

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



**Facultad Ciencias De La Salud
Carrera Profesional De Enfermería**

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES
ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD LA TULPUNA-CAJAMARCA-
PERÚ. 2019**

Chuquilin Palomino, Deysi Yanet

Marin Marin, Ilsa Yovana

Asesora:

Mg. Dolores Chávez Cabrera

Cajamarca _ Perú

Enero 2020

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



**Facultad Ciencias De La Salud
Carrera Profesional De Enfermería**

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES
ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD LA TULPUNA-CAJAMARCA-
PERÚ. 2019**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el
Título Profesional de Licenciadas en Enfermería

Bach. Chuquilin Palomino, Deysi Yanet

Bach..Marin Marin, Ilsa Yovana

Asesora:

Mg. Dolores Chávez Cabrera

Cajamarca _ Perú

Enero 2020

COPYRIGHT © 2019 by
DEYSI YANET, CHUQUILIN PALOMINO.
ISLA YOVANA, MARIN MARIN.
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES CON ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES
ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD LA TULPUNA-CAJAMARCA-
PERÚ. 2019**

JURADO EVALUADOR

Presidente

Secretario

Asesora

DEDICATORIA

A:

A Dios por su infinita misericordia, por concederme la vida, brindarme sabiduría y por ser el camino que me guía para cumplir mis metas; mis padres Francisco Chuquilin y Angélica Palomino por sus consejos, mi esposo Edgar Jhon Valdivia Chavez por su apoyo incondicional por sus buenos deseos y a mi hija Ariana Yaretzi Valdivia Chuquilin porque ella fue el motivo para luchar y a toda mi familia en general por el apoyo durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con buenos valores mi formación como profesional en la carrera profesional de enfermería.

Deysi Yanet Chuquilin Palomino

A:

Esta tesis está dedicada a mis padres con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre. A mi hermana y toda mi familia porque con su apoyo, oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas. A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Ilsa Yovana, Marín Marín

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo de Cajamarca especialmente a los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería por contribuir grandemente en nuestra formación profesional.
- Así mismo a nuestra asesora DRA. Dolores Evangelina Chávez Cabrera por su apoyo constante, que hizo posible la elaboración y el desarrollo del presente trabajo de investigación.
- También a los participantes adultos mayores atendidos en el centro de salud la Tulpuna quienes con su apoyo permitieron conocer el significado que tiene para ellos la calidad de vida.

Deysi Yanet Chuquilin Palomino

Ilsa Yovana Marin Marin

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación titulada Relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en Centro de Salud La Tulpuna - Cajamarca-Perú. 2019. Es de tipo descriptivo, transversal y correlacional, la muestra conformada por 50 adultos mayores con una población de 100 personas de la tercera edad de 60 años a más; para obtener datos en la investigación se realizó mediante la entrevista y la observación, el instrumento utilizado fue el formulario WHO-ILAR-COPCORD, Historia Clínica y Escala GENCAT validado por expertos internacionales y modificado por las autoras, los datos fueron procesados mediante un programa de software estadístico SPSS versión 25. Los resultados revelaron que un 32.0% están en las edades de 71 y 80 años, siendo el sexo femenino un 60%; el 82.0% de estado civil conviviente, un 52.0% profesan religión protestante y en un 32.0% grado de instrucción primaria incompleta y un 72.0% no trabajan, 60.0% de los adultos mayores no pueden bajar y subir escaleras, el 44.0% presentan dificultad, al sentarse o pararse; en cambio el 40% no presentan dificultad al bañarse, en cuanto a la calidad de vida un 48,0% en el bienestar emocional, 90.0% desarrollo personal, 92.0% relaciones interpersonales, 78.0% de bienestar material, 82.0% en bienestar físico, 78.0% autodeterminación, 94.0% inclusión social y 62.0% derechos se evidencia siempre una buena calidad de vida. La prueba Chi Cuadrado indica que las enfermedades y el trabajo no están asociadas estadísticamente, ya que $P > 0,05$. También en relación al estado civil arrojó un valor $P > 0,05$.

