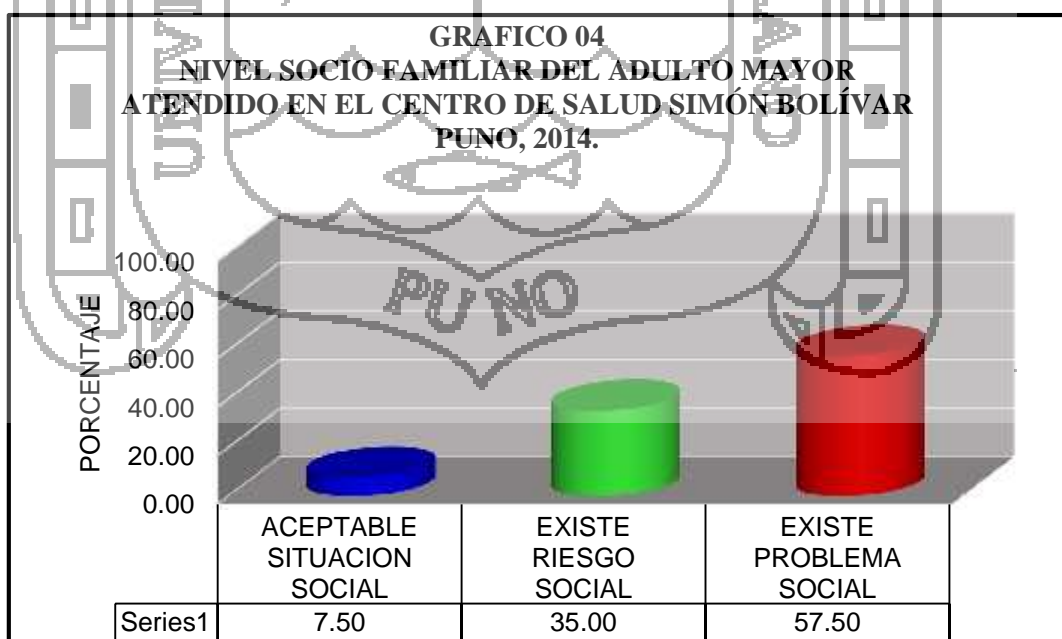
En la presente investigación, se encontró que las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades y restringen las oportunidades de desarrollar sus habilidades y potencialidades, restringiéndose la posibilidad de controlar y ejercer su vida plenamente, para los adultos mayores su entorno es muy importante porque juega un papel básico, la vivienda tener una familia tener donde vivir con quienes hablar para su adecuado desenvolvimiento en la sociedad en lo que le resta de vida para que alcancen un envejecimiento satisfactorio y saludable y con la calidad de vida que todo ser humano se merece.

CUADRO 04

NIVEL SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO, 2014.

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	CARACTERÍSTICAS		TOTAL	
SITUACIÓN FAMILIAR	N°	%	N°	%
Vive con familia, sin conflicto familiar.	7	17.5	40	100
Vive con cónyuge de similar edad.	12	30		
Vive solo y tiene hijos con convivencia próxima.	16	40		
Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	12.5		
SITUACIÓN ECONÓMICA	N°	%	N°	%
Un salario mínimo vital.	7	17.5	40	100
Ingreso irregular (menos del mínimo vital).	30	75		
Sin pensión, sin otros ingresos.	3	7.5		
VIVIENDA	N°	%	N°	%
Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	9	22.5	40	100
Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	9	22.5		
Vivienda semi construida o de material rústico.	22	55		
RELACIONES SOCIALES	N°	%	N°	%
Mantiene relaciones sociales en la comunidad.	40	100	40	100
APOYO DE RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).	N°	%	N°	%
No necesita apoyo.	2	5	40	100
Requiere apoyo familiar o vecinal	13	32.5		
Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.	20	50		
No cuenta con seguro social.	5	12.5		

Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.



Fuente: Guía de entrevista aplicada a los adultos mayores en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno.

