

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA

Tesis presentada por la Bachiller en Medicina Humana:

MELANIE GARLETH HINOJOSA ROSAS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AREQUIPA – PERU

2015

A Dios, la Virgen y Divino Niño por
iluminar mi camino y permitirme
cumplir con la misión que fui
deparado en este mundo.

A mi padre Emilio que guía mi camino
y vela por mí.

A mi madre Garleth, por ser mi
ejemplo de mujer a seguir.

A mi familia, por ser mi apoyo durante
mi vida especialmente durante mi carrera.

A mis docentes y maestros que son mi
fuente de inspiración .



Epígrafe

“La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio,

difícil”

-Hipócrates

ÍNDICE GENERAL

EPÍGRAFE.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	20
CAPÍTULO III : DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	56

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Anexo 2: Proyecto de Investigación

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud es una de las formas más objetivas de medir la salud, proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud.

Objetivo: Determinar la calidad de vida de los adultos mayores del Policlínico Metropolitano Red Asistencial EsSalud Arequipa periodo Enero- Diciembre 2014.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo longitudinal de calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario genérico de calidad de vida SF-36 , (Medical Outcomes Study Short Form SF-36) que abarca 8 dimensiones: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM), que representan los conceptos de salud, empleados con mayor frecuencia; cuando se mide calidad de vida, se han desarrollado los dos componentes sumarios (físico y mental) y así obtener los valores para cada una de las dimensiones y evaluar sus características métricas.

Resultados: La población estudiada estuvo constituida por pacientes mayores de 60 años del Policlínico Metropolitano de la Red Asistencial EsSalud Arequipa comprendidos en el periodo Enero- Diciembre 2014. La muestra estuvo constituida por 112 participantes con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ años con un predominio del sexo femenino que comprendían un 56,25% y un 60.9% de participantes procedían de otros departamentos. Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones Función Social, Salud Mental y la Vitalidad obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72.75, 68.74 y 64.61 respectivamente y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a Salud General, el Rol Emocional y el Dolor Corporal con el 50.22, 61.18 y 62.22 correspondientemente .

Conclusiones: Para la muestra de investigación apreciamos que el estado de salud mental representa una puntuación de 46.20, mientras que el estado de salud física alcanza una puntuación de 40.50, que aun estando por debajo del promedio se puede determinar que la salud mental supera al estado de salud físico.

Palabras clave: calidad de vida, anciano, salud, SF-36.

ABSTRACT

Introduction: The quality of life related to health is one of the most objective measure of health forms, provides a comprehensive, integrated and meaningful assessment of health status.

Objects: The purpose of our study is to estimate the quality of life of older adults Polyclinic Healthcare Network EsSalud Metropolitan Arequipa period January-December 2014.

Methods and Materials :A study of longitudinal descriptive quality of life was conducted by applying the generic quality of life questionnaire SF -36 , which covers eight dimensions: physical function (FF) , physical role (RF) , bodily pain (DC) , health General (SG) , vitality (VT) , social functioning (SF) , role emotional (RE) and mental health (MH) , representing the concepts of health , most frequently used when quality of life is measured , have been developed two summary components (physical and mental) and obtain the values for each of the dimensions and evaluate its metric characteristics.

Results: The study population consisted of people over 60 years of Metropolitan Polyclinic Care Network EsSalud Arequipa .The surveyed patients had a predominance of females (56.25 %) with a mean age of 70.62 ± 8.02 ; the study sample had a higher age group of 75 years with 37.5 % and 60.9 % of participants who come from other departments. The study population consisted of patients over 60 years of Metropolitan Polyclinic Care Network EsSalud Arequipa within the period January-December 2014. The sample consisted of 112 participants with a mean age of 70.62 ± 8.02 years with a predominance of females (56.25 %) and 60.9 % of participants were from other departments. Regarding the results of the SF -36 it can be seen that the dimensions Social Function , Mental Health and Vitality obtained higher scores with 72.75 , 68.74 and 64.61 respectively and being the lower dimensions related to General Health, Role Emotional and Body Pain with 50.22 , 61.18 and 62.22 correspondingly.

Conclusion: To appreciate the research shows that the mental health status represents a score of 46.20, while the physical health reaches a score of 40.50, which fall below average can be determined that mental health than health status physical.

Keywords: quality of life, aged, health, SF-36.



INTRODUCCIÓN

Debido al incremento en la expectativa de vida y a los cambios vertiginosos que se dan en nuestra sociedad global, desde hace más de 50 años, las pirámides poblacionales de todos los países del mundo presentan transiciones demográficas en su composición, con un acelerado crecimiento, siendo más visibles las transformaciones de sus vértices y bases, las mismas que son favorecidos por las bajas tasas de natalidad, ampliación en la esperanza de vida, el descenso de la fecundidad, y las migraciones, son factores que generan la presente transición demográfica.

En los últimos 20 años fueron los países desarrollados los primeros en registrarlas, mientras que en los países llamados en vías de desarrollo, se empiezan a dar las primeras manifestaciones, el aumento de la población adulta, consecuentemente resulta vital investigar las dimensiones de la calidad de vida para este grupo poblacional. Siendo motivo de la presente investigación, la misma que tiene como objetivo, establecer la calidad de vida en la población adulta mayor del presente estudio.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente y evidente en el mundo; Para el año 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas mayores en el mundo, superaran a la cantidad de jóvenes (ONU, 2002)

Este cambio demográfico tendrá pues un efecto profundo en la sociedad en un futuro cercano y deberá recibir, cada vez, más atención por parte de los encargados de formular políticas para el siglo XXI.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Existen numerosas formas de evaluar la salud; sin embargo, es difícil realizar una evaluación integral, sobre todo respecto al área del bienestar mental de las personas, y esto no es porque se trate de un aspecto poco importante para médicos o pacientes, sino porque su medición es comparativamente más compleja y subjetiva. Es por ello que para hacerla más objetiva actualmente se habla de la evaluación de la Calidad de Vida

Relacionada con la Salud (CVRS). El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica. El concepto de CVRS abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud, tal como son percibidos por el paciente según su propia historia y sus expectativas. Los instrumentos de medida de calidad de vida según el campo de estudio que cubren se distinguen entre instrumentos genéricos e instrumentos específicos; los instrumentos de medida CVRS genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad o especialidad en particular; Son aplicables tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes y suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la CVRS. Con la finalidad de medir CVRS se han desarrollado numerosos instrumentos, la mayoría de ellos cuestionarios auto-administrados o administrados por un entrevistador, los cuales incluyen una serie de preguntas agrupadas en áreas o dominios.

En el caso de los cuestionarios genéricos, como es el SF-36, el cuestionario (SF-36) (Medical Outcomes Study Short Form SF-36) fue desarrollado en Estados Unidos a principios de la década de los noventa para estudiar los resultados de las investigaciones médicas. Es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual, de todos los test disponibles para valorar la calidad de vida relacionada con la salud, el SF-36, es uno de los más aplicados a nivel mundial, traducido en 40 idiomas, con preguntas de fácil comprensión para el paciente y con claras opciones de respuestas, tal como se indica en el Anexo N°1.

Vilagut concluye que el cuestionario SF-36 en versión española, conjuntamente con las nuevas versiones desarrolladas, es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, muy adecuado para su uso en investigación y en práctica clínica, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones.

Las puntuaciones SF-36 no tienen significado por sí mismas, como es el caso de la mayoría de medidas de salud percibidas. Deben ser interpretadas como mayor o menor presencia de la característica evaluada, no debiendo ser interpretadas en forma aislada, sino en comparación con la distribución de las puntuaciones de un grupo de referencia,

según lo señalado en el estudio de "Utilización de un cuestionario de salud percibida (SF-36) en vigilancia de la salud de los trabajadores"

Las escalas como todos los instrumentos de medición deben ser plenamente válidas y confiables es decir, mostrar altos valores de validez y confiabilidad. La validez alude a la capacidad del instrumento para medir el constructo que se pretende cuantificar, y la confiabilidad, a la propiedad de demostrar resultados similares, libres de error de repetidas mediciones. La confiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la validez de un instrumento.

Se realizó además una revisión de la bibliografía nacional e internacional sobre la versión española del cuestionario Sf-36 de 79 artículos de los cuales 17 describían las características métricas. En 96% de las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronch) de 0.7. Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente de Cronch de cada escala a partir de estas se utilizó en modelo de efectos aleatorio. Dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos de las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α de Cronch fueron >0.9 para las escalas de función física rol físico y rol emocional, las estimaciones conjuntas del resto superaron el valor de 0.7. El SF-36 mostró buena discriminación entre los grupos, correlación moderada con los indicadores clínicos y correlaciona alta con instrumentos de calidad de vida relacionadas a salud y calidad de vida.

A nivel mundial se cuenta con muy escasa información sobre las propiedades psicométricas del cuestionario SF-36 en calidad de vida de pacientes adultos mayores. Este proporciona un perfil de estado de salud y es una de las escalas genéricas como ya se mencionó anteriormente, que es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable para población general.

En Latinoamérica el SF-36 se valida por primera vez en Colombia en el año 1997, según el estudio "Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años" trabajo realizado por la Dra. Beatriz Botero de Mejía.

En Perú solo se dispone de un solo estudio que informa las propiedades psicométricas del cuestionario en el trabajo denominado "Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo" realizado por Juan Mavhier Coronado Gálvez, Cristian Díaz Vélez, Moisés Alexander Apolaya Segura, Luis Miguel Manrique González y Juan Pablo Arequipa Benavides publicado en el año 2010, en la revista Scielo reconocida a nivel internacional.





CAPÍTULO 1

MATERIAL Y MÉTODOS

1.-TÉCNICAS Y MATERIALES DE INVESTIGACIÓN

- **Técnicas:** Encuesta: Entrevista Estructurada.

- **Instrumento:** Tipo documental: Cuestionario SF-36.

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992.

El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993; McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994.

Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de calidad de vida a nivel mundial.

El SF-36 está constituido por 36 ítems que cubren 8 dimensiones:

1. Función Física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 preguntas).
2. Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).
3. Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).
4. Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 preguntas).
5. Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).

6. Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).
7. Rol Emocional (RE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).
8. Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Estas 8 dimensiones a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen: un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

Para cada dimensión, los ítems son codificados, homogenizados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Asignación de puntaje:

1. Enfoque Rand: es simple y establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100

Los ítems no respondidos no se consideran.

2. El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones mediante el software estadístico (SPSS).

SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS DE LAS ÁREAS DE SALUD SF 36:

Tabla N°24

DIMENSIÓN	N° de Ítems	SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS	
		Baja puntuación	Alta puntuación
Función Física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitación debidas al mismo
Salud General	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeore	Evalúa su salud personal, como buena / excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales, sin interferencias debidas a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud Mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año
Adaptada de Ware y Sherbourne (1992)			

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial: Policlínico Metropolitano Red Asistencial EsSalud Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal: Enero - Diciembre 2014.

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo: Pacientes Adultos Mayores de 60 años pertenecientes al Policlínico Metropolitano Arequipa.

2.3.2. Población Blanco: Pacientes que acuden al servicio del adulto mayor.

2.3.3. Población Accesible: Pacientes Adultos Mayores que acuden a la consulta en los meses de Enero- Diciembre 2014.

2.3.3.1 Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 60 años, de ambos sexos.

Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Pacientes que respondieron completamente el instrumento

2.3.3.2 Criterios de Exclusión:

Pacientes con alteración del lenguaje

En relación a las consideraciones éticas, se les explicó a los participantes los fines del estudio, que su participación era voluntaria y anónima, que la información obtenida sería tratada con sumo cuidado y solo para el propósito de la investigación logrando cristalizar el consentimiento informado respectivo.

2.3.4. Población de Estudio:

Pacientes adultos mayores Policlínico Metropolitano en EsSalud Red Asistencial Arequipa, Enero a Diciembre 2014.

2.3.5. Cálculo del tamaño de la muestra

Basado en el muestreo probabilístico se considera una muestra para variables categóricas de tamaño conocido.

-Para calcular el tamaño de la muestra se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

-Tamaño de la muestra: Reemplazando: $\frac{11847 \times 0.25 \times 3.84}{11846 \times 0.0001 + 0.25 \times 3.84} = 112$

**POBLACION ASEGURADA ACTIVA POLICLINICO METROPOLITANO
ESSALUD ENERO – DICIEMBRE AREQUIPA 2014**

60 - < 65		65 - < 66		66 - < 70		70 - < 75	
F	M	F	M	F	M	F	M
2 567	2 035	483	352	1 757	1 513	1 637	1 503

FUENTE: GERENCIA CENTRAL DE ASEGURAMIENTO

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización:

- Se solicitará la autorización del Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- La autorización del Jefe de la unidad de Capacitación de la Red Asistencial EsSalud Arequipa.
- La autorización del Director del Policlínico Metropolitano de la Red Asistencial EsSalud Arequipa.
- Previo consentimiento del paciente se procederá a encuesta motivo del instrumento a aplicar posteriormente se procederá a la recopilación, ordenamiento, sistematización y análisis de la información obtenida.
- Supervisión y coordinación con los asesores.

3.2 Recursos

3.2.1. Materiales

- Útiles de escritorio
- Computadora Pentium IV

3.2.2. Recursos Humanos

- Investigador
- Asesor
- Estadístico

3.2.3. Físicos

- Local del Policlínico Metropolitano

3.2.4. Económicos

- Propios del Investigador

3.3 Estrategias para Manejar Resultados

3.3.1. A nivel de recolección de datos:

- Una vez obtenido el permiso para la realización del trabajo se procederá a aplicar la encuesta a la población de estudio.
- A nivel de sistematización: los datos registrados serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación

3.3.2. A nivel estadístico:

- Se procederá a aplicar el Instrumento propuesto cuestionario SF-36 y su paquete estadístico.

