

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN  
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA  
HUNTER - AREQUIPA, 2019**

Tesis presentada por la Bachiller:  
Delgado Montesinos, Yesary Ysolina

Para optar el Título Profesional de  
Médica Cirujana

Asesor:  
Dr. Paja Callo, Woodward

**Arequipa- Perú**  
**2019**



*Universidad Católica de Santa María*

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 266 - FMH-2018**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA, HUNTER AREQUIPA - 2019"**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**YESARY YSOLINA DELGADO MONTESINOS**

Nuestro dictamen es:

*favorable*

OBSERVACIONES:

Arequipa, *10 de Junio del 2019*

.....  
DR. MANUEL MEDINA VÁSQUEZ

*Manuel Medina Vásquez*  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 11687 - P.O.C. 30145

.....  
DR. JESUS SALINAS GAMERO

*Jesús Salinas Gamero*  
C.M.P. 11687 - P.O.C. 30145

.....  
DR. DANIEL BRODERS CORZO  
C.M.P. 11687 - P.O.C. 30145

## DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado A Dios por permitirme llegar este día, por ser mi motor e inspiración día a día a ser mejor persona. A mis padres Beatriz Montesinos y Víctor Delgado por su empuje, comprensión y apoyo incondicional en todos estos años. A mis hermanos por alentarme y estar constantemente en mis fracasos y triunfos. Especialmente para mis abuelos y abuelas; en memoria de Ysolina Regalado de quien en su recuerdo llevo orgullosa su nombre, Baloy Delgado, Aurelio Montesinos, y de los que tuve la dicha de conocerlos en vida; mi bisabuela Santos Llamo de 99 años y mi abuela Rosario Avalos de 93 años, de quienes me inspire para la realización de este trabajo.

## AGRADECIMIENTO

A Dios por convertirme en un instrumento suyo, desde el primer día que ingrese a esta carrera para servir a los demás.

A mi madre Beatriz que estuvo a mi lado siempre brindándome su amor, sus cuidados y sus buenos consejos, por ser una madre noble y de quien aprendí a no rendirme jamás.

A mi padre Víctor por sacrificarse tanto por nosotros sus hijos y por enseñarme que con disciplina y muchas ganas se puede conseguirlo todo.

A mi familia, hermanos y mejores amigos de toda la vida que ayudaron en mi crecimiento espiritual y profesional. Y para B.R.O.T por apoyarme en los años más difíciles de mi carrera.

A mis compañeros colegas que con risas y anécdotas hicieron llevadera esta carrera tan sacrificada pero hermosa.

A mis pacientes que siempre serán mis eternos libros. Y a mi querido Hospital Goyeneche donde realice mi internado y del cual tengo los mejores recuerdos.

A mis docentes que me brindaron lo mejor de sí con sus enseñanzas y a quienes les debo todo lo aprendido.

A mi alma mater UCSM que me ayudó a plasmar lo mejor de mí y me brindó la oportunidad de continuar mis estudios.

## EPÍGRAFE

*"Señor, hazme un instrumento de tu paz. Donde haya odio siembre yo amor; donde haya ofensa, perdón; donde hay duda, fe; donde hay desesperación, esperanza; donde haya tinieblas, luz; donde haya tristeza, alegría."*

**San Francisco de Asís.**

*"Vive como si fueras a morir mañana.  
Aprende como si fueras a vivir siempre."*

**Mahatma Gandhi.**

*"Todos moriremos, nuestro trabajo consiste en mejorar la salud, ¿sabes lo que significa? Significa mejorar la Calidad de vida no solo retrasar la muerte."*

**Patch Adams.**

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales aumentando así riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte.

El envejecimiento poblacional y la variación demográfica de las pirámides poblacionales mostrados en los últimos Censos, son temas de Salud que compete hoy en día tanto a los adultos mayores como a los jóvenes. Por un lado, los adultos mayores en búsqueda de mejores servicios de salud que resuelvan sus necesidades y por el otro lado la búsqueda de los jóvenes o adultos jóvenes de mejorar su calidad de vida para garantizar un envejecimiento saludable.

Sobre el envejecimiento poblacional, según la OMS para el 2050, se espera que la población mundial mayor de 60 años llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015, de manera que pasara del 12 al 22%.

El incremento de la esperanza de vida en los adultos mayores de todo el mundo es vivir más de los 60 años, según el INEI la esperanza de vida de la población peruana aumento en 15 años en las últimas 4 décadas, de continuar las mismas mortalidades del 2015 los peruanos vivirían hoy en día en promedio a los 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres) (17). Se estima que para el año 2050, la esperanza de vida de los peruanos alcance los 79 años, esto no solo es el resultado de la mejora de las estrategias de salud en el mundo, sino que conlleva a plantear soluciones para este aumento desmedido poblacional y al que países en vías desarrollo como Perú no se encuentra aún preparado.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende ámbitos objetivos y subjetivos. Según la OMS la calidad de vida es “La percepción de cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que tiene “. Se sabe que todo estado vela por garantizar a su población una adecuada calidad de

vida, pero su población más vulnerable son precisamente los adultos mayores con enfermedades crónicas (enfermedades no transmisibles). Al no contar con los programas ni estrategias adecuados de salud ni con los especialistas necesarios en el ámbito de la geriatría, los arriesgan a ser sometidos a intentos fallidos sin resultados.

Dentro de las recomendaciones Según la OMS de esta problemática sugiere adaptar a las personas mayores a la comunidad, mejorando su capacidad funcional y disminuir los riesgos de fragilidad además de contar con un compromiso de envejecimiento saludable.

El siguiente trabajo investigara la importancia de contar con una adecuada capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diarias en los adultos mayores y su relación con la calidad de vida que poseen. Siendo estas consideradas según la literatura como marcadores de fragilidad y las que le permiten al adulto mayor relacionarse con su entorno valiéndose por sí mismo. Si logramos fomentar su autonomía y adaptamos al adulto mayor a la sociedad contribuiremos disminuyendo el número de adultos mayores dependientes.

Nos compete como jóvenes asegurar un envejecimiento saludable para llegar a ser alumnos adultos mayores independientes y además nos compete como personal de salud fomentar desde los primeros niveles de atención la prevención de la discapacidad y la mejora de la calidad de vida.

## RESUMEN

**Introducción:** La población de hoy en día tiene tendencia al envejecimiento poblacional sobretodo de adultos mayores, por lo que Perú debe prepararse con políticas públicas que velen por mejorar la calidad de vida en función de sus necesidades y de fomentar la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores con el fin de reincorporarlos a la sociedad como adultos mayores independientes.

**Objetivo:** determinar calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del centro de salud Javier Llosa García Hunter Arequipa – 2019.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo, observacional y transversal. La población estuvo conformada por 60 adultos mayores que concurrían al Centro de Salud Javier Llosa García – Hunter pertenecientes al club del adulto mayor. La técnica que se utilizo fue la encuesta y los instrumentos usados fueron, la escala de calidad de vida de WHOQOL- BREF y la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de LAWTON Y BRODY ambos instrumentos validados para ser aplicados en nuestra población.

**Resultados:** Del 100% de adultos mayores encuestados cuentan con un 75,0% con calidad de vida media predominante; sobre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores es predominantemente de independencia total con un 47,0%, una dependencia moderada con un 42,0%, y una dependencia total con un 12%; sobre las edades de mayor afluencia es de prevalencia de 60 a 69 años con un 43,0%, 70 a 79 años con un 30,0%, 80 a 89 años con un 23,0% y finalmente de 90 años a mas con un 3,0%; el estado civil predominante es el casado con 45,0% seguido del viudo con un 38,0%, en su mayoría de sexo femenino 83,0%, conviviendo con alguien del 82,0%; sobre la relación de la calidad de vida y la capacidad funcional de las actividades instrumentales en adultos mayores de dicho establecimiento, se encontró que la calidad de vida baja está en relación con la dependencia moderada 53,8% y la calidad de vida media en relación con la

independencia total 50,0% dado que  $p < 0.05$  no existe asociación estadísticamente significativa.

La calidad de vida baja y media están en relación con las características epidemiológicas de asociarse a no vivir solo con un 61,5% y 88,9%, dado que  $p < 0.05$  existe una asociación estadísticamente significativa; sobre la capacidad funcional de las actividades instrumentales existe una dependencia total entre los años de 80 a 89 años del 71,0%, la dependencia moderada e independencia total entre los 60 a 69 años del 40,0% y 51,1% respectivamente, dado que  $p < 0.05$  existe una asociación estadísticamente significativa; sobre las actividades instrumentales de la vida diaria con las características epidemiológicas, según el sexo son predominantemente del sexo femenino con dependencia moderada con un 92,0%; sobre si estas tienen relación según si viven solos existe una dependencia moderada con un 85,7%.

**Conclusiones:** La calidad de vida se asocia en su mayoría al vivir con alguien, en su mayoría de estado civil casado, y de mejor calidad entre los años 60 a 69 años, la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria se asocia a la dependencia total en su gran parte a partir de los 80 a 89 años y la dependencia moderada e independencia total a partir de los 60 a 69 años y es de predominio sobre el sexo femenino. Existe una relación entre la calidad de vida baja y la dependencia moderada.

**Palabras claves:** Calidad de Vida, Capacidad Funcional de Actividades Instrumentales, Adultos Mayores.

## ABSTRACT

**Background:** Today's population has a tendency towards population ageing, especially among older adults, Peru should therefore be prepared with public policies that ensure that the quality of life is improved in accordance with its needs and to develop the functional capacity of everyday life activities in older adults with the to reintegrate them into society as independent older adults.

**Objective:** to determine the quality of life and its relationship with the functional capacity of daily life activities in older adults at the Javier Llosa García Hunter Arequipa health centre – 2019.

**Materials and methods:** descriptive, observational and transversal study. The population consisted of 60 older adults who attended the Javier Llosa García – Hunter Health Center belonging to the senior club. The technique used was the survey and the instruments used were, the scale of quality of life of WHOQOL- BREF and the scale of everyday life instrumental activities of LAWTON and BRODY both instruments validated to be applied in our population.

**Results:** Of the 100% of the elderly surveyed, 75,0% have a predominant average quality of life; on the functional capacity of the instrumental activities of daily life in the elderly is predominantly of total independence with 47.0%, a moderate dependence with 42.0%, and a total dependence with 12%; about the ages of greatest affluence is prevalence of 60 to 69 years with 43.0%, 70 to 79 years with 30.0%, 80 to 89 years with 23.0% and finally 90 years with more 3.0%; the predominant marital status is married with 45.0% followed by the widower with 38.0%, mostly female 83.0%, living with someone 82.0%; on the relation of the quality of life and the functional capacity of the instrumental activities in older adults of said establishment, it was found that the low quality of life is related to the moderate dependence 53.8% and the average quality of life in relation with total independence 50.0% given that  $p < 0.05$  there is no statistically significant association.

Low and medium quality of life are related to the epidemiological characteristics associated with not living alone with 61.5% and 88.9%, given that  $p < 0.05$  there is a statistically significant association; on the functional capacity of instrumental activities there is a total dependence between the years of 80 to 89 years of 71.0%, moderate dependence and total independence between 60 to 69 years of 40.0% and 51.1% respectively, since  $p < 0.05$  there is a statistically significant association; on the instrumental activities of daily life with the epidemiological characteristics, according to sex are predominantly of the female sex with moderate dependence with 92.0%; On whether these are related according to whether they live alone there is a moderate dependency with 85.7%.

Conclusions: the quality of life is mostly associated with living with someone, mostly of married marital status, and of better quality between 60 and 69 years, the functional capacity of the instrumental activities of daily life is associated to the total dependence in its great part from the 80 to 89 years and the dependence moderate and total independence from 60 to 69 years and is predominantly female. There is a relationship between low quality of life and moderate dependence.

Keywords: Quality of Life, Functional Capacity of Instrumental Activities, Older Adults.



## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>CAPÍTULO I: MATERIALES Y METODOS.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II: RESULTADOS .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS .....</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO N° 1 PROYECTO DE TESIS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO N° 2 ESCALA DE WHOQOL BREF .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO N° 3 ESCALA DE LAWTON Y BRODY .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO N° 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO N° 5 AUTORIZACIONES.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO N° 6 MATRIZ ESTADISTICA.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO N° 7 FOTOS .....</b>	<b>133</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1</b> NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	9
<b>TABLA N°2</b> NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	11
<b>TABLA N°3</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	13
<b>TABLA N°4</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	15
<b>TABLA N°5</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA .....	17
<b>TABLA N°6</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	19
<b>TABLA N°7</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	21
<b>TABLA N°8</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	23
<b>TABLA N°9</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	25
<b>TABLA N°10</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	27
<b>TABLA N°11</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	29
<b>TABLA N°12</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	31
<b>TABLA N°13</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	33
<b>TABLA N°14</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	35
<b>TABLA N°15</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	37

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°1</b> NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	10
<b>GRÁFICO N°2</b> NIVEL DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	12
<b>GRÁFICO N°3</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	14
<b>GRÁFICO N°4</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	83
<b>GRÁFICO N°5</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA .....	18
<b>GRÁFICO N°6</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	20
<b>GRÁFICO N°7</b> CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	22
<b>GRÁFICO N°8</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	24
<b>GRÁFICO N°9</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	26
<b>GRÁFICO N°10</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA .....	28
<b>GRÁFICO 11</b> RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA HUNTER- AREQUIPA 2019.....	30
<b>GRÁFICO N°12</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA.....	32
<b>GRÁFICO N°13</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	34
<b>GRÁFICO N°14</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	36
<b>GRÁFICO N°15</b> RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA.....	38

## ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN 1: TIPOLOGÍA DE ANCIANOS .....	70
IMAGEN 2: FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO .....	80
IMAGEN 3: PIRÁMIDE POBLACIONAL 2017 .....	83
IMAGEN 4: CAPACIDAD FUNCIONAL.....	88





**CAPÍTULO I  
MATERIALES Y MÉTODOS**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

A. **TÉCNICAS:** Para la realización del presente trabajo de investigación se aplicó la técnica de la encuesta - cuestionario.

### B. INSTRUMENTOS:

- Ficha de recolección de datos (Anexo 1)
- “Escala de Calidad de vida de WHOQOL-BREF” (Anexo 1)
- “Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de (LAWTON Y BRODY)” (Anexo 2).

### C. MATERIALES:

- Fichas de investigación y recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Encuesta – cuestionario- Consentimiento Informado.
- Computadora personal con programas de WORD, EXCEL, SPSS requeridos para el procesamiento de texto y datos estadísticos.
- Impresora.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

**2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:** La investigación se realizó en el Centro de Salud Javier Llosa García en el club de adultos Mayores en el Distrito de Hunter en la ciudad de Arequipa.

**2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:** La investigación se realizó durante el mes de mayo a junio del año 2019.

**2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:** Adultos mayores de 60 años del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa.

**2.4. POBLACIÓN:** Se trabajó con todos los adultos mayores de 60 años del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter que cumplan con los criterios de inclusión de la investigación.

**2.5. MUESTRA:** No se realizó un muestreo debido a que se pretendió recolectar toda la información de todos los adultos mayores de 60 años pertenecientes al club adulto mayor del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter de la ciudad de Arequipa, pues se consideraron todos los casos que cumplan con los criterios de inclusión.

**2.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores de 60 años que asisten regularmente al club adulto mayor del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter.
- Adultos mayores de 60 años a más de ambos sexos.
- Adultos mayores de 60 años que acepten participar voluntariamente de la investigación, previo consentimiento informado.
- Adultos mayores de 60 años que culminen el instrumento correctamente.
- Adultos mayores de 60 años con presencia de algún familiar o personal que brinde información real.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores con déficit del área cognoscitiva.
- Adultos mayores que no hablen castellano.
- Adultos mayores que no culminen el instrumento o decidan negarse a participar durante el proceso.
- Adultos mayores con enfermedades psiquiátricas.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. ORGANIZACIÓN:

Al haber sido autorizada la ejecución del proyecto de tesis, por medico asesor y medico dictaminador de la Facultad de Medicina humana, se realizó las respectivas coordinaciones con el director ejecutivo de la Red Arequipa Caylloma para obtener el permiso de ingresar a realizar la parte práctica del trabajo de investigación previo consentimiento de la Jefa del Centro de Salud Javier Llosa García- Hunter Arequipa.

#### PROCEDIMIENTO:

Se aplicó el instrumento a todos los adultos mayores de 60 años pertenecientes al club adulto mayor de la Red de Hunter Javier Llosa García previo consentimiento informado, lo cual tuvieron un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para poder desarrollar el cuestionario con apoyo del personal de salud y de la investigadora de manera dirigida.

La recolección de datos se llevó a cabo durante un periodo aproximado de 3 semanas.

Finalmente se procedió a seleccionar las fichas adecuadamente llenados y posterior a ello se introdujo a una base de datos Excel para su correcto análisis e interpretación.

#### 3.2. RECURSOS

##### a) RECURSOS HUMANOS:

- Investigadora: Yesary Ysolina Delgado Montesinos
- Asesor: Dr. Woodward Paja Callo
- Estadístico

## b) RECURSOS MATERIALES:

- Fichas de investigación (ficha de recolección de datos, cuestionario de nivel de calidad de vida y cuestionario de actividades instrumentales de la vida diaria, consentimiento informado)
- Computadora personal que cuenta con paquete de Office 2013 y paquete estadístico SPSS v 20.
- Material de escritorio

## c) RECURSOS FINANCIEROS:

- La presente investigación fue autofinanciada

## 3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

- La ficha de recolección de datos personales está incluida en el cuestionario validado de calidad de vida y consta de 5 preguntas. El consentimiento informado estuvo detallado por mi persona.
- La Escala de Calidad de Vida **WHOQOL-BREF** (World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group 1993) Barcelona, España así mismo facilito y autorizo su versión abreviada WHOQOL-BREF. En español están validadas las dos versiones del WHOQOL: el cuestionario WHOQOL-100 y el abreviado **WHOQOL-BREF** En Latinoamérica cuenta con *validación en adultos mayores en Chile* 2011.

Es un instrumento de evaluación genérico que se administra para obtener información sobre los pacientes y medir la valoración subjetiva de su estado de salud. Proporciona un “*perfil de calidad de vida*” percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las 4 áreas que explora. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés. Es uno de los cuestionarios canónicos de salud y calidad de vida más utilizados en todo el mundo, traducido a más de 50 lenguas en la actualidad de manera que lo hace un instrumento transcultural.

El cuestionario **WHOQOL-BREF** contiene un total de 26 preguntas, dos preguntas de calidad de vida global y salud general, y una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 (15).

- La Escala de **LAWTON Y BRODY**. Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD.

La Escala de **LAWTON Y BRODY** es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día.

Su traducción al español se publicó en el año 1993. Esta escala cuenta con una “*validación en adultos mayores en Chile 2016*”.

Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano (16).

### 3.4. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

#### 3.4.1. A NIVEL DE LA RECOLECCIÓN

Se aplicó la encuesta a los adultos mayores de 60 años perteneciente al club adulto mayor de Hunter- Arequipa, además las fichas de recolección de datos fueron manejadas bajo el Consentimiento informado detallado y dirigido por mi persona.

#### 3.4.2. A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN

Los datos que se obtuvieron a través de la encuesta y fueron procesados en

una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2013, posterior a ello se utilizó el paquete estadístico **SPSS** versión 20.0.0.

### 3.4.3. A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS

Para el estudio de los datos se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado observacional para poder determinar la existencia o la no existencia de relación entre las variables.

Los resultados se graficaron en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes para su mejor interpretación que se muestran en capítulos más adelante.





**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 1**

**Nivel de Calidad de Vida en los Adultos Mayores**

	<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
VÁLIDOS	CALIDAD DE VIDA BAJA	13	22,0%
	CALIDAD DE VIDA MEDIA	45	75,0%
	CALIDAD DE VIDA ALTA	2	3,0%
	Total	60	100,0%

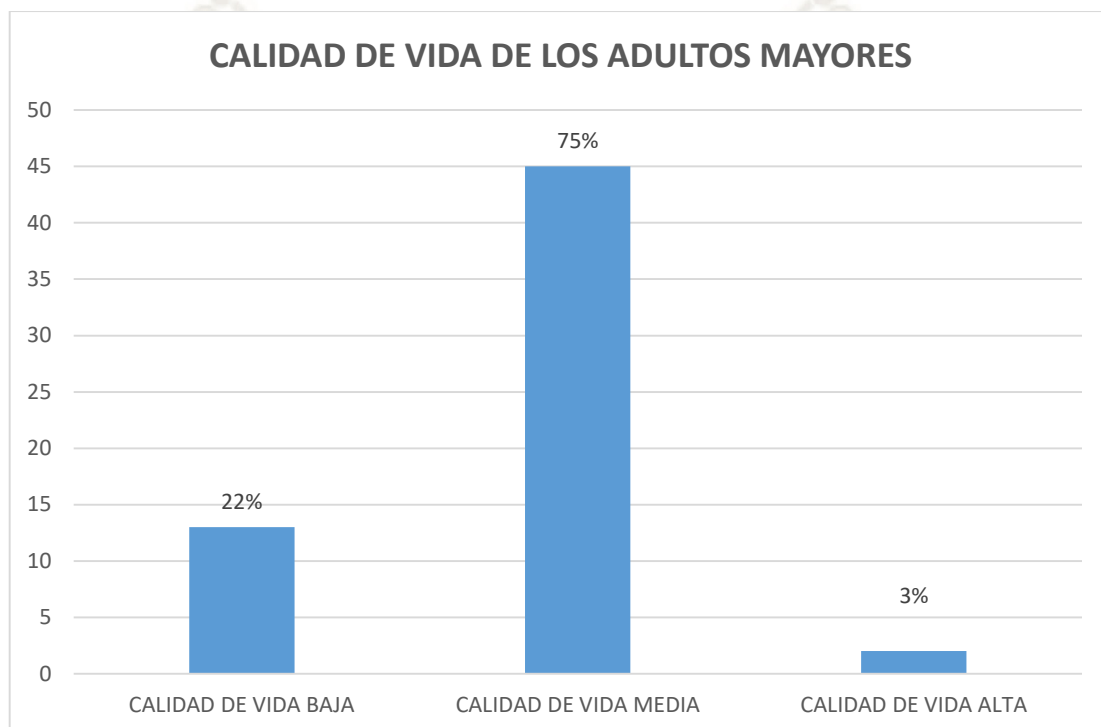
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 1 NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 1**

**Nivel de Calidad de Vida en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 1 NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N° 1 Sobre los niveles de calidad de vida de los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García se aprecia que 45 adultos mayores se encuentran dentro de la calidad de vida media (75,0%), seguido 13 adultos mayores cuentan con una calidad de vida baja (22%) y finalmente solo 2 adultos mayores cuentan con una calidad de vida alta (3,0%).

