



EDITORIAL
NAVEGANTE



INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y FAMILIARES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Rosa Ricardina Chávez Farro
Delia Rosa Yturbe Pajares
Joel Peter Calderón Gutiérrez



Rosa Ricardina Chávez Farro

Correo: xrchavezf@unc.edu.pe

Perfil: Licenciada en Enfermería. Maestra en Ciencias: Salud Pública. Doctorado en Salud Pública – Universidad Nacional de Trujillo. Docente asociada adscrita al Departamento Académico de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. Docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca. Autora de artículos científicos para prestigiosas revistas como Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Scielo, Anales de la Facultad de Medicina y Revista Ciencia y Tecnología.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5699-6447>

Afiliación: Universidad Nacional de Cajamarca.

Delia Rosa Yturbe Pajares

Correo: ryturbe@unc.edu.pe

Perfil: Licenciada en Enfermería, Maestra en Ciencias: Planificación y Administración de la Educación. Doctorado en Salud Pública: Universidad Cayetano Heredia. Docente Principal adscrita al Departamento Académico de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, Docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, con experiencia profesional de 42 años, ocupando diferentes cargos entre los más importantes: Directora de Escuela Académico Profesional de Enfermería. Directora General de Bienestar Universitario en 2 períodos. Directora General de comunicaciones de UNC. Presidenta de Comité Electoral en 2 períodos. Defensora Universitaria UNC. Secretaria Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud. Línea Curricular: Adulto y Anciano.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5882-3307>

Afiliación: Universidad Nacional de Cajamarca.

Joel Peter Calderón Gutiérrez

Correo: mostro2415@gmail.com

Perfil: Ingeniero Civil e Ingeniero Forestal. Colegiado en el Colegio de Ingenieros del Perú – Consejo Departamental Chimbote – Ancash, con CIP N° 71626. Maestro en Ciencias: Recursos Naturales, Agua – Suelo, Universidad Nacional de Cajamarca. Doctor en Ciencias Ambientales – Universidad Nacional de Trujillo. Ex docente de la Universidad Nacional de Cajamarca, ex docente Universidad Nacional del Santa, ex docente de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, ex docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, ex docente de la Universidad Nacional de Trujillo, ex docente de la Universidad Nacional Intercultural Fabiola Salazar Leguía de Bagua. Autor de artículo científico en la Revista Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Trujillo. Coautor de investigaciones científicas de la Universidad Nacional de Cajamarca. Asimismo, es investigador, consultor de obras públicas con C - 4805 – OSCE. Actualmente ejerce funciones de consultorías en obras públicas.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3007-6017>

Afiliación: Universidad Nacional de Cajamarca.

INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES
SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS
Y FAMILIARES EN LA CALIDAD DE VIDA
DEL ADULTO MAYOR

Rosa Ricardina Chávez Farro

Delia Rosa Yturbe Pajares

Joel Peter Calderón Gutiérrez



EDITORIAL
NAVEGANTE

Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN: 978-628-7736-00-9

© Rosa Ricardina Chávez Farro

© Delia Rosa Yturbe Pajares

© Joel Peter Calderón Gutiérrez

2024

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11512966>

©Editorial Navegante

www.editorialnavegante.com

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño de carátula y composición: Editorial Navegante

Edición electrónica: Editorial Navegante

Editado en Colombia/ *Published in Colombia*

INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y FAMILIARES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Rosa Ricardina Chávez Farro

Delia Rosa Yturbe Pajares

Joel Peter Calderón Gutiérrez



EDITORIAL
NAVEGANTE

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
INTRODUCCIÓN	11

CAPÍTULO I

TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO DE AMARTYA SEN	14
1.1. Desarrollo humano y bienestar	15
1.1.1. Funcionamientos.....	16
1.1.2. Capacidades.....	17
1.2. Importancia de las capacidades	18
1.3. Libertades humanas	20
1.4. Desarrollo humano sustentable	21

CAPÍTULO II

CALIDAD DE VIDA: ASPECTOS CONCEPTUALES, CARACTERÍSTICAS Y DIMENSIONES..... 22

2.1. Nociones de la calidad de vida 23

2.2. Dimensiones de la calidad de vida 25

2.2.1. Dimensión física..... 25

2.2.2. Dimensión psicológica..... 26

2.2.3. Dimensión social..... 27

2.3. Percepción general de salud 28

2.4. Índice de calidad de vida..... 30

CAPÍTULO III

PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR 32

3.1. Marco conceptual..... 33

3.2. Factores condicionantes 34

3.2.1. Condiciones sociodemográficas..... 34

3.2.2. Condiciones económicas 37

3.2.3. Condiciones familiares 39

3.3. Marco legal del adulto mayor en Perú 40

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: CONDICIONES SOCIALES, DEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y FAMILIARES DEL USUARIO DE ESSALUD	44
4.1. Aspectos metodológicos	46
4.1.1. Tipo de la investigación.....	46
4.1.2. Población.....	46
4.1.3. Instrumentos de investigación.....	47
4.2. Resultados	50
4.3. Conclusiones	72
4.4. Recomendaciones	74

CAPÍTULO V

RETOS INTERSECTORIALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN PERÚ	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
<i>Fiabilidad de las escalas del SF-36 español</i>	49
Tabla 2	
<i>Condiciones demográficas del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008</i>	50
Tabla 3	
<i>Condiciones económicas del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008</i>	52
Tabla 4	
<i>Condiciones familiares del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008</i>	54
Tabla 5	
<i>Condiciones sociales del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008.....</i>	56
Tabla 6	
<i>Calidad de vida del adulto mayor. EsSalud Chota 2008.....</i>	57
Tabla 7	
<i>Calidad de vida del adulto mayor y condiciones demográficas. EsSalud Chota 2008</i>	58
Tabla 8	
<i>Calidad de vida del adulto mayor y condiciones económicas. EsSalud Chota 2008</i>	64

Tabla 9

Calidad de vida del adulto mayor y condiciones familiares.

EsSalud Chota 200866

Tabla 10

Calidad de vida del adulto mayor y condiciones socio-familiares.

EsSalud Chota 200871

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Proceso de conversión de recursos en funcionamiento17

Figura 2

Las capacidades: libertades y funcionamientos18

INTRODUCCIÓN

A lo largo de su vida, el ser humano atraviesa por etapas que van desde la infancia hasta la senectud. Cada una de estas fases de la vida se caracterizan por el hecho de que el individuo va desarrollando las capacidades que le permitirán desenvolverse en la sociedad, así como el perfeccionamiento de sus actividades y el razonamiento lógico. Sin embargo, una vez transcurrida la etapa de máximo desempeño es natural, con el transcurrir de los años, que la persona comience a presentar ciertas deficiencias tanto a nivel físico como mental que indicará que la etapa de la vejez ha comenzado.

Por ello, muchas personas mayores de 60 años se darán cuenta de un leve deterioro en sus capacidades que se irá dando de manera progresiva. Es en ese contexto en el que se espera que las personas que se encuentran en su entorno, ya sea su pareja o familiares puedan asistirlo contribuyendo en su cuidado y permitiendo que pueda llevar una vida sin exabruptos ni situaciones de estrés.

Sin embargo, debido a las diferentes situaciones existentes es difícil que el adulto mayor pueda disfrutar de sus últimos años cómodamente, no sólo por la falta de dinero o por el deterioro de su salud, sino porque existe una profunda falta de empatía con este grupo etario. Se suele pensar que llegada a una edad la persona es incapaz de realizar actividades por más sencillas que sean por lo que no se suele tomar en cuenta la actividad realizada por los adultos mayores y, en casos más graves, estos son dejados en completo abandono generando que puedan sufrir de depresión.

En esa línea, surge la Ley N. ° 30490 promulgada por el gobierno peruano en el 2018, que tiene como finalidad velar y promover el bienestar del adulto mayor considerando las problemáticas sociales con las que este grupo de la población debe lidiar. Es así que la Ley de la Persona Adulta Mayor busca también brindar responsabilidad a las familias sancionando su desidia y desinterés por el cuidado y protección del adulto mayor de forma oportunamente. Dichas sanciones se caracterizan por ser administrativas. Entre ellas se encuentran las amonestaciones, las multas que son de una a diez unidades impositivas tributarias (UIT), entre otras.

Sobre el trato que los ancianos reciben, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala (Rodríguez et al., 2018) que estos pueden definirse como una acción particular o recurrente de una respuesta inapropiada que genera daño físico o emocional a la persona mayor. Este acto puede ocurrir en cualquier contexto y puede suscitarse por cualquiera de los parientes.

Por otro lado, la OMS hace una distinción en relación a la denominada la violencia intrafamiliar, aquella que ocurre en el seno de la familia. Asimismo, señala que respecto a las denuncias sobre los hechos violentos suelen ser difíciles de identificar, ya que la persona agraviada prefiere optar por el silencio por temor a sufrir represalias.

Al respecto, Macia et al. (citados en Rodríguez et al., 2018) agregan que:

[...] la mayoría de los ancianos no se quejan [prefieren ocultar la violencia], en ocasiones por miedo a represalias de las personas que les atienden o con quienes conviven, en otras incluso llegan a sentirse culpables de las situaciones dadas.

Estos sucesos, a pesar de no haber sido registrados de forma precisa, indican que existe una violencia silenciosa, que incluso es conocida por las personas del entorno cercano, pero que prefieren no intervenir porque, en primer lugar, consideran el suceso como algo que debe quedar en la

intimidad del hogar y, por otro lado, por la normalización que existe en la sociedad en relación a la violencia.

Lo expuesto, además de una serie de cuestiones que se podrán conocer a detalle a lo largo del texto, genera que el adulto mayor no pueda acceder a la calidad de vida esperada. Por lo que la investigación presentada a continuación podrá brindarle al lector un análisis exhaustivo realizado a los adultos mayores de la comunidad de Chota (Cajamarca) sobre la calidad de vida que poseen en relación a aspectos como las condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales del usuario de EsSalud.

CAPÍTULO I

TEORÍA DEL DESARROLLO HUMANO DE AMARTYA SEN

El desarrollo humano, de acuerdo al concepto de Amartya Sen, se caracteriza por presentar un enfoque profundo en relación al progreso del individuo. Es decir, que no considera el desarrollo del individuo en relación a la capacidad de tener u obtener logros, sino que se centra en la habilidad para alcanzar el tipo de vida que la persona valora (Giménez citado en Giménez &Valente, 2016).

Socialmente es muy común, cuando se hace mención al desarrollo humano, pensar en los individuos que conforman la sociedad y cómo estos se ven beneficiados ante el inminente crecimiento del país. Sin embargo, medir el desarrollo en términos numéricos no refleja el real estado de la situación de la población de un país. En ese sentido, el desarrollo humano significa también el incremento de beneficios que debe recibir un individuo desde la asistencia de sus necesidades básicas hasta las complementarias.

Una manera de medir los alcances a los que se puede llegar con este asistencialismo es el índice de desarrollo humano que, de acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo puede estar estrechamente relacionado con los bienes que un ciudadano adquiere. Sin embargo, al respecto, Sen describe que esto se trataría de un análisis superficial de los hechos que finalmente no evidencia la real situación, sino que se limita a indicar con cifras un hecho que puede distar profundamente de la realidad.

1.1. Desarrollo humano y bienestar

Establecer un concepto estándar de desarrollo humano requiere revisar distintos aspectos de la vida del individuo tales como los sociales, económicos, etc. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ([PNUD] citado en Rosales, 2017) define, a su vez, el desarrollo humano como un proceso en que las personas alcanzan un tipo de vida que les brinda oportunidad de gozar de buena salud, acceder a los distintos niveles educativos, así como de adquirir herramientas que les permita desenvolverse en el ámbito profesional. Siendo valoradas por el individuo también las libertades políticas, económicas y sociales. Esta definición guarda estrecha relación con lo sentenciado por el investigador, economista y sociólogo, Amartya Sen (citado en Rosales, 2017), quien hace énfasis en el concepto de las libertades como parte sustancial de su teoría de desarrollo humano, esto quiere decir que el hombre que se encuentra en constante expansión de sus autonomías considera su libertad como un factor sustancial. Al respecto, señala Sen que las libertades son un “fin primordial y el medio principal del desarrollo” (p. 67) de los cuales los hombres disfrutan poseer. En esa línea, Korsgaard (citado en Rosales, 2017) expone la idea de libertad de Amartya Sen y propone lo siguiente:

A menos que se satisfagan ciertas condiciones básicas de bienestar y se proporcionen recursos y oportunidades, no podemos [...] pretender que la sociedad esté preservando y protegiendo la libertad de todos. Los pobres, los que carecen de trabajo o de atención médica, los que no tienen vivienda y los que no

poseen educación no son libres, sin importar los derechos que les haya asignado la Constitución [...] Dejar de satisfacer las necesidades básicas de las personas y de proporcionar las habilidades y oportunidades esenciales es dejarlas sin recursos, y estas, sin recursos, no son libres (p. 67)

Ahora bien, para realizar un análisis profundo sobre el concepto de libertades, Amartya propone que se deben considerar dos variables: los *funcionamientos* y las *capacidades*.

1.1.1. *Funcionamientos*

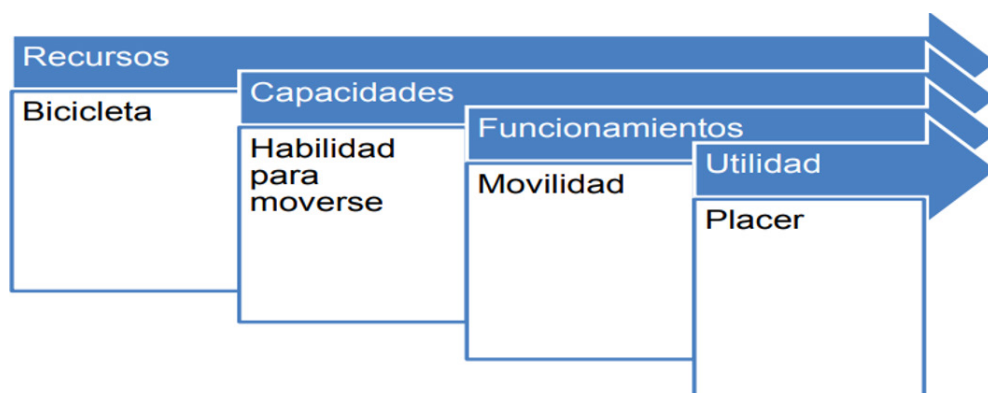
De acuerdo con Sen (citado en Giménez &Valente, 2016), el término hace referencia a las distintas acciones que una persona valora hacer, ya sea en relación a las actividades que disfruta en su día a día o en el ámbito laboral. De la misma forma, el vocablo guarda relación al aprecio que siente el individuo sobre lo que quiera llegar a ser. En otras palabras los *funcionamientos* “son los haceres y seres valiosos que conforman el bienestar de las personas, tales como estar sano y bien nutrido, estar seguro, estar educado” (Deneulin y Shahani citado en Giménez &Valente, 2016, p. 110), entre otros.