CAPÍTULO II

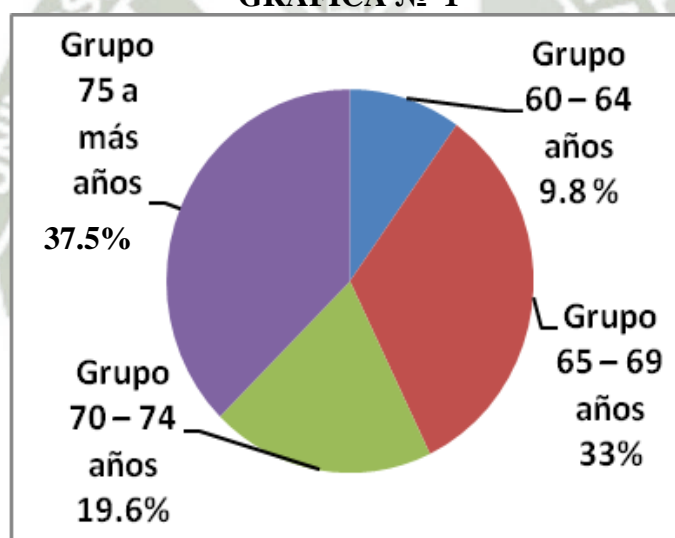
RESULTADOS

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

TABLA Nº 1 CLASIFICACIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO

	Nº de Casos	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo 60 – 64 años	11	9,8	9,8
Grupo 65 – 69 años	37	33,0	42,9
Grupo 70 – 74 años	22	19,6	62,5
Grupo 75 a más años	42	37,5	100,0
TOTAL	112	100,0	

GRÁFICA Nº 1



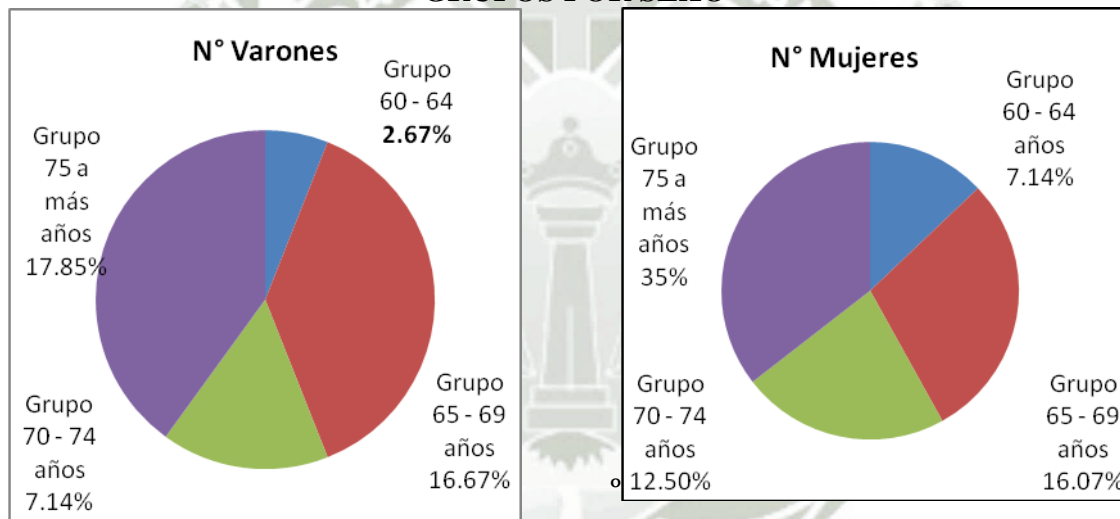
Tanto la TABLA Y GRÁFICA Nº 1 Nos señala que la muestra de estudio, está constituida en su mayoría por mayores de 75 años en un 37.5% del total de la muestra.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**TABLA Nº 2
GRUPOS POR SEXO**

	Nº Varones	Porcentaje	Nº mujeres	Porcentaje acumulado
Grupo 60 - 64	03	2.67	08	7.14
Grupo 65 - 69	19	16.96	18	16.07
Grupo 70 - 74	08	7.14	14	12.50
Grupo 75 a más	20	17.85	22	19.64
TOTAL	50	44.62	62	55.35

**GRAFICA Nº 2
GRUPOS POR SEXO**



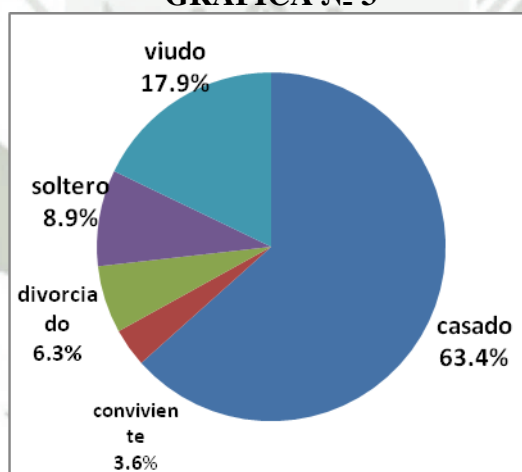
Respecto a las TABLA Y GRÁFICA Nº 2 según sexo se aprecia que el número total de participantes fueron 112 personas, de los cuales las mujeres eran 62 (55.35%) y los varones fueron 50 (44.62%). Además el grupo etario comparativo de 60-64 años en varones estuvo constituido por 3 personas (2.67%) y de mujeres en esa misma edad fue de un número de 8 (7.14%). Grupo de 65 a 69 años en un número de varones fue de 19 (16.96%) y de mujeres un número de 18 (16.07%). Grupo de 70-74 años constituido por 8 varones (7.14%) y mujeres en número de 14 (12.50). Grupo de 75 a mas años constituido por 20 personas de género masculino (17.85%) y género femenino de 22 (55.35%).

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**TABLA Nº 3
GRUPOS POR ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	Nº de Casos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado	71	63,4	63,4	63,4
Conviviente	4	3,6	3,6	67,0
Divorciado	7	6,3	6,3	73,2
Soltero	10	8,9	8,9	82,1
Viudo	20	17,9	17,9	100,0
Total	112	100,0	100,0	

GRÁFICA Nº 3



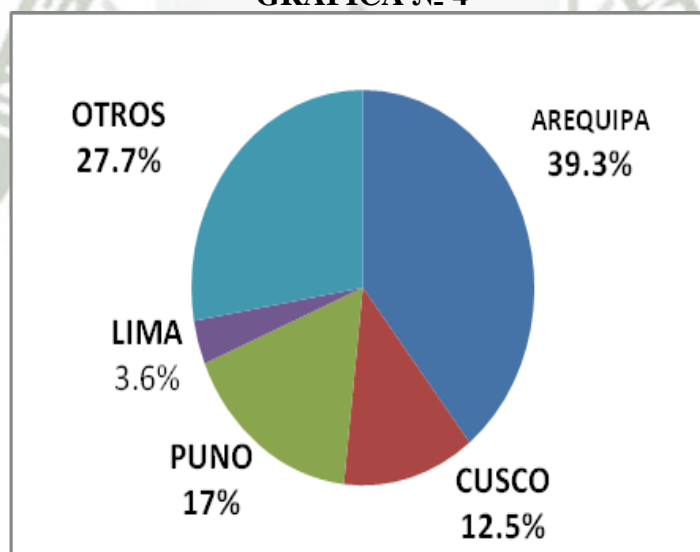
La TABLA Y GRÁFICA Nº 3 encontramos una población de 71 (63.4%) casados, 20 personas viudas 20 (17.9%), solteros 10 personas (8.9%), divorciados 7 (6.3%), convivientes en número de 4 (3.6%), es decir que el mayor grupo fue el grupo de casados

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**TABLA Nº 4
GRUPOS POR PROCEDENCIA**

	Nº de Casos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AREQUIPA	44	39,3	39,3	39,3
CUSCO	14	12,5	12,5	51,8
PUNO	19	17,0	17,0	68,8
LIMA	4	3,6	3,6	72,3
OTROS	31	27,7	27,7	100,0
TOTAL	112	100,0	100,0	

GRÁFICA Nº 4



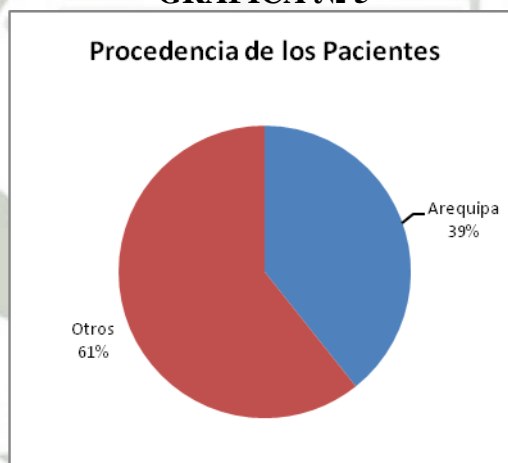
En la TABLA Y GRÁFICA Nº 4 se establece que son 44 personas procedentes de Arequipa (39.3%), de Puno tenemos 19 personas (17%), de Cusco 14 personas (12.5%), de Lima son 4 personas (3.6%).

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**TABLA Nº 5
PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES**

	Nº de Casos	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AREQUIPA	44	39,3	39,3	39,3
OTROS	68	60,7	60,7	100,0
Total	112	100,0	100,0	

GRÁFICA Nº 5



En la TABLA Y GRÁFICA Nº 5 se ha determinado que 68 pacientes (60.9%) procedentes de otros departamentos y de Arequipa se encontraron 44 pacientes (39.3%).

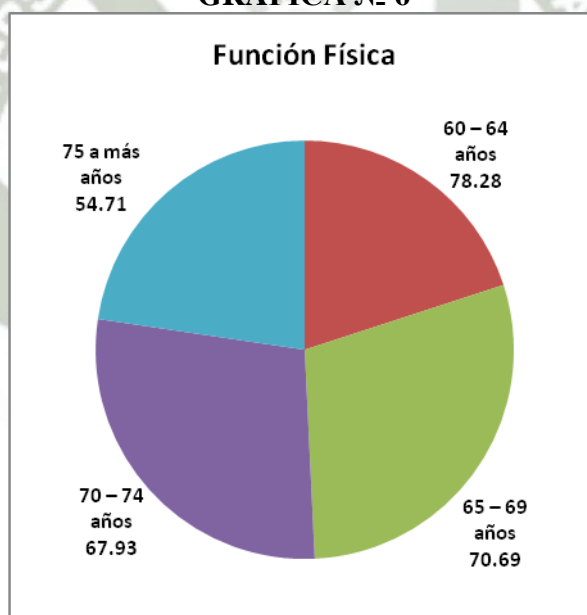
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

TABLA Nº 6

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DE LA FUNCION FÍSICA

Grupo	Función Física
60 – 64 años	78,28
65 – 69 años	70,69
70 – 74 años	67,93
75 a más años	54,71

GRÁFICA Nº 6



En la TABLA Y GRÁFICA Nº 6 apreciamos en la dimensión Función Física que el grupo con mejor Función Física la tiene grupo de 60-64 años.

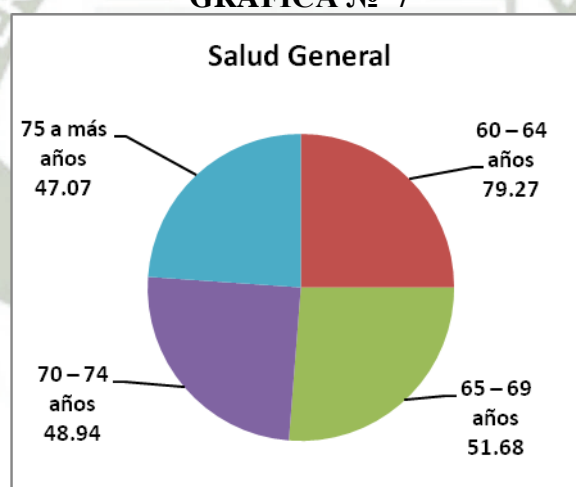
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DE LA SALUD GENERAL

TABLA Nº 7

Grupo	Salud General
60 – 64 años	79,27
65 – 69 años	51,68
70 – 74 años	48,94
75 a más años	47,07

GRÁFICA Nº 7



En la TABLA Y GRAFICA Nº 7 apreciamos que en la Salud General que el grupo de 60-64 años alcanzó puntuación de 79.27, el de 65-69 años tuvo una de 51.68, seguida del grupo de 60-64 años con 79.27, el grupo de 70-74 años una de 48.94 seguida del grupo de 75 años a mas con puntuación de 47.07.

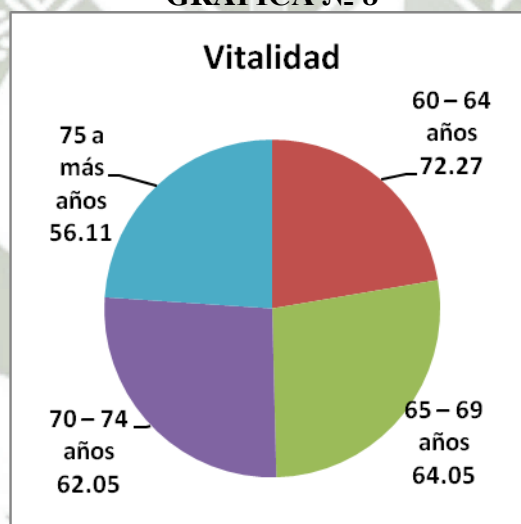
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIATRICOS POLICLINICO
METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DE LA VITALIDAD

TABLA Nº 8

Grupo	Vitalidad
60 – 64 años	72,27
65 – 69 años	64,05
70 – 74 años	62,05
75 a más años	56,11

GRÁFICA Nº 8



En la TABLA Y GRÁFICA Nº 8 referente a la Vitalidad el grupo con mejor puntuación fue el de 60-64 años y el de más baja puntuación fue el de 75 años a más

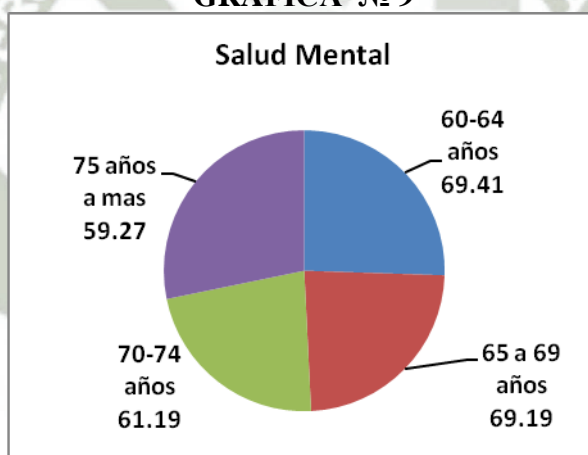
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DE LA SALUD MENTAL

TABLA Nº 9

Grupo	Salud Mental
60-64 años	69.41
65 a 69 años	69.19
70-74 años	61.19
75 años a mas	59.27

GRÁFICA Nº 9



En la TABLA Y GRÁFICA Nº 9 se establece que la Salud Mental del grupo entre 60-64 años presenta una puntuación de 69.41 seguida del grupo entre 65-69 años con 69.19 .Se añade el grupo de 70-74 años con 61.19 de puntaje y finalmente el grupo de 75 a más, obtuvo puntaje de 59.27

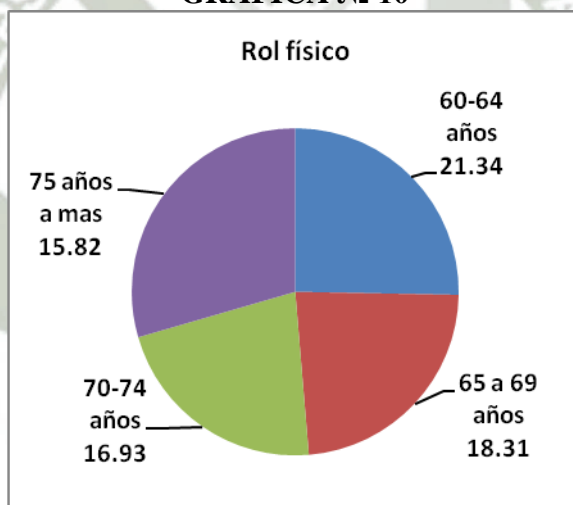
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DEL ROL FÍSICO

TABLA N.º 10

Etapas	Rol Físico
60-64 años	21.34
65 a 69 años	18.31
70-74 años	16.93
75 años a mas	15.82

GRÁFICA N.º 10



En la TABLA Y GRÁFICA N.º 10 En el Rol Físico tenemos que el grupo entre 60-64 años tuvieron puntaje de 21.34. El grupo entre 65-69 obtuvieron puntaje de 18.31. El grupo entre 70-74 obtuvo puntaje de 16.93 y grupo entre 75 años a más, puntaje de 15.82.