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 2**

**Nivel de Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en los Adultos Mayores**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDOS	DEPENDENCIA TOTAL	7	12,0%
	DEPENDENCIA MODERADA	25	42,0%
	INDEPENDENCIA TOTAL	28	47,0%
	Total	60	100,0%

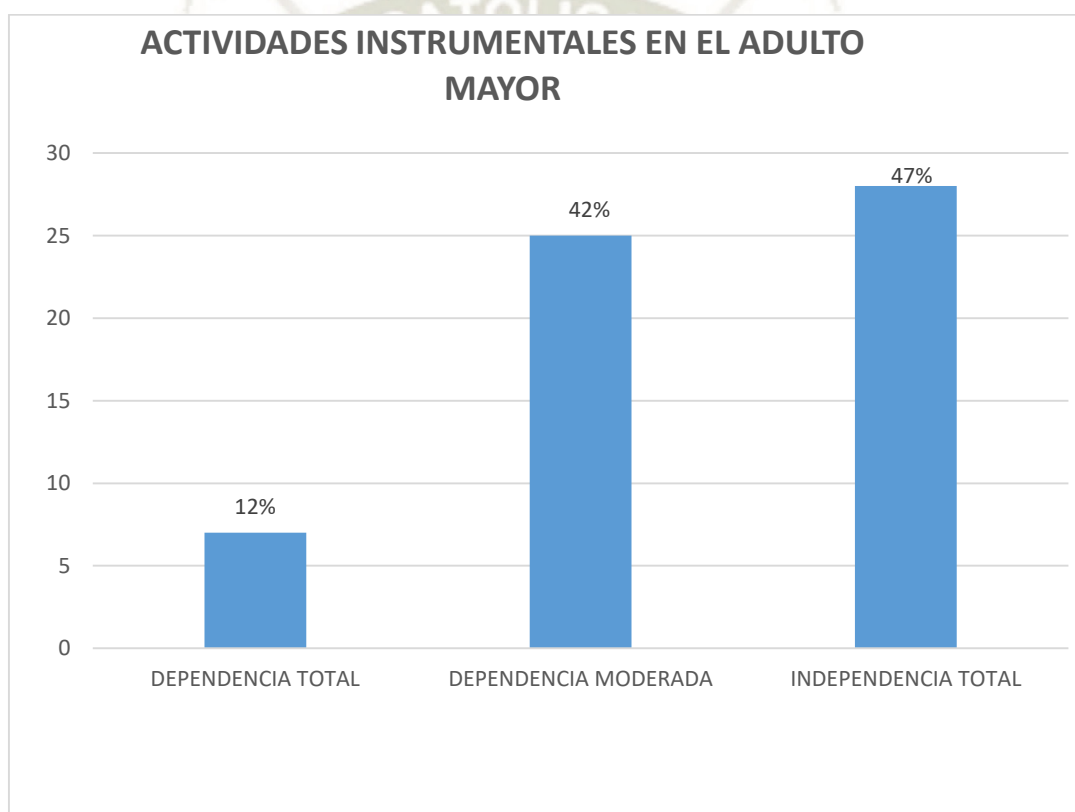
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 2 NIVEL DE CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 2**

**Nivel de Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 2 NIVEL DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N° 2 Sobre el nivel de capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria se aprecia que los 28 adultos mayores cuentan con una independencia total (47,0%), seguido 25 adultos mayores que cuentan con una dependencia moderada (42,0%) y finalmente 7 adultos mayores cuentan con una dependencia total (12,0%).

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 3**

**Relación entre la Calidad de Vida y la Capacidad Funcional de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en los Adultos Mayores**

			CALIDAD DE VIDA			TOTAL
			Calidad de vida baja	Calidad de vida media	Calidad de vida alta	
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	DEPENDENCIA TOTAL	Recuento	2	5	0	7
		% dentro de Calidad de Vida	15,4%	11,1%	0,0%	11,7%
	DEPENDENCIA MODERADA	Recuento	7	17	1	25
		% dentro de Calidad de Vida	53,8%	37,8%	50,0%	41,7%
	INDEPENDENCIA TOTAL	Recuento	4	23	1	28
		% dentro de Calidad de Vida	30,8%	51,1%	50,0%	46,7%
Total		Recuento	13	45	2	60
		% dentro de Calidad de Vida	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi2 = 1,1958      gl=4      p= 0,743

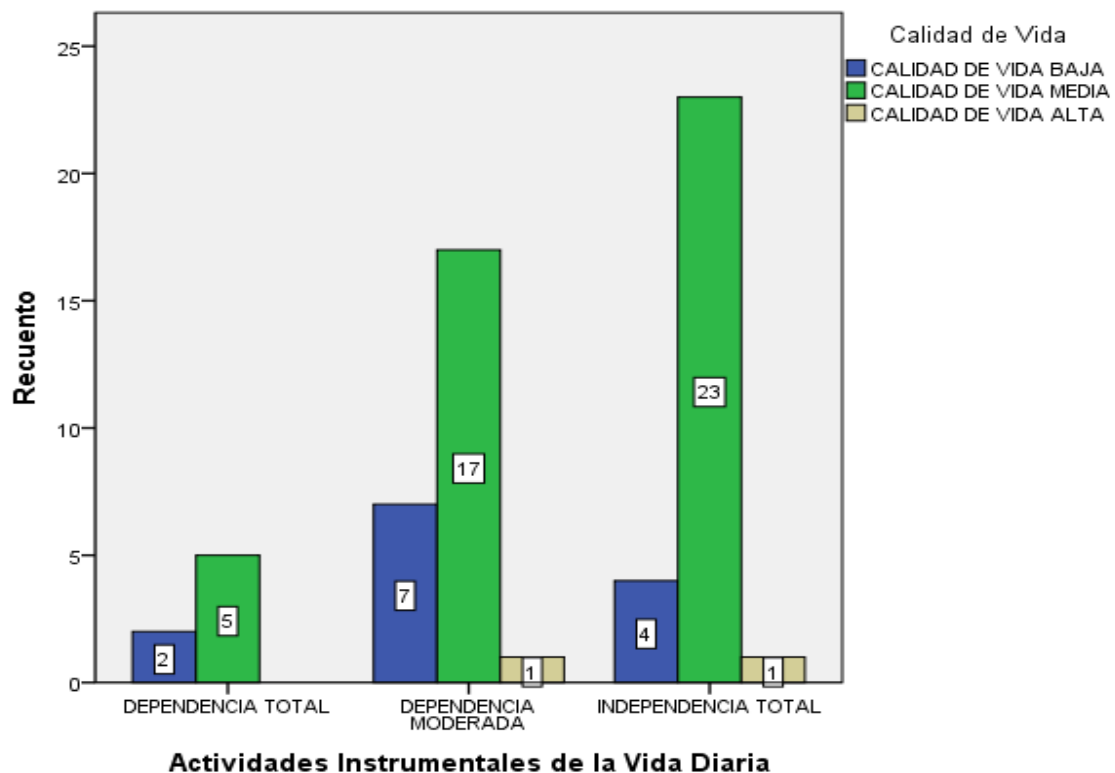
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 3 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 3**

**Relación entre la Calidad de Vida y la Capacidad Funcional de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 3 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°3 Se observó que 7 adultos mayores con la calidad de vida baja están en relación con la dependencia moderada (53,8%), 23 adultos mayores con calidad de vida media están en relación a la independencia total (51,1%), y 2 adultos mayor con calidad de vida alta están en relación uno a la dependencia moderada y el otro a la independencia total (50,0%) respectivamente, dado que  $p > 0.05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 4**

**Características Epidemiológicas (Edad) en los Adultos Mayores**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 a 69 Años	26	43,0%
70 a 79 Años	18	30,0%
80 a 89 Años	14	23,0%
90 a Más	2	3,0%
Total	60	100,0%

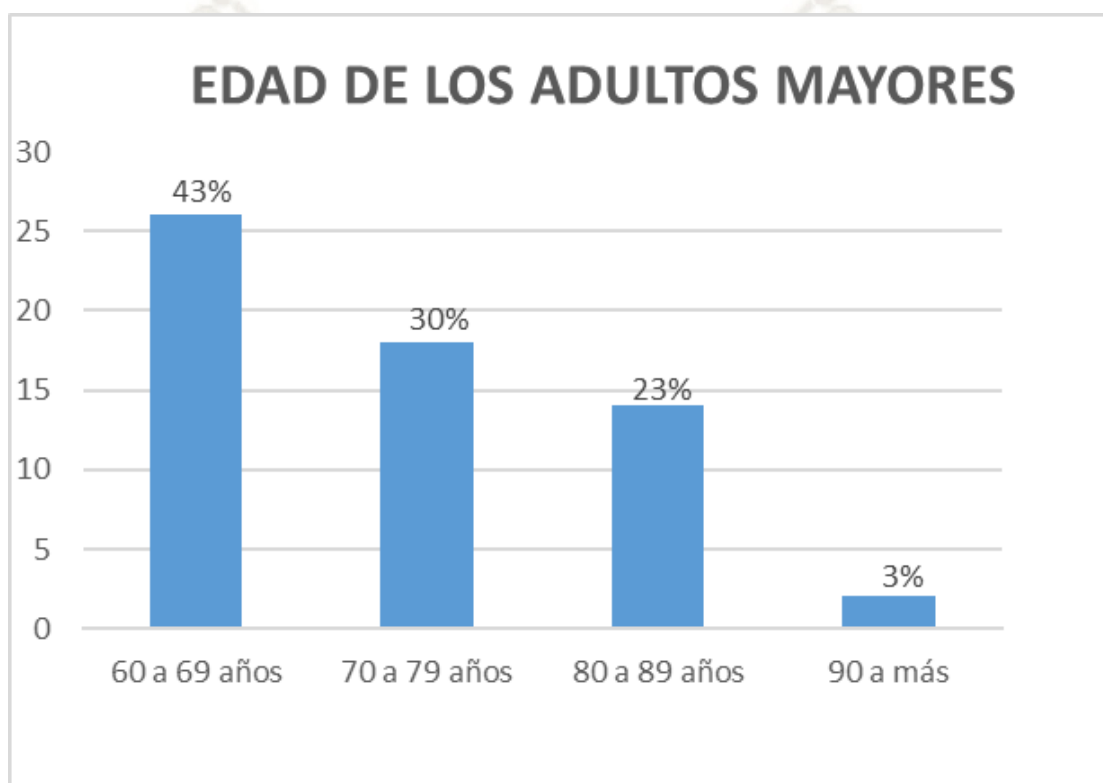
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 4 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 4**

**Características Epidemiológicas (Edad) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 4 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N° 4 Sobre los resultados de las características epidemiológicas en relación a la edad se obtuvo que 26 adultos mayores cuentan con la edad de 60 a 69 años (43,0%), seguido 18 adultos mayores cuentan con la edad de 70 a 79 años (30,0%), luego 14 adultos mayores cuentan con la edad de 80 a 89 años (23,0%), y finalmente solo 2 adultos mayores cuentan con la edad de 90 años a mas (3,0%) que asisten al Centro de Salud del Adulto Mayor en Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 5**

**Características Epidemiológicas (Estado Civil) en los Adultos Mayores**

ESTADO CIVIL		FRECUENCIA	PORCENTAJE
VÁLIDOS	SOLTERO	2	3,0%
	CASADO	27	45,0%
	CONVIVIENTE	1	2,0%
	DIVORCIADO	7	12,0%
	VIUDO	23	38,0%
	Total	60	100,0%

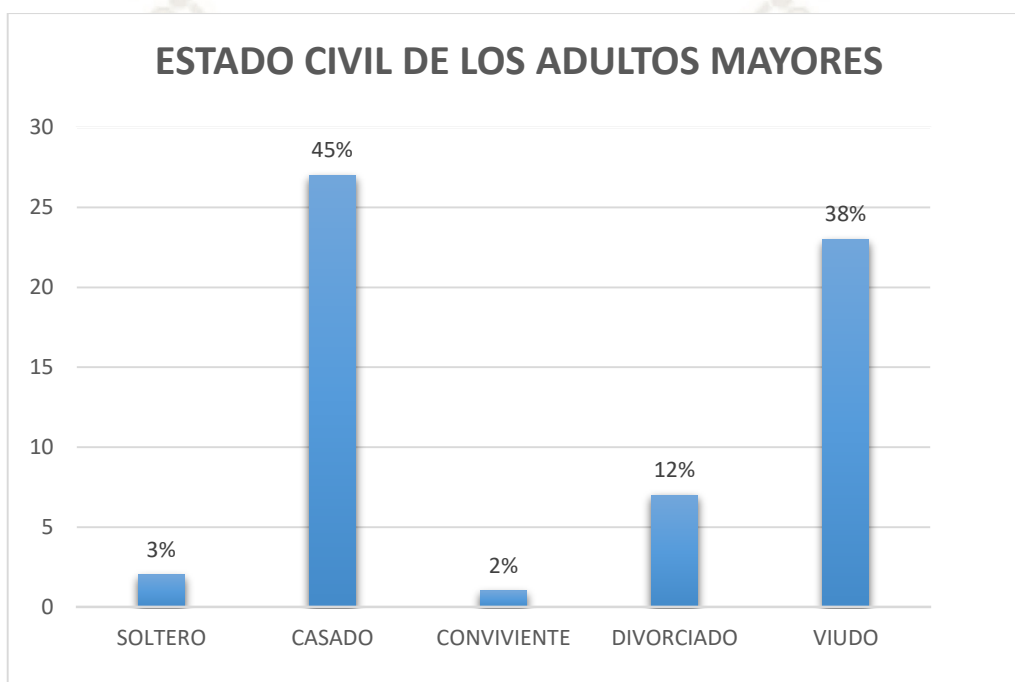
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 5 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 5**

**Características Epidemiológicas (Estado Civil) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 5 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°5 Sobre las características epidemiológicas en relación al estado civil en los adultos mayores se obtuvo que 27 adultos mayores son de estado civil casado (45,0%), 23 adultos mayores al estado civil viudo (38,0%), 7 adultos mayores al estado civil de divorciado (12,0%), y solo 2 adultos mayores al estado civil de soltero (3,0%), y finalmente solo 1 adulto mayor al estado civil de conviviente (2,0%).

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 6**

**Características Epidemiológicas (Sexo) en los Adultos Mayores**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	10	17,0%
FEMENINO	50	83,0%
Total	60	100,0%

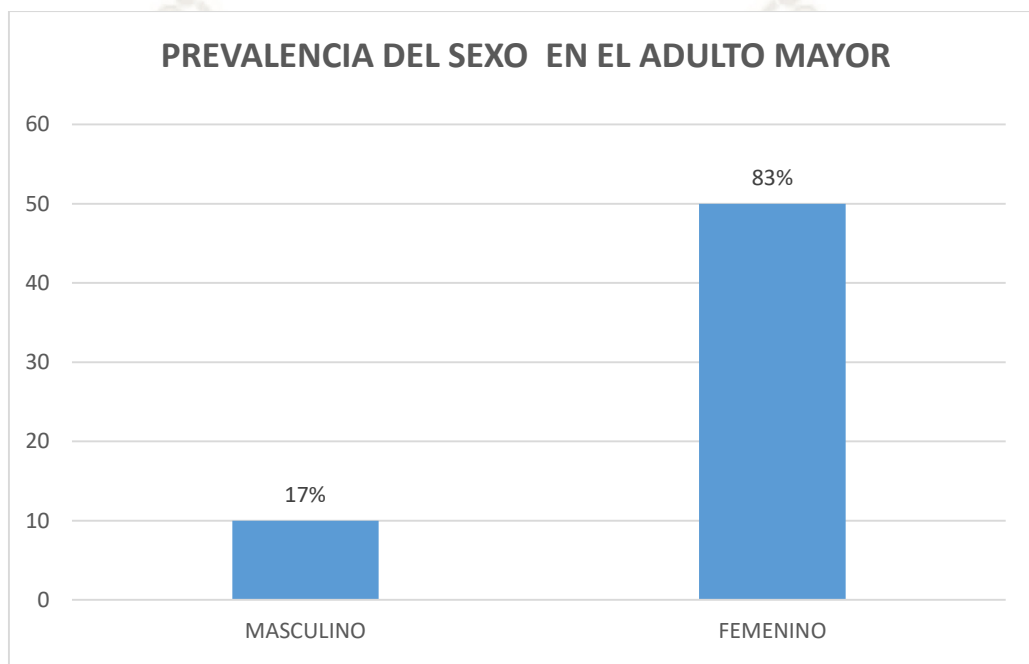
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 6 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 6**

**Características Epidemiológicas (Sexo) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 6 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°6 Sobre las características epidemiológicas en relación al sexo en adultos mayores se observa que 50 adultos mayores son del sexo femenino (83,0%), y 10 adultos mayores son del sexo masculino (17,0%).

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 7**

**Características Epidemiológicas (Vive Solo) en los Adultos Mayores**

VIVE SOLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	18,0%
NO	49	82,0%
Total	60	100,0%

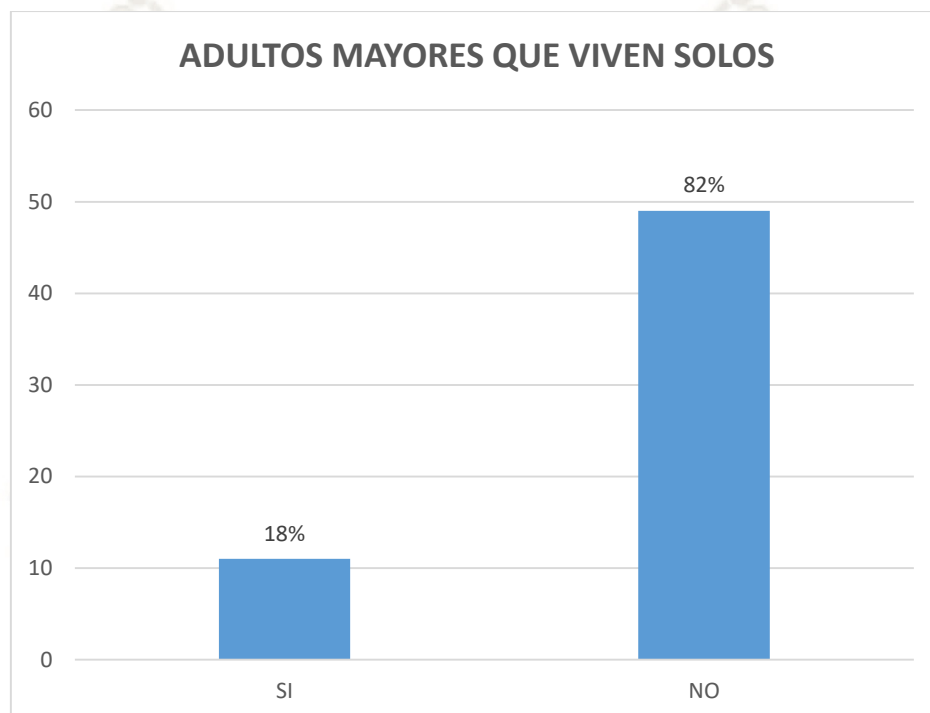
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 7 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 7**

**Características Epidemiológicas (Vive Solo) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 7 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Cuadro N°7 Sobre las características epidemiológicas en relación al sí viven solos se observa que 49 adultos mayores no viven solos (82,0%), y 11 adultos mayores si viven con alguien (18,0%).

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 8**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Edad)**

			Calidad de Vida			Total
			CALIDAD DE VIDA BAJA	CALIDAD DE VIDA MEDIA	CALIDAD DE VIDA ALTA	
Características Epidemiológicas Edad	60 a 69 Años	Recuento % dentro de Calidad de Vida.	5 38,5%	20 44,4%	1 50,0%	26 43,3%
	70 a 79 Años	Recuento % dentro de Calidad de Vida.	5 38,5%	13 28,9%	0 0,0%	18 30,0%
	80 a 89 Años	Recuento % dentro de Calidad de Vida.	3 23,1%	10 22,2%	1 50,0%	14 23,3%
	90 a Más	Recuento % dentro de Calidad de Vida.	0 0,0%	2 4,4%	0 0,0%	2 3,3%
Total	Recuento % dentro de Calidad de Vida.	13 100,0%	45 100,0%	2 100,0%	60 100,0%	

Chi<sup>2</sup>= 2,334      gl= 6      p= 0,887

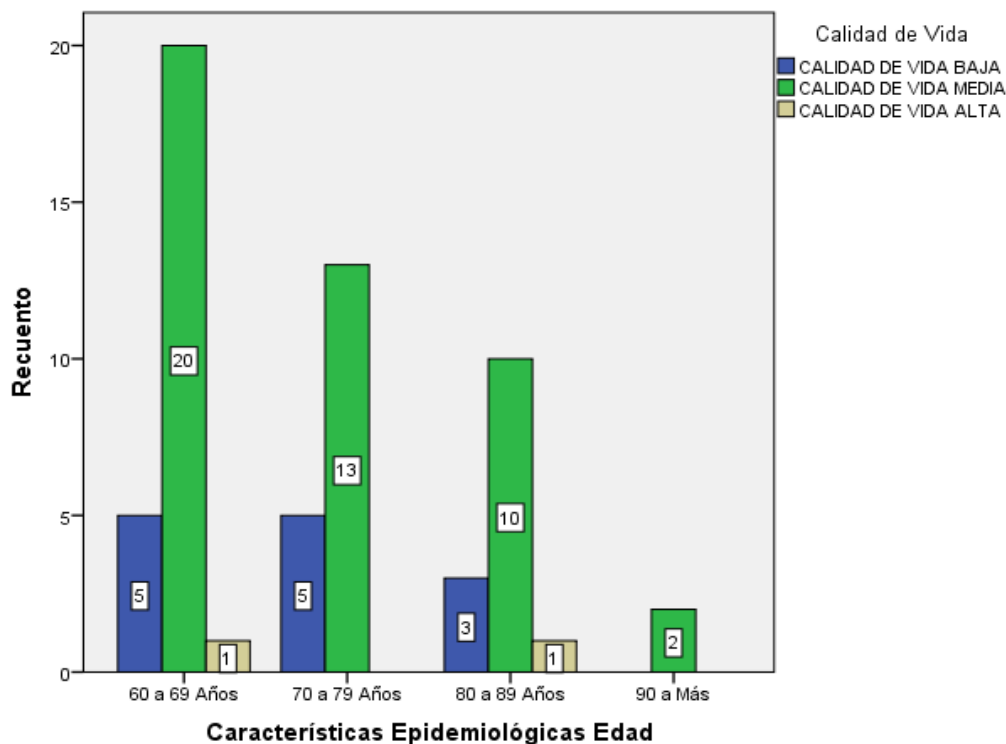
Fuente: Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 8 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 8**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Edad) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 8 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°8 Se observó que la calidad de vida baja se encuentra en 5 adultos mayores entre las edades de 60 a 69 años (38,5%) y otros 5 adultos mayores entre las edades de 70 a 79 años (38,5%), la calidad de vida media en 20 adultos mayores entre las edades de 60 a 69 años (44,4%), la calidad de vida alta se encuentra en 1 adulto mayor entre las edades de 60 a 69 años y otro adulto mayor de 80 a 89 años (50.0%) respectivamente, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y la edad de los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 9**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Estado Civil) en los Adultos Mayores**