Para caracterizar y aclarar el concepto antes señalado, se puede especificar que los *funcionamientos* se desarrollan en la mente del individuo de manera inconsciente y están relacionados con el valor que tiene en sí mismo para las personas. En términos de Stiglitz, Sen y Fitoussi (citado en Giménez &Valente, 2016) estos se utilizan para señalar las actividades y situaciones importantes para los individuos.

Una manera práctica de entender el concepto, así como su caracterización es que mediante los *funcionamientos* se registran los logros obtenidos en el proceso de conversión de recursos, esto se explica mediante la función que un objeto puede brindarle a un sujeto. La Figura 1 puede ejemplificar con más claridad lo señalado sobre el *funcionamiento*.

Figura 1

Proceso de conversión de recursos en funcionamiento



Nota: Tomado de Giménez & Valente (2016).

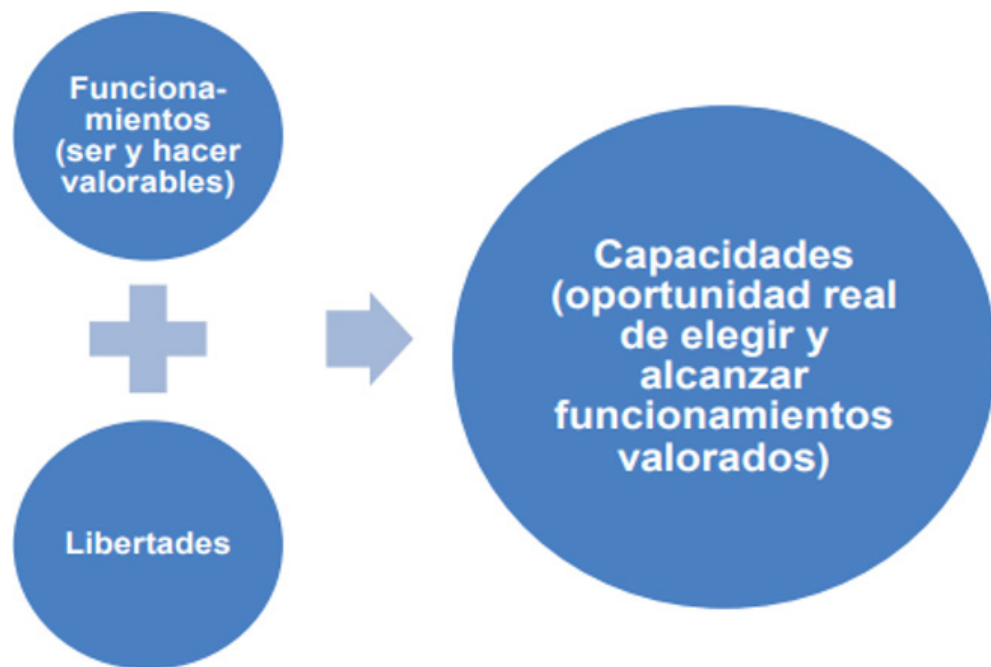
1.1.2. Capacidades

Desde el concepto de *capacidades* es de donde surgen los modelos de desarrollo tales como el de desarrollo humano, herramienta principal del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Esta segunda variable es considerada uno de los aportes más relevantes de la teoría de Amartya Sen. Su formación se constituye a partir de la libertad y los *funcionamientos*. Respecto al concepto del término, Sen (citado en Giménez & Valente, 2016) define que las *capacidades* son “las libertades fundamentales que [el individuo] disfruta para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar” (p. 112). Dicho de otra forma, las *capacidades* guardan estrecha relación con la facultad que tiene el individuo para poder conseguir objetos que considera valiosos o alcanzar algún tipo de meta. Por ejemplo, la capacidad de satisfacer necesidades alimentarias o de vivir hasta la vejez.

De acuerdo con el PNUD (citado en Rosales, 2017) las *capacidades* pueden resultar de las distintas combinaciones de los *funcionamientos* que puede alcanzar el hombre en sociedad, esto si se asocia con las libertades del mismo.

Figura 2

Las capacidades: libertades y funcionamientos



Nota: Tomado de Giménez & Valente (2016).

1.2. Importancia de las capacidades

El objetivo de destacar la importancia de las *capacidades* requiere, como principio, que se conozca el origen del vocablo y por consiguiente de la idea. De acuerdo con lo señalado por Urquijo (2014), Amartya Sen en la conferencia “¿Igualdad de qué?” manifestó su crítica al término igualdad propuesta por la corriente utilitarista, ya que para Sen era importante saber en qué medida se puede reconocer algo como bienestar y que a su vez generar libertad. En ese contexto, el autor presenta su propuesta de *capacidad*, con el cual Sen (Citado en Deneulin, 2017) considera que busca “explorar un enfoque moral que considera a las personas desde dos perspectivas distintas: el bienestar y la capacidad de acción” (p. 79).

Lo mencionado puede entenderse mejor con el siguiente ejemplo: si se quisiera conocer y evaluar cómo viven las personas en Nigeria y qué tan

similar puede ser las condiciones de vida con las personas de Vietnam, desde una visión económica, se diría que ambos países poseen un tipo de vida similar debido a los ingresos per cápita que percibe cada uno anualmente, pues mientras que Vietnam obtiene 5.335 USD (dólares), Nigeria adquiere 5.443 USD. Sin embargo, si se considera el tipo de vida de los ciudadanos de cada país, como la esperanza de vida o las condiciones de salud, los resultados son otros. El promedio de vida de un vietnamita es de 76 años y de un nigeriano es de 53, según datos del PNUD (Citado en Deneulin, 2018). Este hecho demuestra que la medición en cifras sobre las condiciones de vida de una persona no guarda relación con la realidad compleja que puede estar entrenando una persona. Por lo tanto, realizar una medición de ese tipo no conduce a solucionar las condiciones de vida, sino que simplemente las trivializa.

Por su parte, Deneulin (2018) agrega que si bien es importante considerar el ámbito económico para obtener un resultado sobre el desarrollo de un ser humano, este no es suficiente. En esa línea, cita a Sen, quien afirma que se debe evaluar la calidad de vida de los individuos en “término de los que las personas pueden ser o hacer, más que en términos de los recursos que poseen” (p. 80). Demostrando con ello que el concepto de *funcionamientos* permite poseer datos más precisos y reales sobre los cuales se puede actuar. Mientras que la *capacidad* permitirá que el ser humano pueda alcanzar dichos *funcionamientos*. Tal como se evidencia a continuación:

Hay una diferencia entre quien elige vivir en una casa pequeña con mala conexión a servicios básicos, en un barrio inseguro, pudiendo vivir en otra parte de la ciudad, con respecto a quién vive ahí porque no puede permitirse el alquiler en otro lugar. Las dos personas tienen el mismo “funcionamiento” (modo de proceder), es decir, “viven en una casa pequeña con mala conexión a servicios y ambiente inseguro”, pero tienen distintos niveles de capacidad (en términos de decisión). Una de las personas tiene la libertad de vivir en una casa y un distrito mejores, pero decide libremente no hacerlo, mientras que la otra,

en cambio, no tiene esta libertad y vive allí porque no tiene otra opción (Deneulin, 2018, p. 80).

De la cita se desprende que a partir de las condiciones de vida de las personas se puede saber estas poseen una libertad real. Ya que, si un individuo no tiene las mismas oportunidades que otro, en cuestiones básicas como salud, alimentación o educación de calidad, este no será libre jamás, pues sujeto a condiciones de pobreza, en base a ellas tomará decisiones a futuro.

1.3. Libertades humanas

Son definidas y entendidas por Sen como oportunidades delimitadas por una realidad en específico. Ejemplo claro es la condición que genera un fácil acceso a la salud o la educación. Es decir, un individuo será libre en la medida que posea oportunidades en sociedad y cuando los derechos prevalezcan. Así, la libertad es entendida por Amartya como una libertad sustantiva (Urquijo, 2014), un concepto que sobrepone la deliberación sobre lo que es valioso para el individuo, de lo cual espera resultados reales. En esa línea, las libertades humanas tienen una doble dimensión: como medio, en el cual el desarrollo social funcionará como una herramienta capaz de analizar los cambios en las condiciones de vida del individuo, y como fin del desarrollo siempre y cuando las libertades que el ciudadano disfrute estén relacionadas a conceptos de calidad de vida.

Asimismo, Sen (citado en Otano, 2015) expone el concepto de libertad humana como valor a tener en cuenta cuando lo que se pretende es evaluar cuáles son las condiciones de un país; es decir, si realmente está actuando con justicia y en favor de la población. Sin embargo, no es muy claro al indicar a qué clasificación de libertades se refiere. Lo que sí queda en evidencia es que para Sen la libertad es un valor del hombre en sí mismo.

En ese sentido, de acuerdo a Rivera (2015) Sen considera que el desarrollo humano guarda estrecha relación con las libertades que disfrutan los individuos. Asimismo, sostiene que debería existir una eliminación de de-

terminadas ausencia de libertades que le resta oportunidades al individuo para desarrollar toda su capacidad y con ello participar de manera activa en la sociedad y mejorarla.

1.4. Desarrollo humano sustentable

El desarrollo humano es un proceso que se caracteriza (Battaglini, 2019), en términos de Sen, como la expansión de las libertades que gozan los individuos en una comunidad. Es así que, el desarrollo debe comprenderse desde una visión global que pueda abarcar conceptos como calidad y esperanza de vida, no solo considerar los aspectos numéricos en cuanto a porcentajes de desarrollo que puede alcanzar una nación, sino también cómo las personas se ven favorecidas por el crecimiento.

Esta percepción puede resultar contraria a la que por varios años se consideraba un indicador irrefutable tal como el crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI), el incremento del sueldo mínimo, los avances tecnológicos, entre otros; sin embargo, ninguno de estos indicadores pueden pautar de forma tangible si los ciudadanos pueden acceder a necesidades básicas y elementales para vivir. Al respecto, Battaglini (2019) indica como ejemplo “los derechos políticos y humanos o de las instituciones sociales y económicas” (p. 10). Esto no quita relevancia a los otros aspectos, sin embargo sí expone que no son los únicos que deben considerar que un individuo se está desarrollando.

Por otra parte, en relación al desarrollo humano sustentable, Ibáñez *et al.* (2017) explican que al hacer hincapié a la sustentabilidad se debe considerar los siguientes elementos: las externalidades por degradación del medio ambiente, renta y consumo sustentable, índice de criminalidad, acceso a servicios de educación y salud, esperanza de vida al nacer, etc. Componentes que el Producto Bruto Interno no consideraba al señalar un índice de desarrollo humano. Hecho que en actualidad genera controversia y que resulta trascendental conocer para comprender la situación real del hombre en la comunidad.

CAPÍTULO II

CALIDAD DE VIDA: ASPECTOS CONCEPTUALES, CARACTERÍSTICAS Y DIMENSIONES

La calidad de vida es un concepto que reúne aspectos sociales y colectivos de los cuales un individuo debería gozar. Las distintas sociedades que existen en el mundo tienen la obligación de garantizar que los cuidados necesarios se ejecuten, sin embargo, la realidad dista profundamente de que será así.

En ese contexto surge la una interrogante relevante para los investigadores: ¿la calidad de vida debe ser medida en relación a los ingresos que tienen las personas o a las necesidades que presentan? Al respecto existe una serie de casos que muestran, por dar un ejemplo, que si el producto bruto interno de un país es igual a otro no necesariamente ambas naciones se encuentran en las mismas condiciones. Por lo tanto, es adecuado evaluar otros factores, es decir, el número de población que se tiene, la situación de salud, los contextos sociales que se vive, etc.

De igual manera, garantizar la calidad de vida de un individuo, indican los investigadores, no debe relacionarse únicamente con los ingresos que una

persona percibe, sino que se debe considerar una serie de factores como la edad, el sexo, la ocupación, entre otros, ello con la finalidad de conocer las necesidades reales.

Martín y Sánchez (2016) enfatizan sobre este punto e indican que el concepto de calidad de vida se encuentra caracterizado por reflejar la percepción subjetiva de una persona en relación a cómo esta se encuentra satisfecho con la vida. En esa línea, la Organización Mundial de Salud sostiene que, de acuerdo a Fernández-Bellesteros (citado en Aponte, 2015), al hacer mención de una vida de calidad se debe considerar la percepción que un persona posee de su vida, del contexto en el que vive, su cultura, el sistema de valores en el que interactúa, entre otros. Ello podrá exponer los factores reales que se deben considerar.

Asimismo, la entidad de salud agrega lo siguiente: “Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (p. 158), de donde se puede concluir la multifactorialidad de la calidad del vida y, por ende, del individuo en sí.

2.1. Nociones de la calidad de vida

De acuerdo con lo señalado por Tucotte (citado en Bairero, 2017) la calidad de vida puede definirse como “la dinámica de la organización de trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del ser humano”. Esto por solo dar un ejemplo. Lo cierto es que existen diversas definiciones sobre el concepto *calidad de vida*, pues este ha ido variando con el paso del tiempo, según el país en el que se habite y considerando, ante todo, el bienestar del individuo. Es así que se existen definiciones como las de Tuesca (citado en Hurtado, 2018) quien afirma que, actualmente, el término se puede especificar como un “constructo complejo multifactorial” (p.156) que se caracteriza por la relación entre lo subjetivo y lo objetivo. Dicha dicotomía que interactúa entre sí se carac-

teriza, según Tuesca, porque en el primer caso (subjetivo) hace énfasis al bienestar, es decir a un estado de plenitud y felicidad, mientras que en el segundo caso (objetivo) se relaciona con el funcionamiento social, físico y psíquico del individuo.

Por otro lado, respecto a la definición, en 1948, la Organización Mundial de Salud (OMS) describe el término como el estado en el que una persona se encuentra, ya sea en el plano físico, mental y social. La entidad señalaba, en aquel entonces, que la calidad de vida se debía entender como bienestar, esto implicaba que el individuo no debía padecer enfermedad alguna, algo poco usual cuando el ser humano ingresa a la senectud.

Posteriormente, en 1966, la OMS precisó que la definición de *calidad de vida* debía ser más específica para que con ello todos los individuos se sintieran identificados, es decir, que el concepto incluye características de las diversas comunidades. Pues, como se sabe, existen distintas culturas, creencias, sistemas de valores, etc. con las que una persona se identifica y bajo las cuales rige su vida. En otras palabras, el concepto calidad de vida no es un término sencillo de definir pese a lo que se pueda pensar. Este requiere un análisis profundo, desde las distintas aristas que conforman a una persona, ya sea a nivel social, económico o cultural.

Finalmente, a pesar de que no exista un consenso, la calidad de vida guarda estrecha relación con el término *bienestar* y es a partir de ello que se pueden establecer dimensiones. Así, por ejemplo, una persona con problemas graves de salud deseará que su calidad de vida esté orientada al tratamiento que reciba para sentirse bien, mientras que para un individuo que goce de buena salud, pero enfrente problemas económicos considerará que la cantidad de dinero que posee podría relacionarse con su disfrute de una vida de calidad. Por ello, a continuación analizaremos si las situaciones ejemplificadas constituyen un componente a considerar cuando se aborda el tema calidad de vida.