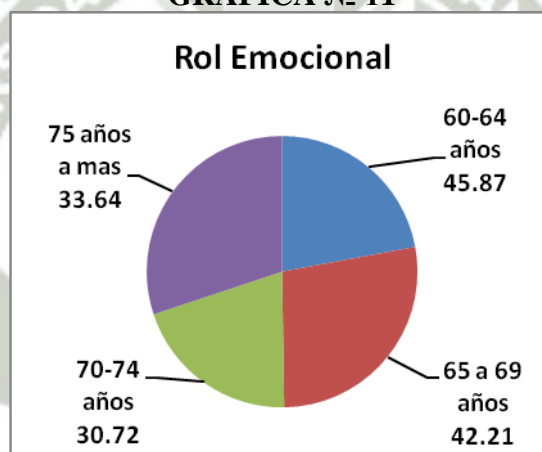
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DEL ROL EMOCIONAL

TABLA Nº 11

Etapa	Rol Emocional
60-64 años	45.87
65 a 69 años	42.21
70-74 años	30.72
75 años a mas	33.64

GRÁFICA Nº 11



En la TABLA Y GRÁFICA Nº 11 apreciamos que el Rol Emocional para el grupo de 60-64 años fue de 45.87, seguidos del grupo del grupo de 65-69 años con 42.21, a continuación tenemos el grupo de 60-64 años con 33.64 y finalmente el grupo de 70-74 años con una puntuación de 30.72

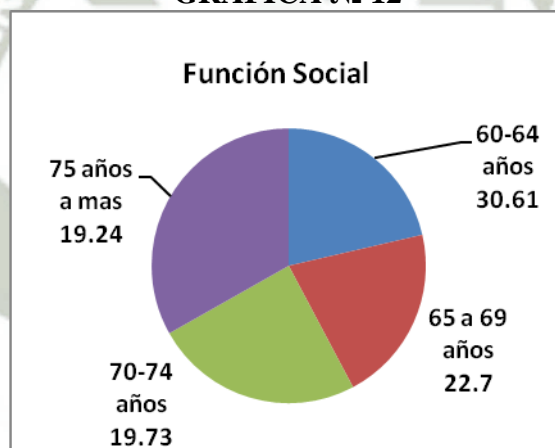
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DE LA FUNCIÓN SOCIAL

TABLA Nº 12

Etapa	Función Social
60-64 años	30.61
65 a 69 años	22.7
70-74 años	19.73
75 años a mas	19.24

GRÁFICA Nº 12



En la TABLA Y GRAFICA Nº 12 apreciamos la Función Social del grupo entre 60-64 años hicieron un puntaje de 30.61. El grupo de 65-69 años hicieron un puntaje de 22.7. El grupo entre 70-74 años tuvieron un puntaje de 19.73 y finalmente el grupo de 75 años a más hicieron un puntaje de 19.24.

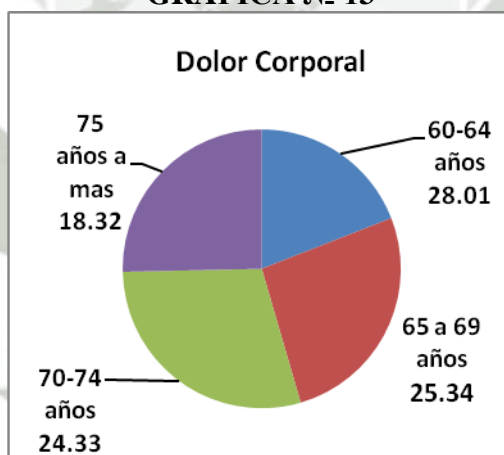
**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN DIMENSION DEL DOLOR CORPORAL

TABLA Nº 13

Etapa	Dolor Corporal
60-64 años	28.01
65 a 69 años	25.34
70-74 años	24.33
75 años a mas	18.32

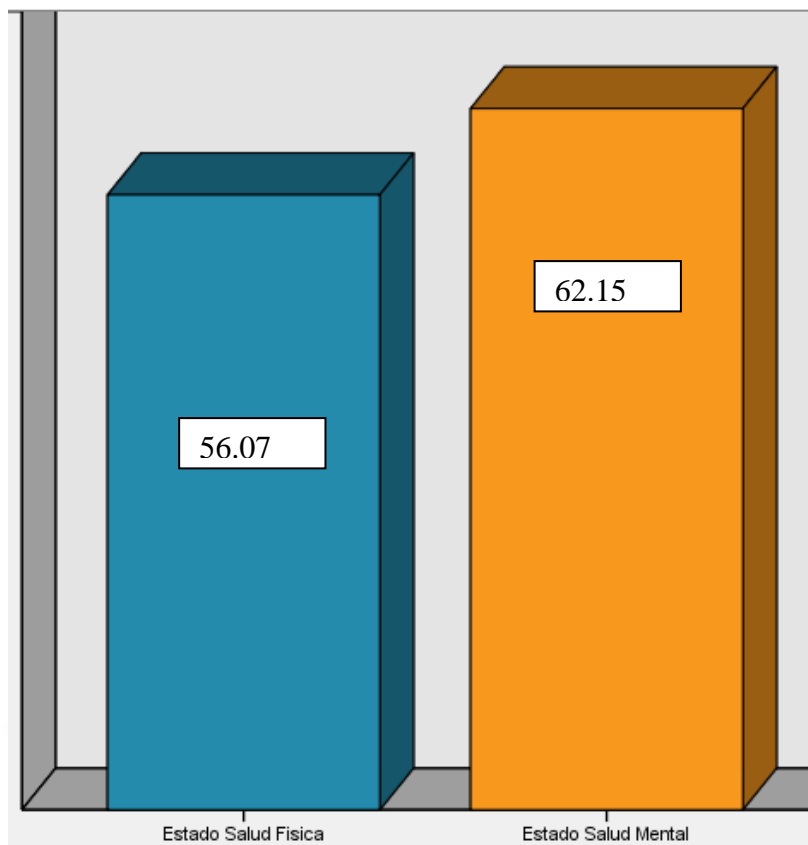
GRÁFICA Nº 13



En la TABLA Y GRÁFICA Nº 13 se determinó que la dimensión Dolor Corporal el grupo menor de puntuación es el de 75 años a más.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**GRÁFICA Nº 14
DIMENSIONES RESUMEN PARA TODA LA MUESTRA.**

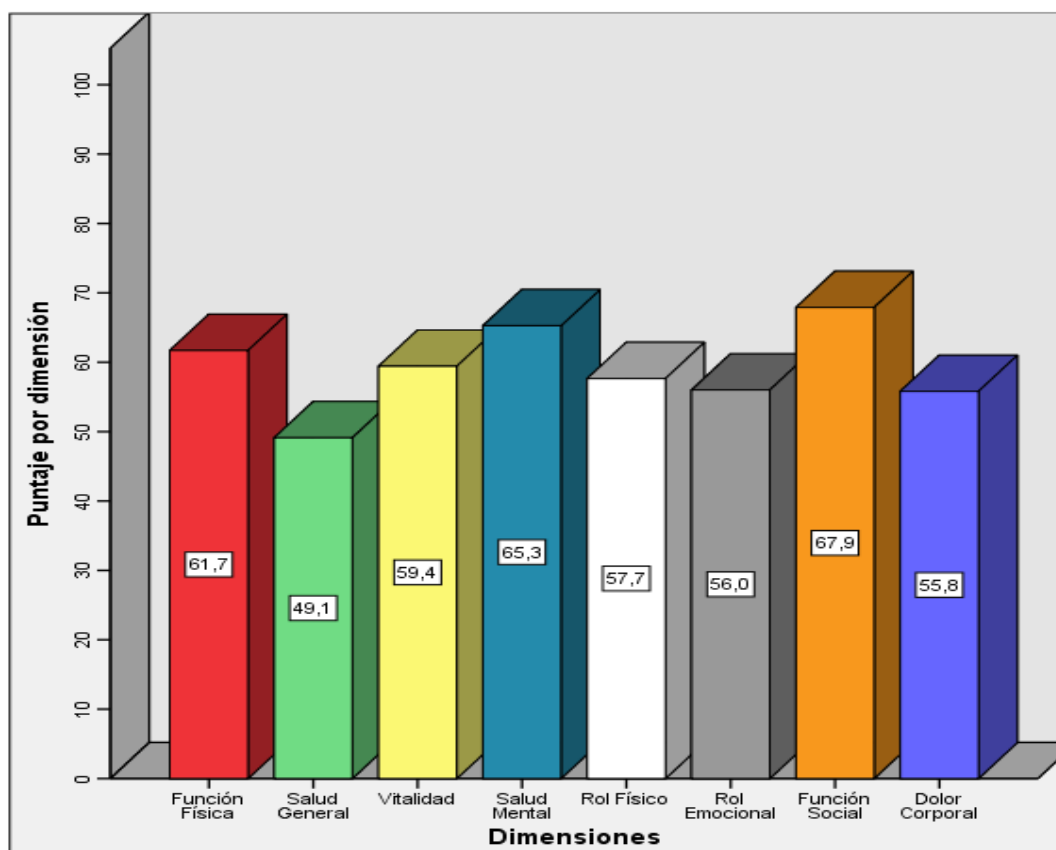


En la GRÁFICA Nº 14 apreciamos que el estado de Salud Mental para toda la muestra representa una puntuación de 62.15, mientras que el estado de Salud Física alcanza una puntuación de 56.07 . Es decir que el estado de Salud mental esta mejor conservado que el de Salud Física

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

GRÁFICA Nº 15

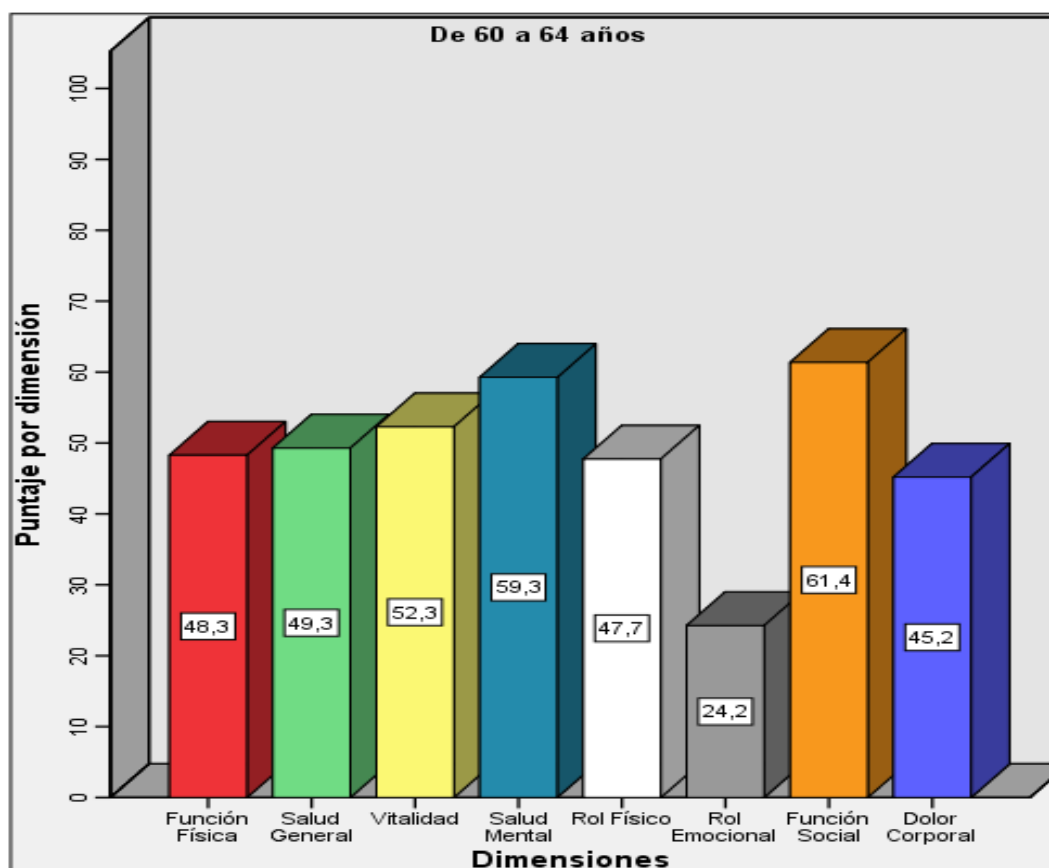
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSION PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA



Para el total de la muestra podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 67.9 y la menor puntuación fue de la dimensión de Salud General con 49.1

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

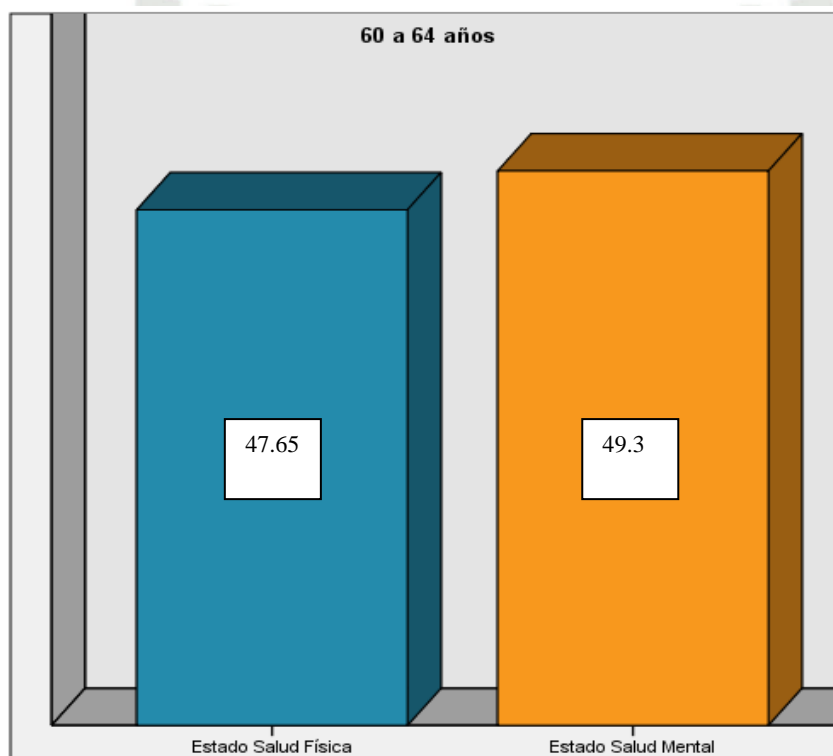
**GRÁFICA N° 16
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES DE ACUERDO
AL GRUPO POR EDAD.**



En el grupo de 60-64 años podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 61.4 y la menor puntuación fue de la dimensión de Rol Emocional con 24.2.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