Palabras claves: enfermedades osteoarticulares, Calidad de vida y adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of this research entitled Relationship between the quality of life of older adults with osteoarticular diseases treated at La Tulpuna Health Center - Cajamarca-Peru. 2019. It is descriptive, cross-sectional and correlational, the sample made up of 50 older adults with a population of 100 senior citizens aged 60 years and over; In order to obtain data in the investigation, it was carried out through the interview and the observation, the instrument used was the form WHO-ILAR-COPCORD, Clinical History and GENCAT Scale validated by international experts and modified by the authors, the data were processed through a program of statistical software SPSS version 25. The results revealed that 32.0% are in the ages of 71 and 80 years, the female sex being 60%; 82.0% of cohabiting marital status, 52.0% profess Protestant religion and 32.0% incomplete primary education and 72.0% do not work, 60.0% of older adults cannot go down and up stairs, 44.0% have difficulty, when sitting or standing; on the other hand, 40% do not have difficulty bathing, in terms of quality of life 48.0% in emotional well-being, 90.0% personal development, 92.0% interpersonal relationships, 78.0% material well-being, 82.0% in physical well-being, 78.0% self-determination, 94.0% social inclusion and 62.0% rights always shows a good quality of life. The Chi Square test indicates that illnesses and work are not statistically associated, since $P > 0.05$. Also in relation to marital status, it showed a value $P > 0.05$.

Keywords: osteoarticular diseases, Quality of life and the elderly.

INDICE

A:	v
A:	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3.1. Objetivo General:	8
1.3.2. Objetivos Específicos:	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2. Fundamentos teóricos de la investigación	9
2.1. Antecedentes internacionales	9
2.2. Bases Teóricas	13
2.2.1. Adulto Mayor	13
2.2.3.1. Teorías de los cambios sociales.....	23
2.2.4. Cambios Psicológicos	26
2.2.5. Cambios en la estructura familiar del adulto mayor.	29
2.2.6. Cambios de rol en la comunidad.....	30
2.2.7. Cambio de rol laboral	30
2.2.8. Enfermedades osteoarticulares del adulto mayor	30
2.2.1.5. Discusión teórica	44
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	47

2.3.1. VARIABLES	47
3.1.1. Operacionalización de variables.....	48
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	50
3.1 Metodología de la investigación.	50
3.1.1. Población, muestra y unidad de análisis.....	50
3.1.2. Criterios De Inclusión y Exclusión	50
3.2 Métodos de investigación.....	51
3.2. Técnicas de la Investigación Científica.....	52
3.4. Procedimiento para la recolección de datos.....	52
3.5. Aspectos Éticos De La Investigación.	52
3.6. Procesamiento de datos.....	53
3.7. Descripción del área de estudio.....	53
3.8. Métodos De La Investigación Científica.....	53
3.9. Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos. ...	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
4. DISCUSIÓN.....	68
5. CONCLUSIONES	72
6. RECOMENDACIONES	73
Referencias.....	74
ANEXOS	90

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la dinámica demográfica del adulto mayor incrementa en forma constante, se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará 1 400 millones para el 2030, 2 100 millones para el 2050, Las Américas es una de las regiones del mundo más envejecida; la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres, y las proyecciones para Estados Unidos y Canadá revelan cifras aún más altas, 83,3 años para las mujeres y 79,3 años para los hombres⁽¹⁾

Marijke Velzeboer afirmó que las enfermedades crónicas no transmisibles son de manera predominante, vinculadas al estilo de vida y al comportamiento las mujeres tienden a ser afectadas por estas enfermedades crónicas más jóvenes que los hombres, viven más tiempo, pero con mayores discapacidades y menor protección⁽²⁾

La OMS afirma que “calidad de vida” es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones⁽³⁾

Por lo tanto, **Gonzales–Celis** nos afirma que en las tres últimas décadas, hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los

aspectos tanto objetivo como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas ⁽⁴⁾

Por lo tanto la etapa de la tercera edad es el proceso donde se genera muchos cambios importantes aparte de los biológicos, fisiológicos como el nivel social en el estilo de vida la población tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga de la enfermedad, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida ya sea buena, regular o mala calidad de vida.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a toda persona de 65 años de edad a más como adulto mayor, desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas, dolores de espalda y cuello, neumonías obstructivas crónicas, diabetes, depresión, demencia y enfermedades articulares como la osteoartritis; es más a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. ⁽⁵⁾

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como los cambios sociales en ello la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja; sin embargo las experiencias de vida de los mayores varían mucho según su calidad de vida y el lugar donde viven.; el índice global Agewuatch evalúa que los factores que determinan es el bienestar social, psicológico, económico de las personas de la tercera edad. ⁽⁶⁾

Actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12% de la población global, para el 2030 esta cifra habrá aumentado a 1.400 millones, lo que representará el 16.5% y para el 2050 ascenderá a 2.100 millones es decir un 21. 5% de la población global ⁽⁶⁾ , Según Osteoarthritis Foundation International (**OAFI**) cerca de un 70% ha crecido en 20 años y sigue en aumento las enfermedades articulares como la artrosis en todo el mundo, enfermedad grave que afecta a la movilidad y la calidad de vida de las personas donde se evidencia 242 millones de personas que sufren artrosis, siete de ellos en España, donde es la primera causa de incapacidad permanente. ⁽⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la artrosis es la cuarta enfermedad que más calidad de vida resta a los pacientes por cada año vivido; causa dolor e incapacidad funcional, al menos afecta al 17% de la población española y al 80% de la población mayor de 65 años en los países industrializados, es responsable de más del 30% de las incapacidades laborales, tanto permanentes como temporales en España, y provoca el 35% de las consultas en atención primaria; además, es la causa más importante de discapacidad

funcional en el aparato locomotor en todas las razas y zonas geográficas; en España, la mayor prevalencia de artrosis se encuentra en el grupo de 70 a 79 años.

(8)

La población de América Latina y el Caribe (ALC) está envejeciendo a un ritmo acelerado; según estimaciones de las Naciones Unidas, se proyecta que la población mayor de 60 años en la región pase de un nivel actual del 11% al 25% en un lapso de 35 años, casi la mitad de tiempo de lo que tardó, Europa en recorrer el mismo camino, asimismo, se proyecta que el ritmo al cual la región está envejeciendo se acelere aún más a partir del 2030; la principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores en ALC son las enfermedades cardiovasculares (incluidas la isquemia cardíaca y los accidentes cerebrovasculares); estas condiciones representan el 25% de la carga total de enfermedades entre la población de 60 años y más en la región. ⁽⁹⁾

Demográficamente el Perú es el quinto país más poblado de América del Sur luego de Brasil, Colombia, Argentina y Venezuela, con 31 millones 237 mil 385 personas al 2017; 3 345 552 de los habitantes del país son personas adultas mayores (PAM), lo que equivale al 10,4% de la población total; según las proyecciones demográficas, para 2020 se espera que dicha cantidad ascienda a 3 593 054 y, para 2050, a 8,7 millones PAM con; en cuanto al envejecimiento, las personas mayores de 60 años pasaron de significar el 9.1% de la población al 11.9% en los últimos 10 años, en tanto que la población entre 0 y 14 años disminuyó de 30.5% a 26.4% y el número de personas de 15 a 59 años aumentó de 60.4% a 61.7%. ⁽¹⁰⁾

Si bien se han identificado situaciones problemáticas para este grupo en el Perú falta de acceso a servicios de salud, educación y pensión, así como cifras preocupantes sobre violencia y discriminación por motivos de edad, no se cuenta con un diagnóstico integral de la situación a nivel nacional. ⁽¹¹⁾

Álvaro Arrieta explicó que Unas 300,000 personas en el país sufren enfermedades articulares, principalmente artritis reumatoide, afecciones degenerativas que afectan más a las mujeres que a los hombres, las enfermedades articulares se manifiestan con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años, pero también en jóvenes-adultos entre 30 a 35 años, sobre todo en mujeres; Preciso que la proporción es de 6 a 1 en comparación con los hombres y que las enfermedades reumáticas más frecuentes son la artritis, artrosis, osteoporosis, tendinitis, bursitis, hernias, síndrome del túnel carpiano y las enfermedades autoinmunes. ⁽¹²⁾

Cajamarca es el quinto departamento con mayor población del país Alberga a 1'341,012 habitantes, según los Censos Nacionales 2017. ⁽¹³⁾ En cuanto a la población adulta mayor (PAM) en las provincias de Cajamarca Para el año 2015, Chota fue de 16,248, Jaén; 13,386, Cutervo; 11, 399, San Ignacio; 9,104, Hualgayoc; 8,944, Celendín: 8,805, Cajabamba; 7,340, San Miguel; 6,565, San Marcos; 5,409, Santa Cruz; 5,223, Contumazá; 3,777, San Pablo; 2,395; el 58,091 eran varones y 68,590 eran mujeres; constituyendo el 46% y 54% respectivamente. ⁽¹⁴⁾

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de enfermar temen la pérdida

de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, el no contar con un recurso económico fijo, las compañías de sus familiares hacen que afecte en su calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

Según el ASIS 2018 del hospital Regional Docente de Cajamarca de manera general en nuestra región cajamarquina también va en aumento la población adulta mayor con problemas osteoarticulares con atenciones médicas en consulta externa donde se evidencia un porcentaje alto 65.2% en el género femenino y en el masculino 47.0%. ⁽¹⁶⁾