2.2. Dimensiones de la calidad de vida

Señala a los elementos con los que se identifica, si un individuo posee una vida digna o no. A pesar, como ya se mencionó antes, de que no existe un concepto único, sí se tiene como idea general que el bienestar debe ser característica básica para definir una buena salud tanto física como mental (psicológica) y un ambiente adecuado para vivir, lejos de carencias económicas, malos tratos, etc.

Así, por ejemplo, para autores como Alguacil (citado en Ayala et al., 2020) la calidad de vida puede dividirse en las siguientes dimensiones: calidad ambiental, que hace referencia a área territorial, es decir el lugar donde vive la persona; bienestar, si tiene un empleo, si ha recibido una adecuada formación académica, si goza de buena salud, entre otros, e identidad cultural. Al respecto, Alguacil señala que si bien las dimensiones buscan englobar todas las necesidades del ser humano, ello resulta una tarea complicada por la misma complejidad que posee el individuo considerando, sobre todo, que este es finalmente un constructo social.

En esa línea, Ayala et al. (2020) exponen que de la misma forma lo expresado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entidad que en 1992 estableció tres dimensiones: la ambiental, el económico y el social considerando que a pesar de las divisiones los tres factores interactúan entre sí, es decir no están del todo disociadas.

2.2.1. Dimensión física

El tema de la salud física abarca una gran diversidad de temas que pueden ir desde la edad, el índice de masa corporal hasta la condición médica, entre otros. De acuerdo con Londoño y Velasco (2015) en esta dimensión el individuo requiere una constante revisión sobre su salud, los nutrientes que debe recibir, qué alimentos no le brindan aportes reales, entre otras situaciones que podrían agudizar alguna enfermedad o deteriorarla. Aunque usualmente se relacione la calidad de vida con la etapa final del ser

humano es importante señalar que esta considera toda la vida en sí. Por ello, los cuidados en la alimentación, el chequeo médico y una permanente actividad física deben ser constantes en todas las etapas en las que se encuentre el individuo.

En relación a ello, la garantía de una calidad de vida en relación a la salud no siempre está determinada por la edad. De acuerdo a una investigación realizada por Amar et al. (citado en Ayala et al. 2020) un grupo de jóvenes trabajadores presentaron un declive en sus funciones físicas después de haber realizado determinadas funciones laborales. Los autores del estudio indicaron que incluso estas determinadas actividades recurrentes y dañinas pueden disminuir el accionar de funciones del día a día como el caminar, realizar el aseo personal, entre otros.

Otro problema recurrente en esta dimensión es el diagnóstico de enfermedades crónicas que durante las últimas décadas aumentaron de 108 millones de personas a 422 millones. En esa misma línea, se dio el incremento de pacientes con demencias, accidentes cerebrovasculares y otras condiciones que resultan incapacitantes que alteran el equilibrio corporal y por ende la dimensión física de la calidad de vida.

2.2.2. Dimensión psicológica

Esta debe ser medida por un psicólogo que cumpla con evaluaciones eficaces y sea competente, ya que un mal diagnóstico podría poner en riesgo la vida de los pacientes. Gaviria et al. (citado en Londoño y Castañeda, 2017) explican que si las alteraciones emocionales afectan la vida fisiológica de los pacientes puede tratarse de un indicador que expone al individuo haciéndolo vulnerable a enfermedades que pueden ser infecciosas.

Por otro lado, otro aspecto que resulta preocupante en esta dimensión son los resultados que las distintas investigaciones exponen sobre el tema de salud mental. De acuerdo a Castillo-Martell y Cutipé-Cárdenas (2019), en el Perú, uno de cada cinco ciudadanos presenta síntomas de algún tras-

torno mental, un registro que analiza los sucesos anuales sobre ese tema. Una situación que se agudiza pues no existe un adecuado servicio de salud mental en el país.

En esa misma línea, el estudio de Tello-Rodríguez et al. (2016) asegura que los problemas de salud mental suelen ser más frecuentes en la población mayor de 65 años. De acuerdo con la investigación, un 20% de este grupo etario presenta niveles severos de padecimiento mental, la mayoría de ello no diagnosticados y por ende sin tratamiento que pueda ralentizar el desarrollo patológico siendo el más común el trastorno neurocognitivo mayor, una enfermedad presente en diversos países del mundo.

2.2.3. Dimensión social

Da cuenta de los aspectos sociales en la vida del individuo. Si se relacionan con hechos actuales, se puede hacer mención, por ejemplo, el desplazamiento migratorio a la que las personas pueden ser sometidas debido a las crisis políticas en el lugar que habitan. Este hecho puede generar, según indica Moya (citado en Ayala et al. 2020) niveles altos de estrés, situación de ansiedad e incluso depresión. Esto porque el abandono del lugar de residencia desde los primeros años de vida se traduce como una pérdida de identidad y por ende una afectación a la dimensión social.

Otra característica que puede considerarse en este factor es la necesidad que existe en el individuo para crear lazos con otras personas, ya sean amigos, familia o compañeros de trabajo. En el caso de los primeros años de vida, para el ser humano es fundamental generar su propio desarrollo en ese aspecto. Ello se puede evidenciar desde las relaciones sociales que existen en las escuelas o en los lugares de residencia. Por otro lado, cuando el factor social está orientado al adulto mayor. Este, además de tener una vida con una interacción social positiva, esperará ser considerado de la misma forma que el resto de personas.

Es decir, espera de las personas del medio que lo rodean gozar de una escucha activa, así como actitudes asertivas y empáticas. Esto debido a que durante la etapa del envejecimiento el ser humano comienza a tener problemas de tipo funcionales como la pérdida de autonomía, de adaptabilidad, la disfuncionalidad motora (Cano et al., 2015) y presenta dificultad para escuchar o para poder expresar sus ideas, entre otros.

2.3. Percepción general de salud

De acuerdo con Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2017) durante los últimos años América Latina y el Caribe registraron un incremento en el número de habitantes mayores de 60 años. Esto quiere decir que las sociedades presentan, en la actualidad, una de las poblaciones más envejecidas de los últimos tiempos. Los factores que dieron crédito a este hecho guardan relación con los diagnósticos tempranos de determinadas enfermedades, el control de infecciones, la esperanza de vida, etc.

Sin embargo, este nuevo reporte no es equivalente a las condiciones de vida de las personas de este grupo etario, es decir, no todas las personas que se encuentran en la etapa de la senectud se encuentran en condiciones favorables para vivir esta etapa de su vida. Por el contrario, se puede identificar un crecimiento inversamente proporcional respecto a las condiciones de vida de este grupo de individuos. Esto quiere decir que a más población de ancianos menos ingresos económicos poseen, solo por citar una de las condiciones. Este hecho dificulta que el individuo pueda gozar de una buena calidad de vida y por lo tanto una vida digna.

Se estima que para el 2025 el grupo de adultos mayores incrementa de 616 millones, registrado en el 2000, a 1 209 millones, empero, la realidad que tendrá que enfrentar esta población resulta incierta, ya que aspectos como la pobreza, desigualdad, discriminación, abandono y otros problemas que suelen enfrentar los adultos mayores son cada vez mayores (Castaño-Vergara & Cardona-Arango, 2017). Ello sumado el tipo de atención médica que recibe un individuo a lo largo de su vida en los distintos centros de

salud, esto en el caso de la salud física, pero en relación a la salud mental la situación es más compleja, pues no existen sistemas de salud adecuadamente desarrollados para atender a pacientes con patologías mentales.

Sobre lo señalado, Díaz-Cárdenas, D. et al. (2016) explican que el servicio de salud que se suele recibir en las entidades de salud no ofrece ni tiempo ni calidad sobre todo cuando se trata de la comunicación entre médico y paciente, la entrega oportuna de resultados médicos, así como de medicamentos. Estos terminan presentando casos clínicos de gravedad por no haber sido atendidos a tiempo.

Por otra parte, aunque estar bien de salud se traduce como sentirse bien físicamente, no presentar síntomas de algún enfermedad física o mental, así como valerse por sí mismo, diversos estudios señalan que estos no serían los únicos indicadores para determinar el bienestar de un individuo. También se deben considerar aspectos económicos como tener dinero, un trabajo estable o vivir con una pensión. Asimismo, se destaca la importancia de la interacción con la familia, estar rodeado de seres queridos. Al respecto, Vargas-Santillán et al. (2017) señalan lo siguiente:

“Estas concepciones no se pueden generalizar, pero son de interés para conocer los aspectos que directa o indirectamente podrían influir en la percepción del estado de salud con la que el adulto mayor lidia en la cotidianidad, con sus particularidades culturales y socioeconómicas” (p. 174)

De ello se colige que la calidad de vida y por ende la salud del individuo se encuentra sujeta a diversos elementos de su entorno, por lo cual es predecible la denominación multifactorial en relación a una vida digna y de calidad.

2.4. Índice de calidad de vida

En el 2015, la organización *The Economist Intelligence Unit* realizó un estudio a aproximadamente 150 ciudades en el mundo con la finalidad de dar a conocer el índice de calidad de vida de las personas de dichas localidades. Para lograr la investigación, la entidad hizo uso de una metodología basada en elementos como el servicio de salud, estabilidad, ambiente, cultura, infraestructura y educación, considerados relevantes para esta prueba (Cabrera citado en Betancourt, 2018). En ella, la investigación indicó, de acuerdo con lo señalado por Celemin et al. (2015), los resultados “de encuestas subjetivas y de satisfacción con la vida con factores objetivos determinantes de la calidad de vida” (p. 74).

De esto se puede interpretar que los índices de calidad de vida están estrechamente relacionados con factores individuales, es decir, según las prioridades e intereses de cada individuo, entonces surge la interrogante ¿es posible brindar una definición que cubra todos los requerimientos de la diversidad de personas que hay en el mundo?

En relación a ello, en el acontecer de los índices de calidad se puede observar cómo se proponen nuevas dimensiones como si el cuestionamiento de lo establecido ganará más espacio. Es así que dimensiones como las económicas, educativas y de salud quedan de lado para dar paso a otras que incluían también el contexto donde se vive.

Por ejemplo, a partir de la década del setenta y de acuerdo con el interés en la preservación y el cuidado del planeta nuevos indicadores se han gestado, evidenciando con ello el interés por incorporar indicadores que incluyan el contexto medioambiental, el cual podía ser conducido como un indicador subjetivo, es decir, uno enfocado en la percepción del individuo y como indicador objetivo, a través de organismos o entidades estatales (Celemin y Velázquez, 2011).

Por otro lado, Celemín et al. (2015) detallan ambas variaciones de la siguiente manera:

La calidad de vida subjetiva: es aquello que cada persona considera bueno para sí mismo, es decir, se encuentra definido bajo los intereses y sentimientos de una persona frente a una realidad. En ese sentido, la calidad de vida subjetiva es conceptualizada según lo que significa la vida para cada individuo.

La calidad de vida objetiva: hace referencia a la vida de la persona observada desde una visión externa y por tanto evaluada desde un enfoque cultural. Suele estar relacionada con indicadores sociales y permite conocer la capacidad que posee una persona para adaptarse a la cultura a la que pertenece.

CAPÍTULO III

PERSPECTIVAS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Diversos estudios afirman que el porcentaje de población adulto mayor ha incrementado durante los últimos años. Ello es, en parte, debido a políticas públicas de salud que permiten una vida longeva, así lo sostiene Moquillaza-Risco et al. (2015). Sin embargo, no todos poseen los mismos beneficios. Es decir, no todos gozan de protección familiar, de salud, ingresos económicos, entre otros. Los motivos por los cuales un adulto mayor puede estar pasando penurias o situaciones desagradables son diversos y se encuentran especificados en el concepto de calidad de vida.

En ese sentido, se debe entender por calidad de vida el conjunto de factores que garantizan la vida digna de una persona. Este término es dirigido para todas las etapas de vida del individuo, pero es en la vejez en la que más se suele usar por las profundas deficiencias que enfrentan las personas del grupo etario de adultos mayores. Al respecto, existe una vasta documentación que va desde el maltrato psicológico y físico hasta el abandono de la familia en asilos, los cuales se encuentran en pésimas condiciones.

Este hecho se ha convertido en una problemática nacional, es decir son prácticas comunes que dañan la integridad del individuo. Ello se ve reflejado en la necesaria norma legal que el Estado peruano ha tenido que elaborar para que así, de alguna manera, se garantice la calidad de vida de los ancianos.

3.1. Marco conceptual

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS), un adulto mayor es funcionalmente sano cuando este se encuentra satisfecho consigo mismo y es capaz de adaptarse a nuevas condiciones sin demasiados sobresaltos. Según lo señalado por las entidades de salud en mención, la vejez o senectud se origina a partir de los 60 años en adelante, aunque en algunos casos se considera que las personas mayores de 50 años pertenecen a la etapa de la senectud, ello según las condiciones físicas o mentales que lo indiquen (Cardona-Arias et al., 2016).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) indicó en el 2015 que el mencionado grupo etario incrementó en un 10 % siendo el grupo de 80 años el que más crecimiento presentó. Asimismo, afirmó que para el año 2025 se proyecta que las personas adultas mayores sean entre el 12 % y el 13 % de la población peruana (Varela, 2016) una realidad que conlleva reflexionar sobre las condiciones de vida que los adultos mayores enfrentan en su día a día.

Ahora bien, para profundizar respecto a su calidad de vida y, por ende, en las condiciones de la misma es necesario conocer cuáles son sus necesidades desde los distintos aspectos que posee la vida de una persona. De manera general, se puede señalar que una preocupación recurrente es el estado de salud que los adultos mayores deben enfrentar “enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, discapacidad visual, pérdida de la audición y demencia” (Guerrero & Yépez, 2015, p.123) afecciones que las personas de edad avanzada suelen presentar al mismo tiempo.

Asimismo, se debe considerar aspectos sociales del individuo, es decir el apoyo social que recibe de parte de los familiares, amigos, vecinos, miembros de una organización, entre otros. Al respecto, Cuadra-Peralta et al. (2016), quienes realizaron un estudio sobre el apoyo social percibido en el adulto mayor en Chile, reportaron dos categorías: los familiares y los no familiares siendo la primera el soporte más importante, la que debe velar con el bienestar tanto físico como mental más aún si no existen organizaciones que puedan prestar su servicios sin importar el motivo, pues en muchos casos el factor económico resulta una gran desventaja en esta etapa de la vida.

Por lo tanto, la calidad de vida del adulto mayor debe entenderse como un conjunto de requerimientos necesarios que una persona debe poseer siendo este un derecho humano inherente para la vida y que además es multifactorial.

3.2. Factores condicionantes

Son aquellas variables que condicionan la forma de vida de un individuo. En relación al adulto mayor, estos factores pueden ser determinantes para llevar una vida digna durante sus últimos años. En el presente estudio se consideraron la pesquisa de las condiciones sociodemográficas, económicas y familiares: la primera relacionada con las características poblacionales como la edad, el sexo, el grado de instrucción entre otros; la segunda en relación al ingreso que percibe la persona o si es pensionario y, finalmente, la tercera que hace referencial aspecto social del individuo.