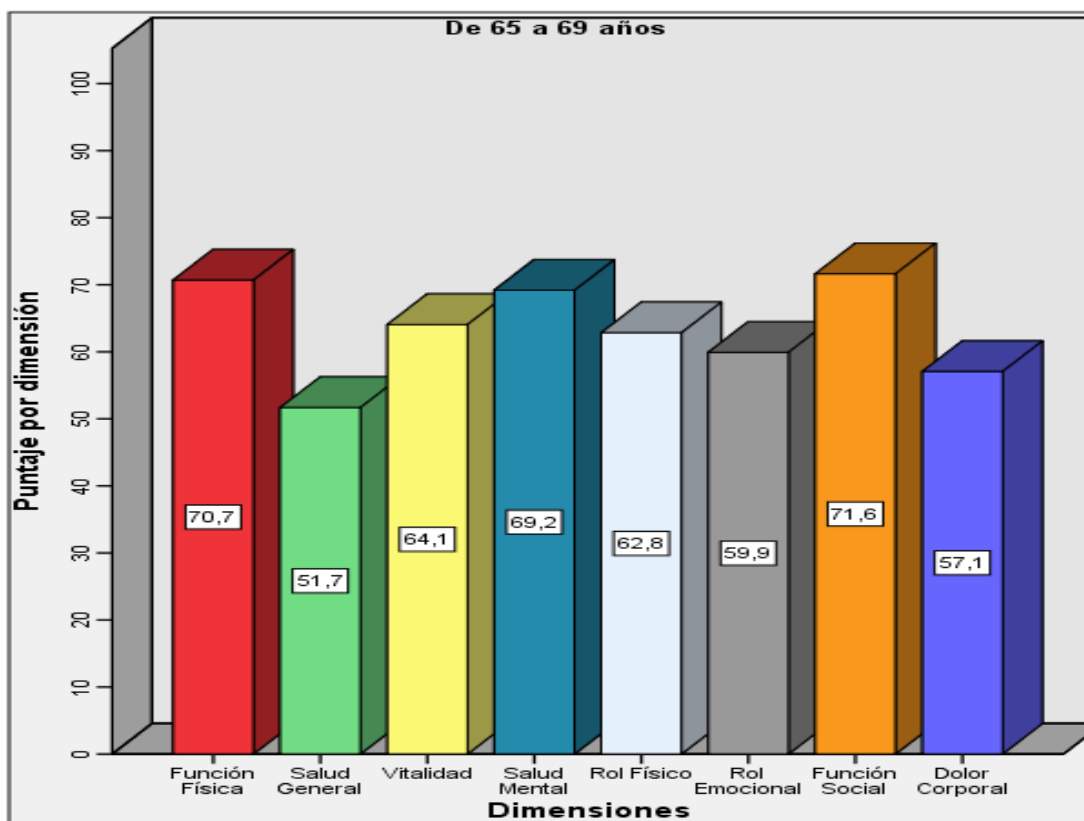
**GRÁFICA N° 17
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES DE
ACUERDO AL GRUPO POR EDAD.**



Se puede apreciar que la Salud Mental tuvo una puntuación 49.3 frente al estado de Salud Física con 47.65

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**GRÁFICA N° 18
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES DE
ACUERDO AL GRUPO POR EDAD.**

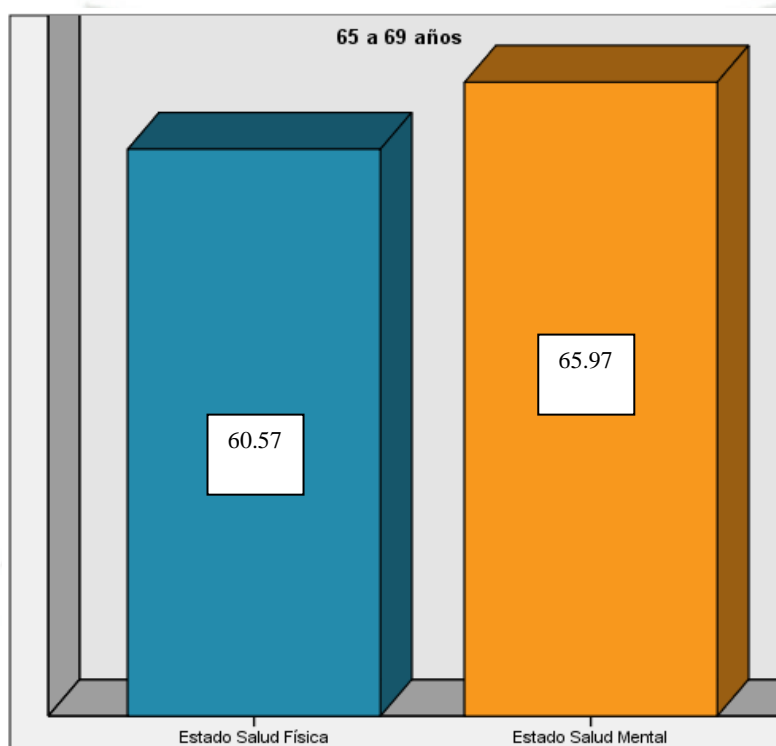


En el grupo de 65-69 años podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 71.6 y la menor puntuación fue de la dimensión de Salud General con 51.7.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

GRÁFICA N° 19

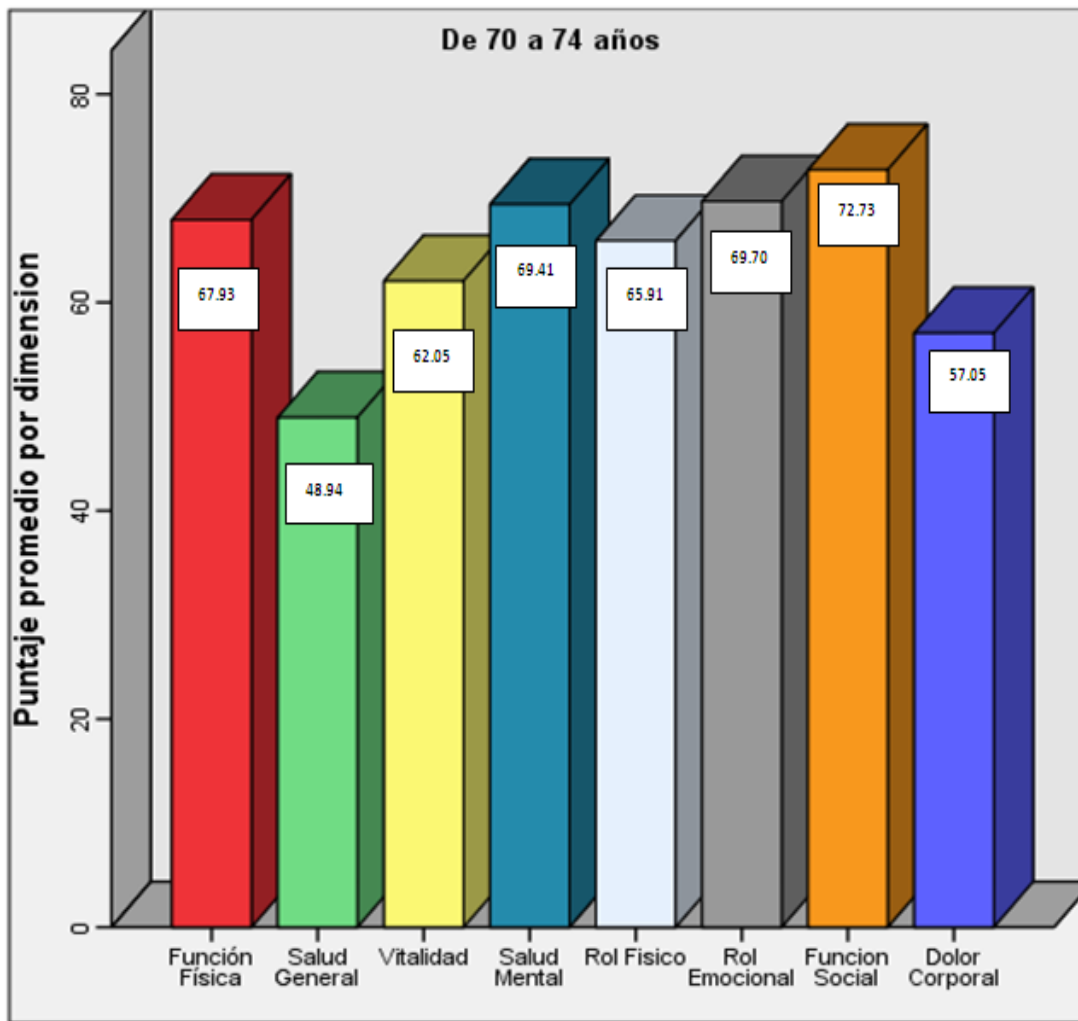
**PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES DE
ACUERDO AL GRUPO POR EDAD.**



Se establece que la Salud Mental para este grupo tiene un puntaje de 65.97 y la Salud Física de 60.57.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

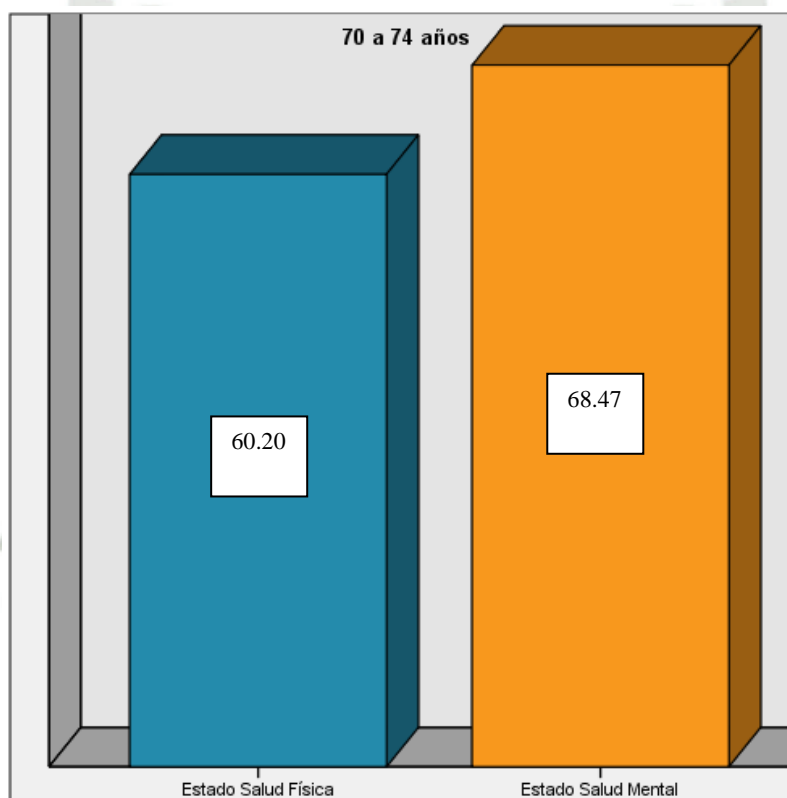
**GRÁFICA Nº 20
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES DE
ACUERDO AL GRUPO POR EDAD.**



En el grupo de 70-74 años podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 72.73 y la menor puntuación fue de la dimensión de Salud General con 48.94

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

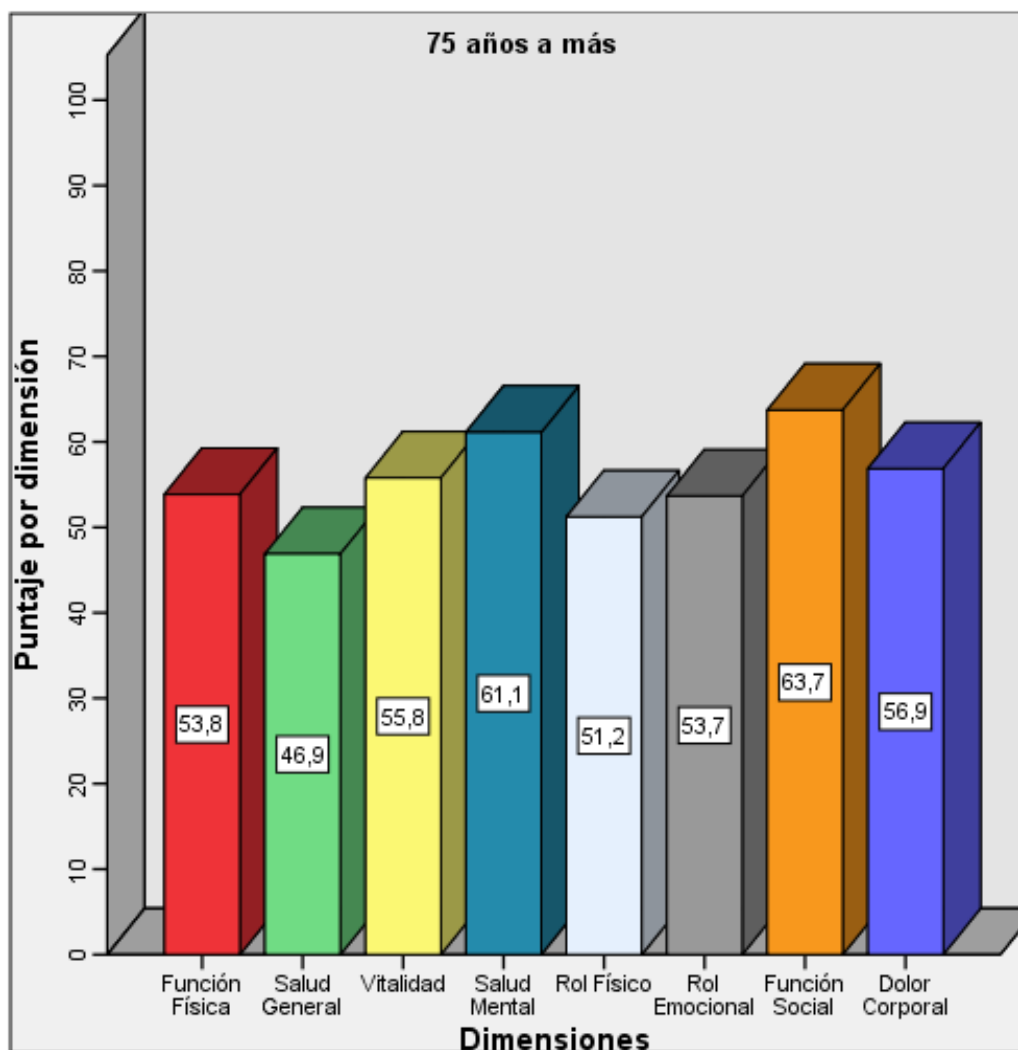
**GRÁFICA Nº 21
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES RESUMEN
DE ACUERDO AL GRUPO POR EDAD.**



Se establece que la Salud Mental para este grupo tiene un puntaje de 68.47 y la Salud Física 60.20.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