			Calidad de Vida			Total
			CALIDAD DE VIDA BAJA	CALIDAD DE VIDA MEDIA	CALIDAD DE VIDA ALTA	
Características Epidemiológicas Estado Civil	SOLTERO	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de Calidad de Vida	0,0%	4,4%	0,0%	3,3%
	CASADO	Recuento	5	21	1	27
		% dentro de Calidad de Vida	38,5%	46,7%	50,0%	45,0%
	CONVIVIENTE	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Calidad de Vida	7,7%	0,0%	0,0%	1,7%
	DIVORCIADO	Recuento	3	4	0	7
		% dentro de Calidad de Vida	23,1%	8,9%	0,0%	11,7%
	VIUDO	Recuento	4	18	1	23
		% dentro de Calidad de Vida	30,8%	40,0%	50,0%	38,3%
	Total	Recuento	13	45	2	60
		% dentro de Calidad de Vida	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi<sup>2</sup>= 6,724

gl= 8

p= 0,567

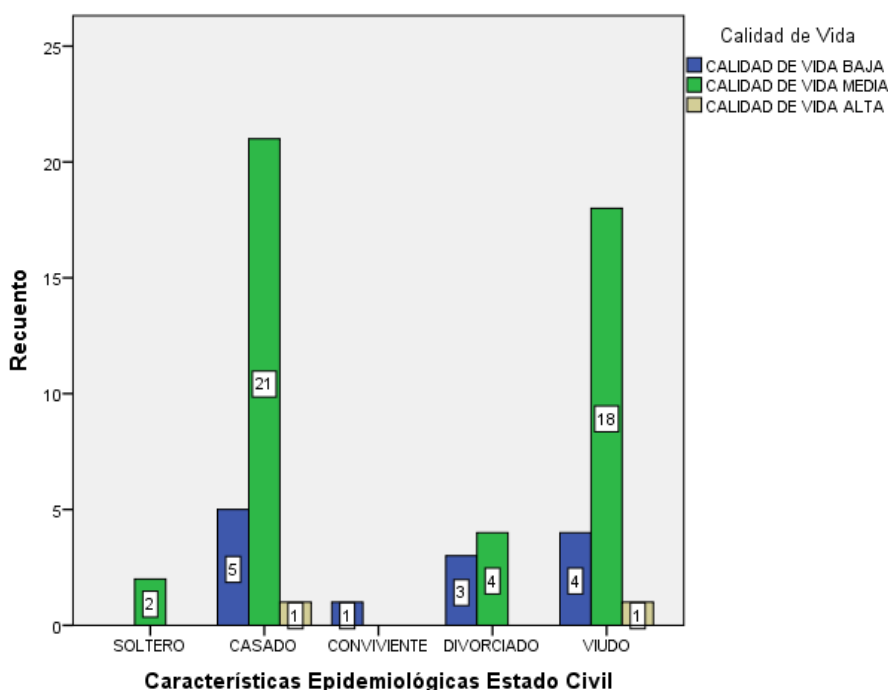
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 9 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 9**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Estado Civil) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 9 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°9 Se observó que la calidad de vida baja de 5 adultos mayores y calidad de vida media de 21 adultos mayores están en relación al estado civil de casado (38,5% y 46,7%) respectivamente, la calidad de vida baja de 4 adultos mayores y la calidad de vida media de 18 adultos mayores están en relación al estado civil de viudo (30,8% y 40%) , dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y el estado civil de los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 10**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Sexo) en los Adultos Mayores**

		Calidad de Vida			Total
		CALIDAD DE VIDA BAJA	CALIDAD DE VIDA MEDIA	CALIDAD DE VIDA ALTA	
Características Epidemiológicas Sexo	MASCULINO	Recuento 4	6	0	10
		% dentro de Calidad de Vida 30,8%	13,3%	0,0%	16,7%
	FEMENINO	Recuento 9	39	2	50
		% dentro de Calidad de Vida 69,2%	86,7%	100,0%	83,3%
Total		Recuento 13	45	2	60
		% dentro de Calidad de Vida 100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi2 = 2,622      gl= 2      p=0,270

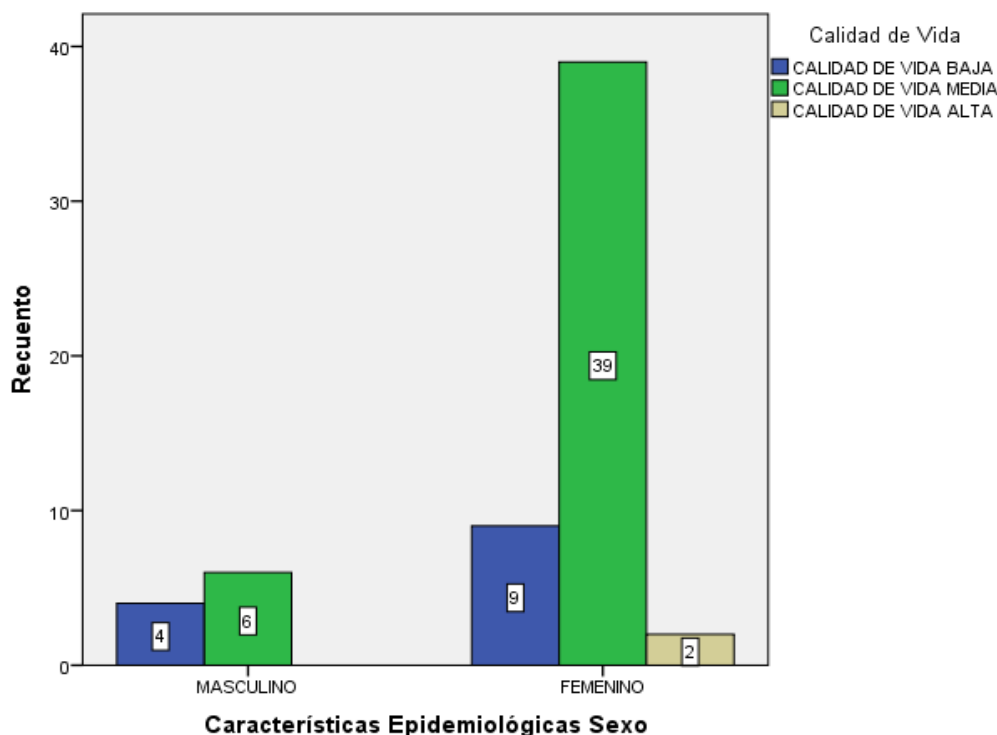
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 10 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 10**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Sexo) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 10 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°10 Se observa que 9 adultos mayores con calidad de vida baja, y 39 adultos mayores con calidad de vida media y 2 adultos mayores con calidad de vida alta están vinculados más al sexo femenino (69,2%, 86,7% y 100,0%) respectivamente, en comparación al sexo masculino, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y las características epidemiológicas de sexo de los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 11**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Vive solo) en los Adultos Mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019**

		Calidad de Vida			Total
		CALIDAD DE VIDA BAJA	CALIDAD DE VIDA MEDIA	CALIDAD DE VIDA ALTA	
Características Epidemiológicas Vive Solo	SI	Recuento 5 % dentro de Calidad de Vida 38,5%	5 11,1%	1 50,0%	11 18,3%
	N O	Recuento 8 % dentro de Calidad de Vida 61,5%	40 88,9%	1 50,0%	49 81,7%
Total		Recuento 13 % dentro de Calidad de Vida 100,0%	45 100,0%	2 100,0%	60 100,0%

Chi2 = 6,425

gl= 2

p=0, 040

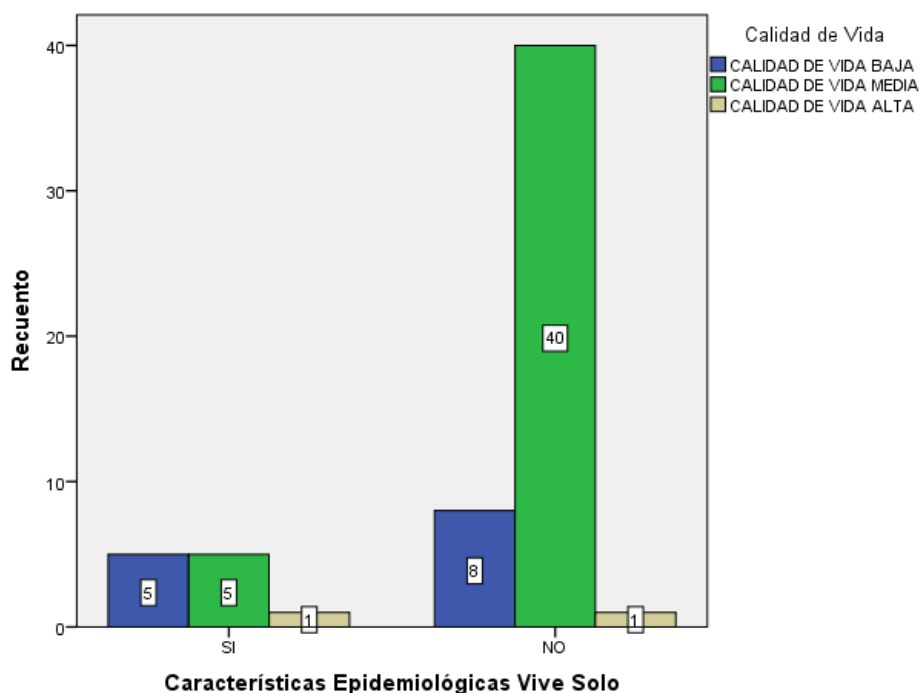
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 11 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 11**

**Relación Entre la Calidad de Vida y las Características Epidemiológicas (Vive solo) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

*GRÁFICO 11 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA HUNTER- AREQUIPA 2019*

Tabla N°11 Se observó que la calidad de vida baja 8 adultos mayores, la calidad de vida media de 40 adultos mayores y la calidad de vida alta de un adulto mayor están en relación al NO vivir solo (61,5%, 88,9%, 50,0%) respectivamente, comparado con los adultos que SI viven solos, dado que  $p < 0,05$  si existe una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y la característica epidemiológica de SI vivir solo o NO en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García-Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 12**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las y las Características Epidemiológicas (Edad) en los Adultos Mayores**

			Actividades Instrumentales de la Vida Diaria			TOTAL
			DEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA MODERADA	INDEPENDENCIA TOTAL	
Características Epidemiológicas Edad	60 a 69 Años	Recuento	0	10	16	26
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	0,0%	40,0%	57,1%	43,3%
	70 a 79 Años	Recuento	2	8	8	18
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	28,6%	32,0%	28,6%	30,0%
	80 a 89 Años	Recuento	5	7	2	14
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	71,4%	28,0%	7,1%	23,3%
	90 a Más	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	0,0%	0,0%	7,1%	3,3%
	Total	Recuento	7	25	28	60
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi2 = 16,991      gl= 6      p=0, 009

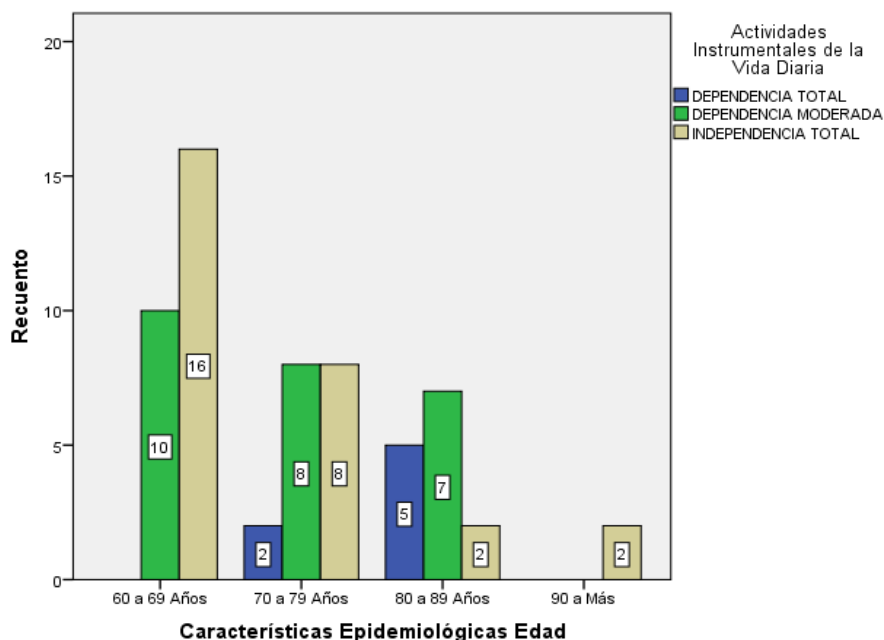
Fuente: Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 12 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 12**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Edad) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 12 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (EDAD) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°12 Se observó que la independencia total de 16 adultos mayores y la dependencia moderada de 10 adultos mayores están en relación de la edad de 60 a 69 años (57,1% y 40,0 %) respectivamente, y la aparición de la dependencia total en 2 adultos mayores en la edad de 70 a 79 años (28,6%), seguidamente la dependencia total de 5 adultos mayores más entre las edades de 80 a 89 años (71,4 %), dado que  $p < 0,05$  si existe una asociación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional de las actividades diarias de la vida diaria y la característica epidemiológica de Edad en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.

Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019

**TABLA N° 13**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Estado Civil)**

			Actividades Instrumentales de la Vida Diaria			Total
			DEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA MODERADA	INDEPENDENCIA TOTAL	
Características Epidemiológicas Estado Civil	SOLTERO	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	0,0%	0,0%	7,1%	3,3%
	CASADO	Recuento	3	12	12	27
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	42,9%	48,0%	42,9%	45,0%
	CONVIVIENTE	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	0,0%	0,0%	3,6%	1,7%
	DIVORCIADO	Recuento	0	5	2	7
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	0,0%	20,0%	7,1%	11,7%
	VIUDO	Recuento	4	8	11	23
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	57,1%	32,0%	39,3%	38,3%
	Total	Recuento	7	25	28	60
		% dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi 2 = 7,224

gl= 8

p= 0,513

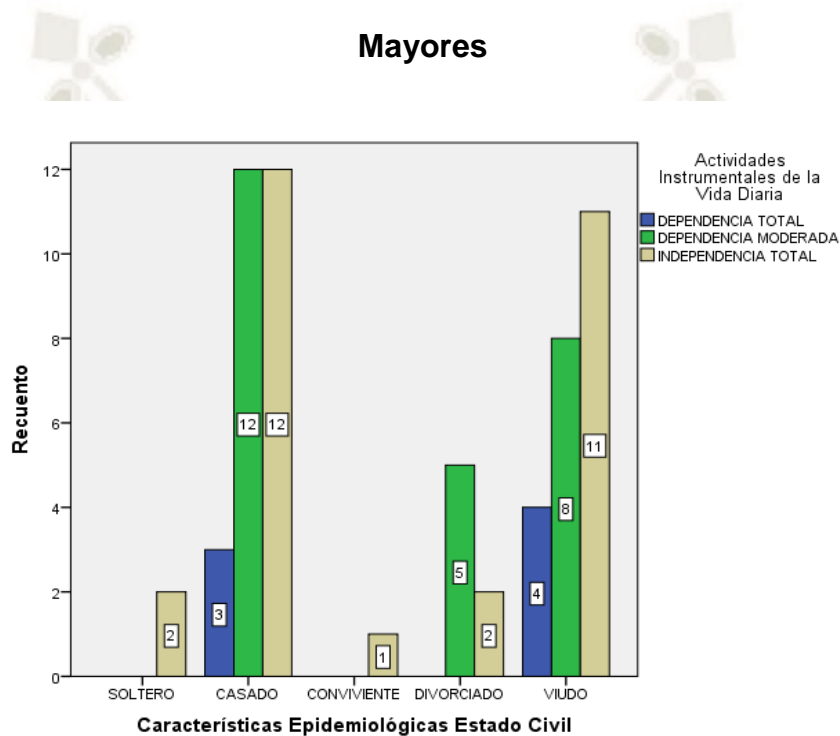
Fuente: Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 13 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 13**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Estado Civil) en los Adultos**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 13 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (ESTADO CIVIL) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°13 Se observó la independencia total de 12 adultos mayores, la dependencia moderada de también 12 adultos mayores, y la dependencia total de 3 adultos mayores están en relación al estado civil de casado (42,9%, 48%, 42,9%), seguidamente la independencia total de 11 adultos mayores, la dependencia moderada de 8 adultos mayores y la dependencia total de 4 adultos mayores se relaciona el estado civil viudo (39,3%, 32%, 57,1%) respectivamente, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional de las actividades diarias de la vida diaria y la característica epidemiológica de estado civil en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García-Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 14**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Sexo)**

		Actividades Instrumentales de la Vida Diaria			Total
		DEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA MODERADA	INDEPENDENCIA TOTAL	
Características Epidemiológicas Sexo	MASCULINO	Recuento % dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	3 42,9%	2 8,0%	5 16,7%
	FEMENINO	Recuento % dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	4 57,1%	23 92,0%	23 82,1%
Total		Recuento % dentro de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	7 100,0%	25 100,0%	28 100,0%

Chi 2 = 4, 838      gl= 2      p= 0,089

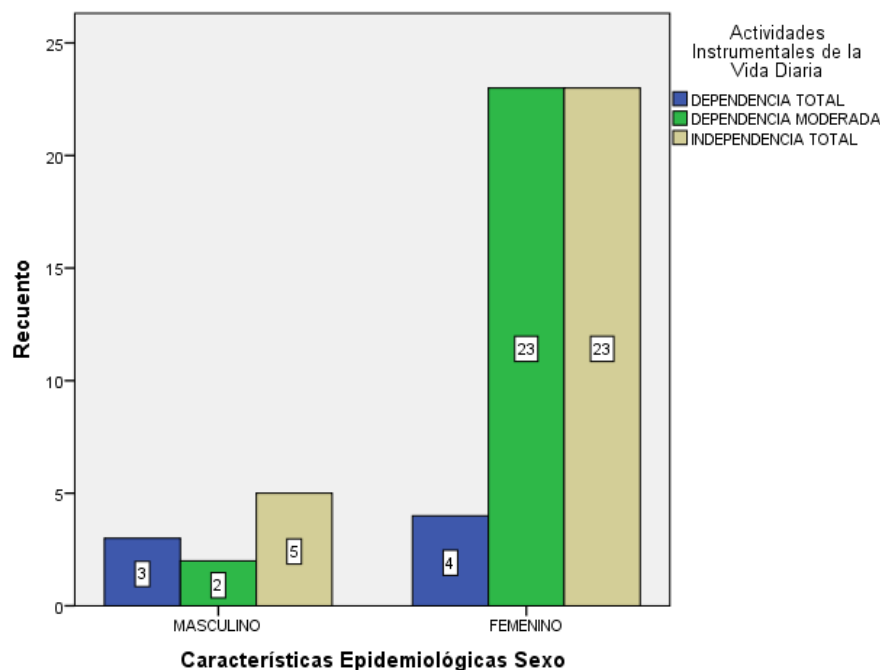
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 14 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 14**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Sexo) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

*GRÁFICO 14 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (SEXO) DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA*

Tabla N°14 Se observó que 23 adultos mayores con independencia total y otros 23 adultos mayores con dependencia moderada, junto a 4 adultos mayores con dependencia total se relacionan predominantemente con el sexo femenino en comparación al sexo masculino (82,1%, 92,0% y 57,1%) correlativamente, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional de las actividades diarias de la vida diaria y la característica epidemiológica del sexo en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**TABLA N° 15**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Vive Solo)**

		Actividades Instrumentales de la Vida Diaria			Total
		DEPENDENCIA TOTAL	DEPENDENCIA MODERADA	INDEPENDENCIA TOTAL	
Características Epidemiológicas Vive Solo	SI	Recuento 1 % dentro de 14,3%	3 12,0%	7 25,0%	11 18,3%
	NO	Recuento 6 % dentro de 85,7%	22 88,0%	21 75,0%	49 81,7%
Total		Recuento 7 % dentro de 100,0%	25 100,0%	28 100,0%	60 100,0%

Chi 2= 1,578      gl= 2      p= 0,454

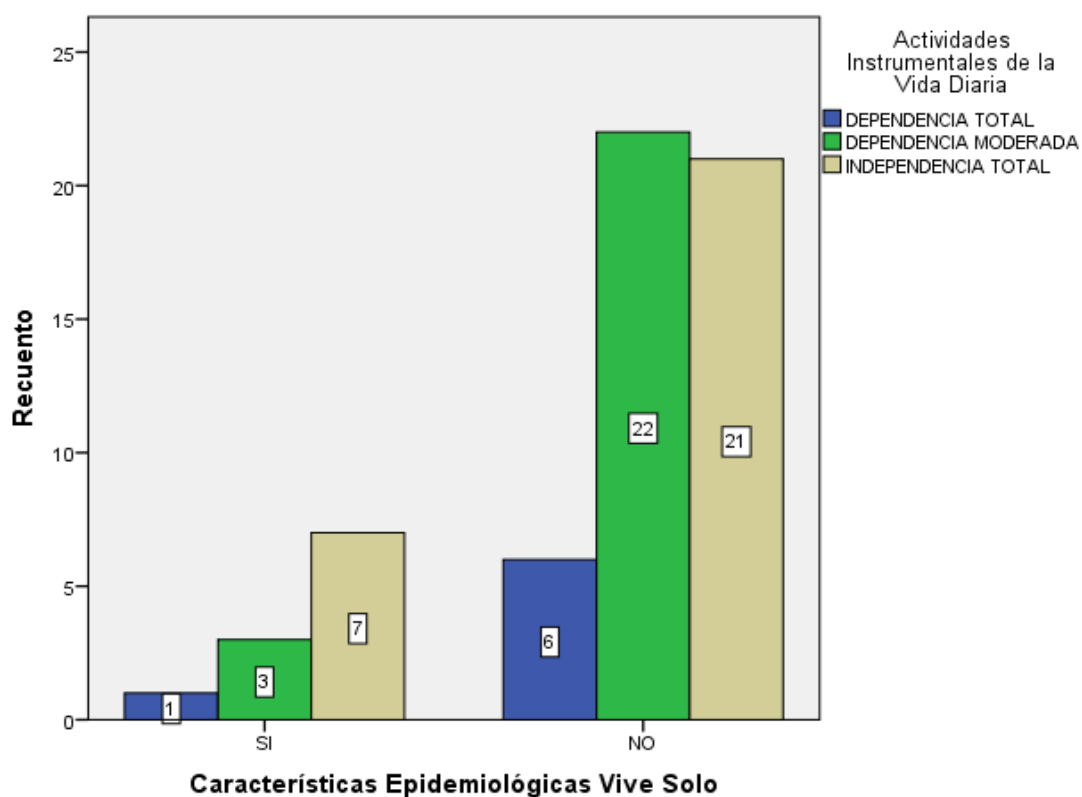
Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

TABLA 15 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

**Calidad de vida y su relación con la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter - Arequipa, 2019**

**GRÁFICO N° 15**

**Relación entre la Capacidad Funcional de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y las Características Epidemiológicas (Vive solo) en los Adultos Mayores**



Fuente: Elaboración personal (matriz de sistematización)

GRÁFICO 15 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (VIVE SOLO) EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA

Tabla N°15 Se observó que 22 adultos mayores con dependencia moderada, 21 adultos mayores con independencia total y 6 adultos mayores con dependencia total están en relación al No vivir solo (75,0%, 88,0%, 85,7%) respectivamente en comparación con los adultos mayores que Si viven solos, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa entre las capacidades funcionales de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas de vivir solo en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.