En el cuadro 04 se observa el nivel socio familiar del adulto mayor en su valoración familiar, economía, vivienda, relaciones sociales apoyo de Redes sociales, el 40% viven solos y tienen hijos con convivencia próxima, el 75% tienen un ingreso irregular (menos del mínimo vital, el 55% tienen viviendas semi construidas o de material rustico, el 100% de los adultos mayores mantienen relaciones sociales en la comunidad, el 50% tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.

En el gráfico 04 se observa el nivel socio familiar del adulto mayor el mismo que se obtiene al concluir los resultados del nivel socio familiar, el 57.5% están en condiciones de problema social, el 35% están en riesgo social, 7.5% están en una aceptable situación social.

Los resultados obtenidos indican que más de la mitad de los adultos mayores se encuentran con problemas sociales al respecto, Salva y Serra (2000), refieren que la situación familiar para el adulto mayor deberá tener un ambiente sin conflicto en la que exista una interacción con los demás miembros de la misma, si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo, por su parte Villareal(2012), menciona que las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales y hacerlos totalmente dependientes del sistema de seguridad social. La vivienda debe tener construcciones adecuadas y confortables, las relaciones sociales son el soporte que proporciona a la hora de satisfacer diferentes necesidades como son la compañía, el cuidado, la ayuda económica, el intercambio de conocimientos. Las redes sociales son una serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información.

Albala y Bunot (2010), refieren que la situación social en la que vive el adulto mayor puede influir directamente en su estado de salud; por ello, es necesario conocer, algunos aspectos como: dónde vive, con quién, situación del cuidador principal, características de la vivienda, nivel de ingresos, etc. Para poder saber cuál es la realidad del adulto mayor y para poder intervenir de manera más específica en su atención. La escala socio familiar nos permite obtener información de estos aspectos.

Chambi (2006), concluye que, la calidad de vida social del adulto mayor en general es moderadamente deteriorado en un 76,7%, bastante deteriorado en el 20% y en un mínimo porcentaje con buena calidad de vida social, que ha considerado los aspectos de relaciones interpersonales dentro de ellas la comunicación, apoyo social y actividades sociales. Los resultados de la presente investigación indican que existe problema social en los adultos mayores que no logran satisfacer sus necesidades básicas (situación familiar, económica, vivienda y apoyo de red social). Por distintos motivos no logran acceder a los servicios de salud como el de no contar con seguro de salud, no contar con una vivienda adecuada para evitar accidentes y no tener ingresos económicos regulares para satisfacer sus necesidades esto supone un problema social.

Por otro lado, pocos estudios nacionales y locales han abordado la situación socio familiar de los adultos mayores, este aspecto debe ser tomado más en cuenta, pues sólo el 7.5% de los adultos mayores tienen una situación social aceptable, si consideramos que el acceso a los servicios sociales y de salud es mayor, en una provincia urbana como es la zona evaluada, podríamos predecir que la situación social de los adultos mayores es peor en otras zonas con mayor inequidad y menor acceso.

La valoración socio familiar muestra que los adultos mayores que presentan problema social están afectados en su condición de vida ya sea económicamente, socialmente, de forma emocional y físicamente por diversos motivos de abandono de familiares, sentimiento de inutilidad, pocas relaciones sociales y la falta de apoyo social del estado. Esta realidad es preocupante siendo nuestra sociedad tecnológicamente avanzada, no toma en cuenta a los adultos mayores aunque ellos tengan tanto que dar a la sociedad en experiencia, conocimiento, afecto.

VII.- CONCLUSIONES

El presente estudio permitió arribar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Los adultos mayores tienen principalmente un nivel funcional independiente en las actividades de la vida diaria. Por otra parte, el indicador que en mayor frecuencia es presenta en la incontinencia urinaria con más de la mitad de los entrevistados, a pesar de eso no afecta su independencia.

SEGUNDA: Respecto al estado cognitivo los adultos mayores tienen en mayor porcentaje un deterioro cognitivo moderado, ninguno presentó deterioro cognitivo severo.

TERCERA: El estado afectivo de los adultos mayores corresponde a una depresión severa, resultando la presencia de insatisfacción de las necesidades y restricción de oportunidades de desarrollar sus habilidades y potencialidades, restringiéndose la posibilidad de controlar y ejercer su vida plenamente.