En el Centro de Salud la Tulpuna, los pacientes adulto mayores que acuden a solicitar los servicios de salud, lo hacen solos y escasamente en compañía de sus familiares, presentando mal estado general y propensos a sufrir accidentes por caídas; por otro lado a través de las practicas pre profesionales encontramos adultos mayores abandonados, otros a pesar de vivir con otros integrantes de la familia están solos durante el día, lo que impide recibir alimentos en un horario establecido trayendo como consecuencia una mal nutrición; también se verifico que aquellos adultos mayores que presentan problemas osteoarticulares, se auto medican, lo que conduce a padecer de otros problemas de salud; motivo por el que desarrollamos la presente investigación.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la Relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en Centro De Salud La Tulpuna-Cajamarca-Perú.2019?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Frente a la problemática descrita anteriormente, la presente investigación servirá para determinar la Relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares; además los resultados serán reportados a las autoridades de salud, los mismos que van a proponer políticas públicas dirigidas a la población adulta mayor; también servirá como aporte y fuente bibliográfica para la comunidad científica, ya que la tercera edad es una etapa vital basada en el reconocimiento que al transcurrir del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas anteriormente, semejantes a otras etapas vitales como pueden ser la niñez o la adolescencia. También constituye una etapa más de experiencia humana por ello puede y debe ser positiva, de desarrollo individual y social.

La etapa del adulto mayor es la población fenómeno que hay que afrontar, es posible llegar a la tercera edad, por lo tanto, hay que envejecer adecuadamente, con un estilo y una calidad de vida saludable; el estudio del presente tema, nos permitirá conocer acerca de la realidad en que se encuentran los adultos mayores abandonados por sus familiares, en nuestra región Cajamarca, existen organizaciones que brindan ayuda al adulto mayor, pero lamentablemente son escasos y no se promueve acciones o programas de apoyo para lograr un mayor futuro y bienestar de los adultos mayores.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la relación entre la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en Centro de Salud la Tulpuna Cajamarca – Perú. 2019

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar las enfermedades osteoarticulares en los adultos mayores atendidos en el Centro de salud de la Tulpuna Cajamarca – Perú. 2019
- Determinar la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de salud de la Tulpuna Cajamarca – Perú. 2019

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2. Fundamentos teóricos de la investigación.

2.1. Antecedentes internacionales.

Luisa E. Mestre Castro (2016), Puerto Rico. En su investigación “Impacto de la osteoartritis en la calidad de vida del anciano”, cuyos resultados fueron que el 61.3% pertenecía al género femenino; el 58.2% están comprendidos entre 65 a 75 años de edad. El 71.8% señaló estar no casado (solteros, divorciados o viudos), mientras que el 26.8% sí lo estaban, 1.3% no indicaron su estado civil. ⁽¹⁷⁾

Alfredo Mayo Astudillo (2010) Cuba en su investigación “Osteoartritis de rodilla y su frecuencia con discapacidad laboral evaluación de la escala Msh1 ” fueron 109 (79%) género masculino, femenino 29 (21%), ocupación más frecuente profesionales 32 casos (23.18%) no profesionales (5.79%). En el MSH1 la mayoría se encontró con discapacidad funcional, dificultad al moverse rigidez y dolor con 41 a 50 puntos, en grado suficiente, lo que significa peor pronóstico funcional de la rodilla. Incapacidad por enfermedad de trabajo con mínimo 7 y máximo 14 días, media 7, mediana 10, accidentes de trabajo 6 (4.34 %), mínimo 7 días, media 7, mediana 9, pensión por invalidez 28 (20.28%). ⁽¹⁸⁾

Andrea Andrade P; Lisset Carrión A María Fernanda cordero Q (2015), Ecuador. En su investigación “Prevalencia y factores de riesgo de artrosis utilizando el cuestionario COPCORD, en personas mayores de 18 años, del

cantón cuenca, provincia del Azuay año 2014”, Concluyó, la prevalencia de artrosis de mano fue del 5,64% y de artrosis de rodilla fue del 7,8%, se encontró una razón de 5 a 1 y de 3 a 1, hubo mayor prevalencia de artrosis de mano y rodilla conforme la edad incrementa.⁽¹⁹⁾

Sandra Emma Rodríguez Sepúlveda (2017), Barcelona. En su investigación en el estudio “percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticulares y musculo esquelética”, concluyó que el grupo etario predominante fue de 65 a 69 años, que corresponde a un 44%; en cuanto al nivel educacional, un 28% de la muestra tenía enseñanza básica incompleta, y un 52%; eran de una economía muy bajo, en cuanto a la relación entre calidad de vida e intensidad de dolor, leve, moderado e intenso manifestaron percibir la calidad de vida entre buena y regular, con un 88,8; 96,7 y 100%, respectivamente.⁽²⁰⁾