**CAPÍTULO III  
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

Del presente estudio realizado a los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García- Hunter tuvo como finalidad determinar el nivel de calidad de vida en relación a la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria, así como sus características epidemiológicas.

En la **Tabla y Gráfico N°1** se aprecia sobre el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud encuestados, que la calidad de vida media es predominante con un 75,0% (45 encuestados), la calidad de vida baja le sigue con un 22,0% (13 encuestados) y finalmente la calidad de vida alta con un 3,0% (2 encuestados). Según el estudio de B. Guillen la Calidad de Vida en los adultos mayores de Zamacola Arequipa de la tercera y cuarta edad, presentan más del 40,0% una calidad de vida alta (4). Se menciona de nuestro estudio que muy poco adultos mayores de nuestro estudio cuentan con una calidad de vida alta en comparación con otros estudios realizados en la misma localidad y que al menos nuestra población de estudio cuenta en su mayoría con una calidad de vida media, sería recomendable elaborar mayores estudios para determinar los factores y dominios afectados que limitan tener una calidad de vida alta.

En la **Tabla y Gráfico N°2** se aprecia sobre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores, que la independencia total es predominante con un 47,0% (28 encuestados), la dependencia moderada con un 42,0% (25 encuestados) y finalmente la dependencia total con un 12% (7 encuestados). Según el estudio de Ortega C. se observó que los adultos mayores estudiados presentaron un alto porcentaje de independencia para realizar algunas actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, cuidado de la casa, lavado de la ropa, responsabilidad en cuanto a su medicación) y también que existe una dependencia para ciertas actividades instrumentales (hacer compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte) pero presentan una igualdad de porcentaje para manejo de sus asuntos económicos (6). Se menciona que nuestro estudio concuerda con los resultados de Ortega, pero sería recomendable más estudios para evaluar qué actividades instrumentales que cuentan con mayor o menor grado de dependencia e independencia.

En la **Tabla y Gráfico N°3** de la asociación de la calidad de vida y la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores se resalta que; la calidad de vida baja (7 encuestados) está en relación a la dependencia moderada (53,8%), la calidad de vida media (23 encuestados) en relación a la independencia total (51,1%), y la calidad de vida alta (2 encuestados) en relación uno a la dependencia moderada y el otro a la independencia total (50,0%) respectivamente; dado que  $p > 0.05$  no existe una asociación estadísticamente significativa. Según el estudio de Firpo Del Duca reporta la importancia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en ancianos para medir la calidad de vida de los adultos mayores, así mismo que la incapacidad funcional daña la calidad de vida (6). Según Millan la dependencia es el factor más importante a la hora de que el sujeto valore su calidad de vida, ya que de alguna manera genera en él la necesidad de un apoyo por parte de un tercero, que en muchos casos no está disponible y que siempre es limitador de su propia autonomía (13). Se menciona que nuestro estudio concuerda con los autores mencionados, que poseer un grado de dependencia condiciona en el adulto mayor una caída en el nivel de calidad de vida que posee, y que por el contrario el tener una calidad de vida alta no asegura en el adulto mayor de poseer una independencia total de las actividades instrumentales de la vida diaria.

En la **Tabla y Gráfico N°4** se muestra las características epidemiológicas en relación a la edad de los adultos mayores, resaltando que las edades de mayor afluencia son de 60 a 69 años con un 43,0% (26 encuestados), la edad de 70 a 79 años con un 30% (18 encuestados), la edad de 80 a 89 años con un 23,0% (14 encuestados) y finalmente la edad de 90 años a más con 3,0% (2 encuestados). Del estudio realizado por A. Gomez menciona que existe un mayor porcentaje en las edades entre 65 y 69 años con un 46,0%, de 75 a 79 años con un 11,2%, y mayor de 85 años con un 4,0% (1). A escala mundial en el año 1950, las personas mayores de 60 años eran poco más de 200 millones, para el año 2000 esta se incrementó a 600 millones y se calcula que para el 2050 serán alrededor de 2000 millones. En América Latina, los adultos mayores de 65 años duplicarán su número entre el año 2000 y 2025; luego, entre esta última fecha y 2050, volverán a duplicar sus efectivos, de tal modo que serán 136

millones de personas y representarán 17% de la población latinoamericana. Según INEI en el último Censo del 2017. La proporción de la población de 65 y más años de edad, aumentó en los últimos 10 años, al pasar de 1 millón 764 mil 687 personas (6,4%) en 2007 a 2 millones 459 mil 71 personas (8,4%) en 2017(2). Se menciona que nuestro estudio concuerda con los datos estadísticos mencionados y que se evidencio una afluencia mayor de adultos mayores de 60 años, esto también se esperaba según la literatura por el aumento de la esperanza de vida en la población peruana, del mismo modo nos preocupa encontrar más adultos mayores de tercera edad que adultos mayores de cuarta edad que acudan a estos clubs de adulto mayor.

En la **Tabla y Gráfico N°5** se muestra las características epidemiológicas referente al estado civil en los adultos mayores, resaltando que el estado civil de Casado es el de mayor porcentaje con el 45,0% (27 encuestados), el estado civil de Viudo con el 38,0% (23 encuestados), el estado civil de divorciado con el 12,0% (7 encuestados), el estado civil de soltero con el 3,0% (2 encuestados) y finalmente el estado civil conviviente con el 2,0% (1 encuestado). Según el estudio realizado por A. Gomez en los adultos mayores el estado civil de mayor predominio es el viudo con un 44.4%, seguido del estado civil casado con un 39.2%. Según el INEI del Censo 2017 de la población peruana en general el porcentaje de casados/as ha disminuido en forma acentuada, al pasar de 38,4% en el año 1981 a 25,7% en el 2017 la proporción de viudos/as se incrementó de 3,9% a 4,1% (2). En nuestro estudio por el contrario al de A.Gomez se evidencio una prevalencia del estado civil casado sobre viudo pero se espera según los datos estadísticos mencionados que estos se inviertan con el pasar de los años, de todos modos no es insignificante el nivel de viudos encontrados y de seguir así, existiría en la población peruana una tendencia al estado civil viudo.

En la **Tabla y Gráfico N°6** se aprecia sobre las características epidemiológicas en relación al sexo en los adultos mayores, que el sexo predominante es el femenino con un 83,0% (50 encuestados) en comparación con el sexo masculino con un 17% (10 encuestados). Según INEI en el último Censo del 2017, la población femenina fue 14 millones 931 mil 127 mujeres, es decir el 50,8 % y la población masculina del Perú es 14 millones 450 mil 757 hombres, que representan el 49,2% de la población censada

(2). Se concuerda con los datos observados y es evidente que el sexo femenino prevalece en cantidad sobre el sexo masculino en nuestra población.

En la **Tabla y Gráfico N°7** se aprecia sobre las características epidemiológicas en los adultos mayores referente si vive solo, se menciona que un 82% (49 encuestados) viven con alguien mientras que el 18% (11 encuestados) si viven solos. Sobre adultos mayores que vive solos Según el último Censo del INE 2017 del total de adultos mayores el 61,8% vive con otra persona igualmente mayor de edad, que puede ser el o la cónyuge u otra persona adulta mayor con quien les una alguna relación de parentesco o amistad. Un 38,2% viven completamente solos, es decir, en un hogar unipersonal, la estructura por sexo muestra que las mujeres representan el 53,8 %, en tanto que los hombres son el 46,2% (3). Los resultados obtenidos concuerdan con los datos estadísticos mencionados y que la mayoría de nuestra población encuestada vivía con familiares que no se hacían cargo de sus necesidades, pese a vivir en el mismo hogar y que por el contrario existe una gran diferencia entre vivir con alguien cercano o no al adulto mayor.

En la **Tabla y Gráfico N°8** sobre la asociación de la calidad de vida y las características epidemiológicas en relación a la edad en los adultos mayores se menciona que, la calidad de vida baja está en relación a los años de 60 a 69 años (5 encuestados) y 70 a 79 años (5 encuestados) con el 38,5% respectivamente, la calidad de vida media está también en relación a los años 60 a 69 años (20 encuestados) con el 44,4%, y finalmente la calidad de vida alta en los 60 a 69 años (1 encuestado) y 80 a 89 años (1 encuestado) con el 50,0% respectivamente en ambos, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa. Según el estudio de Urzua A. demuestra que la calidad de vida disminuye a medida que los adultos mayores ganan mas edad y que la presencia de cualquier enfermedad crónica disminuye la Calidad de vida de las personas, independientemente de la edad (9). De nuestro estudio cabe resaltar que todos los adultos mayores encuestados, mencionaron tener al menos un dolor físico o enfermedad crónica que limita su calidad de vida, de tal modo que el dominio físico podría ser muy importante para tener una calidad de vida adecuada independiente de la edad que posea el adulto mayor.

En la **Tabla y Gráfico N°9** sobre de la asociación entre la calidad de vida en los adultos mayores y las características epidemiológicas en relación al estado civil, se aprecia que la calidad de vida baja (5 encuestados) y calidad de vida media (21 encuestados) se relaciona al estado civil de casado con los porcentajes de 38,5% y 46,7% respectivamente, y muy seguido de esto la calidad de vida baja (4 encuestados) y la calidad de vida media (18 encuestados) están en relación al estado civil de viudo, dado que  $p > 0.05$  no existiendo una asociación estadísticamente significativa. Según el estudio de Soria Z. se observó que los adultos mayores viudos presentan desventajas en comparación con aquellos que viven en pareja, por lo que es posible confirmar que, en efecto, envejecer en compañía de otras personas puede ayudar a propiciar mejores condiciones de vida y que, además, esto puede ocurrir en mayor medida si las personas comparten lazos afectivos (10), como lo mencionan Montoya y Montes de Oca, será de suma importancia fomentar una cultura de respeto y apoyo hacia el adulto mayor por parte de la familia (11), Si bien en nuestro estudio se encontró que calidad de vida media de 21 encuestados está en relación al estado civil de casado, y 18 encuestados en relación al estado civil de viudo, se concluye que estar casado aun condiciona un factor protector para mejorar calidad de vida frente al ser viudo, además según la mayoría de los adultos mayores casados mencionaron estar viviendo con un cónyuge de mayor edad que ellos o con alguna discapacidad física, en todo caso depende mucho del estado físico de la pareja para propiciar mejores condiciones de vida para ambos.

En la **Tabla y Gráfico N°10** sobre la asociación entre la calidad de vida y las características epidemiológicas en relación al sexo en los adultos mayores, se aprecia que la calidad de vida baja (9 encuestados), calidad de vida media (39 encuestados) y calidad de vida alta (2 encuestados) se asocia predominantemente al sexo femenino en comparación al sexo masculino 69,2%, 86,7% y 100,0% respectivamente, dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa. Según el estudio de Urzua A. demuestra que la calidad de vida disminuye a medida que las personas envejecen, especialmente en las mujeres sobre todo del dominio físico (9). Según Soria Z. En lo que respecta al nivel de calidad de vida por sexo, el género masculino en los adultos mayores presenta mejores condiciones comparo con el género femenino (10); entonces de ambos estudios es posible asumir que la variable del sexo

en este caso ser mujer tiene cierta influencia para poseer una calidad de vida baja mayor que el ser varón.

En la **Tabla y Gráfico N°11** de la asociación entre la calidad de vida y las características epidemiológicas en relación al si vive solo; se aprecia que la calidad de vida baja (8 encuestados) calidad de vida media (40 encuestados) y la calidad de vida alta (1 encuestados) se asocia a No vivir solo con el 61,5 %, 88,9%,50,0% respectivamente, en comparación de los adultos mayores que Si viven solos, dado que  $p < 0,05$  esta asociación es estadísticamente significativa. Según el INEI del último censo 2017 sobre los grupos de edad se menciona, que el porcentaje de aquellas personas mayores que viven solas superan el 30%. El porcentaje más alto se observa en el grupo etario de 75 a 79 años de edad con 40,2% y en el de 80 a 84 años con 38,9% (3). Según estudios e investigadores de la Cátedra IsFamily Santander de la UIC Rita Cavallotti y Francesco Marcaletti de Cataluña se menciona que los ancianos que viven solos son los que cuentan con peor salud y medios económicos por ende peor calidad de vida (14). De nuestro estudio se concluye que es preocupante encontrar que vivir con alguien no asegura tener una calidad de vida alta.

En la **Tabla y Gráfico N°12** de la asociación entre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en relación a la Edad; se aprecia que existe una dependencia total (5 encuestados) entre los años de 80 a 89 años con el 71,0%, la dependencia moderada (10 encuestados) y la independencia total (16 encuestados) entre los años 60 a 69 años con el 57,1% y 40,0% respectivamente, y la aparición ya de dependencia total (2 encuestados) en la edad de 70 a 79 años (28,6%) ; y dado que  $p < 0.05$  esta asociación es estadísticamente significativa. Según el estudio de Meza G. existe un mayor porcentaje de dependencia leve y moderada en el subgrupo de 80 a más años con el 48% y 27%, y una autonomía en la población de 60 a 69 años con el 40% (7). Se concluye que a mayor edad aumenta la posibilidad de dependencia en los adultos mayores, y a comparación del estudio de Meza G se evidencia en nuestra población un predominio de dependencia total a partir de los 70 años siendo mas marcada en los 80 años.

En la **Tabla y Gráfico N°13** sobre la asociación entre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en relación al Estado civil en los adultos mayores se aprecia que, la dependencia total (4 encuestados) está en mayor relación al estado civil viudo con un 57,1%, la dependencia moderada (12 encuestados) y la independencia total (12 encuestados) está en relación al estado civil casado cuyos porcentajes son de 48,0% y 42,9% respectivamente. Dado que  $p > 0.05$  esta asociación no es estadísticamente significativa. Según el estudio de Jerves M. El 38,0% de los ancianos no tienen pareja y esta distribuidos en viudos, solteros y divorciados. Siendo los viudos el mayor porcentaje 21,0% y la prevalencia de dependencia en estas personas alcanza el 46,0% (8). En definitiva ambos estudios nos muestra que el estado civil viudo es predominante para presentar una dependencia total y que el permanecer casado ejerce un efecto limitante o protector para el progreso de la dependencia.

En la **Tabla y Gráfico N°14** sobre la asociación entre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en relación al Sexo se aprecia que, la dependencia total (4 encuestados), la dependencia moderada (23 encuestados), y la independencia total (23 encuestados) están en relación predominantemente al sexo femenino en comparación al sexo masculino con los porcentajes de 57,1%, 92,0% y 82,1% respectivamente. Dado que  $p > 0.05$  no existe una asociación estadísticamente significativa. Según el estudio realizado por Ortega C. los hombres presentan un grado de dependencia total para la realización de sus AIVD, en relación con las mujeres que presentan un alto porcentaje en dependencia moderada y muy bajo en dependencia total, observando también que ninguno de los dos sexos presenta autonomía (5). Nuestro estudio concuerda con lo mencionado por Ortega C. el sexo femenino cuenta con un grado alto de dependencia moderada y es importante añadir además que la gran mayoría de adultas mayores de sexo femenino eran viudas lo cual hace añadir una condición más para presentar dependencia temprana y que la mayoría de los adultos mayores de sexo masculino eran casados.

En la **Tabla y Gráfico N°15** sobre la asociación entre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en relación al Si vive solo, refleja que la dependencia moderada (22 encuestados), la dependencia total (6 encuestados), y la independencia total (21 encuestados), están en relación al No vivir solo con porcentajes de 75,0%, 85,7% y 8,0% dado que  $p > 0,05$  no existe una asociación estadísticamente significativa en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter. Estudios como los de Guzmán y Huenchuan demuestran, que la familia juega un papel importante en el sostén económico de los adultos mayores y que esta proporciona los factores necesarios para su atención y desarrollo integral; no obstante, el respeto y el apoyo hacia estas personas mayores se pierde cada vez más (12). Si bien es cierto que se encontró un alto porcentaje dependencia moderada en nuestra población incluso viviendo con alguien, es necesario mencionar nuevamente que vivir con alguien no disminuye el nivel de dependencia y que en todo caso influye mucho los lazos afectivos que tenga la familia con el adulto mayor, para limitar o mejorar su capacidad funcional.



**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa Hunter según la escala de WHOQOL-BREF refleja que 45 adultos mayores tienen una calidad de vida media predominante con un 75,0%.

**SEGUNDA:** La capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa Hunter según la escala de (LAWTON Y BRODY) refleja que prevalece la independencia total con el 47,0%, seguido de la dependencia moderada con el 42,0 % de sus actividades instrumentales de la vida diaria.

**TERCERA:** De la relación entre la calidad de vida y el nivel de capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García- Hunter, existe predominantemente una calidad de vida baja en relación a la dependencia moderada de sus actividades instrumentales de la vida diaria con el 53,8%.

**CUARTA:** De las características epidemiológicas en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García- Hunter. En relación a las edades estas fluctúan en su mayoría entre las edades de 60 a 69 años con el 43,0%. En relación al estado civil predominante es el casado con el 45,0% seguido del viudo con el 38,0%. En relación al sexo existe un porcentaje mayor de adultos mayores del sexo femenino correspondiente al 83,0% sobre el masculino con el 17,0 %. En relación al porcentaje que viven solos se obtuvo que el 82,0% de nuestra población vive con alguien y que solo el 18,0% vive solo.

**QUINTA:** De la relación sobre la calidad de vida y las características epidemiológicas en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García - Hunter se menciona que; la calidad de vida baja estuvo en relación a la edad de 60 a 69 años (38,5%), son de estado civil casado (38,5%), que en su mayoría son del sexo femenino (69,2%) y que vive con alguien en el hogar (61,5%) que no es necesariamente una integrante familia; La calidad de vida media estuvo en relación también con las edades de 60 a

69 años (44,4%), el estado civil predominante es el casado (46,7%) en su mayoría de sexo femenino (86,7%) y vive con alguien más en el hogar (88,9%); La calidad de vida alta se encuentra entre las edades de 60 a 69 años y de 80 a 89 años, de estado civil casado o viudo, de mayor predominio con el sexo femenino y finalmente vive solo o con alguien en el hogar.

**SIXTA:** De la relación sobre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García - Hunter en relación a la edad se aprecia que existe un predominio de la dependencia total entre los años de 80 a 89 años (71,0%) de estado civil viudo (57,1%), de sexo femenino (57,0%) y que vive con alguien en el hogar (85,7); la dependencia moderada entre las edades de 60 a 69 años (40,0%), de estado civil casado (48,0%) de sexo femenino (92,0%) y que no vive solo (88,0%); la independencia total por el contrario se evidencia en las edades a partir de los 60 a 69 años (57,0%), en su mayoría de estado civil casado (42,9%) de sexo femenino (82,1%) y que vive con alguien (75,0%).

## RECOMENDACIONES

**1:** A los Club de Adultos mayores de los diferentes centros de atención para que cuenten con mejores estrategias de salud para la atención integral según las necesidades que ellos requieran, y para contar con el adecuado personal calificado para su manejo.

**2:** A los alcaldes de los diferentes distritos para que prioricen la salud y la incorporación de los adultos mayores a la sociedad con buenos y adecuados programas de salud para así mejorar su calidad de vida.

**3:** A las Direcciones Regionales de Salud Red Arequipa Caylloma para que sigan apoyando y facilitando los permisos a los egresados, bachilleres y titulados en trabajos de investigación para promover la mejora de la calidad de vida para que, a través de estas, se promueva soluciones a los problemas de salud con los resultados encontrados.

**4:** A las Universidades para que impulsen y motiven a sus estudiantes de Facultades de Ciencias de la Salud en trabajos de investigación que estudien los dominios afectados en la calidad de vida y que capacidad funcional de las actividades instrumentales tenga mayor utilidad.

**5:** Al Personal de Salud de primer nivel para que promueva en la población rural y urbana el envejecimiento saludable y las capacidades funcionales de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores.

**6:** A los Cuidadores y familiares de adultos mayores para que promuevan la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en el hogar o centros de atención y además mejorar sus vínculos con el adulto mayor con el fin de reincorporar al adulto mayor a la familia y finalmente a la sociedad.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, García Hernández B, Cárdenas L, Hernández Y, Aguilar D, Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública, Universidad Autónoma del Estado de México, 2015.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana: 2017. Lima: INEI. URL disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf)
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En relación a los adultos mayores de 70 a años a mas que viven solos. Estado de la población peruana: 2017. Lima: INEI. URL disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1577/Libro01.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1577/Libro01.pdf)
4. Calidad de vida en adultos mayores de tercera y cuarta edad del centro del adulto mayor zamácola- Essalud Arequipa – 2018: Biblioteca de la Universidad Católica de Santa Maria, Guillen M.
5. Ortega C, herazo K, Pacheco A, Flórez A, Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores residentes en un hogar geriátrico del distrito de barranquilla. 2012: Revista de Salud, noviembre 2012; 4(1): 33-45
6. Firpo G, Da Silva M, Hallal P, Incapacidad funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria em idosos, Revista de Pública 2009;43(5):796-805.
7. Ghina Meza Laureano, Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo – 2016: Biblioteca de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
8. Jerves M, Factores asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores del centro parroquial de Turi 2015: Universidad de ASuay.