CUARTA: La valoración socio familiar muestra que el mayor porcentaje de adultos mayores presentan problema social por no contar con una pensión u otros ingresos, tener un ingreso irregular o tener una vivienda en malas condiciones, demandan apoyo de su medio familiar y social, situación que fue determinante en la valoración.

QUINTA: un mayor porcentaje los adultos mayores tienen una calidad de vida afectada en las diferentes dimensiones siendo las más afectadas el socio familiares y estado afectivo.

VIII.-RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados de la investigación, se recomienda:

AL DIRECTOR DE LA REDES PUNO:

1. Fortalecer las capacidades de los recursos humanos para la atención integral del adulto mayor en el primer nivel, a través de capacitaciones y sesiones educativas.

A LA ENCARGADA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO:

2. Verificar que los resultados de la aplicación de la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) se hagan con un llenado completo de la ficha para su adecuada interpretación, así poder identificar los problemas más significativos que tienen relación con la calidad de vida del adulto mayor.
3. Realizar un tamizaje anual del estado afectivo, en los adultos mayores por haberse encontrado un alto porcentaje con depresión severa.
4. Incluir una intervención para contrarrestar la depresión severa. Realizar actividades de integración para los adultos mayores.

A LOS ESTUDIANTES, BACHILLERES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO:

5. Considerando los resultados de investigación como base para un estudio más detallado y amplio sobre aspectos de la calidad de vida en los adultos mayores, considerando los datos de demográficos y la inclusión de la familia como parte complementaria a esta investigación para poder delimitar los aspectos fundamentales que determinan una calidad de vida adecuada.
6. Tomar en cuenta el aspecto socio familiar y aspecto emocional del adulto mayor ya que en la presente investigación estos aspectos fueron los más relevantes.

7.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Comisión Económica Para América Latina: Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento [versión electrónica]. Santiago de Chile, 19 - 21 de noviembre 2003 [visitado el día 12 de junio del 2014]. Disponible en web: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/paginas/3/13233/P13233.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl>
- 2.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado poblacional peruano. Reporte por el día mundial de la población. [Versión electrónica]. Lima. 2013 [visitado el día 14 de julio del 2014]. Disponible en web: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1097/libro.pdf
- 3.- Coyinky K, y Wu A. Estado de salud y calidad de vida en pacientes de edad avanzada: sociedad iberoamericana de información científica EE.UU. [revista en internet].1990. [Visitado el día 11 de julio del 2014]. Disponible en web: <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/geriat44web.htm>
- 4.- Dueñas D. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la Provincia de Matanzas. Revista Cubana de medicina general integral. [Revista en internet]. Cuba 2009; p. 1-15. [Visitado el día 14 de julio del 2014]. Disponible en web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100002&script=sci_arttext
- 5.- Flores M. Calidad de vida y salud en adultos mayores de viviendas multifamiliares en Guadalajara Jalisco México. Revista Anuales de la Universidad de Guadalajara México. [Revista en internet]. Vol. 6 p.1, 12. Mexico.2010. [Visitado el día 16 de julio del 2014]. Disponible en web: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/condiciones_sociales_y_calidad_de_vida_adulto_mayor.pdf
- 6.- Vera M. Significado de la Calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Rev. Anuales de la Facultad de Medicina UNMSM. [Revista en internet]. P. 284-290. Lima. 2007. [Visitado el día 10 de julio del 2014]. Disponible en web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- 7.- Inga, J y Arístides V. Calidad de vida y satisfacción del adulto mayor. Asociación por la defensa de las minorías. [Revista en internet]. Lima. 2004. [Visitado el día 18 de julio del 2014]. Disponible en web: http://www.geocities.com7adm_peru/adulto.htm