3.2.1. Condiciones sociodemográficas

Son características de tipo social y cultural presentes en un determinado grupo de personas, las cuales han sido llevadas a análisis. En relación con la población adulto mayor de un país, estas se identifican por investigar características como la edad, el sexo, estado civil, etc. de una persona.

Edad

Constituye al grupo etario mayor de 60 años, sin embargo, el proceso de envejecimiento está relacionado a diversos factores que van más allá de la edad numérica. Para determinar la vejez de un individuo es relevante señalar la determinación genética, los hábitos y el estilo de vida de la persona, ya que estos serán los que finalmente indicarán la edad biológica y la edad cronológica (Chalapud-Narváez & Escobar-Almario, 2017).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020) debido a los profundos cambios demográficos registrados los últimos años en el país, el Perú ha presentado un proceso de envejecimiento de la población. Esto debido a que el número de población mayor de 60 años era de 5,7 % en 1950 y pasó a ser 12,7 % en el año 2020, de los cuales el 15,6 % pertenece al grupo octogenario.

Sexo

En relación al factor sexo, el INEI (s. f) afirmó que el 52,4 % de adultos mayores son mujeres, esto viene a ser un total de 2 millones 168 mil personas, mientras que el 47,6 %, en cifras 1 millón 973 mil, son hombres. Aunque se pueda pensar que de este grupo etario la mayoría pertenece a un hogar dependiente, lo cierto es que, según INEI (2020), existe un porcentaje significativo de mujeres como jefas del hogar en el total de adultos mayores. Las familias lideradas por adultos mayores según la residencia y el sexo. El informe permitió identificar que a nivel nacional el porcentaje de mujeres cabeza del hogar era 31,0 % mientras que el 25,9 % de hombres un dato relevante en el factor sexo, pues da cuenta que las mujeres sostienen un hogar pese a sus limitadas condiciones.

Estado civil

Factor que pretende determinar si la persona de un sector de población posee un compañero de vida, es decir si está casado(a), si es parte de una

unión consensual, etc. o si no tiene pareja y está soltero, divorciado o viudo (Martínez et al., 2016).

Es importante tener en consideración el estado civil de la persona, indican Valdez-Huariche & Álvarez-Bocanegra (2017), debido a que suele ser un motivo para el abandono de parte de sus familiares. Esto se ve reflejado en que cuando un anciano vive en pareja o posee un trabajo, los familiares creen que no requiere cuidados especiales o atención para mejorar sus condiciones de vida.

Al respecto, Valdez-Huariche & Álvarez-Bocanegra agregan que existe una “asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y apoyo familiar: A mayor apoyo familiar mayor calidad de vida” (p. 120). Por lo tanto, es relevante conocer el estado de la persona, pues ello ayudará a entender sus necesidades.

Nivel de instrucción

Permite conocer el nivel educativo que alcanzó la persona. Es decir, si logró culminar sus estudios básicos o superiores (Martínez et al., 2016). En el informe presentado por el INEI (2020) los indicadores anuales sobre el nivel de educación alcanzado en el que se señala que el 14,2 % no logró estudiar o solo estudió el nivel inicial; el 41,1 % estudió el nivel primario; el 26,7 %, el nivel secundario y un 18,1 %, el nivel superior.

Religión

A pesar de que en el informe del INEI no se precisa el dato estadístico sobre las religiones que profesa el adulto mayor, es necesario conocer este factor, pues a través de él las personas orientan sus acciones y su forma de vida. Asimismo, la religión le permite al individuo crear “una ganancia personal (...) buscando así tener un fuente de confort como rezar para tener protección o tranquilidad propia” (Power & McKinney citado en Acosta & Sánchez, 2017. p. 23), en otras palabras, constituye una fuente

de espiritualidad útil para la vida y hacer un recuento de todo lo vivido, pues pese a que el individuo puede gozar de buena salud, le será inevitable pensar en el cierre de su ciclo de vida.

Ocupación

Si bien existe una tasa de ocupación alta registrada en el 2019, según INEI (2020), debe evaluarse en qué condiciones laborales se encuentra este sector de la población. La cifra de 97,7 % registrado por la entidad estadística no especifica si el adulto mayor se encuentra del todo satisfecho haciendo las labores que requiere para obtener ingresos. Muchas veces es la necesidad la que los lleva a buscar un trabajo.

Además, se debe tener en consideración que mientras más edad tenga una persona el desempeño físico y mental no será igual a de la etapa de adultez temprana. Al respecto de las ocupaciones sea la que está fuera, Silva et al. (2016) indican que el adulto mayor puede presentar un cuadro de estrés debido al deterioro de sus capacidades cognitivas por lo que es necesario tener mayor cuidado respecto a la ocupación que desempeña un anciano.

3.2.2. Condiciones económicas

Se trata de una circunstancia estrechamente relacionada con el desarrollo, es decir, es medida bajo dichos parámetros por lo que es necesario entender el término *desarrollo* según el sistema económico vigente. En términos de Cantú-Martínez (citado en Cantú-Martínez, 2015) el este debe entenderse como un proceso por el cual se espera obtener mejores condiciones económicas y sociales. Sin embargo, como ya se señaló en el primer capítulo, el teórico Amartya Sen señala al respecto que los bienes adquisitivos no necesariamente garantizan una adecuada calidad de vida, pues las necesidades varían en cada persona según su estilo de vida.

Por lo tanto, los conceptos de calidad de vida deben estar relacionados con el desarrollo y los requerimientos del individuo según, por ejemplo,

los problemas de salud que pueda presentar, la edad que tenga, el género e incluso el credo que profesa, Ello con la principal finalidad de crear una condición económica de acuerdo a sus necesidades.

Ahora bien, en relación a los ingresos que percibe la persona adulta en esta etapa de su vida, García (citado en Macedo y Mata, 2018)) expone la realidad que los ancianos viven en países como Estados Unidos, donde los salarios que perciben se encuentra por debajo del estándar hecho que genera que los adultos mayores se retiren del mundo laboral.

Sin embargo, en Alemania la realidad es otra, pues debido a la existencia de aportes de la seguridad social la población adulta mayor decide dejar de laborar. Esto se diferencia drásticamente de lo que se vive en el Perú, pues existe un gran número de personas mayores de 60 que no cuentan con un sistema de pensión ideal, que les permita llevar una vida libre de precariedades

Otro caso expuesto por García es el que se suscita en Chile que según las investigaciones las personas que recibieron instrucción superior se encuentran más interesadas de seguir laborando a diferencia de quienes no pudieron acceder a una educación superior, en su mayoría.

Asimismo, que las condiciones económicas de los adultos mayores no sea la mejor guarda relación con la imposibilidad de muchos de ellos de conseguir un puesto laboral, pues los empresarios prefieren realizar pagos de sueldos mínimos. Al respecto, García (citado en Macedo y Mata, 2018) agrega que “el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) señala además que las empresas podrían preferir la contratación de jóvenes pagándoles salarios menores. Asimismo, existen pocos incentivos para capacitar a los empleados adultos mayores, pensando que su vida laboral es corta y por lo tanto los rendimientos de esta inversión serían pequeños” (pp. 26-27), una realidad que afecta a diversos países del mundo, pero sobre todo a la población de adultos mayores.

3.2.3. Condiciones familiares

La familia es el núcleo de la sociedad y es el ambiente en el que el individuo busca sostenerse emocionalmente en todo momento, sobre todo en situaciones en las que se encuentra vulnerable. Es así que las relaciones familiares son definidas como un medio de articulación en la que un individuo es capaz de adquirir aprendizaje desde sus primeros años de vida. Amarís (citado en Condori 2018) afirma que la familia suele ser un “referente de los aprendizajes de sobrevivencia y convivencia como mediadores de satisfacción de necesidades tangibles e intangibles” (p. 30). Por lo tanto, se espera que cuando la persona llega a un estado de vulnerabilidad exista un apoyo emocional y económico, ya sea cuando se es infante o se es adulto mayor.

Sin embargo, el periodo de la vejez trae consigo, además de una serie de problemas de salud, dificultades a nivel familiar. Esto se evidencia en un claro cambio de valores que la sociedad ha enfrentado y una carencia de sensibilidad por el otro, más aún cuando este supera los 60 años de vida, edad en la que se requieren mayores cuidados de parte de las familias.

Al respecto, Guzmán y Huenchían (citado en Suárez y Silva, 2018) exponen que esto se relaciona con la escasez de cuidadores suficientemente confiables que puedan asumir la responsabilidad de proteger y atender al adulto mayor. Ello, afirman los investigadores se debería a la disminución de la tasa de natalidad con lo cual se ha reducido el número de integrantes de las familias. En esa misma línea, Guzmán y Huenchían agregan que “la disminución de la fecundidad y la mayor participación femenina en el mercado laboral, origina que el número potencial de cuidadores de personas mayores vaya descendiendo” (p. 254), una visión un poco sesgada, pues podría interpretarse que el rol del cuidado está a cargo de una sola persona y que esta debe ser la mujer de la familia.

Al respecto de lo expuesto, es necesario comenzar a generar cambios en relación a las estructuras sociales que se han aceptado como normales. En

primera instancia, dejar de considerar que la persona más longeva de la casa ya no puede realizar actividad alguna, sino por el contrario genera una atención adicional.

Si bien el adulto mayor no cuenta con las mismas capacidades que cuando era más joven, ello no significa no se encuentra impedido de realizar actividades, lo que sí se debe tener en consideración es que estas deben ser sencillas de realizar y, por otro lado, el cuidado del adulto mayor debe estar a cargo de toda la familia, desde los miembros más pequeños hasta los más adultos, independientemente del género, ya que ello permitirá crear lazos más sólidos sustentados en el amor y el compromiso familiar.

3.3. Marco legal del adulto mayor en Perú

En el 2018, el gobierno peruano publicó el Decreto Supremo del Reglamento de la Ley de la Persona Adulta Mayor. Considerando lo descuidado que se encontraba el grupo etario de personas mayores de 60 años en el país, se llevó a cabo la creación de la normativa legal que tiene como fin otorgar responsabilidad a las familias de todo el territorio para que cumplan con el compromiso sobre el cuidado y la protección de sus familiares.

De manera puntual la Ley N. ° 30490 señala los siguientes principios:

- a. **Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores:** Con ello se busca que las actividades, ya sean públicas o privadas, respeten los valores de los ancianos como las de cualquier otro individuo en la sociedad.
- b. **Seguridad física, económica y social:** El adulto mayor debe obtener protección y garantía de que su salud y su entorno serán atendidos oportunamente, así como los requerimientos básicos que se soliciten.

- c. **Protección familiar y comunitaria:** El respeto por los adultos mayores debe darse por todos los ciudadanos, al margen de los vínculos de parentesco.
- d. **Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor:** Los cuidados pertinentes en relación a la salud de la persona deben estar a cargo de los familiares, así como del profesionales de salud. Este debe abarcar la salud física, emocional y contextual.

Asimismo, el documento expone en el Título III – *Atención de la persona adulta mayor. Lineamientos para la atención de la persona adulta mayor*. Sección que hace mención al trato que una persona mayor debe recibir. Así, en el artículo 19 el documento señala la *Atención en salud* y enfatiza que las personas tienen derecho a gozar de una atención integral debido a su condición de población prioritaria. Para llevar a cabo dicha normativa, el Estado indica que tanto el Ministerio de Salud y Essalud serán las entidades encargadas de incentivar un servicio diferenciado para el adulto mayor.

Asimismo, en el artículo 20, *Atención en materia previsional, de seguridad social y empleo* donde se promueve que el adulto pueda tener una cultura de previsión, esto con la finalidad de que pueda acceder a un seguro social y pensión cuando llegue a la etapa de la senectud. De igual manera, el artículo busca que la persona mayor pueda tener una oportunidad de empleo que pueda generar productividad de acuerdo a sus capacidades físicas.

Por su parte, en el artículo 21, *Atención en educación* el Estado incentiva que el adulto mayor pueda acceder al sistema educativo mediante la participación de programas en los que pueda recibir o compartir los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida. Asimismo, las instituciones superiores realizarán estudios e investigaciones sobre temas relacionados a las personas mayores.

De igual manera en los artículos 22, 23, 24: *Atención en turismo, cultura, recreación y deporte; Participación y organización y Accesibilidad*, respectiva-

mente, se promueve una mayor intervención del adulto mayor a prácticas sociales y actividades políticas, es decir, que puedan tener relación con la toma de decisiones en gobiernos regionales y locales. Asimismo, en el documento publicado el Estado se compromete a garantizar espacios físicos e inclusivos en los que el adulto mayor se sienta seguro de acceder.

Es así que el Título III de la Ley de la persona adulta mayor finaliza este apartado con el Artículo 25 *Protección social* y Artículo en donde los organismos competentes brindarán protección social en el caso de que un adulto mayor forme parte de grupos de pobreza o pobreza extrema, sufra trastorno físico o deterioro o sea víctima de cualquier tipo de violencia y, finalmente, el Artículo 26 *Medidas de protección temporal* aplicado cuando el adulto mayor se encuentre en situación de vulnerabilidad.

Sin embargo, cabe señalar que existen otros Títulos y Capítulos dentro del documento que exponen, por ejemplo, las sanciones existentes para las personas que atenten contra los derechos de los adultos mayores, las cuales se dividen en tres artículos: 34. Potestad sancionadora, a cargo de la Dirección de Personas Adultas Mayores del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, entidad que se encargará de velar por el cumplimiento de la normativa y en el caso de no hallar respuesta, se puede acudir a una segunda instancia la Dirección General de la Familia y la Comunidad del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 35. Infracciones administrativas, en esta se hallan las infracciones según las faltas que se cometan conforme a la Ley. Se clasifican en: leves, graves y muy graves; 36. Sanciones, los infractores podrán recibir las siguientes sanciones sin perjuicio, si en caso existen, de las sanciones civiles o penales. Al respecto, La *Ley de la Persona Adulta Mayor* señala explícitamente lo siguiente:

- Amonestación escrita.
- Multa que va desde una unidad impositiva tributaria (UIT) hasta diez unidades impositivas tributarias (UIT) vigentes al momento de expedición de la sanción.

- Suspensión desde tres hasta ciento ochenta días calendario de funcionamiento del centro de atención.
- Cancelación de la acreditación otorgada a los centros de atención.

El documento publicado en el Diario Oficial del Bicentenario *El Peruano* surge en un contexto en el que las denuncias de maltrato a personas de la senectud no cesan.

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: CONDICIONES SOCIALES, DEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y FAMILIARES DEL USUARIO DE ESSALUD

El proceso de la transición demográfica que actualmente se da en América Latina y en nuestro medio así como la expectativa de vida al nacer implican el incremento de envejecimiento de la población, lo que significa un mayor número de personas de edad avanzada; por lo tanto corresponde al Estado la elaboración, implementación y ejecución de políticas a favor del adulto mayor lo que repercutirá en su calidad de vida, así también corresponde a entidades de salud, instituciones formadoras de profesionales, entre otras realizar acciones encaminadas al bienestar de las personas mayores.