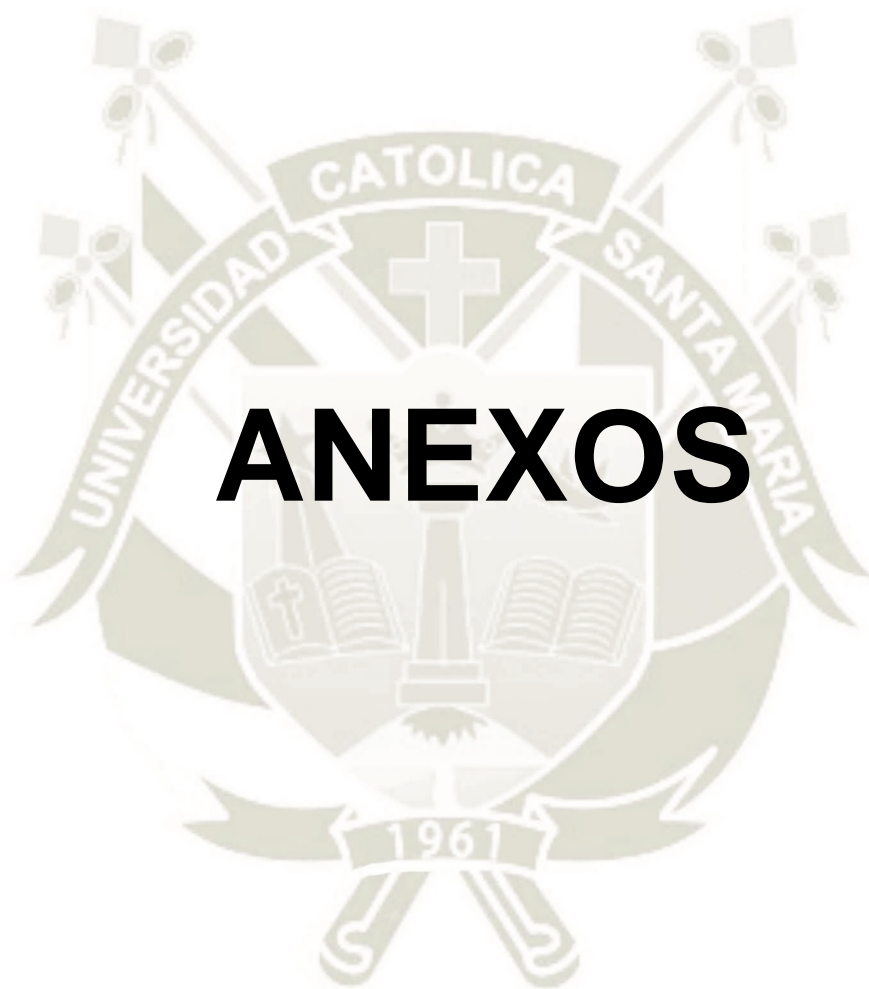
9. Urzúa A, Caqueo A, Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena, Rev Med Chile 2013;141: 1547-1554.
10. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México, Papeles de Población, vol. 23, núm. 93, 2017: Universidad Autónoma del Estado de México.
11. Montoya A, Bernardino J, y Montes de Oca H, “Los adultos mayores del Estado de México en 2008: un análisis sociodemográfico”, 2010, en Papeles de Población, núm 65, julio-septiembre, UAEM/CIEAP. Toluca.
12. Guzmán, José M. y Huenchuan, S, “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas”, en Notas de Población, 2006 vol. 33, núm. 83.
13. Millán, José Carlos, 2011, “Envejecimiento y calidad de vida”, en Revista Galega de Economía, vol. 20, pp. 1-13.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En relación a los adultos mayores de 70 años o más que viven solos. Estado de la población peruana: 2017. Lima: INEI. URL disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20180711/45835869380/los-ancianos-que-viven-solos-tienen-peor-salud-y-mas-insatisfaccion-vital.html>.
15. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos, Rev Med Chile 2011; 139: 579-586.
16. Hernández P, Neumann C, Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. Revista chilena de terapia ocupacional issn 0717-6767 VOL. 16, Nº2, Julio de 2016, PÁG. 55 – 62.

17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana: 2015.

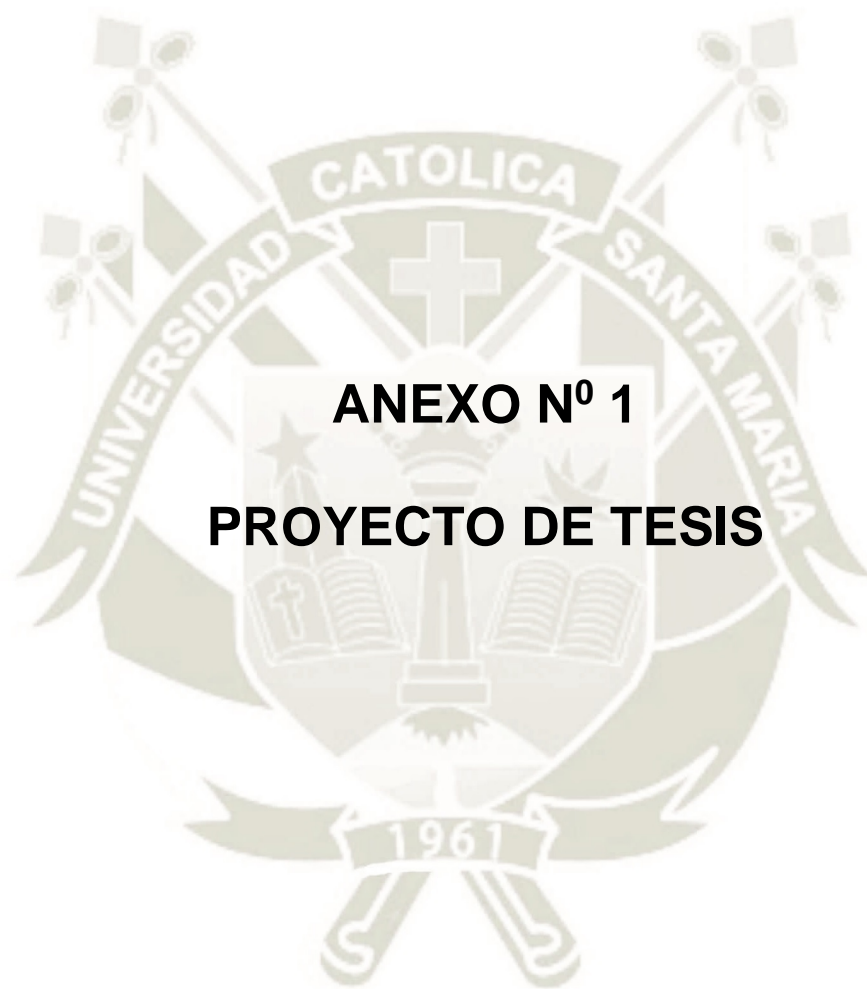
Lima: INEI; 2015. URL disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/imprimir/>





# ANEXOS



**ANEXO N° 1**  
**PROYECTO DE TESIS**

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD  
FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE  
LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE  
SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA HUNTER- AREQUIPA 2019**

Proyecto de tesis presentada por la Bachiller:  
**Delgado Montesinos, Yesary Ysolina**

Para optar el Título Profesional de  
**Médica Cirujana.**

Asesor:  
**Dr Paja Callo, Woodward**

**AREQUIPA-PERÚ**

**2019**

## PROYECTO DE TESIS

### I. PREÁMBULO

Los adultos mayores, constituyen hoy en día una población numerable, vulnerable y con difícil acceso a salud, son ellos los que mayor atención requieren debido a que su organismo por el proceso de envejecimiento, fisiológico no le permite responder de la misma forma comparado con la de adulto joven, acompañado, además, de las múltiples patologías que limitan su calidad de vida y de la pérdida paulatina de la capacidad funcional de las actividades básicas diarias que realizan.

Hoy en día se sabe que la tasa poblacional mundial se ha invertido la “cantidad de adultos mayores a 60 años” aumentará de 42 millones en el 2000 y a casi 100 millones para el año 2025, lo cual indica que el 14% de la población se incluirá en este rango de edad”. Estas cifras además se ven respaldadas con el último censo realizado en el Perú de variaciones demográficas, donde los adultos mayores (considerados en países subdesarrollados como Perú mayores de los 60 años) han aumentado pasando de 3.5% en 1950 a 4.7% en el 2000, se estima que alcanzara a 15.7% en el 2050 según el INEI (1). Esta realidad a la cual nos venimos enfrentando conlleva a la toma de conciencia a nivel personal y social, realmente estamos preparados para llegar a pertenecer a este tipo de población, y más aún como futuros médicos estamos capacitados para brindarle salud, somos conscientes del tipo de ayuda que requieren hoy en día, y de las necesidades que conllevan al deterioro de su calidad de vida.

La calidad de vida del Adulto Mayor es considerado un marcador importante para la población, este se ve afectado por factores externos e internos; apoyados con la falta de conocimiento de los familiares o cuidadores del tema, y el poco interés de parte de las autoridades etc; los adultos mayores están siendo relegados, pues son considerados como una carga y de poco interés social y no como lo que son, un referente de experiencia y sabiduría.

Por eso, es importante realizar estudios e investigaciones para saber la importancia que tiene la capacidad funcional para ellos y sobre todo de las actividades

instrumentales de la vida diaria en adultos mayores sobre la calidad de vida, considero que es importante cambiar el pensamiento de la población que considera que ser un adulto mayor, implica renunciar a realizar sus actividades y que él , “cuidar” o “proteger” por parte de sus cuidadores, familiares o mismo personal de salud más bien los incapacita de por vida, y los condena al envejecimiento prematuro con la pérdida total de su capacidad funcional y volviéndolos totalmente dependientes.

Durante la experiencia en mis prácticas clínicas e internado de toda la carrera de medicina humana, he notado la importancia que tiene estudiar esta población y me he preguntado a mí misma en varias ocasiones en cuanto se ve alterado la calidad de vida de un anciano a la pérdida cotidiana de la capacidad funcional de sus actividades y sobre todo qué importancia tiene las actividades instrumentales de la vida diaria que realiza el adulto mayor en su día a día.

Este problema es una realidad, he sido testigo de la gran demanda sobre todo en los primeros niveles de atención y del poco manejo que se tiene sobre el tema, por eso estoy convencida que fomentar una cultura que preserve la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y la calidad de vida en los adultos mayores, mejorara sus condiciones de salud para nuestras futuras poblaciones seniles, mejorando su calidad de vida se buscara nuevas estrategias políticas, económicas y sociales.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 2.1.1. ENUNCIADO DEL TRABAJO O PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de calidad de vida y su relación con la dependencia de actividades instrumentales de la vida diaria que realizan los pacientes geriátricos del centro de salud Javier Llosa García, Hunter Arequipa- 2019?

#### 2.1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

##### A. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- ◆ **Área General:** Ciencias de la salud
- ◆ **Área Específica:** Medicina Humana
- ◆ **Especialidad:** Geriatría
- ◆ **Línea:**
  - ◆ Calidad de vida del Adulto Mayor
  - ◆ Actividades instrumentales de la vida diaria del Adulto Mayor

## B. ANÁLISIS DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
Calidad de vida en Adultos Mayores	Escala de Calidad de vida. WHOQOL-BREF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida baja: 0 a 69 puntos.</li> <li>• Calidad de vida media: 70 a 99 puntos.</li> <li>• Calidad de vida alta: 100 a 130 puntos.</li> </ul>	Cualitativa/ Ordinal
VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
Actividades instrumentales de la vida diaria	Escala de Lawton y Brody.	<p><b>MUJER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máxima dependencia: 0-3 puntos</li> <li>• Dependencia Moderada: 4-7 puntos</li> <li>• Independencia total: 8 puntos</li> </ul> <p><b>VARONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máxima dependencia: 0-2 puntos</li> <li>• Dependencia Moderada: 3-4 puntos</li> </ul>	Cualitativa/ Ordinal

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Independencia total: 5 puntos</b></li> </ul>	
VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORÍA	ESCALA
<b>Características Epidemiológicas</b>	<b>Edad</b>	Años	<b>Cuantitativa/ Razón</b>
	<b>Estado civil</b>	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	<b>Cualitativa/ Nominal</b>
	<b>Sexo</b>	Femenino Masculino	<b>Cualitativa/ Nominal</b>
	<b>Vive solo</b>	Si/No	<b>Cualitativa/ razón</b>

### C. INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores del centro de salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019?

4. ¿Cuáles son las características epidemiológicas en los adultos mayores del centro de salud Javier Llosa García Hunter-Arequipa 2019?
5. ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida y las características epidemiológicas en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019?
6. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019?

**D. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- Estudio de Campo

**E. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:**

- Estudio Descriptivo, observacional y de corte transversal

**2.1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:**

El presente trabajo busca identificar la calidad de vida en adultos mayores y determinar su relación con las actividades instrumentales de la vida diaria que realizan, así mismo se buscar dar importancia a la capacidad funcional y de fomentar su cuidado.

El presente trabajo de investigación tiene relevancia científica, debido que el envejecimiento es el causante de la pérdida de las capacidades funcionales con los años, se suma la edad como otro factor que desencadena este proceso, esto conlleva a estudiarlo a detalle; otro tema importante para estudiar es la capacidad funcional que se ve reflejada al ver si un adulto mayor es o no capaz de realizar actividades para valerse por si mismo,( básicas, instrumentales, avanzadas) entonces conlleva a

diferenciar la importancia entre estas, y si estarían relacionadas alguna en especial con la calidad de vida en adultos mayores. De esta manera si el envejecimiento va de la mano con una adecuada capacidad funcional, el adulto mayor poseerá una mayor independencia para realizar sus actividades y desempeñarse en nuestra sociedad de manera independiente sin ser una carga para nadie con adecuada calidad de vida. Cabe recordar que un adulto mayor con adecuada calidad de vida es el reflejo de una sociedad con menos problemas de salud en el ámbito de las enfermedades crónicas para el estado y sobre todo para el primer nivel de atención.

El presente trabajo de investigación tiene una justificación social, el incremento del envejecimiento poblacional, pone en riesgo nuestro sistema de salud al aumentar, no solo la demanda sino el nivel de complejidad para tratar enfermedades crónicas en adultos mayores. Siendo este un problema de salud recae íntegramente en el personal del primer nivel de atención para su adecuado manejo. Los sistemas de salud de la mayoría de los países no están bien preparados para hacer frente a las necesidades de las personas adultas mayores con más razón los países como Perú que están en vías en desarrollo, con ancianos de padecimientos crónicos y síndromes geriátricos. Por eso es importante que los sistemas de salud brinden servicios integrados y específicos para los adultos mayores que les ayude a conservar sus facultades y su capacidad funcional. Otra preocupación es el envejecimiento poblacional con la inversión de la pirámide poblacional reflejada con el aumento de su población geriátrica y la disminución de la tasa de fecundidad en las personas jóvenes, siendo estas en la actualidad las que se encargan del cuidado de esta población en riesgo.

El presente trabajo de investigación tiene una justificación contemporánea, ya que el tema de calidad de vida es considerado como un importante indicador de salud para un país con miras al desarrollo, es un tema que compete a las autoridades y al personal de salud para fomentar su cuidado.

Este presente trabajo de investigación es factible a llevarse a cabo, ya que se cuenta con participación del personal de salud necesario, los permisos respectivos en el centro de salud, los instrumentos apropiados, encuestas validadas y consentimientos informados, además se suma la gran demanda de pacientes que acuden al centro de salud de Hunter.

Finalmente, este presente trabajo de investigación tiene una justificación personal, ya que mi persona considera que los adultos mayores son un tipo de población vulnerable que carece de importancia en nuestro medio y que sufre con impotencia la pérdida paulatina de su capacidad funcional de actividades instrumentales de la vida diaria, sobre todo de valerse por si mismos, limitada en gran medida por sus familiares, cuidadores o personal de salud, que desconocen de la importancia de fomentarla, del gran impacto que puede conllevar al deterioro de su calidad de vida.

Es importante que desde el punto de vista médico y como futuros médicos de primer nivel de atención identificarlo, tratarlo y fomentar su mejora; así mismo realizar más investigaciones sobre este importante tema.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.2.1. CALIDAD DE VIDA

El término de “*calidad de vida*” se viene usado en diferentes ámbitos no solo en lo científico sino también en lo social, dando una importancia sobre todo en el ámbito de la salud pública, siendo la calidad de vida un “*indicador del tipo de población que tiene un país*” y siendo este el responsable de brindarlo y promoverlo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “*calidad de vida*” como “La percepción de cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que tiene” (16), pero esto es solo un concepto subjetivo desde el punto de vista de un adulto mayor. Entonces otro concepto sería que la “*Calidad de vida*” tiene un concepto “multidimensional” que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, los que puedan ser considerados más importantes para un individuo que para otro (3).

Desde el punto de vista científico la “*calidad de vida*” se define “como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional” que le permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas. Siendo este concepto más completo cabe mencionar la importancia de valorar la dimensión subjetiva desde el punto de vista de cada adulto mayor a su propia experiencia, la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros (3).

### 2.2.2. ADULTO MAYOR

El término “*adulto mayor*” es definido por las Naciones Unidas como toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de 60 a 74 años son consideradas de “*edad avanzada*”, de 75 a 90 años son “*viejas*” o “*ancianas*” y mayores de 90 años son “*grandes viejos*” (OMS,2005) (16). Hoy en día por primera vez en la historia, la esperanza de vida según la OMS 2017 para la mayoría de las personas es alcanzar vivir hasta los 60 años a más. En Perú, a través del Ministerio de Salud y su Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, el concepto de Adulto Mayor es “La población constituida por todas las personas mayores de 60 años a más” (9).

### 2.2.3. TIPOLOGÍA DE PACIENTES ANCIANOS

#### A. ANCIANO SANO:

El anciano sano es una persona de edad avanzada sin presencia de enfermedad objetivable donde su “capacidad funcional” está bien “conservada” y es “independiente” para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

#### B. ANCIANO ENFERMO:

El anciano enfermo es aquel anciano que, aunque sano presenta una enfermedad aguda. Se comporta de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Este tipo de ancianos acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales; sus problemas de salud son atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios

tradicionales sanitarios de cada especialidad médica que corresponda.




### C. ANCIANO FRÁGIL:

El anciano frágil es aquel que conserva su “independencia de manera precaria” y que se encuentra en una situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de un anciano con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten a este mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar; y que en casos de procesos agudos, traumáticos o infecciosos pueden llevar a una situación de pérdida de su independencia que obligue a la necesidad de usar recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la “capacidad funcional está aparentemente conservada” para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas a futuro. Lo principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente ósea con riesgo a la discapacidad; en otras palabras, sería una situación de pre-discapacidad.

### D. PACIENTE GERIÁTRICO:

El paciente o anciano geriátrico es aquel que cursa con una edad avanzada y además con una o varias enfermedades crónicas y avanzadas, en el que ya existe “discapacidad de forma evidente”. Estos pacientes son “dependientes para las actividades básicas” de la vida diaria “autocuidado”, necesitan la ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. Lo principal que define a este

paciente geriátrico es que es un anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad (25).

	Anciano sano* (adulto viejo)	Anciano frágil (anciano de alto riesgo)	Paciente geriátrico
			
Concepto	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable.	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición que se mantiene compensada (en equilibrio con el entorno) (alto riesgo de descompensarse) (alto riesgo de volverse dependiente).	Edad avanzada y algunas enfermedad/es crónica/s que provocan dependencia, suele acompañarse de alteración mental y/o de problema social.
Actividades instrumentales vida diaria **	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).	Dependiente (para una o más).
Actividades básicas vida diaria ***	Independiente (para todas).	Independiente (para todas).	Dependiente (para una o más).
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia.	Alta tendencia a la dependencia.	Tendencia a mayor progresión de la dependencia.
Probabilidad de desarrollar síndromes geriátricos	Baja.	Alta.	Muy alta.

**Imagen 1: Tipología de Ancianos**

**Fuente: Tratado de Geriátria “Tipología De Los Ancianos” (2005)**

#### 2.2.4. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es “La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana como son (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas)” todas estas contribuyen de manera

particular para permitir un estado de bienestar sin alterar el proceso evolutivo del envejecimiento (5).

Calidad de vida del Adulto Mayor, según Krzeimen (2001) se da “En la medida en que el adulto mayor 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”.(6)

Calidad de vida del adulto Mayor, según Eamon O'Shea (2003) sostiene que “La calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, de bienestar subjetivo, 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”. (7)

#### 2.2.5. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

- **SALUD:** Incluyen categorías de funcionalidad física, psíquica y social.
- **SATISFACCIÓN POR LA VIDA:** Contiene las categorías de familia, estados afectivos predominantes, expectativa de futuro, el apoyo social y la satisfacción por el presente.
- **CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DE VIDA:** Abarca las categorías de situación económica y condiciones de la vivienda (5, 6).

#### 2.2.6. SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN EL PERÚ

La población anciana ha crecido en los últimos años y se estima un crecimiento mayor, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas (mayores de 60 años), lo que representa el

10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total (4).

En el Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total con 3,613 000 adultos mayores y, para el año 2025, será de 4,470 000 adultos mayores. Este crecimiento es debido a los avances en la ciencia, la medicina, la higiene, la nutrición, las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor.

En concordancia con los lineamientos dados en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en el año 2000 se conformó en el Perú una “Comisión multisectorial para la formulación del Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores” (PLANPAM), que desde el 16 de junio de 2013 cuenta con el PLANPAM 2013-2017: “Promoviendo el envejecimiento activo y saludable”, el cual está vigente y cuyo objetivo es el mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores; todo ello basado en 4 políticas nacionales esenciales: a). envejecimiento saludable; b). empleo, previsión y seguridad social; c). participación e integración social, y d). educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. (9).

#### 2.2.7. ENVEJECIMIENTO:

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta.

El envejecimiento es un proceso natural, progresivo, de transiciones y cambios psicológicos, sociales y biológicos que aparecen a través del tiempo. La OMS considera al envejecimiento “activo” como “El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación

y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (10). El envejecimiento “exitoso” es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad. (11)

La doctora Margaret Chan, directora general de la OMS, en el Informe mundial del envejecimiento y la salud publicado el año 2015, menciona las profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de salud, su personal y su presupuesto, que implicará el envejecimiento poblacional; señala también que los desafíos planteados en el presente siglo deben ser enfrentados con prontitud. En el informe enfatiza que en la mayoría de personas mayores lo más importante es “Mantener la capacidad funcional de las actividades en la vida diaria , que el envejecimiento saludable” (10).

### a) CARACTERÍSTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las características del envejecimiento según Leiton, Z. y Ordoñez, Y. (2003) consideran las siguientes características:

- **Universal:** “Propio de todos los seres vivos”.
- **Progresivo:** “Es un proceso acumulativo”.
- **Continuo:** “Tienen un inicio y final”.
- **Dinámico:** “Está en constante cambio y evolución”.
- **Irreversible:** “No puede detenerse ni revertirse, es definitivo”.
- **Declinable:** “Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte”.
- **Intrínseco:** “Porque ocurre en el individuo, a pesar de que está influido por factores ambientales”.
- **Heterogéneo e individual:** “Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido tiene su propia

característica varía enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano dentro de una misma persona” (5) (6).

## b) TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO:

*La teoría de los “radicales libres”, explica un proceso progresivo de oxidación y per oxidación que paulatinamente afecta a estructuras celulares y extracelulares, conduciendo a una correspondiente disminución de capacidades funcionales. Se trata de manifestaciones regresivas que acabarían afectando los distintos sistemas vinculados a la adaptación del individuo con el medio, en especial, el sistema inmunológico .Esta teoría de los radicales libres no solo explica el envejecimiento sino también el desarrollo de enfermedades así como el cáncer. Lógicamente es el “desgaste” la base teórica de la mencionada teoría. Este desgaste producido por efecto de las reacciones por radicales libres no tendría lugar si se conservase intacto el sistema protector antioxidante durante toda la vida del individuo, es por eso que en el envejecimiento se produce un aumento en la producción de radicales libres como proceso natural (13).*

*La teoría del “error catastrófico” carece de lógica si no se relaciona con la teoría del “daño no reparado del ácido desoxirribonucleico” (ADN) (15). La acumulación de proteínas debido a errores transcripciones y de translación del ácido ribonucleico (ARN) mensajero, así como los daños del ADN, especialmente mitocondrial, tienen un denominador común que es el daño oxidativo, quizás compartido con otros procesos deletéreos, como la “glucosilación proteica”, que es otra teoría del envejecimiento pueden explicar dicho proceso de envejecimiento.*

En resumen, tanto la teoría del error catastrófico, como la del daño del ADN, explicarían manifestaciones del envejecimiento producidas por alteraciones moleculares a su vez vinculadas, total o parcialmente, a otras teorías (14).