8. Zavaleta L. Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Tecnología Médica. Facultad de Medicina. 2011; p.5-22. [Visitado el día 11 de enero del 2015]. Disponible en web: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2876/1/zavaleta_cl.pdf
- 9.- Chambi, M. Calidad de vida social del adulto mayor que acude a los consultorios externos del hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno. 2006. [Consultado el 18 de junio del 2014]
- 10.- Almeida, M. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (Whoqol 100)". Revista Brasileira de Psiquiatria, N° 21. P.19-28. [Revista en internet]. Rio de Janeiro 2000 [Visitado el día 8 de agosto del 2014]. Disponible en web: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004
- 11.- Organización Mundial de la Salud. Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad. Resolución 46/91 [Revista en internet]. Ginebra. 1991 [Visitado el día 10 de agosto del 2014]. Disponible en web: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm6s.htm>
- 12.- Gómez M, y Sabeh, E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación. Instituto Universitario de Integración en la comunidad. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. [Revista en internet]. 2001. [Visitado el día 10 de julio del 2014 a horas: 20:45]. Disponible en web: <http://www.usal.es/-inico/investigacion/calidad.htm>.
- 13.- Pérez, G. Calidad de vida en personas mayores. Ed. Dykinson.S.L [Revista en internet]. Madrid. 2004. [Visitado el día 10 de agosto del 2014]. Disponible en web: <http://www.casadellibro.com/libro-calidad-de-vida-en-personas-mayores/9788497722360/946521>
- 14.- Lehr, U. Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. Revista Española. Geriatria y Gerontología, Ed. 39 v.3. p. 2-7. [Revista en internet]. 2004 [Visitado el día 15 de agosto del 2014]. Disponible en web: <http://www.digibug.ugr.es/bitstream/10481/1503/1/16679751.pdf>
- 15.- Cartier RL. Caídas y alteraciones de la marcha en los adultos mayores. Revista Médica. v. 3, p.332-337. [Revista en internet]. Chile 2002 [Visitado el día 16 de agosto del 2014], Disponible en web: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/movilidad, equilibrio y caidas bibliografia .pdf>
- 16.- Alonso A. Tratado de geriatría para residentes, [Revista en internet]. p. 192-210. Madrid, 2006 [Visitado el día 23 de agosto del 2014]. Disponible en web: http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2019_II.pdf.

17.- Hunskar, S, and Burgio, K. Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*. v. 62. p. 16-23. [Revista en internet] traducido al español 2003 [Visitado el día 25 de agosto del 2014]. Disponible en web:

www.med.lu.se/Hunskar%20epidemiology%20natural%20history%20of%20UI.pdf

18. - Madersbacher H, Madersbacher S. Men's bladder health: urinary incontinence in the elderly (Part I).ed.2 v.1.p. 31-37. [Revista en internet] traducido al español 2005 [Visitado el día 27 de agosto del 2014]. Disponible en web:

<http://es.drmariazapata.com/temasdesalud/incontinenciaurinaria/>

19.- Pineda R, y Suaquita A. calidad de vida laboral del profesional de enfermería en los establecimientos de primer nivel, Red puno 2010. [Consultado el 19 de junio del 2014]

20. - Melchior H. Disorders of bladder function in the elderly. *Urology* v. 34.p.329-333. [Revista en internet] traducido al español 1995 [Visitado el día 28 de agosto del 2014]. Disponible en web:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009042959700616X>

21.-Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontology*. v 56. p. 46-56. [Revista en internet] traducido al español 2001 [Visitado el día 30 de agosto del 2014]. Disponible en web:

<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.full>

22.-Gammack JK. Urinary incontinence in the frail elder. *Clinic Geriatric Med* ed.7 V.:9. September p.460-475. [Revista en internet] traducido al español 2008 [Visitado el día 30 de agosto del 2014]. Disponible en web:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861008002648>

23.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud para el envejecimiento. 2004. [Visitado el día 4 de agosto del 2014]. Disponible en web:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf

24.-Katz S, Ford A. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psycho social function. p. 914-919. [Revista en internet] traducido al español 1963 [Visitado el día 1 de setiembre del 2014]. Disponible en web:

http://www.almageriatria.info/pdf_files/brasil/grupos_2/GRUPO%205.pdf

25.- Ministerio de Salud. Etapa de Vida - Adulto Mayor. 2009 [Consultado el 2 de setiembre del 2014] Disponible en web:

<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/AdultoMayor/adultomayor.asp>

- 26.- Manual del Curso de Especialización: Técnico Especialista en Adultos Mayores, SENAMA-U. Arturo Prat. 2010. [Visitado el día 24 de Julio del 2014] Disponible en web: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>C.- Relaciones sociales.
- 27.- Pfeiffer E. Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatric Society. p.433-497. 1975. [Visitado el día 20 de Noviembre del 2014] Disponible en web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1159263>
- 28.- Ansiedad depresión en la práctica de la medicina interna. En: revista de medicina interna, educación médica y comunidad. Volumen 17-Nº 3 [Revista en internet] 2006. [Visitado el día 24 de Julio del 2014] Disponible en web: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2006/v10-1/2.html>
- 29.-Toro R, y Yepes -L. fundamentos de medicina: psiquiatría. Corporación para investigaciones biológicas. [Revista en internet] Medellín, Colombia. 1998. [Visitado el día 28 de setiembre del 2014] Disponible en web: <http://www.dinsamex.com/textos/fundamentos-de-medicina-psiquiatria.html>
- 30.-Alberdi J. Taboada O. y Castro Dono C. Depresión. En: Guías para la consulta de atención primaria. 3ª ed. A Coruña. [Revista en internet] 2008. [Visitado el día 22 de setiembre del 2014] Disponible en web: http://www.mflapaz.com/revista_7_pdf/5%20depression.pdf
- 31.- Salas, j. Depresión en el adulto mayor. Revista de medicina. [Revista en internet] Chile v.128 n.11 Santiago 2000 [Visitado el día 16 de setiembre del 2014] Disponible en web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200001100003
- 32.- Yesavage, J. y Brink, T. Desarrollo y validación de una escala geriátrica de la investigación de la depresión: un informe preliminar. Diario de la investigación psiquiátrica, p. 37-49. [Revista en internet] 1983 [Visitado el día 14 de setiembre del 2014] Disponible en web: http://aristidesvara.net/pgnWeb/libros/arch_libro/Libro_Depresion.pdf
- 33.- Martínez, I. y Cardoso, Y. El adulto mayor en la familia su relación con los más jóvenes. Rev. Cubana de enfermería; v.15 ed.1. p. 44-50. [Revista en internet] 1999 [Visitado el día 21 de junio del 2014] Disponible en web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000100008&script=sci_arttext
- 34.- Roldan, A. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007. [Tesis de bachiler] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007. [Revisado el día 1 de enero del 2015].

35.- Josep C. Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada Universitat de València, davant un tribunal format per. [Revista en internet] traducido al español 2010. [Visitado el día 21 de junio del 2014] Disponible en web:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/52129/saiz.pdf.txt?sequence=2>

36.- Ministerio de salud. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud” Lima. p. 39-40. [Revista en internet] 2004. [Visitado el día 2 de junio del 2014] Disponible en web:

[http://www.Guia%20tecnica%20de%20operativizacion%20del%20MAIS%202004%20\(1\).pdf](http://www.Guia%20tecnica%20de%20operativizacion%20del%20MAIS%202004%20(1).pdf)

37.- Pirkko, E. Social Contacts and their Relationship to Loneliness among Aged People. A Population-Based Study. Gerontology. v.52. p.181-187. [Revista en internet] 2006. [Visitado el día 5 de julio del 2014] Disponible en web:

<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=241803&fileId=S095925980400111X>

38.- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Envejecimiento y Ciclo Vital. v.37. ed.2. p. 74-105. [Revista en internet] 2002 [Visitado el día 5 de julio del 2014] Disponible en web:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

39. Manrique B, Salinas A, Tellez M. Factores asociados con la dependencia funcional en adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades. 2008. [Visitado el día 30 de agosto del 2014] Disponible en: Universidad de Cuenca Gustavo Andrés Moreno González Pablo Andrés Moreno Jaramillo 56 Juan Luis Valdivieso Shephard. Disponible en web:

http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_278.pdf

40. Perez M. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Revista Cubana Medicina General Integral [revista en la Internet]. 2008 [Visitado el día 20 de diciembre del 2015]; 24(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es.