El proceso de la transición demográfica que actualmente se da en América Latina y en nuestro medio así como la expectativa de vida al nacer implican el incremento de envejecimiento de la población, lo que significa un

mayor número de personas de edad avanzada; por lo tanto corresponde al Estado la elaboración, implementación y ejecución de políticas a favor del adulto mayor lo que repercutirá en su calidad de vida, así también corresponde a entidades de salud, instituciones formadoras de profesionales, entre otras realizar acciones encaminadas al bienestar de las personas mayores.

Según la OMS, la calidad de vida entendida como la percepción de una persona que tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes; la cual está influenciada de modo complejo por la salud física, el estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

La calidad de vida se entendería como la percepción que tiene un adulto mayor de su propio bienestar físico, social y mental, considerando un sin número de factores contribuyen a la misma, y como consecuencia van a influir en la percepción positiva en “lo buena que es la vida”, la felicidad de un individuo y su capacidad para desenvolverse de manera independiente y disfrutar de la vida.

El presente capítulo tiene como objetivo principal el determinar y analizar la calidad de vida del adulto mayor usuario de EsSalud relacionada con las condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales. El estudio se realizó en EsSalud de la ciudad de Chota, la muestra estuvo constituida por 133 adultos mayores de 60 años, se aplicó un cuestionario semiestructurado y el formulario SF36, el diseño corresponde a un trabajo no experimental, de tipo descriptivo, analítico y transversal, interpretando lo observado y relacionándolo con las variables.

El capítulo es importante, puesto que el conocimiento de los datos reales más acerca de la realidad de esta temática posibilitará a las autoridades competentes regionales y locales a reorientar y replantear acciones, es-

trategias, reformulación y desarrollo de programas de promoción y educación para la salud en la población adulta mayor, familia y sociedad, que conlleven a promover su independencia, la atención en salud, la protección laboral, el aseguramiento social.

En el presente capítulo se explica el proceso en el cual se desarrolla la investigación. Así mismo crear propuestas a niveles institucionales, gubernamentales y sociales, mediante los cuales, se creen factores de apoyo que se orienten en la formación de asociaciones de adultos mayores, con el objetivo de constituir la base legal en la protección de sus derechos.

4.1. Aspectos metodológicos

4.1.1. Tipo de la investigación

La investigación fue de tipo descriptivo, puesto que en ella se caracterizan las dimensiones y las cualidades de las variables de *calidad de vida*, de *condiciones demográficas*, *económicas*, *familiares* y *sociales*. Además, tuvo un enfoque cualitativo, ya que en esta el autor profundiza los ámbitos demográficos, económicos, familiares y sociales relacionados con la calidad de vida del adulto mayor en Chota. En este sentido, posibilitó hacer una reflexión y un análisis de cada una de las variables de estudio, así como, la relación entre todas las variables de acuerdo a los objetivos establecidos. De igual manera, el diseño de la investigación fue no experimental porque no se realizaron manipulaciones de las variables. Fue un estudio de corte transversal.

4.1.2. Población

La población estuvo conformada por el número total de adultos mayores de 60 años y más, usuarios a EsSalud del distrito de Chota. La muestra estuvo constituida por 153 adultos mayores.

4.1.3. Instrumentos de investigación

En relación con los instrumentos de recolección de datos se utilizaron los siguientes:

- a. **Cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas**, con el cual se obtuvo la información sobre las condiciones socioeconómicas y familiares del adulto mayor en investigación. La data fue recogida mediante la técnica de la entrevista personal en el policlínico de EsSalud Chota y en algunos casos en su domicilio.

El cuestionario se compuso de dos dimensiones: condiciones socioeconómicas y condiciones familiares. La primera dimensión estuvo constituida por 14 ítems y la segunda, por 16 ítems; las cuales posibilitaron obtener información detallada de su nivel educativo, ocupación, vivienda, seguridad económica, o dependencia económica, así como las interrelaciones familiares.

El contenido del cuestionario confeccionado fue validado por el juicio de un grupo de expertos puesto que ellos leyeron y advirtieron rigurosidad científica sobre el carácter técnico del contenido de los ítems, la base lógica, y la manera como el cuestionario se adaptó a la muestra objeto de estudio, un grupo de adultos mayores de EsSalud Cajamarca.

- b. **Cuestionario de Salud SF-36**, con el apoyo del cual los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionaron unas puntuaciones directamente proporcionales al estado de salud; cuánto mayores sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión osciló de 0 a 100.

Cubrió tres áreas: el estado funcional, el bienestar emocional con 8 dimensiones del estado de salud y la evaluación general de salud. El cuestionario se constituyó de 36 ítems; cada uno de los cuales tiene una respuesta graduada en varios niveles de disfunción (entre dos y

seis niveles). Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionaron unas puntuaciones directamente proporcionales al estado de salud. Cada dimensión se codificó en una escala que tuvo un recorrido que va desde cero (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100, el mejor estado de salud. El cuestionario permitió el cálculo de 2 puntuaciones sumario, el componente sumario función física y el bienestar emocional, mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión. Las cifras más altas indicaron una alta calidad de vida y, por el contrario; los más bajos, una baja calidad de vida.

El área del estado funcional estuvo representada por las siguientes dimensiones: Función física (10 ítems), función social (2 ítems), limitaciones del rol por problemas físicos (4 ítems), limitaciones del rol por problemas emocionales (3 ítems). El área de Bienestar emocional incluyó las dimensiones de Salud mental (5 ítems), Vitalidad (4 ítems), Dolor (2 ítems). Y la evaluación general de la salud incluyó la dimensión de la percepción de la salud general (5 ítems) y el cambio de la salud en el tiempo (1 ítem que no forma parte de la puntuación final).

Este instrumento SF 36 ha sido validado con el alpha de Cronbach, cuya consistencia interna se situó por encima del valor 0,7 (valor mínimo recomendado) y concretamente entre 0,78 para la dimensión de vitalidad y el valor 0,96 de la dimensión de rol físico.

Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales.

En la Tabla 1 se detallaron los resultados de fiabilidad del cuestionario evaluada a partir de los coeficientes α de Cronbach (consistencia interna) y los CCI (reproducibilidad).

Tabla 1
Fiabilidad de las escalas del SF-36 español

Autor	Muestra	Descripción	Escala							
			Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Alonso et al, 1998	Población general española (n = 9.151)	α de Cronbach	0.94	0.96	0.92	0.82	0.78	0.81	0.94	0.79
Ayuso-Mateos et al, 1999	Población general Santander (n = 1.250)		0.90	0.86	0.70	0.81	0.71	0.73	0.85	0.79
López-García et al, 2003	Población general española > 60años (n = 9.151)		0.93	0.95	0.87	0.79	0.85	0.84	0.91	0.85
Alonso et al, 1995	Pacientes c/enfermedad coronaria estable (n = 50)		0.84	0.90	0.88	0.71	0.74	0.45	0.94	0.77
Fallde et al, 2000	Pacientes c/posible cardiopatía isquémica (n = 185)	Coefficiente de Correlación intraclass	0.83	0.99	0.65	0.85	0.70	0.65	0.58	0.76
			0.92	0.91	0.82	0.74	0.78	0.72	0.94	0.80
Alonso et al, 1998	Pacientes con EPOC, varones (n = 312)		0.92	0.90	0.84	0.77	0.86	0.55	0.91	0.85
Espinosa de los Monteros et al, 2002	Pacientes con asma (n = 219)	α de Cronbach	0.79	0.79	0.80	0.79	0.77	0.78	0.80	0.78
García Ordoñez et al, 2001	Pacientes con VIH (n = 300)		0.91	0.90	0.92	0.77	0.84	0.71	0.87	0.80
Gómez-Basteriro et al, 2004	Pacientes en lista espera de trasplante de riñón o transplantados en 1997 (n = 285)		0.88	0.92	0.87	0.70	0.82	0.78	0.89	0.82
Estimación conjunta	(IC del 95 %)	α de Cronbach	0.9 (0.87-0.92)	0.91 (0.87-0.94)	0.86 (0.8-0.9)	0.78 (0.76-0.8)	0.8 (0.76-0.83)	0.74 (0.69-0.79)	0.9 (0.87-0.93)	0.81 (0.78-0.83)

Nota: EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana, IC: intervalo de confianza. Obtenida a partir de meta análisis. Modelo de efectos aleatorios de DerSimonian y Laird

Por consiguiente, el instrumento de recolección de información estuvo constituido por la escala de calidad de vida SF-36 y un cuestionario diseñado ad hoc para evaluar las condiciones sociodemográficas, económicas y familiares de las personas mayores.

Estos instrumentos han sido validados antes de su aplicación a un grupo de adultos mayores.

Los datos recolectados en el cuestionario e instrumentos de estudio fueron procesados y ordenados, mediante la codificación y la decodificación informática a través del uso del programa estadístico SPSS versión 15.0.

Seguidamente, se elaboró la base de datos respectiva y que permitió obtener los resultados con precisión y confiabilidad. Así mismo se realizó la descripción de las variables en estudio y análisis de datos, utilizando las técnicas descriptivas como frecuencias absolutas y relativas, y la prueba estadística de X² para establecer la relación de variables; después, se elaboraron cuadros estadísticos para mostrar el logro de los objetivos planteados.

4.2. Resultados

Tabla 2

Condiciones demográficas del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008

Condiciones demográficas	N°	%
Edad		
60-69 años	61	45.9 %
70-79 años	46	34.6 %
80 a más	26	19.5 %
Sexo		
Hombre	72	54.1 %
Mujer	61	45.9 %

Condiciones demográficas	N°	%
Estado Civil		
Soltero (a)	3	2.3 %
Casado	93	69.9 %
Viudo	31	23.3 %
Divorciado /separado	6	4.6 %
Religión		
Católica	118	88.9 %
No Católica	15	11.3 %
Nivel educativo		
Sin nivel educativo	39	29.3 %
Primaria	32	24.0 %
Secundaria	13	8.3 %
Superior	49	36,8 %
Ocupación		
Trabajador Profesional	8	6.0 %
Trabajador No profesional	17	12.8 %
Pensionado/jubilado	70	52,6 %
Ama de casa	36	27.1 %
Desocupado	2	1.5 %
Total	133	100.0 %

Nota: Cuestionario semiestructurado elaborado y aplicado por la autora.

En la Tabla 2, se mostraron las condiciones demográficas del adulto mayor en la investigación; el 45.9 % se encontró en el grupo etario entre los 60 y 69 años de edad, seguido del grupo de 70 a 79 años con el 34.6 % y por último el 19.5 % se situó de 80 a más años de edad; estos dos últimos grupos representan el 54.1%, lo cual concuerda con el incremento de la población mayor de 65 años de edad a nivel nacional.

Además, se visualizó que en su mayoría fueron varones los que participaron en el estudio con el 54,1 %; lo que indica que éstos solicitaron —en su mayoría— una atención de salud y porque eran asegurados, a diferencia del sexo femenino que no lo fueron. Se evidencia, asimismo, que los participantes —en su mayoría— fueron casados con un 69.9 %, cifra superior al promedio nacional (24.6 %), considerándose éste un indicador para la estabilidad familiar; cerca del 23.3 % de la muestra fue ubicada en la categoría de viudos, y el 2.3 % se situó por igual en la categoría de separados, divorciados y solteros cada uno; y el 88.7 % profesaron la religión católica, conforme con el promedio nacional (81.3 %) según el Censo 2007.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, el 36.8 % realizaron estudios superiores lo que indicó una mejoría en el nivel educativo y, el 29.3 % no tuvo grado de instrucción alguno, lo cual fue un limitante para el acceso a cualquier tipo de conocimiento y sobre todo a los derechos ciudadanos que tenía este grupo etario. El 52.6 % de las personas que participaron en el estudio eran jubiladas y el 27.1 %, amas de casa; el resto se ubicó en otras categorías.

Tabla 3

Condiciones económicas del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008

Condiciones económicas	N°	%
Ingreso económico mensual por jubilación/cesantía		
1-2 sueldos mínimos vitales	98	73.7 %
> 2 sueldos mínimos vitales	4	3.0 %
No reciben	31	23.3 %
Apoyo económico familiar		
Si	42	31.6 %
No	91	68.4 %

Condiciones económicas	N°	%
Familiar que apoya económicamente		
Esposo/pareja	24	18.0 %
Hijos	33	24.8 %
Sobrinos	2	1.5 %
Otros familiares	13	9.8 %
Ninguno	61	45.9 %
Satisfacción de necesidades básicas con ingresos		
Si	71	53.4 %
No	62	46.6 %
Tenencia de casa propia		
Si	121	91.0 %
No	12	9.0 %
Habitación compartida con otras personas		
Si	97	72.9 %
No	36	27.1 %
Total	133	100.0 %

Nota: Cuestionario semiestructurado elaborado y aplicado por la autora.

De los datos de la Tabla 3, se observó respecto a las condiciones económicas que el 73.6 % de adultos mayores de la muestra tuvo un ingreso económico mensual entre 1 y 2 sueldos mínimo vitales por jubilación/cesantía; el 31.6 % de los adultos mayores recibió apoyo económico familiar, sólo el 24.8 % recibió apoyo de los hijos, y el 45.9 % no lo recibió, los diversos ingresos económicos les permitieron satisfacer sus necesidades básicas al 53.4 % y en cuanto a la tenencia de casa propia el 91 % si poseyó; asimismo el 72.9 % compartió la habitación con su esposo.

Tabla 4

Condiciones familiares del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008

Condiciones familiares	N°	%
Frecuencia con que ve a su familia		
No los ve	16	12.0 %
Una vez	101	75.9 %
2 a 5 veces	6	4.5 %
No especifica	10	7.5 %
Relaciones familiares		
Muy buenas	19	14.3 %
Buenas	92	69.2 %
Regulares	22	16.6 %
Personas que apoyan en la solución de problemas		
Esposo/pareja	54	40.6 %
Hijos	16	12.0 %
Vecinos	1	0.8 %
Ninguno	21	15.8 %
No especifica	41	30.8 %
Apoyo familiar para realización de actividades de la vida diaria		
Si	75	56.4 %
No	58	43.6 %
Persona que apoya en higiene diaria		
Esposo/pareja	3	2.3 %
Hijos	4	3.0 %
Nietos	2	1.5 %
Otros	2	1.5 %
Ninguno	122	91.7 %

Condiciones familiares	N°	%
Persona que acompañan a consulta médica		
Esposo/pareja	55	41.4 %
Hijos	23	17.3 %
Otros	3	2.3 %
Ninguno	53	39.1 %
Satisfacción por el apoyo familiar		
Si	106	79.7 %
No	27	20.3 %
Expresiones de afecto recibidas por los familiares		
Si	128	96.2 %
No	5	3.8 %
Total	133	100.0 %

Nota: Cuestionario semiestructurado elaborado y aplicado por la autora.

La Tabla 4 reveló las condiciones familiares del adulto mayor estudiado. En este sentido, el 75.9 % de los adultos mayores vió a sus familiares por lo menos una vez semanal; el 69.2 % mantuvo relaciones familiares buenas; el 40.2 % resolvió sus problemas con ayuda de su pareja, el 27 % lo hizo solo y con ayuda de sus hijos; el 56.4 % recibió apoyo de sus familiares en la realización de actividades de la vida diaria, y el 91.7 % no recibió apoyo para la higiene (indicó que lo hacía en forma independiente); el 41.4 % fue acompañada a la consulta médica por su pareja y un 17.3 %, por sus hijos; 79.7 % manifestó satisfacción por la ayuda de la familia en la resolución de los problemas; 96.2 % recibió expresiones de afecto como caricias, besos, palabras cariñosas.