**GRÁFICA Nº 22
PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES DE
ACUERDO AL GRUPO POR EDAD.**

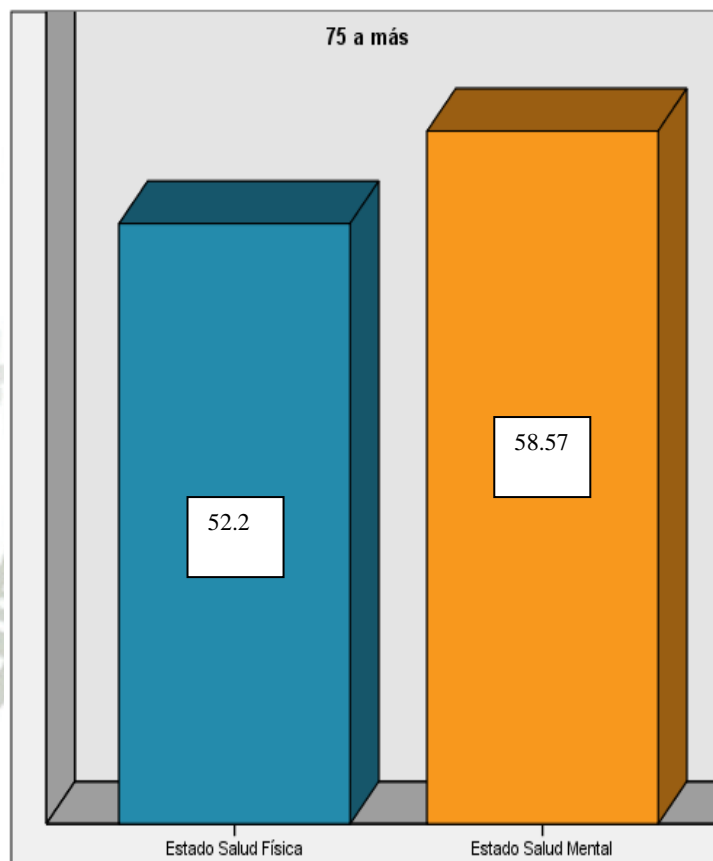


En el grupo de 75 años a más podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 63.7 y la menor puntuación fue de la dimensión de Salud General con 46.9

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD
ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA**

GRÁFICA N.º 23

**PUNTAJE PROMEDIO EN DIMENSIONES RESUMEN
DE ACUERDO AL GRUPO POR EDAD**



Se establece que la Salud Mental para este grupo tiene un puntaje de 58.57 y la Salud Física de 52.2



La presente investigación está dirigida a determinar la calidad de vida en pacientes adultos mayores pertenecientes al Policlínico Metropolitano EsSalud Arequipa durante el periodo Enero a Diciembre 2014 y establecer las diversas dimensiones para lo que se utilizó el cuestionario SF-36.

Para esto se aplicó el cuestionario SF-36 a 112 pacientes Adultos Mayores que acudieron a la consulta externa.

Tanto la TABLA Y GRÁFICA N^o 1 la muestra de estudio, donde se establecen 4 grupos el primer grupo compuesto por pacientes con 60-64 años en número de 11 teniendo un porcentaje de 9.8%. El segundo grupo fue personas adulta mayor con edad entre 65-69 en número de 37 con porcentaje de 33%. El grupo de 70-74 en número de 22 personas en porcentaje de 19.6%. Y el último grupo constituido por personas de 75 años a más en número de 42 en un 37.5%. Además se logra determinar que el grupo con mayor casos fue este último.

En referencia al sexo de los pacientes encontramos en las TABLA Y GRÁFICA N^o 2 se aprecia que el número total de participantes fueron 112 personas. Con respecto al grupo etario comparativo de 60-64 años en varones estuvo constituido por 3 personas (2.67%) y de mujeres en esa misma edad fue de un número de 8 (7.14%). Grupo de 65 a 69 años en un número de varones fue de 19 (16.96%) y de mujeres un número de 18 (16.07%). Grupo de 70-74 años constituido por 8 varones (7.14%) y mujeres en número de 14 (12.50%). Grupo de 75 a más años constituido por 20 personas de género masculino (17.85%) y género femenino de 22 (55.35%). Mediante estos datos se puede determinar que el mayor grupo estuvo constituido por mujeres puesto que tenían un número de 62 (55.35%) con respecto al de varones que eran un número de 50 (44.62%), datos que se aproximan a los presentados por el INEI (según ENAHO-2000) que fue de 1,45:1 para la población femenina (53,4%) con respecto a la masculina (46,6%) en el ámbito nacional y 1,03:1 en el ámbito regional (Arequipa ENAHO-2001). La OPS (1996) refiere que en la mayoría de países en el mundo y en Latinoamérica la población femenina es superior a la masculina debido a la mejor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida de 5 a 8 años más que los varones. Este fenómeno es universal y más acentuado en países desarrollados.

En referencia al estado civil de los pacientes adultos mayores que es establecido en la TABLA Y GRÁFICA N° 3 denota que es un aspecto importante a considerar en el adulto mayor, en la medida que se asocia a riesgos de mortalidad. Las estadísticas muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos. Se sabe que la mayoría de adultos mayores vive acompañada, ya sea por su cónyuge o de sus hijos. En el presente estudio los casados son el 63% y los convivientes 3,6% ($p > 0,05$). No obstante, un porcentaje relativamente importante 33.1% no tiene pareja, es decir soltero, separado, divorciado o viudo, situación que se observa con mayor frecuencia en las mujeres. En investigaciones realizadas por Durand y Pedro, 1995; Sloane, 1995; INEI, 1995; Papalia y Wendkos, 1997; OPS, 1990; se ha encontrado una tasa de viudez mayor en las mujeres de este grupo etario que en los varones, datos también corroborados por el presente estudio en el cual 62% corresponde a mujeres y 50% a los varones que presentan dicho estado civil. Sorprende el número de adultos mayores viudos y solteros (33.1%). Según la OMS son los grupos más vulnerables y de riesgo, ya que viven solos en su vivienda. Esta población se perfila como una población bastante vulnerable y con un altísimo riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida.

Según los pacientes en relación a la procedencia determinado en la TABLA Y GRÁFICA N° 4 se establece que son 44 personas procedentes de Arequipa (39.3%), de Puno tenemos 19 personas (17%), de Cusco 14 personas (12.5%), de Lima son 4 personas (3.6%).

Además, en TABLA Y GRÁFICA N° 5 se realiza una comparación de personas procedentes de Arequipa vs. la de otros lugares llegando a los resultados que la población propia de Arequipa fue de 44 pacientes (39.3%) y la de otros departamentos fueron de 68 pacientes (60.9%)

Según la TABLA Y GRÁFICA N° 6 apreciamos en la dimensión Función Física que el grupo de 60-64 años obtuvo de puntaje 78.28 buena, 65-69 años hicieron un puntaje de 70.69 bueno seguidas por el grupo de 70-74 años con una puntuación de 67.93 bueno y las personas de 75 años a más hicieron una puntuación de 54.71 optima. Es decir que la Función Física con mejor puntuación fue la de la población de 60-65 años y la de menor puntuación fue la del grupo con edad comprendida de 75 años a más. La escala de la

Función Física que representa el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos datos que se asemejan al estudio realizado "Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo", 2009.

Para la Salud General que representa la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia se clasifico en 4 grupos que se representan en la TABLA Y GRÁFICA Nº 7 apreciamos que en la Salud General que el grupo de 60-64 años alcanzó puntuación de 79.27, el de 65-69 años tuvo una de 51.68, seguida del grupo de 60-64 años con 79.27, el grupo de 70-74 años una de 48.94 seguida del grupo de 75 años a más con puntuación de 47.07. Es decir que el grupo con edad de 60-64 años, el de mejor puntuación, evalúa su salud personal como buena7excelente y de más baja puntuación, es decir grupo de 70-74 años evalúa su salud como mala y cree que esta empeore. Data que se asemeja a la del estudio del Dr.

Juan Mavhier Coronado Gálvez, en su estudio del 2009 Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo, Perú.

La escala de apreciación de la dimensión Vitalidad expresa el sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo refiere la TABLA Y GRÁFICA Nº 8, el grupo con mejor Vitalidad fue el de 60-64 años con 72.27 puntuación buena y la de peor fue la del grupo con edades comprendidas entre 75 años a más, con puntaje 56.11 valor optimo. Así mismo el grupo de 65-69 años obtuvo una puntuación de 64.05 seguida del grupo de 70-74 años con 62.05. Es decir que el grupo con menos puntuación presenta mayor agotamiento y cansancio durante todo el tiempo y el grupo con alta puntuación presenta entusiasmo y energía en el mismo periodo, datos extrapolados de la tabla de significados de los resultados de las áreas de salud SF-36 (TABLA Nº 24). Además cabe recalcar que al envejecer se producen una serie de modificaciones morfológicas y funcionales, la capacidad de adaptación disminuye con el paso de los años, estrechándose el margen de seguridad ante las agresiones o requerimientos de nuestro medio. También es obvio que la prevalencia de enfermedades es más elevada que en etapas anteriores de la vida, datos que se extrapolan y además presenta similitud con el trabajo realizado por la Dra. Beatriz Botero de Mejía en su trabajo de "Calidad de

Vida relacionada con la salud en Adultos Mayores de 60 años", 2007 en Colombia y datos semejantes a los extrapolados en el trabajo "Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo, en Perú, 2009.

En la TABLA Y GRÁFICA Nº 9 se determina en la Salud Mental, es decir la valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general, señala que referente al grupo entre 60-64 años con puntuación de 69.41 buena seguida del grupo entre 65-69 años con 69.19 óptima se añade el grupo de 70-74 años con 61.19 de puntaje bueno de la misma manera y finalmente el grupo de 75 años o más obtuvo puntaje de 59.27 óptimo. Lo que demuestra claramente que el grupo donde la dimensión salud Mental está más deteriorado fue el grupo de 75 años o más edad, es decir presenta mayor sensación de nerviosismo y depresión durante todo el tiempo mientras que la mejor puntuación representada por el grupo de 60-64 años nos traduce que tienen sensación de paz felicidad y calma durante todo el día.

Respecto a la TABLA Y GRÁFICA Nº 10 donde se determina la dimensión del Rol Físico, es decir; la que evalúa el grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y/u otras actividades diarias, produciendo como consecuencia menor rendimiento al deseado o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o las dificultades de las mismas; se pudo observar que los pacientes declaran que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo, lo que coincide con los resultados de otros estudios similares y publicados en revistas de circulación internacional, de esto se puede extrapolar que el grupo entre 60-64 años tuvieron la mejor puntuación con 21.34 donde se aprecia que no tienen ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias mientras que la de menor puntuación, es decir el grupo de 75 años o más, con puntaje de 15.82, denota que tiene problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física. Además, se obtuvo que el grupo entre 65-69 obtuvieron puntaje de 18.31, el de 70-74 obtuvo 16.93 que refieren una mala puntuación.

Evaluando a la dimensión del Rol Emocional, que señalan el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando reducción del tiempo dedicado disminución del rendimiento y del esmero en el mismo. Se concluye que la mayor puntuación la tuvo el grupo entre 60-64 años con puntuación de 45.87 , grupo que puede desenvolverse con menor cantidad de problemas en el trabajo u otras actividades diarias puesto que tienen problemas emocionales manejables y la peor la tuvo el grupo de 75 años a mas con puntuación de 30.72 , como consecuencia estos no pueden realizar trabajo ni actividades diarias como resultado de problemas emocionales, datos que se extraen de la TABLA Y GRÁFICA Nº 11 de la que además se puede añadir que el grupo entre 65-69 años obtuvo puntuación de 42.21 y el de 75 años a más 33.64.

Referente a la dimensión Función Social, que evalúa el grado en el que falta de salud limita las actividades de la vida diaria como el cuidado personal caminar subir escaleras coger o transportar cargas y realizar esfuerzo moderados e intensos, podemos apreciar que en la TABLA Y GRÁFICA Nº 12 se puede concluir que la Función Social del grupo entre 60-64 años hicieron un puntaje de 30.61.El grupo de 65-69 años hicieron un puntaje de 22.7. El grupo entre 70-74 años tuvieron un puntaje de 19.73 y finalmente el grupo de 75 años a más obtuvieron un puntaje de 19.24.Es decir que respecto a la dimensión Función Social el grupo con la mejor puntuación fue el grupo con edad entre 60-64 años y el que tenía la menor puntuación fue el grupo con edad comprendida de 75 años a más. Cabe recalcar que todas estas puntuaciones son consideradas como hallazgos relevantes puesto que por puntuación baja de todos los grupos se señala limitación para realizar las actividades físicas incluyendo hasta el bañarse vestirse debido al deterioro de salud. Hallazgos también encontrados en el trabajo "Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo, en Perú, 2009, realizados por los doctores Juan Mavhler Coronado Gálvez, Cristian Díaz Vélez, Moisés Alexander Apolaya Segura, Luis Miguel Manrique González, Juan Pablo Arequipa Benavides.

La escala para el Dolor Corporal que expresa la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar según lo establecido en la GRÁFICA Y TABLA Nº 13 se aprecia que el grupo con más baja puntuación señalaría dolor muy severo y altamente limitante siendo este grupo el de 75 años a más con

puntaje de 18.3 y el de mayor puntuación el grupo de 60-64 años, con 27.01. Se agrega también el grupo con puntuación de 25.34 con edades entre 65-69 años y el grupo de 70-74 años con valores de 24.33. Todos la puntuación obtenida de los grupos nos señala que la dimensión de dolor corporal está severamente afectada.

Correlacionando se establece en la GRÁFICA Nº 14 que el estado de Salud Mental para toda la muestra representa una puntuación de 62.15, mientras que el estado de Salud Física alcanza una puntuación de 56.07

Además para el total de la muestra podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 67.9 y la menor puntuación fue de la dimensión de Salud General con 49.1 datos que se establecen en la GRÁFICA Nº 15. De esta misma gráfica se puede extrapolar que la Función Social tuvo una puntuación de 67.9, la Salud Mental de 65.3 la Función Física de 61.7, el Rol Físico 57.7, el Rol Emocional 56.0, el Dolor Corporal 55.8 y la Salud General 49.1.

De la GRÁFICA Nº 16 se puede establecer que en el grupo de 60-64 años podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación con 61.4 y la con peor puntuación fue de la dimensión de Rol Emocional con 24.2. a estos datos obtenidos se puede añadir que además de la Función Social con 61.4 de puntaje, se encuentra la Salud Mental con 59.3, seguida de la dimensión Vitalidad con 52.3, la Salud General con puntaje de 49.3, la Función Físico 48.3, el Rol Físico con puntuación de 47.7, el Dolor Corporal con puntuación de 45.2 y la ultima dimensión el Rol Emocional con puntaje de 24.2

Respecto al puntaje promedio en dimensiones de acuerdo al grupo por edad comprendida entre 60-64 años obtenido en la GRÁFICA Nº 17 determina que el estado de salud mental supera al de Salud Física.

Extrapolando de la GRÁFICA Nº 18 se concluye que los puntajes de mayor a menor serian de la siguiente forma Función Social con puntaje 71.6, la Función Físico con 70.7 La dimensión Salud Mental con 69.2, la dimensión Vitalidad con 64.1, el Rol Físico con 62.8, el Rol Emocional con 59.9, El Dolor Corporal con 57.1 y la última dimensión con

51.7 determinando que la dimensión con mayor puntuación fue la Función Social y la de menor puntuación fue la de Salud General.