41.- Rubio, Ramona y Aleixandre, Manuel. «Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo». Revista Multidisciplinaria de Gerontología. v.11.ed. 1. p. 23-28. [Revista en internet] 2001. [Visitado el día 5 de julio del 2014] Disponible en web:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-01.pdf>

42.-Merani. Adulto mayor y la siedad. 2da edición; Editorial Paidós. [Revista en internet]. Lima-Perú 1984. P.12 [Visitado el día 19 de julio del 2014]. Disponible en web:

<http://www.institutomerani.edu.co/publicaciones/articulos/2009/Retos%20a%20la%20educacion%20del%20Siglo%20XXI%20De%20Zubiria.pdf>

43.- Ley De Las Personas Adultas Mayores. Artículo 2 de la ley N°28803, 2010 [Consultado el 19 de julio del 2014] Disponible en web:

http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf

44.- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población y comisión Económica Latina y el Caribe. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez, Santiago de Chile, Naciones Unidas. [Revista en internet]. 2011. [Visitado el día 8 de julio del 2014]. Disponible en web:

http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

45.- Comisión Económica Para América Latina. Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Módulo 4. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile, Naciones Unidas. [Revista en internet]. 2011. [Visitado el día 8 de julio del 2014]. Disponible en web:

http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/7/43687/Modulo_4.pdf

46.- Informe de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento- declaración política y plan de acción internacional sobre envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de [Revista en internet]. España. 2002 [Visitado el día 8 de julio del 2014]. Disponible en web:

<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>

47.- Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Cielo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista. Española. Geriatria Gerontología, N° 37, p. 74-105. [Revista en internet]. España. 2002. [Visitado el día 8 de julio del 2014 a horas: 14:16]. Disponible en web:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

48.- Ley Integral Para La Persona Adulta Mayor. No. 7935. 2006 [Consultado el 29 de julio del 2014] Disponible en web:

http://dhr.go.cr/biblioteca/leyes/ley_7935.pdf

49.- Manrique B, Salinas A, Tellez M. Factores asociados con la dependencia funcional en adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades. 2008. [visitado 15 de enero 2015] Disponible en web:

http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_278.pdf

50.- Gómara S, Pérez A, Regueiro A, Martínez A, Ferreiro C. Prevalencia de dependencia y morbilidad en población rural gallega. Cadena de Atención Primaria. 2006; p 13. [Revisado el día 11 de enero del 2015].

- 51.- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006, Madrid.2008. [Revisado el día 10 de enero del 2015].
- 52.- Organización Panamericana de la Salud (OPS).Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Salud de Atención Primaria de Salud, .Aspectos Clínicos en la Atención a los Adultos Mayores, modulo 3: Evaluación Funcional del Adulto Mayor; agosto 2001; p. 34-35. [Revisado el día 8 de enero del 2015].
- 53.- Vaquero, L. Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de Evaluación. Nueva Edición diciembre 2003. [Revisado el día 6 de enero del 2015].
- 54.- Ardila A, Ostrosky F. Guía para el Diagnóstico Neuropsicológico. México DF, México. Manual Moderno. 2011. p 18-34 [Revisado el día 28 setiembre del 2014].
55. Burke, M., Walsh, M. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del Adulto Mayor. 2da Ed. Washington, DC. Editorial Interamericana. 1998. p. 4, 13. [Revisado el día 22 diciembre del 2015].
- 56.- Vasquez, S. Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatria. Diciembre 2008. [Revisado el día 28 diciembre del 2014].
- 57.- Bullon, C. Percepción del adulto mayor respecto a la muerte. Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. Octubre-Noviembre, 2005. [Tesis de bachiller] lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005. [Revisado el día 2 de enero del 2015].
- 58.- Kennedy, S. Colin, P, Weisser, L. La conquista de la depresión. Canadá. Joco Publicaciones Inc., 1998. p. 38-40. . [Revisado el día 1 de enero del 2015].
59. Salvá A, Serra J. Pérdida de peso y desnutrición en las personas mayores: epidemiología. En: Valoración nutricional en el anciano. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2000: p. 15-40. [Visitado 15 de enero 2015]
- 60.- Albala C, Bunot C. Nutrición. En: Manual de geriatría y gerontología. [en línea] Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Geriatria y Gerontología., Chile: PUC. [revista en la Internet]. 2010 [citado 12 diciembre 2015]; 24(3). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/>
- 61.- Olivares P, Miranda V. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS. Departamento de Economía de la Salud. MINSAL. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, 2008.p.8-15. [Revisado el día 9 de enero del 2015].