Tabla 5

Condiciones sociales del adulto mayor de EsSalud, de Chota, 2008

Condiciones sociales	N°	%
Atención y/o compañía agradable recibida que le brinda satisfacción		
Si	125	94.0 %
No	8	6.0 %
Acceso a la información, noticias u orientación de interés personal		
Si	113	85.0 %
No	20	15.0 %
Participación en actividades físicas, recreativas, lúdicas y paseos		
Si	92	69.2 %
No	41	30.8 %
Horas de descanso y ocio		
6-8 horas	64	48.1 %
4-6 horas	62	46.6 %
< 4 horas	7	5.3 %
Total	133	100.0 %

Nota: Cuestionario semiestructurado elaborado y aplicado por la autora.

En la Tabla 5 se presentaron las condiciones sociales, en las cuales el 94 % de los adultos mayores recibió atención y/o compañía agradable que le hiciera sentir bien, lo que contribuiría a mejorar su estado emocional; el 85 % tuvo la información, noticias u orientación que le interesa; el 69.2 % participó en actividades físicas, recreativas, lúdicas y paseos, y el 48.1 % tuvo de 6 a 8 horas de descanso y ocio.

Tabla 6

Calidad de vida del adulto mayor. EsSalud Chota 2008

Calidad de vida	Baja		Alta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estado funcional	70	52.6 %	63	47.4 %	133	100.0 %
Bienestar emocional	63	47.4 %	70	52.6 %	133	100.0 %
Estado de salud general	100	75.2 %	33	24.8 %	133	100.0%

Nota: Formulario SF-36 (Alonso et al.).

En la Tabla 6 se observó que, del total de la muestra el mayor porcentaje, el 75.2 %, tuvo una baja calidad de vida en la dimensión del estado de salud general, lo que indicó que los adultos mayores tuvieron un deterioro en la percepción de su estado de salud; frente a un 52.6 % de alta calidad de vida en la dimensión de bienestar emocional.

Ello indicó que a pesar de tener un bajo estado de salud funcional las personas de la tercera edad tuvieron un buen estado anímico, probablemente debido a la despreocupación que tuvieron por las enfermedades que estaban siendo tratadas.

En este sentido, Palomo, Rubio y Gervás (2006) señalan que la percepción de la calidad de vida se relaciona más con la comorbilidad mental que física; así también es notorio que en algunos estudios la calidad de vida está asociada a los niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad.

En relación con la salud funcional, la gran mayoría de los encuestados afirmaron que no les afectó la calidad de vida, por lo que los porcentajes observados no fueron significativos.

Tabla 7
Calidad de vida del adulto mayor y condiciones demográficas. EsSalud Chota 2008

Condiciones demográficas	Calidad de vida											
	Estado funcional				Bienestar emocional				Estado de salud general			
	Bajo		Alto		Bajo		Alto		Bajo		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad												
60-69 años	20	28.6	41	65.1	21	33.3	40	57.1	39	39.0	22	66.7
70-79 años	30	42.9	16	25.4	22	34.9	24	34.3	38	38.0	8	24.2
80 a más	20	28.6	6	9.5	20	31.7	6	8.6	23	23.0	3	9.1
Sexo												
Hombre	36	51.4	36	57.1	32	50.8	40	57.1	50	50.0	22	66.7
Mujer	34	48.6	27	42.9	31	49.2	30	42.9	50	50.0	11	33.3
Estado Civil												
Soltero (a)	1	1.4	2	3.2	1	1.6	2	2.9	2	2.0	1	3.0
Casado	45	64.3	48	76.2	43	68.3	50	71.4	64	64.0	29	87.9
Viudo	22	31.4	9	14.3	16	25.4	15	21.4	29	29.0	2	6.1
Divorciado /separado	2	2.9	4	6.4	3	4.8	3	4.3	5	5.0	1	3.0
Religión												
Católica	59	84.3	59	93.7	55	87.3	63	90.0	87	87.0	31	93.9
No Católica	11	15.7	4	6.3	8	12.7	7	10.0	13	13.0	2	6.1

Condiciones demográficas	Calidad de vida											
	Estado funcional				Bienestar emocional				Estado de salud general			
	Bajo		Alto		Bajo		Alto		Bajo		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nivel educativo												
Sin nivel educativo	29	41.4	10	15.9	25	39.7	14	20.0	36	36.0	3	9.1
Primaria	20	28.5	12	19.00	20	31.8	12	17.1	25	25.0	7	21.2
Secundaria	5	7.1	8	12.7	7	11.1	6	8.6	11	11.0	2	6.0
Superior	16	22.9	33	52.4	11	17.5	38	54.3	28	28.0	21	63.6
Ocupación												
Trabajador Profesional	1	1.4	7	11.1	1	1.6	7	10.0	3	3.0	5	15.2
Trabajador no profesional	12	17.1	5	7.9	12	19.0	5	7.1	15	15.0	2	6.1
Pensionado/jubilado	30	42.9	40	63.5	27	42.9	43	61.4	48	48.0	22	66.7
Ama de casa	25	35.7	11	17.5	21	33.3	15	21.4	32	32.0	4	12.1
Desocupado	2	2.9	0	0.0	2	3.2	0	0.0	2	2.0	0	0.0
Total	70	100.0	63	100.0	63	100.0	70	100.0	100	100.0	33	100.0

En la Tabla 7 se presentaron las condiciones demográficas y la calidad de vida del adulto mayor; habiéndose observado que la edad fue altamente significativa con el estado funcional ($p = 0,000$). Asimismo, el 42,9 % del grupo etario de 70-79 años de edad tuvo una baja calidad de vida en la dimensión del estado funcional, frente a un 65,1 % que tuvo una alta calidad de vida entre las edades de 60-69 años de edad.

Esto demostró que, a menos edad, el adulto mayor tenía una autonomía y máxima funcionalidad en su estado físico. Estos resultados evidenciaron que la gran parte de las personas mayores presentaron una calidad de vida satisfactoria y afrontaron razonablemente bien las consecuencias del envejecimiento y de la vejez; realizando sus actividades de la vida diaria sin ningún inconveniente. Pues, el estatus funcional del adulto mayor se ha considerado como la capacidad para llevar a cabo diversas tareas de la vida cotidiana como el autocuidado, la movilidad, las actividades físicas y las actividades de rol.

Asimismo, la edad con el estado de bienestar emocional tiene una asociación significativa ($p = 0,001$), observándose que el 57,1 % tiene un nivel alto de calidad de vida en la dimensión del bienestar emocional en el grupo etario de 60 a 69 años de edad. Por lo tanto, su estado anímico es alto y por ende la percepción sobre su salud es más positiva; ello podría ser debido a que el desconocimiento de sus enfermedades puede crear una percepción positiva al no existir preocupación por la misma. De hecho, Palomo, Rubio y Gervás (2006) señalan que la percepción de la calidad de vida se relaciona más con la comorbilidad mental que física.

Así, el impacto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de algunas enfermedades crónicas degenerativas provocó una serie de respuestas psicológicas y sociales en el adulto mayor que varían en grado e importancia —y que se relacionaron con determinadas variables personales; entre ellas la ansiedad, depresión, la falta de energía, y sentimientos de soledad—, los cuales formaron parte de los problemas que los adultos mayores refirieron.

Resultados similares corroboraron los hallazgos encontrados en Colombia, y específicamente en el departamento de Antioquia, donde se han evidenciado niveles bajos de ansiedad, depresión y estrés en varias enfermedades crónicas; artritis reumatoide, cáncer de pulmón, dispepsia, diabetes *mellitus* tipo II.

De otro lado, se evidenció que el adulto mayor a partir de los 65 años dejó la vida activa, tuvo pérdidas importantes de familiares, amigos y compañeros de trabajo, su entorno social va disminuyendo, no se sentía útil y socialmente ya no era considerado como lo había sido antes. Es por ello que, se enfrentó a la soledad, la cual fue una de las principales causas de su bajo estado emocional.

Con respecto al estado general de salud, hubo una diferencia significativa con la edad ($p = 0.02$), lo que indicó que el adulto mayor mientras más joven tenía una mejor percepción de su salud que los más mayores. Este resultado concordó con Pino, Bezerra y Portela (2009), quienes establecieron comparaciones entre los grupos por edad y sexo y hallaron que la percepción que tenía sobre su salud el grupo de personas de entre 65 y 75 años fue más optimista que el de los mayores de 75 años.

En relación al sexo, estado civil y religión no se evidenció una asociación significativa alguna con las dimensiones del estado funcional, el bienestar emocional y el estado general de salud. A diferencia de estudios realizados por Gallegos et al. (2003), donde señalaron que el ser mujer y el haber tenido un problema de salud en el último año estaban relacionados con la calidad de vida porque ambos aumentaron el riesgo de tener un mal funcionamiento físico, una mala percepción general de la salud o de tener algún problema de tipo emocional, por lo tanto, fueron más propensos a tener una menor calidad de vida que los hombres.

Del mismo modo, en un estudio realizado en Japón sobre género, calidad de vida y problemas de tipo emocional, se concluyó que en todas las di-

menciones de calidad de vida los varones tienen mejores resultados que las mujeres.

De la misma forma, las conclusiones que aportaron los estudios realizados por CIRES 1992, CIS -INERSO 1998, coincidieron en afirmar que la percepción de la calidad de vida en las mujeres es más negativa que en los hombres, por lo que la calidad de vida subjetiva fue mayor en los hombres que en las mujeres, quizás porque el envejecimiento era percibido por la mujer como más negativo.

Así, se explicitó que para las mujeres la familia, la salud y el entorno general donde viven tendrían mayor importancia en la composición de la calidad de vida que para los hombres, mientras que el trabajo que realizaron sería más importante para ellos.

Se ha denotado que estas diferencias de género se acentuaron más en la mujer por el hecho de que la vejez es menos deseable que en el hombre por estar relacionada a la viudez, a problemas económicos.

Se evidencia, además, que hay un porcentaje alto de casados en la muestra. Con respecto al estado civil se hallan un vasto número de estudios que muestran que el estar casado puede ser un predictor subjetivo de salud mayor que cualquier otra categoría de personas no casadas.

Al respecto, un grupo de investigadores de la Universidad de Warwick, durante 10 años, estudiaron las tasas de mortalidad en 10.000 sujetos entre los 30 y los 40 años y hallaron que el riesgo de morir era más grande en los hombres (10 %) y mujeres (4.8 %) solteros en comparación a hombres y mujeres de las mismas edades casados, siendo estas tasas de mortalidad similares a las de los fumadores crónicos.

Los resultados difirieron con los encontrados por Pino, Bezerra y Portela (2009) con respecto a su estado civil y sexo se descubrió que los casados

($\chi^2 = 0,023$) y los hombres ($\chi^2 = 0,037$) cuentan con una apreciación más positiva de su estado general de salud.

En tanto, en el nivel educativo existió una asociación altamente significativa con el estado funcional ($p = 0,02$), puesto que representó un nivel bajo de calidad de vida con el 41.4 % en la población adulta mayor que no tenía grado de instrucción alguno.

De igual manera, se evidenció que la diferencia fue significativa con el bienestar emocional y el estado general de salud con un 42.4 % ($p = 0.000$) y 36 % ($p = 0.004$) respectivamente; asimismo, se indicó en general que la calidad de vida era baja. Estos resultados coincidieron con Pino, Bezerra y Portela (2009) que cuanto mayor era el nivel de estudios más favorable es la visión que tienen sobre su estado de salud ($\chi^2 = 0,012$).

De acuerdo con lo anterior, la asociación fue altamente significativa entre la ocupación y el estado funcional ($p = 0.003$) así como con la dimensión del bienestar emocional ($p = 0.008$) y el estado general de salud ($p = 0.01$), lo que demostró que el grupo de pensionados/jubilados tuvo una alta calidad de vida con relación a las demás ocupaciones.

Gallegos *et al.* (2003) señalaron que la realización de algún tipo de actividad ayuda a que las personas tengan un buen desarrollo físico, lo cual impactó en la percepción de su salud, debido a que el desarrollo de una planificación de actividades genera que los hagan sentirse útiles mediante la realización de cualquier tipo de actividad que, generalmente, ayudaría en forma global a mejorar su calidad de vida.

Las mujeres enfatizan su importancia en la familia, la salud y el entorno general donde viven respecto a la composición de la calidad de vida que para los hombres; mientras que, el trabajo que realizaron sería más importante para ellos.

Tabla 8
Calidad de vida del adulto mayor y condiciones económicas. EsSalud Chota 2008

Condiciones económicas	Calidad de vida									
	Estado funcional					Bienestar emocional				
	Bajo		Alto			Bajo		Alto		
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%	
Ingreso económico mensual por jubilación/cesantía										
1-2 sueldos mínimos vitales	53	98.1	44	93.6	46	97.9	51	94.4	75	97.4
> 2 sueldos mínimos vitales	1	1.9	3	6.4	1	2.1	3	5.6	2	2.6
Apoyo económico familiar										
Si	27	38.6	15	23.8	20	31.7	22	31.4	39	39.0
No	43	61.4	48	76.2	43	68.3	48	68.6	61	61.0
Satisfacción de necesidades básicas con ingresos										
Si	30	42.9	41	65.1	24	38.1	47	67.1	49	49.0
No	40	57.1	22	34.9	39	61.9	23	32.9	51	51.0
Tenencia de casa propia										
Si	64	91.4	57	90.5	57	90.5	64	91.4	91	91.0
No	6	8.6	6	9.5	6	9.5	6	8.6	9	9.0
Habitación compartida con otras personas										
Si	50	71.4	47	74.6	46	73.0	51	72.9	69	69.0
No	20	28.6	16	25.4	17	27.0	19	27.1	31	31.0
Total	70	100.0	63	100.0	63	100.0	70	100.0	100	100.0

En la Tabla 8 se observó que el ingreso económico y la tenencia de casa propia no estaban asociados significativamente con las dimensiones de calidad de vida (el estado funcional, el bienestar emocional y el estado de salud general), por lo tanto, dichas condiciones económicas no tenían relación directa ni indirecta con la calidad de vida.

Estos resultados concordaron con los encontrados por Gallegos et al. (2003) quienes en su estudio hallaron que los ingresos no tienen ningún efecto sobre las dimensiones de la calidad de vida; del mismo modo, estos resultados eran consistentes con los resultados preliminares del Centro de Investigación sobre Calidad de Vida.

El apoyo económico de los familiares tuvo una asociación altamente significativa ($p = 0.001$) con el estado general de salud mas no con el estado funcional ni con el bienestar emocional. Varios investigadores propusieron que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

En lo concerniente a la satisfacción de necesidades básicas con los ingresos, esta estuvo significativamente asociada tanto con el estado funcional ($p = 0.010$) como con el bienestar emocional ($p = 0.001$), respectivamente; por otro lado, respecto al estado general de salud, se evidenció que se aproxima a ser significativo.