### c) FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO:

#### 1. ENVEJECIMIENTO RENAL:

El envejecimiento renal se asocia a cambios en la vasculatura como el *“engrosamiento de la pared arterial, esclerosis de las arterias glomerulares, y disminución de glomérulos funcionales por oclusión”*. El flujo plasmático renal disminuye aproximadamente 10% con cada década después de los 40 años. La velocidad de filtración glomerular (VFG) alcanza hasta 140 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, con una caída de 0,4 -1,02 mL/min por año después de los 40 años y a nivel histopatológico, la membrana basal glomerular presenta engrosamiento, que en ciertos glomérulos se asocia al depósito de material hialino y colapso capilar. La esclerosis glomerular llega hasta a un 30% de la población glomerular en la cuarta década de la vida. En cuanto a la función de los túbulos renales, se ha demostrado una disminución de aproximadamente un 20% en la capacidad de concentrar la orina de sujetos en la tercera década de la vida. Normalmente el envejecimiento no afecta los valores basales de electrolitos plasmáticos (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>), y tampoco se observa alteraciones en la capacidad de mantención del balance hidroelectrolítico. Sin embargo, la capacidad de adaptarse frente a cambios agudos en el balance hidroelectrolítico se ve disminuida, lo que explicaría la mayor incidencia de trastornos hidroelectrolíticos en los ancianos (23).

## 2. ENVEJECIMIENTO CARDIOVASCULAR:

### ENVEJECIMIENTO ARTERIAL:

El “*aumento de la rigidez arterial*” es una de las características del envejecimiento, ocurre como resultado a los cambios estructurales de la pared arterial, principalmente en las arterias de conducción y puede preceder el desarrollo de la hipertensión arterial. El envejecimiento arterial implica también “remodelación de la matriz extracelular”, con aumento de fibras colágenas, disminución de elastina, activación de metaloproteinasas, expresión de moléculas de adhesión etc. Estas fibras elásticas sufren degeneración, adelgazamiento, ramificación y fractura, con una disminución en el volumen en la pared arterial. La “*disfunción endotelial*” es otro tema que está caracterizada por la disminución de la función vasodilatadora dependiente de endotelio y del desarrollo de procesos inflamatorios. Con el envejecimiento se observa también la hipertrofia de las arterias de resistencia caracterizada por engrosamiento de la pared y reducción del lumen. El aumento de la rigidez de las arterias de conducción y de la resistencia periférica total contribuye al aumento de la onda de pulso y al aumento de la presión arterial. La presión arterial sistólica aumenta en forma continua con la edad; la presión arterial diastólica aumenta sólo hasta los 55 años y luego se estabiliza o disminuye levemente. Otra forma de estimar el aumento de la rigidez arterial es con la medición de la Velocidad de Conducción de la Onda de Pulso, que es inversamente proporcional a distensibilidad arterial y es un predictor independiente de riesgo coronario, particularmente en los mayores a 60 años. Todas las condiciones que aceleran el remodelado arterial y la disfunción endotelial producen aumentos más rápidos de la rigidez arterial hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome metabólico y enfermedad renal crónica etc (23).

### **ENVEJECIMIENTO CARDIACO:**

La función cardíaca en ancianos sanos no sufre grandes cambios, sin embargo, el envejecimiento disminuye la “distensibilidad cardíaca”, y la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio igualmente la rigidez de la pared ventricular aumenta con la edad. La remodelación del ventrículo izquierdo (hipertrofia concéntrica) se correlaciona con la disminución regional de la función sistólica. El deterioro en la función del Sistema Nervioso Autónomo sobre el corazón también se refleja en la pérdida de la variabilidad del ritmo cardíaco en reposo. Finalmente, la Fibrilación Atrial, la arritmia crónica más frecuente en el ser humano, muestra una prevalencia directamente proporcional a la edad y podría deberse en gran parte a los cambios de la matriz extracelular y cambios estructurales que sufre el corazón con el envejecimiento (23).

### **3. ENVEJECIMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO:**

Los cambios asociados al envejecimiento, se correlacionan con múltiples cambios morfológicos, funcionales en el sistema nervioso central los que son de gran relevancia biomédica puesto que además de ser muy frecuentes, dependiendo de su magnitud, pueden ser importantes determinantes de discapacidad.

El cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación al envejecimiento, a una tasa de aproximadamente un 5% de su peso por década desde los 40 años de vida. Las células del sistema nervioso central, al igual que otras células del organismo, presentan cambios en sus componentes en relación al envejecimiento, tales como el aumento del estrés oxidativo, acumulación de daño en proteínas, lípidos y ácidos nucleicos.

De manera similar a los cambios en número de neuronas y dendritas, los cambios en la función cognitiva asociados a la edad no son uniformes, siendo la memoria y la atención las esferas cognitivas más afectadas.

La “dopamina”, uno de los neurotransmisores más estudiado en relación al envejecimiento, nos muestra una disminución de sus niveles totales en el SNC, especialmente en la “pars compacta” de la sustancia nigra. Además, el número de receptores de dopamina se reduce especialmente los subtipos D1 y D2 en el tálamo, la corteza frontal, el girus cingulado anterior, corteza temporal y cuerpo estriado. Este “deterioro de la actividad dopaminérgica” asociada a la edad ha hecho plantear que el cerebro estaría en continua relación a la enfermedad de Parkinson. También hay alteraciones en otras vías de neurotransmisores como la colinérgica y la serotoninérgica, las que se han asociado a la patogenia de enfermedad de Alzheimer y trastornos del ánimo (23).

#### **4. ENVEJECIMIENTO DEL METABOLISMO DE LA GLUCOSA:**

El trastorno del metabolismo de la glucosa es muy frecuente en los adultos mayores, estimándose que hasta un 25% de ellos padecen Diabetes Mellitus. El adulto mayor experimenta importantes cambios en relación a su constitución corporal, como ya se mencionó, en la tercera década de la vida se observa una disminución sostenida de la masa muscular, fenómeno conocido como “sarcopenia”. Esta combinación de pérdida de masa muscular con aumento del tejido adiposo en el perfil metabólico de los sujetos añosos es muy frecuente y recibe la denominación de “obesidad-sarcopénica”, siendo este por tal motivo un predictor de síndrome metabólico. Es importante considerar también el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios como coadyudantes.

Se ha descrito también la disminución de la producción de insulina, se sabe que las células  $\beta$  mantienen un potencial replicativo durante la vida adulta, el que disminuye en forma progresiva con la edad. Esta disminución del potencial replicativo, conocida como “senescencia celular”, junto con un aumento de la apoptosis participaría de la disminución de la masa de células  $\beta$ , es un mecanismo importante en la falla de producción de insulina. El “requerimiento calórico” disminuye en forma progresiva con la edad a contar de la tercera década de la vida, y la actividad física realizada también disminuye, sin embargo, los aportes calóricos rara vez son ajustados a las demandas energéticas personales es por eso que los adultos mayores tienen una respuesta de “contrarregulación del metabolismo de la glucosa disminuida”, que se evidencia como menor respuesta de glucagón llegando así a la hipoglicemia. Esta condición, asociado a las alteraciones cognitivas y motoras de la edad hace a la población adulto mayor presentar un mayor riesgo de “hipoglicemia” y sus graves efectos secundarios (23).

## **5. ENVEJECIMIENTO MUSCULAR:**

Para mantener la independencia funcional es imprescindible mantener una adecuada “masa muscular”. La fuerza y la masa muscular alcanzan su máxima expresión en la segunda década de la vida y desde entonces se produce una declinación progresiva. El músculo esquelético sufre importantes cambios en relación a la edad. Disminuyendo su masa, he infiltrándose grasa y tejido conectivo, hay una disminución especialmente significativa de las fibras tipo 2, desarreglo de las miofibrillas, disminución de las unidades motoras, y disminución del flujo sanguíneo. A la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad se le conoce como “sarcopenia”. Este es un síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa de músculo esquelético, suele acompañarse de inactividad física,

disminución de la movilidad, enlentecimiento de la marcha, reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia. Además de estas consecuencias en la movilidad, la sarcopenia tiene importantes repercusiones metabólicas, tanto en la regulación de la glucosa, la masa ósea, balance de proteínas y disminución de la temperatura. La “sarcopenia” causa una disminución en la fuerza y la capacidad de ejercicio. Además, es predictora de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores, y se asocia a altísimos costos para los sistemas de salud (23).

	CAMBIOS MORFOLÓGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
<b>Cardiovascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de matriz colágena en túnica media</li> <li>-Pérdida de fibras elastina</li> <li>-Hipertrofia cardiaca: Engrosamiento septum</li> <li>-Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rigidez vascular y cardiaca</li> <li>-Mayor disfunción endotelial</li> <li>-Volumen expulsivo conservado</li> <li>-Mayor riesgo de arritmias</li> </ul>
<b>Renal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adelgazamiento corteza renal</li> <li>-Esclerosis arterias glomerulares</li> <li>-Engrosamiento membrana basal glomerular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor capacidad para concentrar orina</li> <li>-Menores niveles renina y aldosterona</li> <li>-Menor hidroxilación vitamina D</li> </ul>
<b>Nervioso Central</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor masa cerebral</li> <li>-Aumento líquido cefalorraquídeo</li> <li>-Mínima pérdida neuronal, focalizada</li> <li>-Cambios no generalizados de arborización neuronal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor focalización actividad neuronal</li> <li>-Menor velocidad procesamiento</li> <li>-Disminución memoria de trabajo</li> <li>-Menor destreza motora</li> </ul>
<b>Muscular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pérdida de masa muscular</li> <li>-Infiltración grasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución fuerza</li> <li>-Caídas</li> <li>-Fragilidad</li> </ul>
<b>Metabolismo Glucosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de grasa visceral</li> <li>-Infiltración grasa de tejidos</li> <li>-Menor masa de células beta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor Producción adipokinas y factores inflamatorios</li> <li>-Mayor resistencia insulínica y diabetes</li> </ul>

**Imagen 2: Fisiología del Envejecimiento**

**Fuente: Revista Médica “Cambios Fisiológicos En El Envejecimiento” (2012)**

## 2.2.8. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL:

El envejecimiento poblacional constituye en la actualidad, un centro de atención a nivel internacional para esta problemática donde difícilmente nos vemos exonerados. Los Adultos mayores han existido en todas las épocas, pero el envejecimiento poblacional es un fenómeno nuevo, poco conocido y que ya estamos viviendo, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

El envejecimiento poblacional constituye uno de los eventos poblacionales que ha emergido con rapidez e involucra a políticas nacionales e internacionales, científicas y no científicas en si a la sociedad en general. Debido al *“aumento de la esperanza de vida”* y a la *“disminución de la tasa de fecundidad”*. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que la esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años, en las últimas cuatro décadas, por lo que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad del año 2015, los peruanos y las peruanas vivirán, en promedio, 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres). Se estima que para el año 2050, la esperanza de vida de los peruanos alcance los 79 años (34).

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Este grupo social ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, debido al incremento de las enfermedades crónicas, los estados de dependencia que muchas de estas patologías (diabetes mellitus, enfermedad cardiaca, respiratoria, cáncer entre otras) y la propia edad terminan por generar una situación que produce en los adultos mayores,

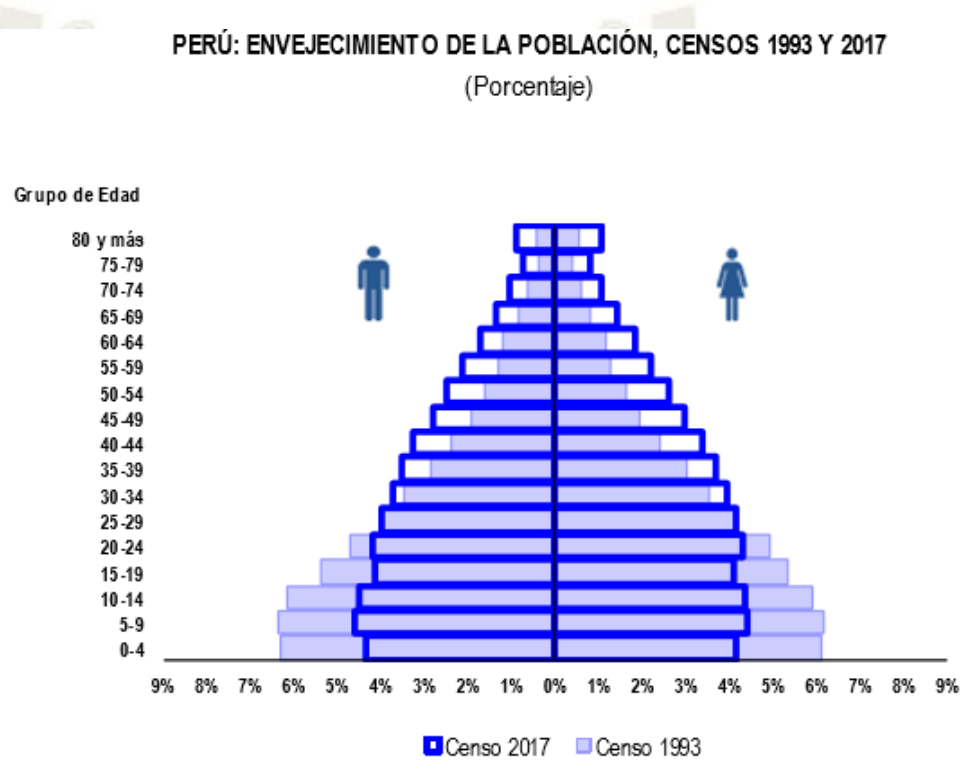
una limitación para satisfacer por sí solos sus necesidades básicas e instrumentales como lo son la alimentación, evacuación, reposo, sueño, movilidad, hidratación, protección, higiene, confort, entre otras actividades (2).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno no exclusivo de países desarrollados, donde los mayores de 60 años alcanzan tasas de 15 a 20% de la población general; sino que también ocurre en países como el nuestro. Según el último Censo del INEI la proporción de la población de 65 y más años de edad, aumentó en los últimos 10 años, al pasar de 1 millón 764 mil 687 personas (6,4%) en 2007 a 2 millones 459 mil 71 personas (8,4%) en 2017.

Desde una perspectiva demográfica, el envejecimiento de la población puede definirse como el proceso de cambios en la estructura por edad y sexo con una doble dimensión, diferenciable por sus causas y por sus efectos:

a) “Aumenta la proporción de las personas mayores, es decir, el grupo de las personas de mayor edad crece más rápidamente que el conjunto de la población”. La causa de esta variación es fundamentalmente, el descenso de la natalidad, que se conoce como envejecimiento por la base de la pirámide. En circunstancias excepcionales, la pérdida de población joven, normalmente por emigración, también podría producir un rápido envejecimiento por la base.

- b) “El grupo de personas mayores crece” en términos absolutos con un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades, por ello, cada vez es mayor la proporción de los individuos de cada generación que superan el umbral de los 60 años y que, traspasada esta barrera, sobreviven durante más años. Es lo que se denomina **envejecimiento por la cúspide** de la pirámide y responde por tanto a la inercia de los aportes de la propia estructura por edad.



**Imagen 3: Pirámide Poblacional 2017**

**Fuente: INEI “Censos Nacionales de Población y Vivienda año 1993 -2017”**

Debe recordarse que la mayor sobremortalidad masculina se debe al aumento de la edad, y va creciendo en la relación de feminidad hasta alcanzar valores superiores a dos mujeres por varón a partir de los 85 años de edad.

Debido a que con la edad aumenta la dependencia de cuidados, el envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia social en los países en todos los niveles de desarrollo. Al mismo tiempo, disminuirá la proporción

de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención y cambiará el papel de las mujeres, quienes hasta ahora han sido las principales proveedoras de esa atención (30).

#### 2.2.9. EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL

La OMS considera al envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”.

“La capacidad funcional” comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la “*capacidad intrínseca*” de la persona, las características del “*entorno*” que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La “capacidad intrínseca” es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. “El entorno” comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona (30).

Otros autores mencionan a la “capacidad funcional” como la habilidad que tiene una persona para llevar a cabo una actividad por sí misma. Este concepto es muy amplio y puede ser utilizado para referirse a múltiples actividades, sin embargo, en general el concepto de capacidad funcional suele referirse a las actividades básicas de la vida diaria (comer, higiene, vestirse, utilizar el cuarto de baño, continencia, movilidad, etc.), ya que éstas marcan el “umbral de la discapacidad” más evidente en la práctica clínica sanitaria; es decir, la falta de independencia para el “autocuidado” y, por lo tanto, la necesidad de ayuda de otras personas. Asumiendo este concepto eminentemente práctico de la discapacidad y dado que la “fragilidad” es un factor de riesgo para la discapacidad, es comprensible que aquellas variables predictores de discapacidad para las actividades

de la vida diaria puedan utilizarse como indicadores o “marcadores de fragilidad”.

La valoración funcional es una de las áreas de más interés de la valoración geriátrica. Dentro de ella las actividades de la vida diaria (AVD) se han constituido como principal referente del estado funcional de las personas mayores y cada vez son más utilizadas para desarrollar las atenciones sanitarias de las personas mayores. Se entiende por “funcionalidad”, a la capacidad del sujeto para realizar sus actividades diarias. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en “básicas, instrumentales y avanzadas” (28).

Las “actividades básicas de la vida diaria” (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres, vestido, movilidad, alimentación, etc) y siendo las inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el “autocuidado”. Las ABVD son actividades universales que se realizan en todas las latitudes y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo. Las “actividades instrumentales de la vida diaria” (AIVD) son las acciones que le permiten comprar, transportarse, recibir medicación, cocinar, poner realizar llamadas, poder salir o de disponer de su dinero etc. Las actividades instrumentales de la vida diaria son *más complejas* y se asocian a tareas que implican la capacidad de *tomar decisiones y resolución de problemas* de la vida cotidiana, y requieren un mayor nivel de habilidad para ser ejecutadas (comprar, cocinar, lavar la ropa, limpieza de hogar, usar teléfono, usar dinero, usar transporte público, tomarse la medicación) siendo estas las primeras que tras el envejecimiento se pierden en el adulto mayor. Por lo tanto, es evidente que el deterioro de estas tareas instrumentales suele preceder en el tiempo al deterioro de las actividades básicas. En este sentido, muchos autores han sugerido que las actividades instrumentales podrían ser utilizadas como

“indicadores de riesgo de discapacidad “y, por lo tanto, serían “*marcadores de fragilidad*”.

Dentro de la valoración de las AIVD se incluyen habilidades perceptivo motrices, que se refieren a la interpretación de “información sensorial” para manejarse a sí mismo (salir de casa), y a los objetos en el entorno inmediato (manipular objetos). También se evalúan “*habilidades de procesamiento o elaboración*” para llevar a cabo procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (hacer trabajo liviano y pesado en casa, manejar el dinero propio) y, por último, “*habilidades de comunicación e integración*” que posibilitan recibir información para coordinar el comportamiento propio con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras) (29).

La alteración en las AIVD es un factor de riesgo y un “*signo temprano de demencia*” en ancianos, como también un predictor de deterioro clínico en pacientes con demencia establecida, ya que este, es un reflejo del “*deterioro de la funcionalidad*” (28,29).

Las AIVD se han asociado con la “*función cognoscitiva*” se ha encontrado que actividades como: usar teléfono, el transporte, tomar su propio medicamento y manejar su propio dinero, se asocian de forma independiente con la presencia de demencia. Hay evidencias para considerar el “*deterioro cognoscitivo*” como un factor de riesgo importante para el desarrollo de discapacidad funcional y pérdida de la independencia tanto en el aspecto físico e instrumental.

Las actividades instrumentales tales como el manejo del dinero, ir de compras, son dependientes en gran parte de una adecuada “*función cognoscitiva*”, mientras que actividades orientadas hacia el autocuidado (básicas) como: vestirse y bañarse, aunque necesitan de una adecuada función cognoscitiva, la requieren en menor grado (29).

Las “*actividades avanzadas de la vida diaria*” (AAVD) Son aquellas que le permite disfrutar de la vida como es realizar deporte, dedicarse a la jardinería, o realizar largas caminatas etc. (17,18).

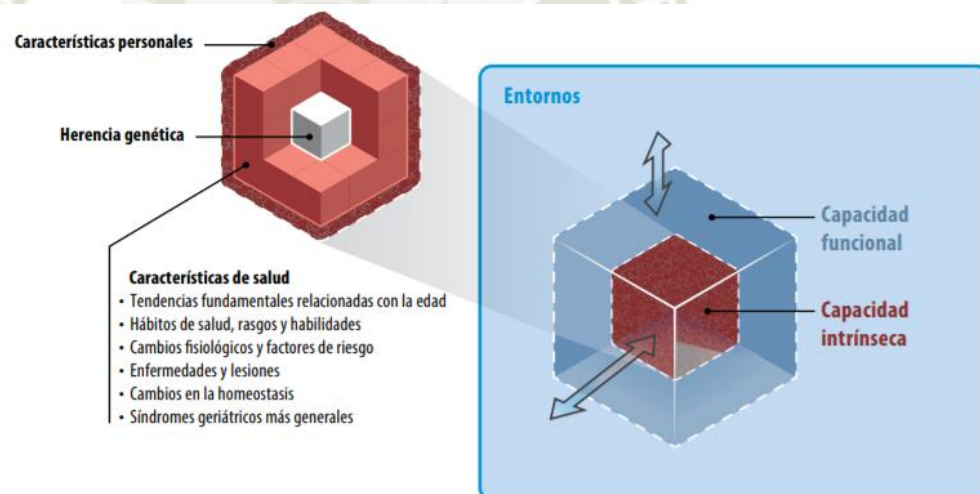
La presencia del compromiso funcional en el adulto mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50%, esta alteración funcional puede ser un “marcador” evidente del efecto de una enfermedad sistémica en el adulto mayor y también un indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la “capacidad de independencia”, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo. Actualmente, la valoración del estado de salud y calidad de vida del adulto mayor se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades (19).

La OMS estableció desde 1999 que la “capacidad funcional” es el mejor “indicador de salud y calidad de vida”; por lo tanto, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida (20). A nivel internacional se viene realizando la evaluación geriátrica integral (17), y en el Perú, el sistema de evaluación integral geriátrica ha empezado a utilizarse en los pacientes ambulatorios y hospitalizados en Lima obteniéndose datos importantes relacionados a la frecuencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, depresión, síndromes geriátricos y otros aspectos relacionados (21).

El “Envejecimiento Saludable” comienza al nacer con nuestra “*herencia genética*”. La expresión de estos genes puede verse alterada en la vida intrauterina y por las exposiciones en el entorno y los hábitos posteriores. Pero todos también nacemos en un medio social.

Entre las “*características personales*” se encuentran aquellas que son fijas, como el sexo y el origen étnico, y otras que tienen cierta movilidad o reflejan normas sociales, como la ocupación, el nivel educativo, el género o la riqueza. Estas características contribuyen a nuestra posición social en un contexto y momento determinado, lo que define las exposiciones, las oportunidades y los obstáculos que enfrentamos, así como nuestro acceso a los recursos. Estas

interacciones pueden ser injustas o inequitativas, ya que no siempre nuestras oportunidades y recursos se corresponden con nuestras necesidades o derechos, y sí con nuestra posición social o económica. A medida que las personas envejecen, sufren una acumulación gradual de daños moleculares y celulares que ocasiona una disminución general de las reservas fisiológicas. Estos amplios cambios fisiológicos y homeostáticos son, en gran medida, inevitables, a pesar de que su grado varía considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. Además de estos cambios fundamentales, la exposición a una serie de influencias positivas y negativas del entorno en el curso de la vida puede influir en el desarrollo de otras “*características de salud*”, como factores fisiológicos de riesgo (por ejemplo, hipertensión arterial), enfermedades, lesiones y síndromes geriátricos más amplios (30).