62.- Reyes A. Evaluación Funcional de los Pacientes Adultos Mayores atendidos en visita domiciliaria de la jurisdicción del CM Leoncio Amaya Tume; 2009. [Revisado el día 20 diciembre del 2015].





ANEXO 01



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



GUÍA DE ENTREVISTA

INSTRUCCIONES:

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información con la única finalidad de investigación para conocer aspectos (funcional, cognitivo, afectivo y socio familiar) sobre . Por favor, conteste a todas las preguntas.

“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR”

Nº Folio _____ Fecha: _____

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

código	ÍTEM	valoración	Calificación	
VALORACIÓN FUNCIONAL (Katz)				
D1	I1 Necesita ayuda para lavarse.	SI	1	
		NO	0	
	I2 Necesita ayuda para vestirse.	SI	1	
		NO	0	
	I3 Necesita ayuda para ir y usar los servicios higiénicos.	SI	1	
		NO	0	
I4	Necesita ayuda para movilizarse.	SI	1	
		NO	0	
I5	Presenta Incontinencia urinaria, fecal o ambas.	SI	1	
		NO	0	
I6	Necesita ayuda al momento de consumir sus alimentos.	SI	1	
		NO	0	
ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)				
D2	I7 ¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	SI	0	
		NO	1	
	I8 ¿Qué día de la semana es hoy?	SI	0	
		NO	1	
	I9 ¿En qué lugar estamos? (descripción, dirección de la calle).	SI	0	
		NO	1	
	I10 ¿Cuántos años tiene usted?	SI	0	
		NO	1	
	I11 ¿Cuándo nació usted?	SI	0	
		NO	1	
	I12	¿Dónde nació?	SI	0
			NO	1
	I13	¿Quién es el actual presidente del Perú?	SI	0
			NO	1
	I14	¿Quién fue el anterior presidente del Perú?	SI	0
			NO	1
I15	Dígame el primer apellido de su madre.	SI	0	
		NO	1	
I16	Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente.	SI	0	
		NO	1	

ESCALA AFECTIVO (Yesavage)					
D3	I17	¿Se siente satisfecho con su vida?	SI	0	
			NO	1	
	I18	¿Se aburre con frecuencia?	SI	1	
			NO	0	
	I19	¿Se siente inútil frecuentemente?	SI	1	
			NO	0	
	I20	¿Siente que su vida está vacía?	SI	1	
			NO	0	
	I21	¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?	SI	1	
			NO	0	
	I22	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	0	
			NO	1	
	I23	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	1	
			NO	0	
I24	¿Ha abandonado muchos de sus intereses ?	SI	1		
		NO	0		
I25	¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	1		
		NO	0		
I26	¿Pienso que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	0		
		NO	1		
I27	¿Se siente lleno de energía?	SI	0		
		NO	1		
I28	¿Siente que le es menos útil a la familia?	SI	1		
		NO	0		
I29	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	1		
		NO	0		
I30	¿Pienso que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	1		
		NO	0		
VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR					
D4	I31	SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con familia, sin conflicto familiar.	SI	1
			Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica.	SI	2
			Vive con cónyuge de similar edad.	SI	3
			Vive solo y tiene hijos con convivencia próxima.	SI	4
			Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	SI	5
	I32	SITUACIÓN ECONÓMICA	Dos veces el salario mínimo vital.	SI	1
			Menor de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.	SI	2
			Un salario mínimo vital.	SI	3
			Ingreso irregular (menos del mínimo vital).	SI	4
			Sin pensión, sin otros ingresos.	SI	5
	I33	VIVIENDA	Adecuada a las necesidades.	SI	1
			Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	SI	2
			Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	SI	3
			Vivienda semi construida o de material rustico.	SI	4
			Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda.	SI	5
	I34	RELACIONES SOCIALES	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.	SI	1
			Relación social solo son familia y vecinos.	SI	2
			Relación social solo son la familia.	SI	3
			No domicilio pero recibe visitas de familia.	SI	4
			No sale del domicilio y no recibe visitas	SI	5
I35	APOYO DE RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).	No necesita apoyo	SI	1	
		Requiere apoyo familiar o vecinal	SI	2	
		Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.	SI	3	
		No cuenta con seguro social.	SI	4	
		Situación de abandono familiar.	SI	5	