Varios psicólogos advirtieron que la calidad de vida de una persona debería valorarse en términos de sus capacidades, es decir, aquel potencial individual o aquellas habilidades que ha desarrollado la persona para lograr un funcionamiento valioso. Algunas de ellas se han considerado muy elementales como estar nutrido, poseer buena salud, y, otras en cambio se han delimitado como más complejas, como lograr la integración social y la dignidad personal.

Tabla 9
Calidad de vida del adulto mayor y condiciones familiares. EsSalud Chota 2008

Condiciones familiares	Calidad de vida									
	Estado funcional					Bienestar emocional				
	Bajo		Alto			Bajo		Alto		
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%	
Frecuencia con que ve a su familia										
No los ve	11	15.7	5	7.9	10	15.9	6	8.6	14	14.0
Una vez	52	74.3	49	77.8	47	74.6	54	77.1	76	76.0
2 a 5 veces	4	5.7	2	3.2	3	4.8	3	4.3	4	4.0
No especifica	3	4.3	7	11.1	3	4.8	7	10.0	6	6.0
Relaciones familiares										
Muy buenas	10	14.3	9	14.3	7	11.1	12	17.1	13	13.0
Buenas	44	62.9	48	76.2	42	66.7	50	71.4	69	69.0
Regulares	16	22.8	6	9.5	14	22.2	8	11.4	18	18
Personas que apoyan en la solución de problemas										
Esposo/pareja	25	35.7	29	46.0	28	44.4	26	37.1	40	40.0
Hijos	9	12.9	7	11.1	9	14.3	7	10.0	14	14.0
Vecinos	0	0.0	1	1.6	0	0.0	1	1.4	1	1.0
Ninguno	12	17.1	9	14.3	13	20.6	8	11.4	15	15
No especifica	24	34.3	17	27.0	13	20.6	28	40.0	30	30.0

Condiciones familiares		Calidad de vida											
		Estado funcional				Bienestar emocional				Estado de salud general			
		Bajo		Alto		Bajo		Alto		Bajo		Alto	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Apoyo familiar para realización de AVD													
Si	50	71.4	25	39.7	43	68.3	32	45.7	68	68.0	7	21.2	
No	20	28.6	38	60.3	20	31.7	38	54.3	32	32.0	26	78.8	
Persona que apoya en higiene diaria													
Esposo/pareja	1	1.4	2	3.2	0	0.0	3	4.3	2	2.0	1	3.0	
Hijos	3	4.3	1	1.6	4	6.3	0	0.0	4	4.0	0	0.0	
Nietos	2	2.9	0	0.0	2	3.2	0	0.0	2	2.0	0	0.0	
Otros	2	2.9	0	0.0	0	0.0	2	2.9	2	2.0	0	0.0	
Ninguno	62	88.6	60	95.2	57	90.5	65	92.9	90	90.0	32	97.0	
Persona que acompañan a consulta médica													
Esposo/pareja	35	50.0	20	31.7	30	47.6	25	35.7	45	45.0	10	30.3	
Hijos	17	24.3	6	9.5	15	23.8	8	11.4	21	21.0	2	6.1	
Nietos	2	2.9	1	1.6	0	0.0	3	4.3	3	3.0	0	0.0	
Otros	16	22.9	36	57.1	18	28.6	34	48.6	31	31.0	21	63.6	
Ninguno	35	50.0	20	31.7	30	47.6	25	35.7	45	45.0	10	30.3	

Condiciones familiares		Calidad de vida										
		Estado funcional				Bienestar emocional				Estado de salud general		
		Bajo		Alto		Bajo		Alto		Alto		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Satisfacción por el apoyo familiar												
Si	53	75.7	53	84.1	43	68.3	63	90.0	77	77.0	29	87.9
No	17	24.3	10	15.9	20	31.7	7	10.0	23	23.0	4	12.1
Expresiones de afecto recibidas por los familiares												
Si	68	97.1	60	95.2	61	96.8	67	95.7	98	98.0	30	90.9
No	2	2.9	3	4.8	2	3.2	3	4.3	2	2.0	3	9.1
Total	70	100.0	63	100.0	63	100.0	70	100.0	100	100.0	33	100.0

Nota: * AVD: Actividades de la Vida Diaria

En la Tabla 9 se encontró que existía una asociación significativa en la resolución de problemas y en la dimensión de bienestar emocional de la calidad de vida así como también el adulto mayor sintió satisfacción por el apoyo familiar en la solución de sus problemas, por lo que, se presentó una asociación significativa entre ello y el bienestar emocional $p = 0.002$. Esto demostró que la familia es el soporte imprescindible para que el adulto mayor tenga una buena salud mental.

Los resultados evidenciaron que para evitar que se acentúen el aislamiento, el desarraigo, la falta de autonomía y el sentimiento de prescindibilidad que tiene el adulto mayor; por otro lado, se propuso favorecer la utilización de nuevos recursos que fomenten la integración comunitaria. Además, el diagnóstico coincidió en que el mayor apoyo a través de los recursos sociales tiene efectos beneficiosos sobre la evitación y el retraso de la discapacidad y la depresión. Este apoyo se evidenció en la resolución de problemas.

Por otro lado, las personas mayores utilizan los recursos sociales, entre otras cosas, cuando están relacionados con sus representaciones biográficas; es decir cuando resultan algo cotidiano y familiar para ellos, lo que está estrechamente unido a experiencias emocionales, por lo general, vividas en la familia.

El apoyo familiar en la realización de las actividades de la vida diaria demostró una alta asociación significativa con las dimensiones de la calidad de vida $p = 0.000$ para el estado funcional, $p = 0.012$ para el bienestar emocional y $p = 0.000$ para el estado general de salud, lo que fue una evidencia de que la intervención de la familia en actividades como cocinar, barrer, lavar, asearse es de gran ayuda para esta población etaria.

Así también el apoyo en la higiene tuvo una relación estadísticamente significativa con la dimensión de bienestar emocional, lo que indicó que el adulto mayor se siente anímicamente bien cuando es apoyado.

El ser acompañado en la consulta médica por algún familiar ha tenido una estrecha asociación significativa en las tres dimensiones de calidad de vida, así para el estado funcional $p = 0.001$, el bienestar emocional $p = 0.033$ y el estado general de salud $p = 0.007$. Ello evidenció que el adulto mayor se sentía con una mayor seguridad tanto física como afectiva al encontrarse junto a las personas que más quiere.

Diferentes sociólogos y psicólogos, han señalado que en los países donde las distancias son mayores y la movilidad geográfica es importante, la función protectora de la familia se ha manifestado como una de las actividades más útiles e integradoras. Se considera que para la persona anciana lo más importante es la familia, dejando de tener tanta importancia el resto del entramado social.

En las demás variables se observó que no hubo una asociación significativa con la calidad de vida del adulto mayor.

En la Tabla 10 se mostró que participación en las actividades físicas, recreativas, laborales, de jardinería, lúdicas realizadas por el adulto mayor estuvo asociada significativamente con las dimensiones de estado funcional ($p = 0.005$) y bienestar emocional ($p = 0.047$) de la calidad de vida; lo que indicó que, cuando las personas mayores se dedicaron a realizar este tipo de actividades, tuvieron frutos como entretenimiento, distracción, les gusta hacerlo, se relajaron y repercutieron tanto en su estado físico funcional como en su salud mental.

Estos resultados coincidieron con Muñoz, citado por Arraga y Sánchez (2007), quien plantea que las personas mayores poseen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos que los adultos jóvenes. Asimismo, consideró que cuando una persona realiza alguna actividad se siente feliz, satisfecha y adaptada, por lo que alienta a las personas a realizar un gran número de acciones tomando en cuenta la vinculación con un estado de ánimo elevado.

Tabla 10
Calidad de vida del adulto mayor y condiciones socio-familiares. EsSalud Chota 2008

Condiciones socio-familiares	Calidad de vida									
	Estado funcional					Bienestar emocional				
	Bajo		Alto			Bajo		Alto		
	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
Atención y/o compañía agradable recibida que le brinda satisfacción										
Si	65	92.9	60	95.2	57	90.5	68	97.1	95	95.0
No	5	7.1	3	4.8	6	9.5	2	2.9	5	5.0
Acceso a la información, noticias u orientación de interés personal										
Si	59	84.3	54	85.7	51	81.0	62	88.6	85	85.0
No	11	15.7	9	14.3	12	19.0	8	11.4	15	15.0
Participación en actividades físicas, recreativas, lúdicas y paseos										
Si	41	58.6	51	81.0	36	61.0	54	77.1	65	65.0
No	29	41.4	12	19.0	23	39.0	16	22.9	35	35.0
Horas de descanso y ocio										
6-8 horas	20	28.6	44	69.8	17	28.8	44	62.9	38	38.0
4-6 horas	43	61.4	19	30.2	36	61.0	26	37.1	55	55.0
< 4 horas	7	10.0	0	0.0	6	10.2	0	0.0	7	7.0
Total	70	100.0	63	100.0	63	100.0	70	100.0	100	100.0

Se evidenció que —en el ámbito de la recreación— ver televisión, participar en actividades religiosas, escuchar radio, caminar y participar en juegos de mesa o de azar como dominó, billar, damas, cartas; entre otros, se consideraron como actividades que realiza este grupo etario.

Respecto a la percepción social de los participantes relacionada con los beneficios que estas actividades les proporcionan realizarlas, también se evidenció coincidencia en que los adultos mayores manifestaron que las actividades enunciadas les ofrecía entretenimiento y diversión, ocupación del tiempo y compañía, lo que repercutió en su calidad de vida.

Del mismo modo, Gallegos-Carrillo et al. (2003) refirieron que el simple hecho de planear actividades que los hagan sentirse útiles realizando cualquier tipo de actividad ayudaría en forma global a mejorar su calidad de vida.

Se explicita una diferencia altamente significativa entre las horas de descanso (sueño) y el ocio de los adultos mayores y las tres dimensiones de la calidad de vida. Tello et al. (2009) indicaron que los trastornos del sueño en el adulto mayor tenían una alta frecuencia y, por ende, una significativa afección de la calidad de vida y por un pobre reconocimiento por parte del médico encargado del cuidado del adulto mayor.

4.3. Conclusiones

Con el análisis de la calidad de vida de los adultos mayores usuarios de EsSalud-Chota respecto a las condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales, se concluyó lo siguiente:

1. El mayor porcentaje de adultos mayores se encontraron ubicados en el grupo etario de 60 y 65 años de edad de sexo masculino con estado civil casados; practicaban la religión católica con nivel educativo entre primaria secundario y superior, y en situación de jubilación/cesantía.

2. Un alto porcentaje de adultos mayores recibía una pensión por jubilación/cesantía, no teniendo otros ingresos la mayoría. Un significativo grupo de adultos mayores recibió apoyo económico por parte de sus hijos y de su pareja, permitiéndoles la satisfacción sus necesidades básicas; contaron con casa propia, y compartieron su habitación con su pareja.
3. Casi la totalidad tenía hijos, pero un buen porcentaje de ellos vivía lejos, con relaciones familiares buenas pasando el mayor tiempo con ellos; resolvía sus problemas con ayuda de su pareja y, por lo tanto, estaba satisfecho con este apoyo.

Por otro lado, ese porcentaje fue escuchado cuando tenía problemas, reciben información, consejos o noticias que le interesan; fue acompañado a la consulta médica y tenía el apoyo de sus familiares para la realización de las actividades de la vida diaria al recibir el cariño, el afecto y la compañía agradable.

4. La prueba estadística χ^2 evidenció que existía una relación altamente significativa ($p = 0.000$) de las tres dimensiones de calidad de vida con la edad, con el nivel educativo, con la ocupación, puesto que la persona que acompaña a consulta médica, apoyo familiar en actividades de la vida diaria y descanso y ocio.

El apoyo económico de los familiares altamente significativo con estado general de salud ($p = 0.001$); el estado funcional presentó una alta significancia con la satisfacción de las necesidades básicas, actividades físicas recreativas, lúdica y paseo.

El bienestar emocional tuvo alta significancia con la satisfacción de necesidades básicas, apoyo familiar en la solución de problemas y satisfacción de necesidades básicas y satisfacción por apoyo familiar.

Se evidenció una relación significativa entre el bienestar emocional con la persona que apoya en la higiene y la participación en actividades físicas, recreativas, lúdicas y de paseo.

Según el formulario SF36, la calidad de vida del adulto mayor fue baja en el estado funcional y en el estado de salud general, y fue alta en bienestar emocional.

5. La calidad de vida de los adultos mayores usuarios de EsSalud Chota en sus dimensiones estado funcional, bienestar emocional y estado de salud general se relacionaron con la edad, con el nivel educativo, con la ocupación y con la persona que acompaña a la consulta médica, esto, mediante un apoyo familiar en actividades de la vida diaria, descanso y ocio, apoyo familiar.

El estado funcional se relacionó con la satisfacción de necesidades básicas y con la participación con actividades físicas, recreativas, lúdicas y paseo. La dimensión de bienestar emocional se relacionó con la satisfacción de necesidades básicas, con el apoyo en la solución de problemas y la satisfacción por apoyo familiar. Y la dimensión de estado de salud general se relacionó con el apoyo económico familiar.

4.4. Recomendaciones

Al término de la investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Al Estado, velar por el cumplimiento de la Ley general de las personas adultas mayores del Perú dirigido a mejorar su calidad de vida; promulgación de leyes que aseguren una pensión subsidiaria a los adultos mayores que no están comprendidos en sistema de seguridad social.
2. Al Ministerio de Salud, la creación e implementación de programas gerontológicos que incorporen activamente a los adultos mayores para la transmisión de sus conocimientos y experiencias para recibir capaci-

tación laboral, para reforzar sus destrezas y poder seguir participando competitivamente en las actividades productivas-recreativas, así como también fomentar el desarrollo de acciones de difusión, información y educación en materia de hábitos alimentarios positivos, de estilos de vida saludables y del cuidado de la salud de los adultos mayores.

3. A los Gobiernos Regionales, gobiernos locales, entidades de salud y universidades, la creación de observatorios de salud de los adultos mayores a fin de prevenir y/o disminuir las enfermedades crónicas, discapacidades y complicaciones de salud entre otras que deterioran la calidad de vida del adulto mayor.
4. A las Universidades y Colegios Profesionales, la organización y ejecución de cursos de especialización y de capacitación continua y permanente a los profesionales de la salud responsables de los programas de adultos mayores en las áreas de geriatría y gerontología.
5. A la sociedad, la valoración de las habilidades y de las experiencias ganadas por los adultos mayores a lo largo de su vida en diferentes aspectos y que las nuevas generaciones reciban este nuevo bagaje y se beneficien de la comunidad con un proceso de transmisión y de acumulación de conocimiento.
6. A los investigadores, la continuación con el desarrollo de trabajos de investigación de este tipo a fin de contar con una línea de base y de consolidarla.

CAPÍTULO V

RETOS INTERSECTORIALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN PERÚ

El recorrido por el mundo del ser humano sigue una ruta lineal y evolutiva. Durante sus primeros años de vida, el individuo es un ser en desarrollo en el que tanto su mente como su cuerpo se encuentran en constante crecimiento, fortaleciendo su sistema, con una mejora notable en relación a la función de sus órganos.