Referente a la GRÁFICA Nº 19 donde se determina que el estado de Salud Mental supera al de Salud Física esto referente al grupo con edades comprendidas de 65-69 años, puesto que la primera tiene una puntuación de 65.97 y la segunda 60.57.

En lo que corresponde a la GRÁFICA Nº 20 se concluye que los puntajes de mayor fue la Función Social y la menor la Salud General. Ahora respecto a la puntuación de todas las dimensiones se establece que la Función Social tuvo una puntuación de 72.73, el Rol Emocional 69.70, la Salud Mental 69.41, la Función Físico 67.93, el Rol Físico con 65.91, la Vitalidad con 62.05, el dolor corporal con 57.05 u por ultimo la dimensión de Salud General con 48.94.

En la GRÁFICA Nº 21 se determina que el estado de Salud Mental con una puntuación de 68.47 supera al de Salud Física cuyo puntaje es de 60.20 esto referente al grupo con edades comprendidas de 70-47 años , ambos valores con valoración optima

En el grupo de 65-69 años podemos apreciar que la Función Social tuvo la mayor puntuación la menor puntuación fue de la dimensión de Salud General esto en concerniente a la GRÁFICA Nº 22 .Cuyos valores de las diversa dimensiones fueron de Función Social 63.7, Salud mental con 61.1, Dolor Corporal con 56.9, Vitalidad con 55.8, Función Físico con 53.8, Rol Emocional con 53.7, Rol Físico con 51.2 y Salud General con 46.9.

En lo que concierne al puntaje promedio según el grupo de edad comprendido entre 75 años a más se concluye que la salud mental tiene una puntuación mayor que el estado de salud física datos establecidos en GRÁFICA Nº 24.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

PRIMERA: Para la muestra de investigación se determinó que la medida de resumen de Salud Mental representa una puntuación de 62.15 (puntuación buena), mientras que la Salud Física alcanza una puntuación de 56.0 (puntuación buena) es decir determinan una calidad de vida óptima en la población estudiada.

SEGUNDA: La medida de resumen de Salud Mental agrupa dimensiones como Función Social (FS), Salud Mental (SM), Vitalidad (V), y Rol emocional (RE), las que obtuvieron las puntuaciones más altas con el 67.9, 65.3, 59.4, y 56 respectivamente.

TERCERO: Respecto a la medida de resumen de estado de Salud Física se determinó que las dimensiones más bajas están relacionadas a Salud General (SG), el Dolor Corporal (DC), Rol Físico (RF) y Función Física con el 49.1, 55.8, 57.7 y 61.7 respectivamente.

SUGERENCIAS

1. El conocimiento de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta mayor del Policlínico Metropolitano de la Red Asistencial Arequipa, nos permitan desarrollar estrategias, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de las personas en esta etapa de la vida.
2. Incentivar a los adultos mayores sobre los beneficios de asistir a los Centros del Adulto Mayor donde se realizan diversas actividades que ayudan y refuerzan su calidad de vida.
3. Recomendamos además la difusión de los conocimientos sobre los hallazgos realizados para superar las debilidades y amenazas de las dimensiones con menor puntaje y fortalecer las dimensiones con mayor puntaje
4. Fomentar y fortalecer la investigación al respecto para disminuir costos en atención a patologías crónicas y obtener una mejor calidad de vida
5. Se sugiere abordar al adulto mayor con una atención desde el punto de vista del fortalecimiento de su salud física y psicosocial para mejorar su calidad de vida.
6. El presente trabajo ser fuente de motivación para estudios que permita conocer la calidad de vida percibida por nuestros usuarios tanto en este tipo de pacientes como en casos de patologías complejas así como Incentivar la investigación en relación a resultados operacionales de los Acuerdos de Gestión basados en esta metodología y a la vez contribuir al desarrollo de una cultura de prevención y promoción de patologías crónicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995; [Medline]
2. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*. 1992. [Medline]
3. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J ClinEpidemiol*. 1998; [Medline]
4. Gonzalez N, Padierna A, Quintana J, Arostegui I, Horcajo M. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gac Sanit*. 2001. [Medline]
5. Ware JE Jr, Gandek B, y el IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *Int J Ment Health*. 1994.
6. Keller SD, Ware JE Jr, Bentler PM, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J ClinEpidemiol*. 1998. [Medline]
7. Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, et al. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J ClinEpidemiol*. 1998. [Medline]
8. Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis*. 1987. [Medline]
9. Deeks J, Higgins J, Altman D, Cochrane Statistical Methods Group. Review manager guide. Analysing and presenting results. *Cochrane Library*; 2000.
10. Giraldo P, Pocovi M, Pérez-Calvo J, Rubio-Felix D, Giralt M. Report of the Spanish Gaucher's disease registry: clinical and genetic characteristics. *Hematological*. 2000. [Medline]
11. Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol*. 2000. [Medline]

12. García Ordóñez MA, Mansilla Francisco JJ, Nieto Aragón E, Cereto MR, Salas Samper F, Vallejo Díaz M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. And Med Interna. 2004. [Medline]
13. Gómez-Besteiro MI, Santiago-Pérez MI, Alonso-Hernández A, Valdes-Canedo F, Rebollo-Álvarez P. Validity and reliability of the SF-36 Questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients. Am J Nephrol. 2004. [Medline]
14. López-García E, Banegas JR, Graciani Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. MedClin (Barc). 2003 [Medline]

Links de interés sobre la familia de cuestionarios SF

Página web de referencia del cuestionario original: <http://www.sf-36.org>

Página web para obtener los cuestionarios, el manual y algoritmo de cálculo específico de la versión española del cuestionario: <http://www.imim.es/imim/cas/cas/.htm>

Página web de la Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (RED IRYSS): <http://www.rediryss.net>



INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

FILIACIÓN:

Nombre y Apellidos.....Edad.....

Sexo.....Estado Civil:.....Natural:.....

Consentimiento Informado.....

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

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

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 2 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No. No, me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

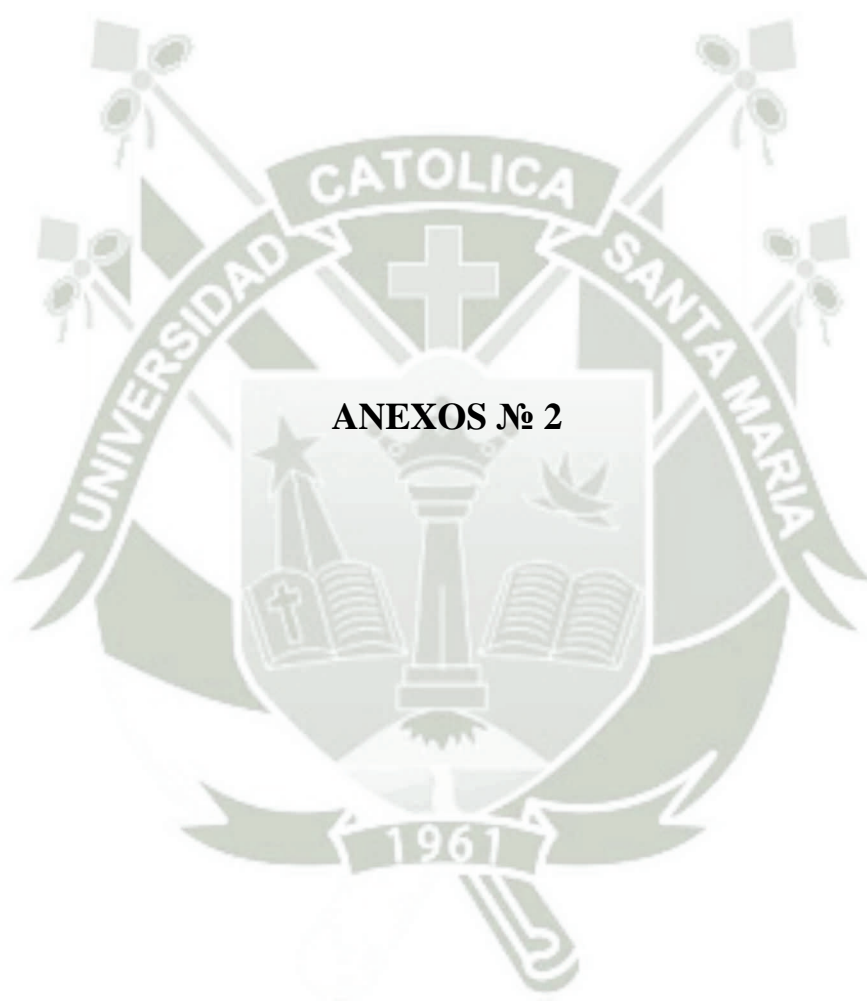
- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta

- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana



CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA

Autora:

**MELANIE GARLETH HINOJOSA
ROSAS**

**Proyecto de Investigación para
optar el Título Profesional de
Médico-Cirujano**

AREQUIPA – PERU

2014

I PREÁMBULO

Debido al incremento en la expectativa de vida y a los cambios vertiginosos que se dan en nuestra sociedad global, desde hace más de 50 años, las pirámides poblacionales de todos los países del mundo presentan transiciones demográficas en su composición, con un acelerado crecimiento, siendo más visibles las transformaciones de sus vértices y bases.

En los últimos 20 años fueron los países desarrollados los primeros en registrarlas, mientras que en los países llamados en vías de desarrollo, se empiezan a dar las primeras manifestaciones, el aumento de la población adulta, las mismas que son favorecidas por las bajas tasas de natalidad, ampliación en la esperanza de vida, el descenso de la fecundidad, y las migraciones, son factores que generan la presente transición demográfica. (13)

Consecuentemente resulta vital investigar las dimensiones de la calidad de vida para este grupo poblacional.

La presente investigación tiene como objetivo, determinar la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Policlínico Metropolitano de la Red Asistencial EsSalud Arequipa.

En nuestra región, actualmente está experimentando importantes procesos y transformaciones, especialmente en el área demográfica, lo que significa a nivel de país debe darse la importancia que le corresponde y sobretodo anticiparse a los nuevos desafíos que conlleva, el rápido envejecimiento de nuestra población, en un tiempo relativamente corto, el envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente y evidente en el mundo. Para el año 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas mayores en el mundo, superaran a la cantidad de jóvenes (ONU, 2002).

La preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto al envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva.

Este cambio demográfico tendrá pues un efecto profundo en la sociedad en un futuro cercano y deberá recibir, cada vez, más atención por parte de los encargados de formular políticas para el siglo XXI (25)

En nuestro país en concordancia con los acuerdos y compromisos asumidos en la Primera Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), La Conferencia Internacional Sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cumbre Mundial

sobre el Desarrollo Social (Copenhague,1995); aprobó en 1998 el Plan Nacional de Población 1998 - 2002 (D.S.N°011-98-PROMUDEH), que recoge el mandato de las Naciones Unidas de proporcionar un marco de referencia para la protección y promoción de los derechos de los adultos mayores. Tal y como señala la ONU y CEPAL (2006) en su manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, la preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva. El impulso que se dio desde las Naciones Unidas en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, seguido de otros hitos como la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en 1991 y la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, han sido fundamentales para colocar el tema en la agenda de los gobiernos de los diferentes países.

Concordante con el objetivo del Plan de Acción Internacional de Madrid, adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002, en la base de todos estos instrumentos se encuentra el propósito de lograr una calidad de vida que permita envejecer con seguridad y dignidad , paralelamente, garantizar a las personas mayores la continuidad de su participación como ciudadanos con plenos derechos en sus respectivas sociedades.

El Perú, en las tres últimas décadas ha experimentado un paulatino envejecimiento de la población. Para el año 2002 la población estimada a nivel nacional fue de 26 millones 749 mil personas, de las cuales el 33.8% tenían menos de 15 años de edad, el 60% estaba entre 15 y 59 años, mientras que el 7.2% contaba con 60 y más años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% al año 2025. En cifras absolutas, las personas de 60 y más años subirán de 1 millón 848 mil en el año 2000 a 3 613 mil en el año 2020.

Por estos motivos es importante que se cuente con investigaciones y estudios referentes a este tema, para buscar estrategias para la mejora del bienestar y calidad de vida de este sector de la población.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Determinar la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Policlínico Metropolitano EsSalud, Enero – Diciembre 2014 Arequipa.

1.2. Descripción del problema:

1.2.1 . Área de intervención del Conocimiento

1.2.1.1 Área General: Ciencias de la Salud

1.2.1.2 Área Específica: Salud Pública

1.2.1.3 Especialidad: Geriatría

1.2.1.4 Línea: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

1.3. Análisis y Operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
Calidad de vida en pacientes geriátricos	1.-Función Física	0-100	NOMINAL
	2.-Rol físico	0-100	NOMINAL
	3.-Dolor Corporal	0-100	NOMINAL
	4.-Salud General	0-100	NOMINAL
	5.-Vitalidad	0-100	NOMINAL
	6.-Función Social	0-100	NOMINAL
	7.-Rol Emocional	0-100	NOMINAL
	8.-Salud Mental	0-100	NOMINAL

1.4. Tipo de Investigación:

Será de tipo descriptivo, longitudinal.

2. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento de la población mundial, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud mundial. La población de 60 años o más, a nivel mundial, se estima en 650 millones, y se calcula que en el 2050 alcanzará los 2000 millones. En los próximos cinco años el número de personas mayores de 60 años será superior al de niños menores de cinco años (OMS, 2013).

Sin embargo, esta tendencia positiva se acompaña de retos sanitarios para el siglo XXI, siendo imprescindible preparar a las sociedades para que atiendan las necesidades de las poblaciones mayores a través de la formación de los profesionales sanitarios en la atención a estas personas, prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad, formulación de políticas sostenibles en materia de atención a largo plazo, atención paliativa y desarrollo de servicios y entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores (OMS, 2013). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han sostenido reiteradamente que el envejecimiento poblacional requiere que las sociedades se adapten a este nuevo fenómeno (OPS, 2009) estableciendo un plan de acción de salud de las personas mayores para el período 2009-2018, dentro de este plan de acción, la estrategia que se propone establece que los sistemas de salud deben adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.

Los cambios evidenciados en los perfiles epidemiológicos muestran que han disminuido los índices de enfermedades infecciosas, aumentado las enfermedades crónicas, y disminuido la mortalidad en todas las edades, teniendo como resultado un aumento de la expectativa de vida, esto asociado a cambios demográficos fundamentalmente disminución de la natalidad ha generado cambios en la pirámide poblacional, que se proyectan en la disminución de la población infantil y adolescente. Se propone una estrategia global que permita integrar todos los esfuerzos programáticos al interior del Ministerio de Salud, que desde la mirada preventiva promocional se enfoquen en lograr una disminución o retraso de la dependencia y una mejor calidad de vida en la etapa de envejecimiento.