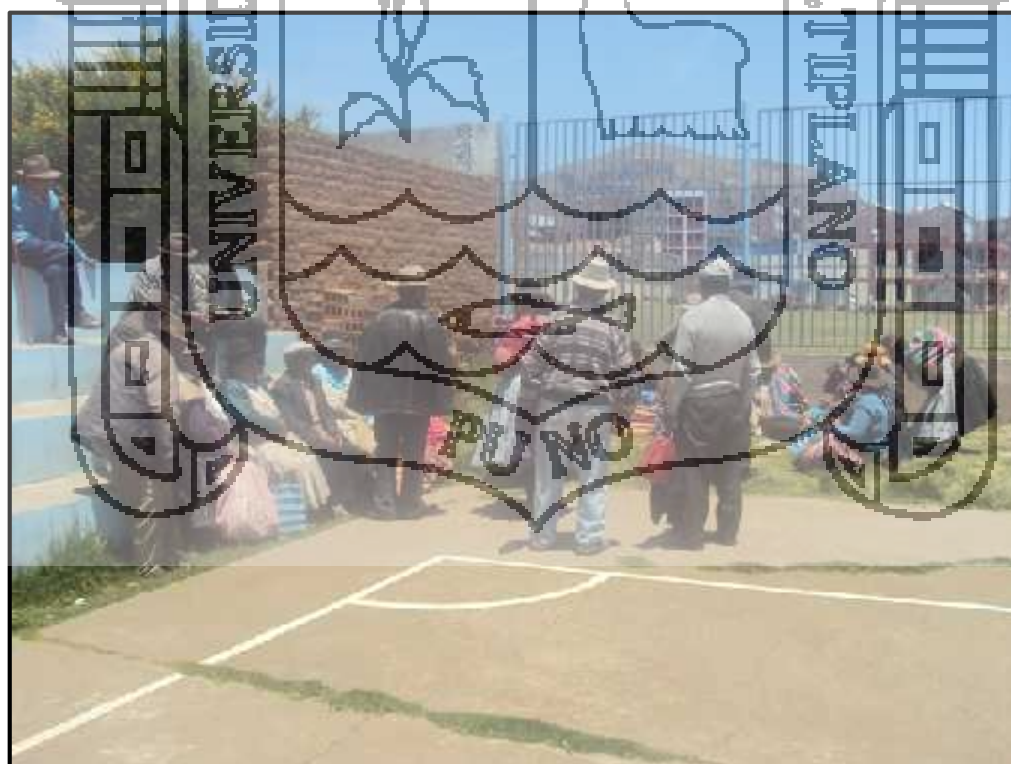
Fuente: elaboración propia referenciado en la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) del ministerio de salud.

ANEXO 02

PANEL FOTOGRAFICO.



FOTOGRAFIA 01 : Reunion de adultos mayores del centro de salud Simon Bolivar Puno.



FOTOGRAFIA 02 : Reunion de adultos mayores del centro de salud Simon Bolivar Puno.



FOTOGRAFIA 03: Aplicación de la guía entrevista.



FOTOGRAFIA 04 : Aplicación de la guía entrevista.



FOTOGRAFIA 05 : Aplicación de la guía entrevista.