**Imagen 4: Capacidad funcional**

**Fuente: Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud según la OMS 2015**

## 2.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 2.3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

#### TITULO:

“VALORACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y DE DETERIORO COGNITIVO EN CENTENARIOS: CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS UTILIZADAS” ESPAÑA- 2012

**Autores:** R.Rabuñal, \*,R.Monte ,E.Casariego ,S.Pitab, S.Pertega, M.Ba

#### Resumen:

Objetivo: Analizar la concordancia entre escalas de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de deterioro cognitivo en centenarios. Método: Entrevista domiciliaria a todos los centenarios de nuestra área, cumplimentándose tres escalas de ABVD (índice de Katz [IK], índice de Barthe l[IB] e índice de incapacidad física de la Cruz Roja [IFCR]), y dos de valoración de deterioro cognitivo (mini examen cognoscitivo [MEC],y el índice de incapacidad psíquica de la Cruz Roja [IPCR]). Se valoró la concordancia mediante la índice kappa. Resultados: Se entrevistó a 80 centenarios, 26 hombres y 64 mujeres, media de edad,100,8±1,3 años. Más de la mitad de los centenarios presentaron independencia funcional o dependencia leve, siendo los hombres sin dependientes con más frecuencia (IB70±34,4 frente a 50,4±36,3; p=0,005). Al valorar deterioro cognitivo, los resultados fueron discordantes, aun-que los hombres presentaron menos deterioro cognitivo que las mujeres (MEC,16,5±9,1vs.11,6±8,1; p=0,008). Los tres cuestionarios que miden ABVD (IK, IB, IFCR) clasificaron uniforme mente a los centenarios; el IK y el IB clasifican igual al 95% de los centenarios (kappa,0,899), el IB y el IFCR al 97,5% (kappa,0,95) y el KelFCR al 97,5%(kappa,0,95). La concordancia en los cuestionarios de deterioro cognitivo fue muy baja; se clasificaron igual al 58,8% de los centenarios (kappa, 0,295). Conclusiones: Cualquiera de las tres escalas de ABVD es útil en pacientes centenarios. Sin embargo, está por definir cómo valorar el

deterioro cognitivo. ©2011SECA. Publicado por El sevier España, S.L.  
Todos los derechos reservados.

**TÍTULO:**

“CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD Y SU ABORDAJE DESDE  
UNA PERSPECTIVA CUBANA”. LA HABANA - 2009

**Autores:** Héctor D. Bayarre Veá

**Resumen:**

El estudio de la calidad de vida de los adultos mayores deviene en temática esencial para la mejora continua del estado de salud de este segmento de la población. En su abordaje se han identificado problemas conceptuales, metodológicos e instrumentales que constituyen retos para los profesionales e investigadores de la geriatría y gerontología y disciplinas conexas, tanto en el ámbito nacional como internacional. Estos elementos sirvieron de base para la elaboración de este trabajo que, en su desarrollo, incluyó los principales problemas que afectan el estudio del constructo, la producción instrumental para su evaluación y, en particular, la elaboración de dos escalas autóctonas cubanas para su utilización en la investigación, servicios especializados, docencia y a nivel poblacional en el país, y que pudiesen ser adaptada para otros contextos similares.

**TÍTULO:**

“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS  
MAYORES DE 60 AÑOS: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA”  
COLOMBIA- 2007

**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.

**TITULO:**

“FUNCIONALIDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN CENTROS DE BIENESTAR. REVISTA GEROKOMOS COLOMBIA 2017”

**Autores:** Elveny Laguado Jaimes, Katherine del Consuelo Camargo Hernández, Etilvia Campo Torregroza, Marta de la Caridad Martín Carbonel.

**Resumen:**

Introducción: La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor. **Objetivo:** Determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica. Metodología: estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores institucionalizados y seleccionados por muestreo no probabilístico. Resultados: predomina el rango de edad de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). Por lo que respecta a la escolaridad, el 53,3% estudiaron primaria. Contacto familiar con la familia, el 70%; tiempo de institucionalización de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años. Predominan los problemas cardiovasculares en el 34% de los adultos mayores. **Valoración funcional:** predomina el género masculino con dependencia leve (26,66%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística. Conclusiones: Se observa el predominio del género masculino en los adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres,

donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres.

### 2.3.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

#### TITULO:

“NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR” LIMA - 2016

**Autores:** Yessica Chumpitaz Chávez, Carlos Moreno Arteaga

#### Resumen:

La población en general tiene tendencia al envejecimiento, por lo que el Perú debe prepararse con políticas públicas que permitan a este segmento gozar de una vejez digna y con las debidas atenciones.

**Objetivos:** determinar el nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor del Club CORESAMI en el año 2013. **Material y métodos:** estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de nivel aplicativo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 35 adultos mayores, que concurrían al club antes mencionado, perteneciente a la Jurisdicción del Centro de Salud de San Juan de Miraflores. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento un cuestionario. **Resultados:** del 100% (35), un 49% (17) tiene un nivel medio, un 34% (12), un nivel alto, y un 17% (6) un nivel bajo de funcionalidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, prevaleciendo las primeras sobre las segundas, para las cuales requieren más apoyo. **Conclusiones:** se recomienda realizar estudios descriptivos en los diferentes sectores y establecimientos de salud ya que tienen distintas realidades, así mismos programas de intervención dirigidos a estos adultos mayores de carácter inter y multidisciplinario que incluyan a la familia y comunidad.

## 2.3.3. ANTECEDENTES REGIONALES:

**TITULO:**

“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON OSTEOARTRITIS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO - MINSA AREQUIPA – 2016”

**Autores:** Apaza Apaza, Laura Vilma y Arias Fernández, Juan Pablo.

**Resumen:**

El presente estudio titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en Adultos Mayores con Osteoartritis Honorio Regional Delgado-MINSA. Arequipa -2016”, tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis; según la naturaleza del problema y los objetivos planteados el presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo con diseño correlacional, cuya población de estudio estuvo conformada por 127 adultos mayores con osteoartritis, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

**TITULO:**

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES POLICLÍNICO METROPOLITANO ESSALUD ENERO – DICIEMBRE 2014 AREQUIPA”

**Autor:** Melanie Garketh Hinojosa Rosas.

**Resumen:**

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. 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.

**TITULO:**

“CAPACIDAD FUNCIONAL Y AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CLUB “AÑOS DORADOS” MUNICIPALIDAD DE HUNTER, AREQUIPA – 2014”

**Autores:** CALCINA QUISPE, YAQUELINE PATRICIA

**Resumen:**

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la Capacidad Funcional y el Afrontamiento – Adaptación en adultos mayores del club “Años Dorados” Municipalidad de Hunter, Arequipa–2014, cuyos resultados permitan detectar oportunamente limitaciones en la capacidad funcional, así como orientar y mejorarlas estrategias que contribuyan al logro de un envejecimiento activo y saludable.

## 2.4. OBJETIVOS

### 2.4.1 GENERAL:

Determinar el nivel de calidad de vida y su relación con la dependencia de actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del centro de salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.

### 2.4.2 ESPECIFICO:

1. Establecer el nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.
2. Establecer el nivel de capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.
3. Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la capacidad funcional de actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores del centro de salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.
4. Identificar las características epidemiológicas en los adultos mayores del centro de salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.
5. Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y las características epidemiológicas en los adultos mayores del centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.
6. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional de las actividades instrumentales de la vida diaria y las características epidemiológicas en los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa 2019.

## 2.5. HIPÓTESIS

No se refiere por tratarse de un estudio descriptivo, observacional.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 3.1 TÉCNICAS INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### i. TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta cuestionario

##### ii. INSTRUMENTOS:

El instrumento que se utilizara consiste en una ficha de recolección de datos y un cuestionario de “Escala de calidad de vida en ancianos WHOQOL BREF”, así como un cuestionario de “Escala de LAWTON Y BRODY del índice de actividades instrumentales de la vida diarias para adultos mayores.

##### iii. MATERIALES:

- Material de escritorio
- Fichas de investigación
- Encuesta y cuestionario
- Consentimiento informado
- Computadora personal
- Software de MS. Excel 2013
- Software de MS. Word 2013
- Software de procesamiento de datos IBM SPSS v 20
- Computadora de escritorio con programa de procesamiento de textos
- Impresora

### 3.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

#### 3.2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

Esta investigación se realizará en el Centro de Salud Javier Llosa García en el Club Adulto Mayores en el distrito de Hunter en la ciudad de Arequipa.

#### 3.2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

La investigación se llevará a cabo en los meses de marzo a junio del 2019.

#### 3.2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Adultos mayores de 60 años del Centro de Salud Javier Llosa García Hunter- Arequipa.

##### a) UNIVERSO:

Se trabajará con todos los adultos mayores de 60 años del centro de salud Javier Llosa García de Hunter.

##### b) POBLACIÓN BLANCO:

Se trabajará con todos los Adultos Mayores de 60 años que pertenecen al club adulto mayor del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter.

##### c) POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Adultos mayores de 60 años que acuden, habitan y pertenecen activamente en el club adulto mayor del centro de Salud Javier Llosa García de Hunter, Arequipa Marzo- junio 2019.

d) MUESTRA:

Muestra elegida por conveniencia.

e) TIPO DE MUESTREO:

No se realizará un muestreo debido a que se pretende recolectar la información, pues se seguirá los criterios de inclusión para llevarlo a cabo.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

3.2.4.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores de 60 años que asisten regularmente al centro de Salud Javier Llosa García de Hunter.
- Adultos mayores de 60 años a más de ambos sexos.
- Adultos mayores de 60 años que acepten participar de la investigación, previo consentimiento informado.
- Adultos mayores de 60 años que culminen el instrumento.
- Adultos mayores de 60 años con presencia de algún familiar o personal que brinde información real.

3. 2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos mayores con déficit del área cognoscitiva.
- Adultos mayores que no hablen castellano.
- Adultos mayores que no culminen el instrumento o decidan negarse a participar durante el proceso.
- Adultos mayores con enfermedades psiquiátricas.

### 3.4. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN

#### 3.4.1. ORGANIZACIÓN:

- En la elaboración del trabajo de investigación se realizará las coordinaciones con el médico asesor y medico dictaminador conjuntamente con los trámites administrativos que corresponden con la Facultad de Medicina Humana.
- Se solicitará la autorización de la Red Arequipa Caylloma para la ejecución de la parte práctica del trabajo en el Centro de Salud Javier Llosa García- Hunter.
- Se solicitará la autorización del jefe del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter- Arequipa. Informando los objetivos de dicho trabajo de investigación y la importancia de los resultados.
- Previo consentimiento Informado al adulto mayor, se realizará la encuesta individual de cada adulto mayor, una vez finalizado se le realizará una charla sobre la importancia en mejorar sus capacidades funcionales de las actividades instrumentales de la vida diaria y posterior a ello se realizará la recolección de datos y la tabulación de la información.
- Los datos serán procesados utilizando un programa estadístico SPSS 20 empleándose la estadística descriptiva para hallar las medidas de frecuencia, tendencia central y porcentaje.
- Supervisión y coordinación con el asesor del trabajo de investigación.

### 3.4.2. RECURSOS:

#### A. Humanos:

- Asesor de trabajo de investigación
- Investigador
- Estadístico.

#### B. Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas y procesadores de texto, base de datos, internet y software estadístico.

#### C. Económicos:

- Es Autofinanciado

#### D. Físicos:

- Local del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter.

### 3.4.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

#### A. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL- BREF

La escala de calidad de vida WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Questionnaire; Group, 1993) Barcelona, España así mismo facilito y autorizo su versión abreviada WHOQOL-BREF. En español están validadas las dos versiones del WHOQOL: el cuestionario WHOQOL-100 y el abreviado WHOQOL-BREF En Latinoamérica cuenta con *validación en adultos mayores en Chile 2011* (31). Es un instrumento de evaluación genérico que se administra para obtener información sobre los pacientes y medir la valoración

subjettiva de su estado de salud. Proporciona un “*perfil de calidad de vida*” percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las 4 áreas que explora. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés. Es uno de los cuestionarios canónicos de salud y calidad de vida más utilizados en todo el mundo, traducido a más de 50 lenguas en la actualidad de manera que lo hace un instrumento transcultural.

El cuestionario **WHOQOL-BREF** contiene un total de 26 preguntas, dos preguntas de calidad de vida global y salud general, y una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100.

Consta asimismo de 4 áreas o dimensiones: **salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente**. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y el tiempo que contempla es de dos semanas.

La puntuación final corresponde a la suma de las 26 preguntas, considerando que cada uno suma 5 puntos. De manera que la puntuación máxima es 130 puntos.

- **Calidad de vida baja:** 0 a 69 puntos.
- **Calidad de vida media:** 70 a 99 puntos.
- **Calidad de vida alta :** 100 a 130 puntos.

## B. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Escala de Lawton y Brody. Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. La escala de Lawton es uno

de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día.

Su traducción al español se publicó en el año 1993. Esta escala cuenta con una “*validación en adultos mayores en Chile 2016*” (32). Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano.

La escala de Lawton y Brody consta de 8 ítems:

1. Capacidad para utilizar el teléfono
2. Hacer compras
3. Preparar la comida
4. Realizar el cuidado de la casa
5. Lavado de la ropa
6. Utilización de los medios de transporte
7. Responsabilidad respecto a la medicación
8. Administración de su economía.

A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final para la Mujer es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) y en el caso del Varón las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 5 (independencia total) considerando que para los varones se anula los ítems 3,4,5 al ser actividades no muy practicadas ni aprendidas por ellos. La información se obtiene

preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

#### **MUJER**

- **Máxima dependencia:**0-3 puntos
- **Dependencia Moderada:**4-7 puntos
- **Independencia total:** 8 puntos

#### **VARONES**

- **Máxima dependencia:**0-2 puntos
- **Dependencia Moderada:**3-4 puntos
- **Independencia total:** 5 puntos.

### *3.4.4. CRITERIOS PARA MANEJAR LOS RESULTADOS*

#### *3.4.4.1. A NIVEL DE RECOLECCIÓN*

Se aplicará la encuesta a los adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter, además las fichas de recolección de datos serán manejadas previo consentimiento informado y se llevara a cabo de manera individualizada.

#### *3.4.4.2. A NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN*

Los datos obtenidos de la encuesta serán procesados en una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2013, posterior a ello se utilizará el paquete estadístico **SPSS** versión 20.0.0

#### *3.4.4.3. A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS*

Para el estudio de los datos se aplicará la prueba estadística de “chi” cuadrado para poder determinar la existencia d la no existencia de la relación entre las variables.

Los resultados se graficarán en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes para su mejor interpretación.

#### IV. CRONOGRAMA DEL TRABAJO

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
1. Elección de tema						
2. Revisión Bibliográfica						
3. Aprobación de Proyecto						
4. Ejecución						
5. Análisis e interpretación						
6. Informe final						

**FECHA DE INICIO:** Enero del 2019

**FECHA PROBABLE DE TERMINO:** Junio del 2019

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Castro A, Rocabado F, Baca M, Políticas saludables para adultos mayores en los municipios / Ministerio de Salud; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Red de Municipios y Comunidades Saludables; Organización Panamericana de la Salud- Lima: Organización Panamericana de la Salud, 2004. 68 p.
2. Martínez T, Pérez C, González G, Castellón L, González B, El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Aging, Elderly and Quality of Life: Success or Difficulty: Rev. Finlay, 60- 8 no : marzo 2018.
3. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: Ministerio de Salud, 2006 Perú.
4. OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. N° 31. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995. p. 9-10.
5. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300
6. 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.
7. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la Investigación cualitativa. Granada: Ediciones Aljibe; 1996. p. 31.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana: 2015. Lima: INEI; 2015. URL disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf)

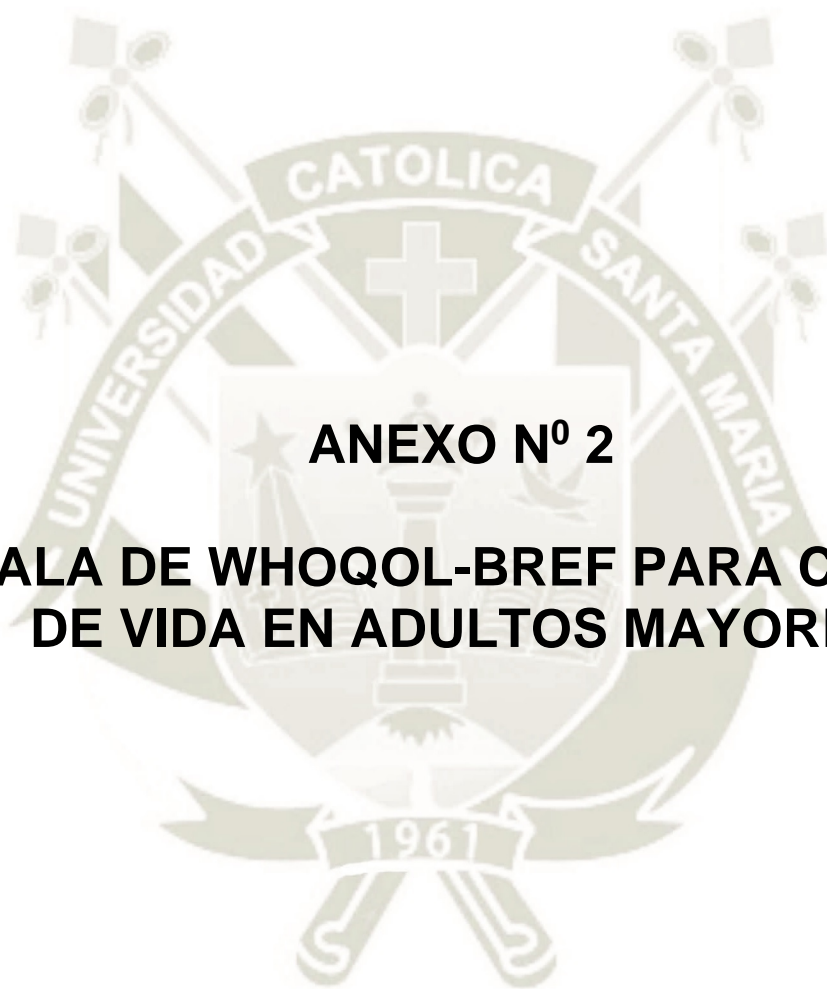
9. Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de personas adultas mayores 2013-2017. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables N° 5. Lima: MINP; 2013. URL disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político: Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2): 74-105 URL disponible en: [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms\\_envejecimiento\\_activo.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
11. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging: J Am Med Dir Assoc. 2009 Feb;10(2):87-92. doi: 10.1016/j.jamda.2008.11.003.
12. Ruiz A, Envejecimiento: causa, mecanismos y regulación: Revista española de geriatría y gerontología, p 1,81- 36 2001
13. Harman D. The free-radical theory of aging: Warner HR et al, eds. Modern biological theories of aging. New York: Raven Press; 1987. p.81-7.
14. Miquel J. Role of mitochondria in cell aging: En: Macieira-Coelho A, ed. Molecular basis of aging. Boca Raton FL: CRC Press; 1995. p. 219-33.
15. Davies J. Theories and general principles of aging, En: Brocklehurst JC et al, eds. Textbook of geriatric medicine and gerontology: London:Churchill Livington; 1992
16. Annika Maya Rivero; Mayores de Hoy. El adulto mayor en el Mundo Parte 1; Ciudad de Mexico 2012 (Citado el 29 de Mayo del 2016)
17. Fernández SS, González Pedraza Avilés A, Castillo Y del CM. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida: Rev Espec Méd-Quirúrgicas. 2009;14(4):161-75.

18. Chumpitaz Y, Chávez A, Moreno C, Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor, Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Citado el 29 de mayo del 2016)
19. Fócil-Némiga E, Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas: Tabasco, México. Rev Fac Salud - RFS; 6(2):12–9. 2015
20. Villarreal G, Month E. Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65-year-old in two neighborhoods of Sincelejo: Rev Salud Uninorte.28(1):75–87 colombia- 2012
21. Varela L, Chávez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional: Rev Medica Hered. 2005;16(3):165-71
22. María Trigás-Ferrín<sup>1</sup> , Lucía Ferreira-González<sup>1</sup> , Héctor Meijide-Míguez Escalas de valor funcional en el anciano: Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-1 2011
23. DR. Felipe Salech M, DR. Rafael Jara L, DR. Luis Michea A, cambios fisiológicos asociados al envejecimiento; revista médica condes chile- 2012.
24. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007
25. Robles J, Raya R, Basseda M, Imma Llorach, Gaspar A, Cervera A. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana: Tratado de geriatría para residentes- 2005.
26. Badía Xavier, Salamero Manel, Alonso Jordi. “La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español” Ed. Edimac. 2º Edición. Barcelona; 1999.

27. WHOQOL Group (1993) Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) Qual Life Res, 2: 153-159.
28. LECHOWSKI L, VAN PRADELLES S, LE CRANE M, D'ARAILH L, TORTRAT D, TEILLET L, VELLAS B. Patterns of Loss of Basic Activities of Daily Living in Alzheimer Patients: A Cross-Sectional Study of the French REAL Cohort. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010; 29:46-54.
29. Cano Gutiérrez C, Matallana Eslava D, Reyes Gavilán P, Montañés Ríos P, Cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria en la Enfermedad de Alzheimer,. Acta Neurol Colomb 2010;26: Sup (3:1):112-121)
30. Informe Mundial Sobre Envejecimiento y Salud OMS 2015. URL disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=39FD8EC0A11811C75AF62BD768E690D9?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=39FD8EC0A11811C75AF62BD768E690D9?sequence=1)
31. Espinoza I, Osorio P , Torrejón M , Carrasco R , Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos, Rev Med Chile 2011; 139: 579-586.
32. Hernández P, Neumann C, Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales lawton y brody. Revista chilena de terapia ocupacional issn 0717-6767 VOL. 16, Nº2, Julio de 2016, PÁG. 55 – 62.
33. Lara Jaque R, López Espinoza M, Espinoza Lavoz E, Pinto C, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. Index Enferm vol.21 no.1-2 Granada ene./jun. 2012.

34. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana: 2015. Lima: INEI; 2015. URL disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/imprimir/>





**ANEXO N° 2**

**ESCALA DE WHOQOL-BREF PARA CALIDAD  
DE VIDA EN ADULTOS MAYORES**

## ANEXO N° 2:

### ESCALA DE WHOQOL-BREF PARA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo:                      Hombre                      Mujer

¿Qué estudios tiene?                      Ninguno                      Primarios                      Medios                      Universitarios

¿Cuál es su estado civil?                      Soltero /a                      Separado/a                      Casado/a                      Divorciado/a  
Viudo/a

¿Vive solo?                      Si/No

¿En la actualidad Ud. Sufre de una enfermedad psiquiátrica?                      Si/No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? \_\_\_\_\_  
Enfermedad/Problema

**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4. quedando la respuesta de la siguiente forma:

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificarías su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Un poco insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Cómo de satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5

20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Moderada - mente	Frecuente- mente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

## ESCALA DE WHOQOL-BREF PARA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

- **NOMBRE:** World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group , 1993 Barcelona, España así mismo facilito y autorizo su versión abreviada WHOQOL-BREF. Este instrumento cuenta con *validación en adultos mayores en Chile* 2011.