La calidad de vida es un indicador de envejecimiento satisfactorio y, desde este punto de vista, es importante conocer qué factores contribuyen a ella. La salud física y mental, la disponibilidad de una red de soporte social, la capacidad para tomar decisiones, la independencia o la adaptación a esta fase del ciclo vital, así como el juicio que la persona hace sobre su funcionamiento social, sentirse lleno de energía y vitalidad o interesarse por actividades de ocio, son elementos fundamentales a considerar.

En este contexto realizar una investigación pionera en este campo resulta un reto y una oportunidad de aporte de conocimiento y experiencia para nuestra sociedad.

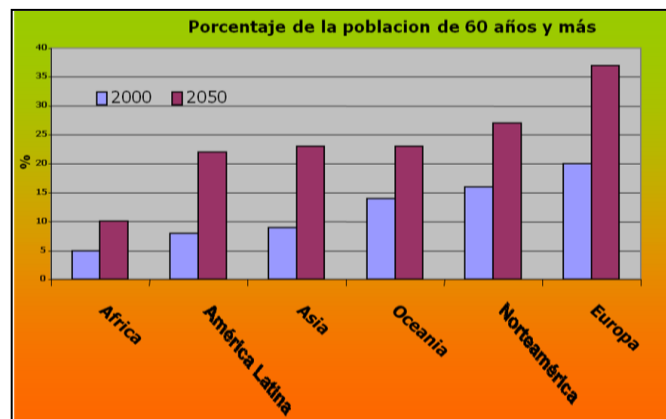
3. MARCO CONCEPTUAL

El escenario que se nos presenta en torno al envejecimiento de la población en el siglo XXI, está destinado a hacer frente a un crecimiento poblacional de adultos mayores, marcando un conjunto de retos a nivel institucional, comunitario, familiar e individual.

El presente siglo está destinado a estar constituido por una población con tendencia a envejecer y por una sociedad en cuya estructura se consolidará una importante presencia de personas mayores, por esta razón, se han de buscar estrategias para la mejora del bienestar y de la calidad de vida de este sector de población.

Debido al incremento en la expectativa de vida y a los cambios vertiginosos que se dan en nuestra sociedad global, las pirámides poblacionales de todos los países del mundo presentan transiciones demográficas en su composición, desde hace más de 50 años, con un acelerado incremento en los últimos 20 años siendo más visibles las transformaciones de sus vértices y bases; los países desarrollados fueron los primeros en registrarlas, pero, en los llamados “países en desarrollo”, se empiezan a dar las primeras alarmas; el incremento de la población adulta, son respaldados por las bajas tasas de natalidad y aumento en la esperanza de vida así como el descenso de la fecundidad, y las migraciones, que generan la presente transición demográfica. Este hecho imprime al proceso de envejecimiento de la población un agravante adicional, en tanto se trata de países menos desarrollados, con recursos muy limitados para establecer políticas que permitan un adecuado afrontamiento del mismo.

Este cambio demográfico tendrá pues un efecto profundo en la sociedad, y deberá recibir, cada vez, más atención por parte de los encargados de formular políticas para el siglo XXI. Siendo por ello importante investigar las dimensiones de la calidad de vida para este grupo poblacional.



Fuente: World Population Ageing, 1995 – 2,000 United Nations, 2,002

El incremento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados, y en vías de desarrollo como el nuestro, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 70 años, mientras se incrementa una tendencia decreciente a la fecundidad, lo cual ha variado en forma notable la pirámide poblacional.

Los importantes avances sociales, técnicos y científicos han permitido en un futuro cercano (año 2025) una población de más de 1 000 millones de personas mayores de 60 años, y también, que por primera vez en la historia de muchos países, los mayores sean más numerosos que los jóvenes (28).

Uno de los cambios importantes en la concepción sobre salud y el paciente adulto mayor ha llevado a entender los factores protectores que permiten una mejor calidad de vida en esta etapa. La prevención y la protección son las bases fundamentales de una buena calidad de vida en el adulto mayor. Calidad de vida es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales.

La importancia de la presente propuesta radica es que nos permitirá conocer la calidad de vida de los pacientes adultos mayores y nos refrende esgrimir un instrumento de investigación válido para contribuir con una mejor perspectiva y calidad de vida

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente, comienza a difundirse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las

condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. (Arostegui, 1998) (3).

La expresión Calidad de Vida comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida, por ello su carácter multidimensional y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, “Social Indicators Research”, en 1974 y en “Sociological Abstracts” en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Definitivamente la calidad de vida es un concepto amplio y complejo y aparece incluido con la satisfacción de necesidades sociológicas y emocionales y de las aspiraciones sociales, valores culturales y estéticos, vida familiar apropiadamente ajustada, provisión de varios beneficios, servicios y distracciones sociales, satisfacción de las necesidades esenciales como alimentación y nutrición, vestido, vivienda, un proceso de salud física y mental adecuados y recreación. Varios de estos componentes están interrelacionados, particularmente la satisfacción de necesidades materiales que son dependientes de los ingresos familiares y de la manera en que la familia gasta o consume, el ingreso familiar también depende de la estructura socioeconómica de la sociedad. Cada familia tiene ciertas necesidades básicas que son indispensables para una vida decente. La alimentación y la nutrición son muy básicas, vestido es la siguiente y vivienda es la tercera. Otras incluyen servicios como salud, educación y cultura. Por otra parte, el tamaño de la familia tiene una influencia, no en varios, sino en todos los aspectos de la calidad de vida y del estado de salud. La relación puede no ser tan obvia comparativamente con las familias pobres rurales, en este caso la relación se considera en términos de necesidades familiares, alimentación, salud, vivienda, educación, cultura y re-creación. Por lo tanto, en este tipo de familias, las prioridades deben ser reajustadas de acuerdo al crecimiento del tamaño de la familia que tiene una influencia negativa en niveles de dieta y nutricionales, en la salud de la madre y de los infantes. En relación al mejoramiento del cuidado a la salud, particularmente a nivel familiar, es un reflejo de la de vida, pudiéndose observar cómo el incremento la fertilidad en los países en

desarrollo, afecta adversamente la calidad de vida en dos ámbitos: en la salud materno infantil y en el desarrollo socio-económico.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, sida, asma y esclerosis múltiple, entre otras.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitutionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.

A partir de la década de los 80 se adoptó también el concepto en el mundo del retraso mental y otras deficiencias relacionadas, dado que captaba una visión nueva y cambiante sobre las personas con discapacidad. En la medida que la satisfacción con la vida se consideró muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abrieron oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y a tener mayor participación en las decisiones que les afectan. Por ello ha sido y es un concepto guía.

La mejora de la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de desinstitutionalización y acceso al empleo normalizado por parte de las

personas con discapacidad. Estos programas ponen el acento en la planificación centrada en el individuo, la autodeterminación, el modelo de apoyos, y las técnicas de mejora de la Calidad (Schalock, 1997). Se ha constituido, por lo tanto, en un lenguaje común de quienes pretenden evaluar resultados.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores.

En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

Durante los años 80, el término Calidad de Vida se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios humanos, más orientados ahora hacia la persona, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de los 90', las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico. Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos,

inmersos en una “Quality revolution” que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida, para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida, para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales; se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.; Psicológicos, miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales; y Ecológicos, miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

Parafraseando a Donabedian, para evaluar la calidad de vida se debe empezar por descifrar el significado de lo que es la calidad misma, se puede decir que la calidad es la cualidad que se puede poseer en grados variables, el grado de calidad es la medida en que se es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

La compatibilización de los modelos estructurales, sugeridos por Donabedian en 1973, con los modelos epidemiológicos propuestos por Blum en 1974, constituye un desafío que se requiere vencer a través de diferentes perspectivas y formas o mecanismos de financiamiento Social.

En 1974, Blum consideraba cuatro factores fundamentales para lograr estos derechos: estilo de vida con el control de las drogas sociales e ilegales, deporte y esparcimiento, así como hábitos nutricionales saludables; herencia con énfasis en la investigación para el seguimiento genético humano y control genético de las enfermedades; control ambiental a través de medidas limitantes de la contaminación química o tóxica de las poblaciones; y sistema de salud eficiente, eficaz y equitativo.

Es muy complejo definir el grado mínimo en que estas necesidades deben ser satisfechas y la razón depende de varios hechos: a) las necesidades son tanto cualitativas

como cuantitativas, algunas de ellas es posible medirlas directamente, pero en su mayoría no así como a sus satisfactores, sólo pueden establecerse algunos indicadores de carácter indirecto y muchas veces como un ensayo-error para la validación teórico-metodológica de técnicas propuestas; b) las necesidades, aún las básicas, varían de humano a humano, dentro de ciertos límites por lo que no es posible dar validez a los indicadores que aprecian su satisfacción y c) las necesidades varían histórica y culturalmente, de manera que lo que hoy en determinada cultura se considera básicamente necesario puede no haberlo sido en otra época o no serlo hoy en otro ambiente cultural.

La preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva.

El impulso que han dado las Naciones Unidas desde la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, seguido de otros hitos como la aprobación de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en 1991 y la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, han sido fundamentales para colocar el tema en la agenda de los gobiernos de la región.

Como se plasma con el objetivo del Plan de Acción Internacional de Madrid adoptado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002 y de la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe adoptada por los países miembros de la CEPAL en noviembre de 2003, en la base de todos estos instrumentos se encuentra el propósito de lograr una calidad de vida que permita envejecer con seguridad y dignidad y, paralelamente, garantizar a las personas mayores la continuidad de su participación como ciudadanos con plenos derechos en sus respectivas sociedades. Tal y como señala la ONU y CEPAL (2006) en su manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, la preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia a nivel mundial respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales que ello conlleva.

De acuerdo con las proyecciones demográficas de la ONU, a partir del año 2003, una cuarta parte de la población del planeta tiene ya más de 60 años, y 1 de cada 3 adultos será una persona de edad.

El Perú, en las tres últimas décadas ha experimentado un paulatino envejecimiento de la población. Para el año 2002 la población estimada a nivel nacional fue de 26 millones 749 mil

personas correspondiendo el 7.2% a los mayores de 60 años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% el año 2025.

Se estima que en los próximos veinte años la población adulta mayor peruana se duplicará. Esta tendencia demográfica tendrá efectos sobre todas las áreas y dimensiones del desarrollo del país, por lo que constituyen una preocupación básica a considerar, para la formulación de políticas en el mediano y largo plazo.

Bajo este panorama, el más grande reto del milenio será mantener a las poblaciones que están envejeciendo activas y libres de enfermedades incapacitantes por tanto tiempo como sea posible.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en mayo de 2000 decidió convocar a la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento, con el objeto de revisar los resultados de la I Asamblea, celebrada en Viena justamente hace veinte años, y aprobar un plan de acción que incorpore una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para “todas las edades”.

Definiciones Conceptuales

En el trabajo de Ana Luisa Velandía y Mónica Cifuentes Mora (1994) se establece la calidad de vida (en función del anciano) como: “La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a un medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y en forma diferente. Esta adaptación influye su salud física, las fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. (4)

Según Martín en el año 1994, otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa” (14).

Por lo expuesto el significado de la calidad de vida del adulto mayor debe ser abordado desde el enfoque cualitativo; que, según Taylor (1996), mencionado por Rodríguez, es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones, por narraciones, notas de campo, grabaciones, inscripciones de audio,

registros escritos de todo tipo investigaciones sociales parte de la realidad concreta y de los datos que esta le aporta, sirven para llegar a una teorización posterior, a través del análisis e interpretación de la información y su comprensión” (22).

Krzejmen en el año 2001 sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor (12).

Eamon O’Shea en el 2003 sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida” (22).

Según la Teoría de las Representaciones Sociales, de Serge Moscovici, “las representaciones sociales son conocimientos comunes, construcciones simbólicas, sistema de pensamientos que se crean en las interacciones humanas y sociales, expresadas a partir de conceptos, declaraciones y explicaciones que se dan en la vida cotidiana, en las comunicaciones interindividuales, según códigos o normas socioculturales establecidos en la realidad” (16).

Straus refiere “las personas son el producto de su cultura, el tiempo en el que viven, el género, la experiencia y la educación dentro de un contexto” (8). La finalidad de la investigación fue evidenciar lo desconocido del significado de la calidad de vida del adulto mayor en algo familiar a través de la objetivación y el anclaje, traducido en nuevas ideas y conocimientos sistematizados y ordenados. Jodelet (1984) afirma “el anclaje genera conclusiones rápidas sobre la conformidad y la desviación de la nueva información, con respecto al modelo existente y proporciona marcos ideológicamente contruidos para integrar la representación y sus funciones” (23). Los objetivos del estudio fueron comprender el significado que la expresión lingüística calidad de vida del adulto mayor, tiene para el adulto mayor y para la familia del adulto mayor

Prescindiendo de las limitaciones de carácter social que tiene la definición de salud de la OMS, puede afirmarse que es correcto considerar al proceso salud-enfermedad como resultante de un conjunto de factores o necesidades no satisfechas y algunas veces no

percibidas, los cuales reflejan, en términos generales, las condiciones de vida de la población dependiendo en última instancia de la estructura económica y de la organización social del país.

Conceptos de la calidad de vida:

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

-Concepto universal: La calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

-Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

-Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: “Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

INVESTIGACIONES REFERENCIALES

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA: Autores: Beatriz Eugenia Botero de Mejía, María Eugenia Pico Merchán, Lucía del Carmen Revista: Trabajo Social Hoy, 2010 1ER cuatrimestre; (59) Página(s): 49-82 Recibido en julio 16 de 2007, aceptado en agosto 31 de 2007

Resumen:

El fenómeno del envejecimiento de la población en los últimos años se realiza en un contexto de avances científicos-tecnológicos, avances demográficos y al mismo tiempo de declinación de la calidad de vida de los adultos. El sujeto que envejece se enfrenta con una desvalorización social, producto de un modelo cultural acerca de la vejez que la define como una etapa de decadencia física y mental. El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población teniendo repercusiones significativas en el volumen, distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida. En Colombia el grupo de mayores de 60 años representa ya un alto porcentaje de AVPP (años de vida perdidos), del mismo modo el problema de la población adulta mayor no se limita sólo a analizar la morbilidad y la mortalidad sino también a determinar las condiciones de vida y de la protección social mientras que en

las grandes ciudades ya ha sido abordado. Mientras más se demore el Sistema General de Seguridad Social para caracterizar la problemática de la tercera edad más costosa e ineficiente será su gestión, porque varios de los problemas que están apareciendo podrían ser susceptibles de intervención rápida. La construcción de una política de desarrollo social para la población adulta mayor debe partir de la investigación, en este sentido se considera pertinente hoy más que nunca estudiar y describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos de los recursos o soportes sociales de esta población con el fin de orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de políticas públicas, estrategias, diseño de normas, programas de atención y acciones de intervención, que favorezcan el bienestar y la dignidad de las personas en esta etapa de la vida.

FACTORES QUE DETERMINAN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES. Autores: José M. Aguilar, Joaquín Álvarez, José Javier Lorenzo .