Mientras continua su evolución, el hombre comienza a adquirir, de su contexto social, elementos que constituyen sus valores, sus sentimientos, así como sus creencias y aspiraciones. Con ello se espera que pueda elaborar un proyecto de vida que lo conduzca por el proceso educativo elegido, el cual lo encaminará a obtener un empleo que le permita poseer condiciones económicas favorables para sí mismo y así una vez llegada a la vejez pueda gozar de un estadio apacible hasta el último momento de su vida.

Sin embargo, son diversas las condiciones que pueden determinar el estilo de vida que una persona llevará a lo largo de los años. Se trata de una serie de acciones y decisiones que repercuten notablemente en su vejez, la etapa

más vulnerable del hombre en el que en varios casos gozar de una calidad de vida le será imposible. Por ello, surge la necesidad de abordar cuáles son los factores involucrados en la problemática que afecta la calidad de vida en la senectud, así como determinar cómo se lleva a cabo la interacción de los mismos.

El envejecimiento poblacional es un proceso demográfico que se hace cada vez más sólido. El avance de la tecnología permite que se pueda acceder fácilmente a diagnósticos prematuros de enfermedades malignas o mejorar las condiciones de vida de las personas, hecho que se refleja en la longevidad de las personas. Sin embargo, como se sabe, el deterioro de la salud es inevitable cuando se superan los 60 años de vida. El adulto mayor no posee la capacidad de interactuar con normalidad, pues comienza a evidenciarse en él un desgaste tanto mental como físico, por lo que requiere el uso de implementos como silla de ruedas y andadores para poder movilizarse.

Al respecto, Piñera (citado en Aponte, 2015) indica que la vejez debe ser entendida como una serie de cambios biológicos, psicológicos, los cuales a su vez son procesos normales, que refleja, según indica Piñera, “el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo” (p. 156).

Ahora bien si el adulto mayor desea gozar de buena salud, requiere que se lleven a cabo chequeos constantes, un control de sus medicamentos y estudios que le permitan tomar medidas de prevención. Para ello necesitará de solvencia económica la cual suele ser cubierta por sus hijos, la pareja o el seguro de salud, en el caso de que cuente con uno. Al respecto, se puede señalar que si bien el porcentaje de adultos mayores percibe un ingreso por medio de la pensión por jubilación o cesantía, el monto percibido es mínimo y en otros casos no existe por lo que los problemas de salud no son atendidos oportunamente.

En esa misma línea se encuentra el aspecto de la salud mental, la cual puede ser causada por múltiples factores que, a la edad de 60 a más, está más relacionada con la soledad y el aislamiento. Montero y Sánchez (citado en Sevilla, 2015) señala respecto a la soledad que esta es concebida cuando una persona no posee interacción o no se relaciona de manera particular con otro individuo, y se diferencia del aislamiento que (Pisa citado en Sevilla, 2015) es el resultado de una conducta elegida que se puede a pesar de tener contacto con otras personas, pues el sentimiento de soledad lo embarga.

Otro factor que influye en la calidad de vida de un anciano es el factor educativo, que si bien guarda relación con el nivel económico, también está relacionado con las oportunidades que la persona puede o no adquirir en primera instancia porque no existe un sistema educativo público de calidad y, por otro lado, las necesidades que se tienen son diversas. Por ejemplo, en un hogar pobre con un gran número de hijos, los hermanos mayores suelen asumir responsabilidades siendo muy niños, lo cual les impide desarrollar su proceso formativo. Asimismo, en el caso de que lo logre para obtener un puesto laboral con ingresos considerables es necesario, en muchos casos, tener una carrera ya sea técnica o universitaria.

Esta situación afecta considerablemente el futuro de una persona, pues de no obtener un puesto de trabajo idóneo, no habrá podido obtener ahorros para la vejez por lo cual es predecible que el adulto mayor deba vivir precariamente. Aun así, determinar que las condiciones desfavorables de un individuo tienen sustento en un solo factor es una visión poco analítica de la vida. Es necesario considerar por ello los diversos factores expuestos a lo largo del texto y comprender, de ellos, que se requiere de una interacción de los mismos.

Esto debido a los resultados que se han presentado anteriormente en este libro de investigación en el que se hace énfasis en que las tres dimensiones de calidad de vida interactúan entre sí determinando una relación altamente significativa. En esa línea, los retos para mejorar la calidad de vida

del adulto mayor se encuentran relacionado al ámbito legal, ya que de esa manera se hace oficial el compromiso del Estado con este sector de la ciudadanía para contribuir en la construcción de una vida digna. Aun así, es inevitable señalar que además de la normativa se necesita que exista un ente que cumpla a cabalidad su función de regulador, que pueda verificar si se cumplen.

Así que los gobiernos transitorios tienen la responsabilidad de velar por los derechos del adulto mayor, asistirlos en caso de abandono o en cualquier otra situación de vulnerabilidad. Lassen (citado en Loor & Rodríguez, 2018) indica que la población adulta mayor debe generar nuevos desafíos en el que se involucren discursos que abordan temas como técnicas y políticos que puedan generar una vida apacible para el anciano.

Para Lassen es trascendental, de acuerdo a la nueva era, que se establezcan medidas de atención, prevención y promoción. Esto generará que las personas de edad avanzada puedan tener en claro los cambios que vivirán tanto en el aspecto mental, físico y demás, pues no existe una adecuada preparación para esta edad tanto para la persona que vivirá una nueva etapa como para los familiares.

De lo expuesto, se deduce que debe existir un trabajo en equipo que se caracterice por ser integral y que aborde los distintos aspectos que conforman la calidad de vida. Asimismo, es necesario desprenderse de la idea que dicho término está relacionado con los ingresos o la cantidad de dinero que se posee, sino que guarda relación con aspectos subjetivos del individuo que puede ir desde su estado emocional y sus intereses.

Es así que si bien, las políticas de salud han logrado incrementar o alargar la vida de las personas y mantener su salud estables, estas aún no han logrado que exista una mayor integración del resto de la sociedad que, de acuerdo a lo señalado, posee dificultades para adaptarse al grupo etario de 60 años a más.

Esto se evidencia en la incapacidad de ser tolerante con el sector poblacional en mención. Por tanto, es necesario que exista una mejorar tanto en la salud en la población de adultos mayores y su capacidad de funcionalidad, sin dejar de lado el compromiso de la sociedad por comprender qué características le perteneces a las personas de la senectud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, R. y Sánchez, J. (2017). Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana. *Salud y Sociedad*, 8(1). <https://revistaderecho.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1635>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu, órgano de difusión científica del departamento de psicología UCBSP*, 13(2), 152-182. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
- Arraga, M. y Sánchez, M. (2007). Recreación y Calidad de Vida en Adultos Mayores que viven en Instituciones Geriátricas y en su Hogares. Un estudio Comparativo. *Espacio abierto*, 16(4), 737-756. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12216405>.
- Ayala, E., Ayala, R, y Hernández, C. (2020). El papel de la arquitectura ante los problemas de calidad de vida de la población víctima del conflicto armado colombiano. *Revista Encuentros*, 18(1), 129-144. <http://ojs.uac.edu.co/index.php/encuentros/article/view/2156/2163>
- Bairero, M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Revista Médica Multimed*, 21(6). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688/1054>

- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S. y Correo-López, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variable sociodemográficas asociadas: análisis de Endes 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a08v19n4.pdf>
- Battaglini, L. (2019). El desarrollo humano como libertad: una aproximación a la propuesta del enfoque de las capacidades de Amartya Sen. *Aporia. Revista Internacional de Investigaciones Filosóficas*, 16, 4-21. <http://ojs.uc.cl/index.php/aporia/article/view/673>
- Betancourt, A. (2018). *Mobbing y su influencia en la calidad de vida*, [tesis de titulación, Universidad Técnica de Ambato] Repositorio Institucional UTA. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27350/1/BETANCOURT%20L%c3%93PEZ%20ALEJANDRA%20ELIZABETH%20PDF.pdf>
- Botero, D. (2015). Pensar la ciudadanía en forma de agencia: una apuesta desde el enfoque de las capacidades de Amartya Sen. *Revista Filosofía UIS*, 14(1), 55-72. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistafilosofiauis/article/view/5177/5492>
- Cano, S., Garzón, M., Segura, A. y Cardona, D. (2015). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquía, 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 67-74. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12033879009.pdf>
- Cardona-Arias, J. Giraldo, E. Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial*

de Santander, 29(1), 17-27 <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revista-medicasuis/article/view/5484/5701>

- Castañó-Vergara, D. y Cardona-Arango, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. Salud Pública*, 17(2), 171-183. <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2015.v17n2/171-183>
- Celemin, J., Mikkelsen, C. y Velázquez, G. (2015). La calidad de vida desde una perspectiva geográfica: integración de indicadores objetivos y subjetivos. *Revista Universitaria de Geografía*, 24(1), 63-84. <https://www.redalyc.org/pdf/3832/383241100004.pdf>
- Chalapud-Narváez, L. y Escobar-Almario, A. (2017). Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. *Revista Universidad y Salud*, 19(1), 94-101. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00094.pdf>
- Condori, M. (2018). *Las relaciones familiares y su influencia en el abandono del adulto mayor, Usuarios del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, Azángaro – 2017*, [tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano Puno]. Repositorio Institucional UNAP. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8553/Laura_Condori_Maria_Amanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cuadra-Peralta, A., Medina, E. y Salazar, K. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 11(35), 56-67. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83646545005.pdf>

- Deneulin, S. (2018). El desarrollo humano integral: una aproximación desde la tradición social católica y el enfoque de las capacidades de Amartya Sen. *Revista de Estudios Sociales*, 67, 74-86. <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n67/0123-885X-res-67-00074.pdf>
- Días, S., Buelvas, L., De la Valle, M. y Bustillo, Jo. (2016). Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos. *Archivos de Medicina*, 16(2), 290-303. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945008.pdf>
- Gallegos-Carrillo K., Durán-Arenas J.L.G., López-Carrillo L. y López-Cervantes, M. (2003). Factores asociados con las dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Revista de Investigación Clínica*, 55(3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4383484>.
- Giménez, C. y Valente, X. (2016). Una aproximación a la pobreza desde el enfoque de capacidades de Amartya Sen. *Provincia*, 35, 99-149. <https://www.redalyc.org/pdf/555/55548904005.pdf>
- Guerrero, N. y Yépez, M. (2015). Factores de asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131. https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2402/pdf_75
- Hurtado, R. (2018). *Calidad de vida de los participantes del Club del Adulto Mayor perteneciente al Centro de Salud Los Libertadores del distrito de San Martín de Porres*, [título de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega] Repositorio Institucional UIGV http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3622/008594_Trab._Suf._Prof._Hurtado%20Cristobal%20Raquel%20Rosa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (2020). Situación de la población adulta mayor. *Informe técnico, 2*. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informetecnicopoblacion-adulta-mayor.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informáticas (s.f). *En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores*. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
- Ley N° 30490, Ley de la persona adulta mayor. (2018). *Diario Oficial El Peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>
- Londoño, C. y Castañeda, I. (2017). Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad. *Logos Vestigium*. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15964/1/instrumentos-usados-en-colombia-para-evaluar-la-dimension-psicologica-del-proceso-salud-enfermedad.pdf>
- Londoño, C. y Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychología: Avances de la Disciplina, 9*(2), 35-47 http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S190023862015000200003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Loor, C. Rodríguez, J. (2018). El abandono del adulto mayor y su incidencia en su estado emocional en el Centro Gerontológico Casa Hogar Caleb de la ciudad de Portoviejo en la provincia de Manabí en el año 2018. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/12/abandono-adulto-mayor.html>

- Lopera-Vásquez, J. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Cienc. Saúde*. 25(2), 693-702. <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0693.pdf>
- Macedo, S. y Mata, A. (2018). *El adulto mayor y su aporte económico a la sociedad peruana*, [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional UPC. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624782/macedo_sc.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Martínez, T., González, C., Castellón, G. y González, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65 <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf>
- Moquillaza-Risco, M., León, E., Dongo, M. y Munayco, C. (2015). Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Revista Perú Medico Experimental y Salud Pública*, 32(4) <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n4/a10v32n4.pdf> 693-700
- Palomo, L. Rubio, C. y Gervás, J. (2006). La comorbilidad en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 182-191. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911106715825?token=E2E3E7AF79A013E12BA-099336DF93367082F3CA181AFF47A7C15B8BF0000E70A9315BAF-83C4E8A61EE94122F99C1BCBB>.
- Pino, J. M., Bezerra, B.F. y Portela, C.J. (2009). Calidad de Vida en Personas Mayores. Apuntes para un Programa de Educación para la Salud. *Revista de Investigación en Educación*, 6(1), 70-78. https://www.researchgate.net/publication/41576492_Calidad_de_vida_en_personas_mayores_Apuntes_para_un_programa_de_educacion_para_la_salud.

- Rodríguez, M., Gómez, C., Guevara, T. Arribas, A., Duarte, Y. y Ruiz, P. (2018). Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Arch. Med. Camagüey*, 22(2), 204-2013. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n2/amc100218.pdf>
- Rosales, M. (2017). Desarrollo humano: una propuesta para su medición. *Aldea Mundo*, 22(43), 65-75. <https://www.redalyc.org/pdf/543/54353312007.pdf>
- Sevilla, M., Salgado y M., Osuna, N. (2015). Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. *Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 1-15. <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319034.pdf>
- Silva Fhon, J., González, J., Mas, T., Marques, S., Partezani, R. (2016). Sobre-carga y calidad de vida del cuidados principal del adulto mayor. *Avances en enfermería*, 34(2). <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
- Suárez, O. y Silva, M. (2018). Envejecimiento y la vejez. Visión interdisciplinaria desde la funcionalidad. Editorial: Universidad Metropolitana. https://www.researchgate.net/profile/Clara-Paz-Pena/publication/336968557_Funcionalidad_en_adultos_mayores_con_fractura_de_cadera/links/5db-ca998a6fdcc2128f8df97/Funcionalidad-en-adultos-mayores-con-fractura-de-cadera.pdf#page=252
- Tello, T., Varela, L., Ortiz, P.J., Chávez, H. y Revoredo, C. (2009). Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. *Acta médica peruana*, 26(1), 22-26. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>

- Tello-Rodríguez, T., D Alarcón, R. y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 33(2), 342-350. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/342-350/es>
- Urquijo, M. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *Edetania: estudios y propuestas socio-educativas*, 46, 63-80. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5010857>
- Valdez-Huirache, M. y Álvarez-Bocanegra, C. (2017). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos en una unidad de medicina familiar. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 113-121. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana Médica Exp. Salud Pública*, 33(2), <https://www.scielosp.org/article/rp-mesp/2016.v33n2/199-201/es/>
- Vargas-Santillán, M., Arana-Gómez, B., García-Hernández, M., Ruelas-González, M., Melguizo-Herrera, E. y Ruiz-Martínez, A. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*, 17(2), 171-182. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v17n2/1657-5997-aqui-17-02-00171.pdf>



EDITORIAL
NAVEGANTE