- **PROPÓSITO**

El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes.

- **BASE CONCEPTUAL**

Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes) , personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas en casi 40 países que lo convierte en un instrumento transcultural.

Después del análisis de unas 2000 preguntas generadas en los Centros iniciales, se desarrolló un primer instrumento de trabajo que contenía 236 preguntas; cubría seis áreas y 29 facetas de calidad de vida. A través de los trabajos de campo y el análisis de éstos, se desarrollaron las dos versiones existentes del WHOQOL.

- **DESCRIPCIÓN**

Existen validadas al español las dos versiones del WHOQOL: el WHOQOL – 100 y el WHOQOL- BREF.

**EI WHOQOL-100** está compuesto por 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida global y la salud general. Consta de seis áreas: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión, creencias personales; y de 24 facetas. Cada faceta está representada por 4 preguntas.

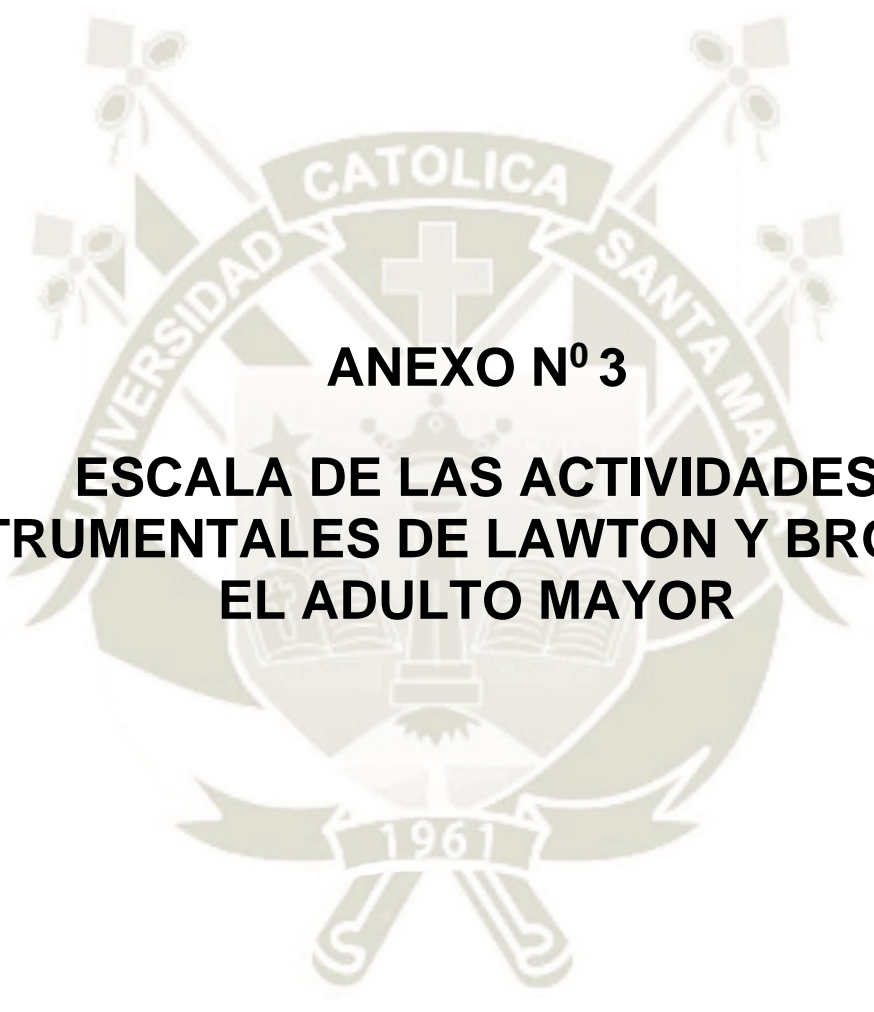
**EI WHOQOL- BREF** contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

El tiempo de referencia que contempla el **WHOQOL** es de dos semanas. El cuestionario debe ser auto administrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistado.

➤ **VALIDEZ**

Se administró el **WHOQOL-100** a una muestra de 558 sujetos –pacientes ambulatorios, población general, pacientes esquizofrénicos y cuidadores de pacientes esquizofrénicos viendo que el instrumento discriminaba entre los diferentes grupos (Lucas, 1998). Los coeficientes de las facetas variaban entre 0,43 (la faceta “seguridad física”) y 0,90; y los coeficientes de las áreas variaban entre 0,69 y 0,90 (según información personal de los autores de la adaptación).

Las puntuaciones de las áreas producidas por el **WHOQOL-BREF** mostraron correlaciones de alrededor de 0,90 con las puntuaciones del WHOQOL-100. También mostraron una validez discriminante, de contenido y fiabilidad test-retest buenas (15).



**ANEXO N° 3**

**ESCALA DE LAS ACTIVIDADES  
INSTRUMENTALES DE LAWTON Y BRODY EN  
EL ADULTO MAYOR**

**ANEXO Nº 3: ESCALA DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON Y BRODY EN EL ADULTO MAYOR**

<b>ESCALA DE LAWTON Y BRODY</b>		
	<b>PUNTOS</b>	<b>PUNTOS</b>
	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
<b>1.- CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>		
a) Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
b) Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
c) Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar,	1	1
d) No utiliza teléfono	0	0
<b>2.- HACER COMPRAS</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Realiza las compras necesarias independientemente	1	-
b) Realiza independientemente pequeñas compras	0	-
c) Necesita ir acompañado a cualquier comprar	0	-
d) Totalmente incapaz de comprar	0	-
<b>3.- PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Organiza prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1	-
b) Prepara adecuadamente las comidas y se le proporciona los ingredientes.	0	-
c) Prepara caliente y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	-
d) Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	-
<b>4.- CUIDADO DE LA CASA</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Mantiene la casa limpia sola o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	-
b) Realiza tareas ligeras como lavar platos o hacer las camas,	1	-
c) Realiza tareas ligeras y no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	-
d) Necesita ayuda en todas las labores de casa	1	-
e) No participa en ninguna labor de la casa	0	-
<b>5.- LAVADO DE LA ROPA</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Lava por si solo toda la ropa	1	1
b) Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
c) Todo el lavado de ropa debe ser utilizado por otro.	0	0
<b>6.- USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Viaja solo en transporte público o maneja su propio carro.	1	1
b) Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte.	1	1
c) Viaja en transporte público cuando viaja acompañada.	1	1
d) Utiliza taxi o auto solo con ayuda de otros	0	0
e) No viaja	0	0
<b>7.- RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Capaz de tomar su medicación ala dosis y hora adecuada	1	1
b) Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
c) No es capaz de administrarse su medicación	0	0
<b>8.- MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	<b>MUJER</b>	<b>VARÓN</b>
a) Se encarga por si solo de sus problemas económicos	1	1
b) Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1	1
c) Incapaz de manejar dinero	0	0

## ESCALA DE LAWTON Y BRODY DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN EL ADULTO MAYOR

### ➤ **NOMBRE:**

Escala de Lawton y Brody. Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD.

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Esta escala cuenta con una *validación en adultos mayores en Chile 2016*.

### ➤ **FINALIDAD:**

- Mide las actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad 0.94.
- Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria.

### ➤ **ESTRUCTURA:**

La escala valora 8 ítems, capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, Responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente).

➤ **OPCIONES DE RESPUESTA:**

La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La puntuación final para la Mujer es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total) y en el caso del Varón las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 5 (independencia total) considerando que para los varones se anula los ítems 3,4,5 al ser actividades no muy practicadas ni aprendidas por ellos. Esta información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. Evaluación de la escala a mayor puntuación mayor independencia.

**MUJER**

- **Máxima dependencia:**0-3 puntos
- **Dependencia Moderada:**4-7 puntos
- **Independencia total:** 8 puntos

**VARONES**

- **Máxima dependencia:**0-2 puntos
- **Dependencia Moderada:**3-4 puntos
- **Independencia total:** 5 puntos

➤ **TIEMPO DE APLICACIÓN:**

El tiempo aproximadamente requerido para su realización es de 4 minutos.

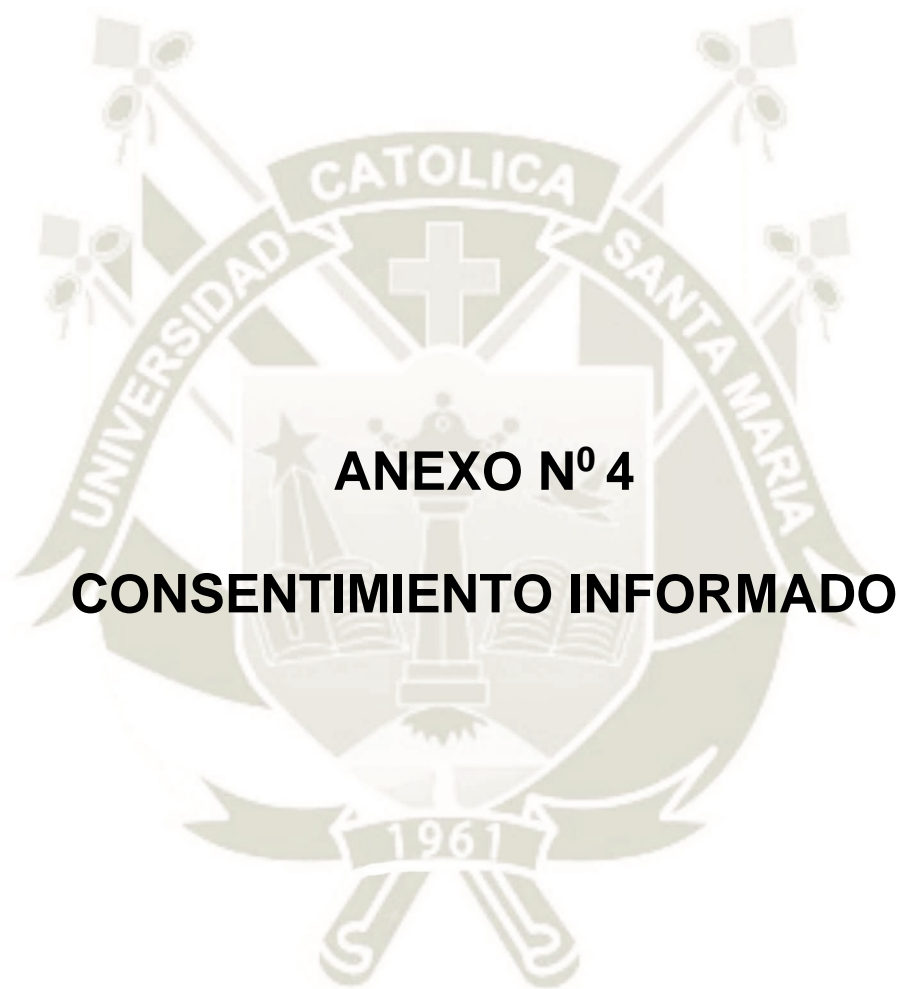
➤ **FORMA DE APLICACIÓN:**

Individual o en grupo se puede aplicar esta escala, pero debe estar motivado, concienciado y entrenado.

➤ **LIMITACIÓN:**

- Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.

- Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.
  - No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala pueden reflejar ciertas situaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo
  - Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres, aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.
- **UTILIDAD:**
- La gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems.
  - Ha demostrado utilidad como método de valoración objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios del paciente como a nivel docente e investigador.
  - Detecta las primeras señales de deterioro del anciano.
- **VALIDEZ:**
- Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra observador alto (0.94) y en el estudio original el coeficiente de Pearson de fiabilidad inter observador fue de 0.85.
- En general es una escala sensible, pero poco específica (16).



## ANEXO Nº 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### TITULO DEL ESTUDIO:

“CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL  
DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN  
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA  
-HUNTER AREQUIPA-2019”

**INVESTIGADORA:** Yesary Delgado Montesinos Bachiller en Medicina Humana

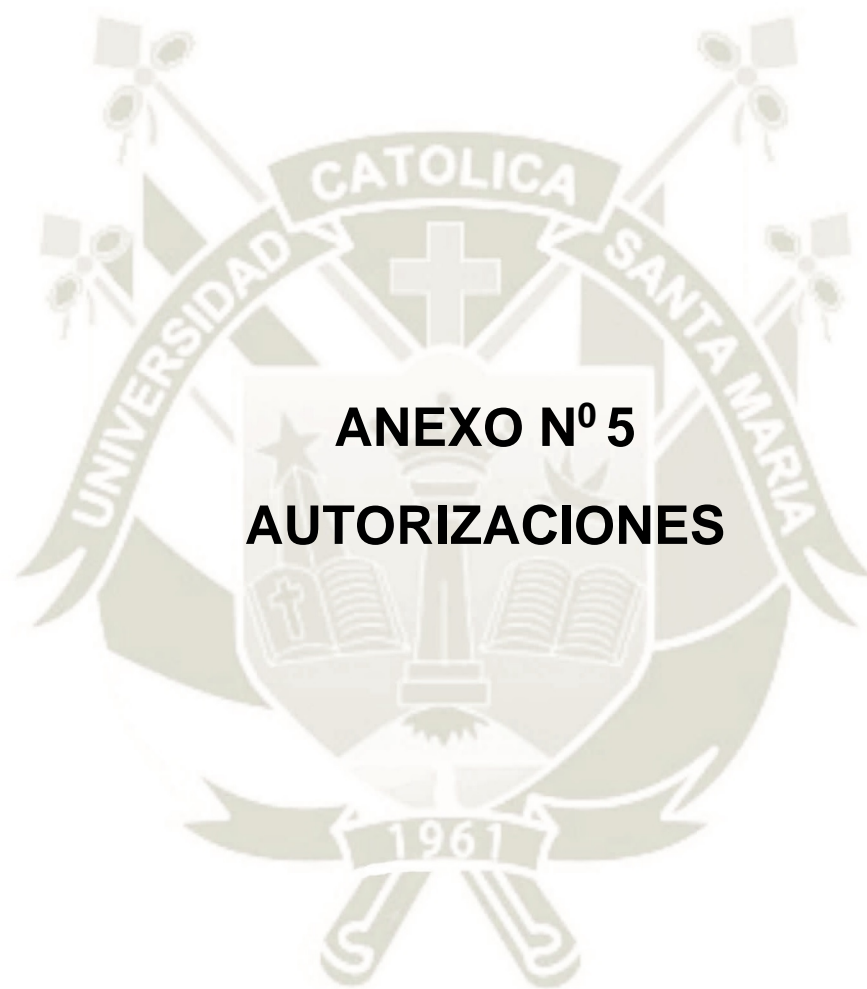
**ESTIMADO SEÑOR (A):** Solicitud de consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado estudio de investigación, el cual tiene como objetivo determinar la calidad de vida y su relación con las actividades instrumentales de la vida diaria que usted realiza como adulto mayor. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no producirá algún daño en su persona, que respeta sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos y que no implicará algún costo económico para usted. Si durante la encuesta usted decide no terminar el cuestionario está en su derecho y no se insistirá en la terminación del trabajo. La información tendrá un carácter anónimo y confidencial no es necesario anotar su nombre y apellidos. Gracias por su valiosa ayuda.

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 5**  
**AUTORIZACIONES**



## Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"  
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 13 de mayo del 2019

### **Of. N° 381-FMH-2019**

Señores  
YENNY CALA RODRIGUEZ  
CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA - HUNTER  
Presente

Asunto: Autorización Trabajo de Investigación  
Ref. : Expediente N° s/n de la interesada

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, solicitando su autorización a efecto de que la alumna Srta. YESARY YSOLINA DELGADO MONTESINOS, con código de matrícula N° 20104021242, pueda llevar a cabo su Trabajo de Investigación titulado "CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL C.S. JAVIER LLOSA GARCIA HUNTER AREQUIPA - 2019", consistente en la aplicación de encuestas en el Centro de Salud bajo su dirección y en el horario que designe su representada. Se adjunta la solicitud de requerimiento de la interesada.

Dicho trabajo ha sido aprobado por el Jurado Dictaminador respectivo, por lo cual, mucho le agradeceré, concederle las facilidades del caso, a nuestra estudiante, únicamente con fines académicos.

Agradeciendo anticipadamente por la atención dispensada al presente, quedo de usted.

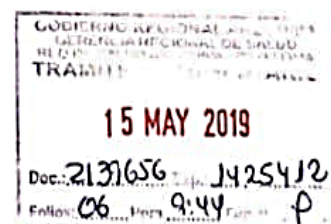
Atentamente,



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. Miguel Fernando Farfán Delgado  
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MFFD/Decano  
Bfj  
Adj. lo indicado





"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"  
"Año De la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"



**MEMORANDO N° 1125 -2019-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS-CAP,**

**PARA : MED. YENNY DEL PILAR CALA RODRIGUEZ**  
**JEFA DE LA MICRO RED DE SALUD HUNTER**

**ASUNTO : Trabajo de Investigación**

**REFERENCIA : Documento N° 2139656, Exp. De Registro N° 1425412**

**FECHA : Arequipa, 16 de Mayo del 2019.**

Por intermedio del presente expreso mi saludo y a la vez me permito presentar a la alumna DELGADO MONTESINOS YESARY YSOLINA, egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, quien se encuentra realizando su trabajo de investigación titulado "CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL C.S. DE HUNTER 2019", por ello requiere la aplicación de encuestas en el Centro de Salud Javier Llosa García - Hunter, de la Microrred a su cargo, en tal sentido se autoriza dicha actividad, debiendo coordinar con el responsable de Personal de la Microrred de Salud a su cargo, sobre los horarios para realización de las mismas.

Atentamente,

**Dr. Deiber F. Muñoz Lozada**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 4-175

DFME/ASIS/IN/VRP/cvc.  
Con copia a : Archivo  
Se adjunta : Pers, Cap.  
SIGEDO Reg. Documento: 2019-2147844  
SIGEDO Reg. Expediente: 2019-1425412  
Fólios : ( 01 )

[www.redperiferica.aqp.gob.pe](http://www.redperiferica.aqp.gob.pe)

**AREQUIPA SOMOS TODOS**  
Av. Independencia con Pucallpa, Edificio Héroe  
Anónimo, bloque E N° 600 interior N° 424  
T. 054-200823 - 206777 - 202279



**ANEXO N° 6**  
**MATRIZ ESTADÍSTICA**

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA HUNTER 2019

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS	
EDAD	1 2 3 4
ESTADO CIVIL	1 2 3 4 5
SEXO	2 1
VIVE SOLO	1 2

ESCALA DE WHOQOL-BREF	
ESCALA DE CALIDAD DE VIDA	VALOR
CALIDAD DE VIDA BAJA	0-69
CALIDAD DE VIDA MEDIA	70-99
CALIDAD DE VIDA ALTA	100-130

ESCALA DE WHOQOL-BREF																										
DIMENSIONES	D. FISICA			D. PSICOLOGICA			D. SOCIAL			D. AMBIENTAL			D.GENERAL													
	3	4	10	15	16	17	18	5	6	7	11	19		26	20	21	22	8	9	12	13	14	23	24	25	
PREGUNTAS	3	4	10	15	16	17	18	5	6	7	11	19	26	20	21	22	8	9	12	13	14	23	24	25	1	2

ESCALA DE LAWTON Y BRODY			
ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES			
	MUJER	VARON	VALOR
MAXIMA DEPENDENCIA	0-3	0-2	1
DEPENDENCIA MODERADA	4-7	3-4	2
INDEPENDENCIA TOTAL	8	5	3

ESCALA DE LAWTON Y BRODY							
TELF	COMPR	COMI	CASA	ROPA	TRAN	MEDI	ECON
P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
M V	M V	M	M	M	M V	M V	M V



CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARC

M	ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGI		ESCALA WHOROL-BREF		ESCALA DE LAVTON Y BRODY		TOTAL
	ED	ESTADO C. SEX. VIVE SOLO	TOTAL		TOTAL		
1	1	4	2	2	2	2	31
2	1	2	1	2	2	2	104
3	2	1	2	2	2	2	82
4	3	2	2	2	2	2	74
5	2	4	2	2	2	2	65
6	1	5	2	2	2	2	86
7	2	5	2	2	2	2	82
8	3	5	2	2	2	2	105
9	3	5	2	2	2	2	79
10	3	5	2	2	2	2	84
11	2	2	2	2	2	2	74
12	4	5	1	2	2	2	83
13	2	5	2	2	2	2	90
14	2	5	2	2	2	2	80
15	3	2	2	2	2	2	69
16	1	2	2	2	2	2	75
17	1	2	2	2	2	2	68
18	3	5	1	2	2	2	53
19	3	5	2	2	2	2	92
20	2	3	2	2	2	2	66
21	1	4	2	2	2	2	76
22	1	2	2	2	2	2	68
23	1	2	2	2	2	2	73
24	1	5	2	2	2	2	75
25	2	5	2	2	2	2	66
26	1	2	2	2	2	2	69
27	1	2	2	2	2	2	71
28	2	2	2	2	2	2	80
29	2	2	2	2	2	2	86
30	2	2	2	2	2	2	74
31	1	2	2	2	2	2	74
32	2	2	2	2	2	2	82
33	2	2	2	2	2	2	75
34	4	2	2	2	2	2	76
35	1	5	2	2	2	2	69
36	1	4	2	2	2	2	69
37	2	5	2	2	2	2	83
38	2	5	2	2	2	2	75
39	2	2	2	2	2	2	80
40	2	2	2	2	2	2	82
41	1	2	2	2	2	2	82
42	2	2	2	2	2	2	81
43	2	5	2	2	2	2	88
44	2	2	2	2	2	2	79
45	2	2	2	2	2	2	78
46	2	2	2	2	2	2	76
47	2	2	2	2	2	2	84
48	2	2	2	2	2	2	78
49	2	2	2	2	2	2	73
50	2	2	2	2	2	2	76
51	3	4	1	2	2	2	62
52	2	2	2	2	2	2	76
53	2	2	2	2	2	2	84
54	2	2	2	2	2	2	78
55	1	2	2	2	2	2	71
56	2	5	2	2	2	2	76
57	1	5	2	2	2	2	67
58	2	2	2	2	2	2	60
59	1	4	2	2	2	2	70
60	1	5	2	2	2	2	83





Aplicando los instrumentos de WHOQOL- BREF y LAWTON Y BRODY a los Adultos mayores del Centro de Salud Javier Llosa García- Hunter 2019.

*“No es verdad que la gente pare de perseguir sus sueños porque sean mayores, se hacen mayores porque dejan de perseguir sus sueños”*

*Gabriel García Márquez*

*“Todos nuestros sueños se pueden hacer realidad si tenemos el coraje de perseguirlos”*

*Walt Disney*

GRACIAS A TODOS