Resumen:

El siglo XXI está destinado a conformarse por una población con tendencia a envejecer y por una sociedad en cuya estructura se consolidará la abundante presencia de personas mayores. Por este motivo, se han de buscar estrategias para la mejora del bienestar y de la calidad de vida de este sector de población. Para llevar a cabo investigaciones al respecto, es necesario previamente establecer qué variables y factores son los que van a determinar el nivel de calidad de vida de una persona mayor. Por lo tanto, esta comunicación se presenta como una revisión teórica de los trabajos más importantes en relación a esta temática con el objetivo de aclarar qué factores y variables son los que inciden en tener una mayor calidad de vida en la actualidad. De esta forma, se delimita la base de la que deberán partir las investigaciones y programas que pretendan mejorar el bienestar y la calidad de vida de este sector de población.

ESTUDIO COMPARATIVO CALIDAD DE VIDA ENTRE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE LIMA Y ANCASH .Autores: Noemí Sotelo López, Lidia Sotelo López, Sergio Domínguez Lara, Miguel Barboza P.

Resumen:

Se toman en consideración los planteamientos de Shallock en función a calidad de vida considerando indicadores tanto para niños como para adolescentes. Objetivo: determinar si existen diferencias en cuanto a la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados de Lima y las zonas rurales de Áncash. Método: Se evaluó a un total de 347 adolescentes y 307 niños entre 8 y 18 años de Lima y Ancash, a través del cuestionario de Calidad de Vida Adolescente y Cuestionario de Calidad de Vida Infantil. Resultados: se reportan diferencias significativas entre niños de Lima y Ancash con relación a los indicadores de calidad de vida, y entre adolescentes de Lima y Ancash, en las dimensiones Desarrollo Personal y Bienestar Material. Conclusión: Los indicadores servirán de base para realizar propuestas dirigidas a mejorar las áreas deficitarias, y potenciar las que estén favoreciendo

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN LA CIUDAD DE CHICLAYO Autores: Juan Mavhler Coronado Gálvez, Cristian Díaz Vélez, Moisés Alexander Apolaya Segura, Luis Miguel Manrique González, Juan Pablo Arequipa Benavides

Resumen:

La calidad de vida relacionada con la salud es tal vez una de las formas más objetivas de medir la salud proporciona una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud. Objetivo: El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo e identificar qué características epidemiológicas están relacionadas con ello. Resultados: Se encontró una población con predominio del sexo femenino (56,25%) con una edad media de $70,62 \pm 8,02$ años- el 52,75% mencionaron presencia de enfermedades sean agudas y/o crónicas y 18,3% mencionó consumir alguna sustancia psicoactiva (alcohol, tabaco, sedantes). Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones: función social, salud mental y la vitalidad, obtuvieron las puntuaciones más altas con el 72,75% o puntaje, 68,74%, y 64,61% respectivamente; y siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a salud general, rol físico y dolor corporal con el 50.22%, 61.18% y 62.22% respectivamente.

UTILIDAD DE LAS MEDICIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. Autores: Dra. Clara Misrachi. Dra. Iris Espinoza

Resumen:

El enfoque moderno de la salud que incluye entre sus metas el apropiado funcionamiento y bienestar de los pacientes muestra la necesidad que los profesionales de la salud manejen el concepto de calidad de vida además de los instrumentos psicométricos para medirla. Para obtener un cuadro acabado de un paciente se debe complementar la información clínica con la información que entregan los tests psicométricos que miden calidad de vida relacionada tanto con la salud genérica como con la específica de una enfermedad. Los instrumentos que miden calidad de vida con relación a salud se aplican en estudios de: 1. -Evaluación y seguimiento de los problemas psicosociales en el cuidado de un paciente individual, 2.- Detección de problemas de salud percibidos por la población, 3. -Auditoria médica, 4. -Evaluación de servicios de salud, 5.- Estudios clínicos. 6.- Análisis de costo-efectividad. El instrumento más utilizado para medir calidad de vida en general es el SF36 que permite comparaciones entre diferentes enfermedades y tratamientos. Los más utilizados para medir calidad de vida y salud bucal son el GOHAI y OHIP-14. Se ha comprobado que ambos miden aspectos que los individuos consideran de importancia para su calidad de vida. Las mediciones sobre calidad de vida humanizan la atención de salud, al considerar las percepciones de los pacientes sobre la misma.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Determinar la calidad de vida en pacientes adultos mayores en el Policlínico Metropolitano EsSalud Red Asistencial Arequipa año 2014.

4.2 Objetivo Específico

Establecer cada una de las dimensiones del instrumento a aplicar para conocer la calidad de vida en nuestro grupo de investigación

5. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo

III PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.-TÉCNICAS Y MATERIALES DE INVESTIGACION

- **Técnicas:** Encuesta: Entrevista Estructurada

- **Instrumento:** Tipo documental: Cuestionario SF 36

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. .

El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993; McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994.

Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial.

El SF-36 está constituido por 36 ítems puntuables, que cubren 8 dimensiones:

1. Función Física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)

2. Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).

3. Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).

4.- Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 preguntas).

5.-Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).

6. -Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).

7.-Rol Emocional (RE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).

8.-Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Estas 8 dimensiones a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen: un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Asignación de puntaje

1.-Enfoque Rand: es simple y establece una graduación de las respuestas para cada ítem desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100

Los ítems no respondidos no se consideran.

SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS DE LAS AREAS DE SALUD SF 36:

DIMENSIÓN	N° de Ítems	SIGNIFICADO DE LOS RESULTADOS	
		Baja puntuación	Alta puntuación
Función Física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
Rol Físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitación debidas al mismo
Salud General	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeore	Evalúa su salud personal, como buena / excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales, sin interferencias debidas a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud Mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Adaptada de Ware y Sherbourne (1992)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial: Policlínico Metropolitano Red Asistencial EsSalud Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal: Enero - Diciembre 2014

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo: pacientes Adultos Mayores de 60 años adscritos al Policlínico Metropolitano Arequipa

2.3.2. Población Blanco: pacientes que acuden al servicio del Adulto Mayor

2.3.3. Población Accesible: pacientes Adultos Mayores que acuden a la consulta en los meses de Enero- Diciembre 2014

2.3.3.1 Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 60 años, de Ambos sexos

Pacientes que aceptaron participar en el estudio

Pacientes que respondieron completamente el instrumento

2.3.3.2 Criterios de Exclusión:

Pacientes con alteración del lenguaje

En relación a las consideraciones éticas, se les explicó a los informantes los fines del estudio, que su participación era voluntaria y anónima, que la información obtenida sería tratada con sumo cuidado y solo para el propósito de la investigación logrando cristalizar el consentimiento informado respectivo

2.3.4. Población de Estudio:

Pacientes adultos mayores Policlínico Metropolitano en EsSalud Red Asistencial Arequipa, Enero Diciembre 2014.

2.3.5. Cálculo del tamaño de la muestra

Basado en el muestreo probabilístico se considera una muestra para variables categóricas de tamaño conocido.

-Para calcular el tamaño de la muestra se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su [valor](#), suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

-Tamaño de la muestra: Remplazando: $\frac{11847 \times 0.25 \times 3.84}{11846 \times 0.0001 + 0.25 \times 3.84} = 112$

**POBLACION ASEGURADA ACTIVA POLICLINICO
METROPOLITANO ESSALUD ENERO – DICIEMBRE AREQUIPA**

60 - < 65		65 - < 66		66 - < 70		70 - < 75	
F	M	F	M	F	M	F	M
2 567	2 035	483	352	1 757	1 513	1 637	1 503

FUENTE: GERENCIA CENTRAL DE ASEGURAMIENTO

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS

3.1 Organización:

- Se solicitará la autorización del Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Particular Católica de Santa María.
- La autorización del Jefe de la unidad de Capacitación de la Red Asistencial EsSalud Arequipa.
- La autorización del Director del Policlínico Metropolitano de la Red Asistencial EsSalud Arequipa.
- Previo consentimiento del paciente se procederá a encuesta motivo del instrumento a aplicar posteriormente se procederá a la recopilación, ordenamiento, sistematización y análisis de la información obtenida.
- Supervisión y coordinación con los asesores.

3.2 Recursos

3.2.1. Materiales

- Útiles de escritorio
- Computadora Pentium IV

3.2.2. Recursos Humanos

- Investigador
- Asesor
- Estadístico

3.2.3. Físicos

- Local del Policlínico Metropolitano

3.2.4. Económicos

- Propios del Investigador

3.4 Estrategias para Manejar Resultados

3.3.1. A nivel de recolección de datos:

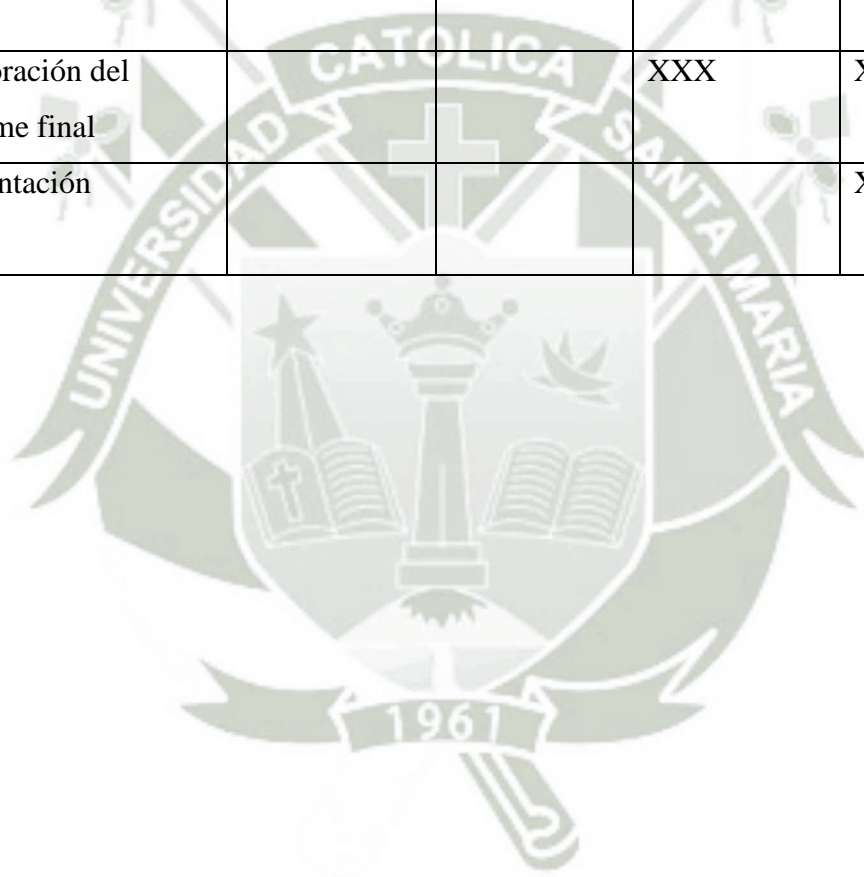
- Una vez obtenido el permiso para la realización del trabajo se procederá a aplicar la encuesta a la población de estudio.
- A nivel de Sistematización :los datos registrados serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación

3.3.2. A nivel estadístico:

- Se procederá a aplicar el Instrumento propuesto cuestionario SF 36 y su paquete estadístico.

IV CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES			
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Preparación del perfil	XXX			
Rev. de la Literatura	XXX			
Marco Teórico	XXX	XXX		
Aplicación de Instrumento		XXX	XXX	XXX
Elaboración del informe final			XXX	XXX
Presentación				XXX



V.-ANEXOS

INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

FILIACIÓN:

Nombre y Apellidos.....Edad.....

Sexo.....Estado Civil:.....Natural:.....

Consentimiento Informado.....

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

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

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 2 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No. No, me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho

- 2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

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

35. Creo que mi salud va a empeorar.

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

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta

- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 4 Totalmente falsa



VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arredondo A, Hernández P, Cruz C. La incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud en países latinoamericanos. (Chile) 1993.
2. Arredondo A. Hernández P. Análisis y Reflexiones sobre modelos explicativos del Proceso Salud Enfermedad. Educación Médica.
3. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto (1998).
4. Álvarez- U de F, Vicente E, Badía X: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria de Segovia. Nefrología, 1995
5. Ana Luisa Velandia Mora - Investigación en Salud y Calidad de Vida, Publicado en: El arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, 2002. Pgs.295-314
6. De Bravo, María Teresa y Failache de Vera, Silvia - El Concepto de Calidad de Vida: Revista Geográfica Venezolana. Volumen 34 N° 2, 1993
7. Dennis R.; Williams, W.; Giangreco, M y Cloninger, Ch. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad.
8. Wheeler J, Wyszewianski L. Quality, cost and health, an integrative model. Medical Care 1992 :
9. Donabedian A, Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica, Fondo de Cultura Económica, 1 988. pp. 79-80.
10. Durán-González L. Eficiencia en la prestación de servicios de salud. Salud Pública México 1992.
11. Hernández P, Arredondo A, Ortiz C, Rosenthal G. Avances y retos de la economía de la salud. Rev. Saude Pública 1995.
12. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3.

13. López Montaña JL, Valladares Lorenzo R, Cuan Ravinal R, Duménigo Arias O. Morbimortalidad por abdomen agudo en el paciente geriátrico. Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey. 2001;
14. Martín E. La prevención comunitaria. Revista sobre igualdad y calidad de vida. N° 7. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos; 1994 p. 7.
15. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev. Cubana Enfermer. 2005.
16. Moscovici S. El fenómeno de las representaciones sociales en relaciones humanas, familia y sociedad. Buenos Aires: Huemul; 1981. p. 21
17. Revista de Pedagogía, Julio 1981, N° 240. Publicación de la Federación de Institutos de Educación – FIDE Secundaria. Redacción y Administración: Santiago de Chile.
18. Revista Trabajo Social. Escuela de Trabajo social. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista ETS. N° 54, 1988
19. Revista CPU (Corporación de Promoción Universitaria). Año 10 /N° 35/ Trimestre 1/1983. Santiago de Chile.
20. Revista de la Universidad del Salvador. SIGNOS. Universitarios. Medioambiente II, año 12, N° 23. Enero / junio, 1993 .
21. Straus A, Corbin J. Bases de la investigación cual Medellín: Editorial Universidad Antioquia; 2002. p. 113. itativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ra Ed .
22. Organización Panamericana de la Salud: Sistemas Locales de Salud. Análisis de costos, demanda y planificación de servicios. Una antología seleccionada, Washington, 1 990.
23. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
24. Galway: Universidad Nacional de Irlanda; 2003. p. 6,10.
25. Bradshaw, J.(1972). "The concept of social need". New Society30: 640-643.
26. López Montaña JL, Valladares Lorenzo R, Cuan Revinal R, Duménigo Arias O. Morbimortalidad por abdomen agudo en el paciente geriátrico. Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey. 2001.
27. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS (Medical Outcomes Study) Conceptual framework and item selection, Medical Care. 1992; 30:473

Links de interés sobre la familia de cuestionarios SF

Página web de referencia del cuestionario original: <http://www.sf-36.org/>

Página web para obtener los cuestionarios, el manual y algoritmo de cálculo específico de la versión española del cuestionario:

<http://www.imim.es/imim/cas/c-QQV.htm>

Página web de la Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (RED IRYSS):

<http://www.rediryss.net>