Miranda Paz Kaithmarley Daphner y Ulloa Tomás Katherine Roxana. (2015) Perú-Nuevo Chimbote. En su investigación “Nivel de conocimiento preventivo de complicaciones de artrosis en el adulto mayor del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote 2015”, el 51.4% de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento deficiente sobre medidas preventivas para las complicaciones de la artrosis, el 34.3% un nivel de conocimiento regular y el 14.3% un nivel de conocimiento bueno antes de aplicar el programa educativo “Viviendo con ritmo mi vejez y después de aplicar el programa 88%.6 obtuvieron un conocimiento bueno⁽²¹⁾

Bautista Paucar y Rioja Facundo, Lindaaur (2017), Perú – Lima. En su investigación “Calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados – Lima, 2017”, en relación a su calidad de vida el 57.2% de adultos tienen buena calidad de vida y solo el 42.4% regular, en cuanto a la salud física 72.8% tienen una calidad de vida buena y el 4% una calidad de vida mala, en su dimensión psicológicas, 57.6% presentan una calidad de vida buena y el 3.2% una calidad de vida deficiente, en la dimensión social, el 61% presentan una calidad de vida buena y el 8.8% tiene una calidad de vida mala. ⁽²²⁾

Apaza Apaza, Laura Vilma Arias Fernández, Juan Pablo (2016) Perú – Arequipa. En su investigación “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado – Minsa. Arequipa – 2016” concluyeron que 78.7 %, son de 60 a 65 años son de sexo femenino el 47.2% tiene estudio primario, 56.7 % trabajó, el 67.7% convive con sus familiares, 74.0% presenta osteoartritis más de un año, 44.1% de la población adulta tiene una patología agregada a la osteoartritis ya sean diabetes tipo 1 o 2, hipertensión arterial, artritis reumatoide u osteoporosis. y el 70.9 % tiene una articulación afectada por la osteoartritis ya sea en rodilla, manos, cadera o columna. En lo que respecta a la capacidad de agencia de autocuidado, se observa que el 67.7 % de los adultos mayores con osteoartritis tienen una capacidad de agencia de autocuidado baja; y en cuanto a la calidad de vida en adultos mayores, muestran que tienen una calidad de vida baja con un porcentaje de 45.7%. ⁽²³⁾

Norith Silva Ortiz (2016) Cajamarca. En su investigación “Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la Tulpuna. Cajamarca, 2016”, concluyó que los resultados revelaron 44% de adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino, 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos, 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida. Según la dimensión física, el 82% tiene calidad de vida regular y sólo el 18% presentaba buena calidad de vida; en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida, en la dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.⁽²⁴⁾

Escalante Mariñas - (2013), Cajamarca. En su investigación “Factores biológicos y osteoartritis de los usuarios: cartera de atención primaria - adulto Hospital Essalud, Cajamarca 2011” se concluyó que dentro de los factores biológicos de los usuarios, en primer lugar tuvimos a la edad, los mayores de 60 años representaron más de la mitad, seguido del sexo femenino que representaron las tres cuartas partes y casi la mitad de los usuarios tenían sobrepeso, tenían osteoartritis primaria generalizada y más de la cuarta parte tenían osteoartritis primaria local, asimismo más de la mitad padecía un tiempo de enfermedad entre 5 - 9 años, de los cuales aproximadamente las tres cuartas partes padecían de osteoartritis primaria local de rodillas y casi la cuarta parte en manos. Asimismo, más de la mitad de los usuarios padecía de dicha enfermedad primaria generalizada de rodillas y manos; por lo tanto, se rechazó la hipótesis alterna y se

concluyó que si hay relación entre los factores biológicos con la enfermedad primaria y sus características con un nivel de significación o error del 10%.⁽²⁵⁾

Quispe Mayta – (2013) Cajamarca. En su investigación “Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor la Tulpuna Cajamarca, 2013” se observa que el 80% de la muestra en estudio se encuentra entre 60 y 79 años de edad y 20% de 80 años a más, referente al sexo, el 66% son de sexo femenino y 34% masculino; en estado civil se aprecia que el 34% son casados, 26% viudos, 24% convivientes y el 14% solteros. Resultados observados muestran que los adultos mayores que conforman la muestra en estudio presentaron enfermedades crónicas degenerativas del sistema musculo esquelético un 80%, 76% sensoriales y 20% hipertensión arterial; en donde se encontró que las enfermedades del sistema músculo esquelético ocupaban el primer lugar con un 78,7%, seguida de las sensoriales con un 46,0% y neurológicas con un 44%, influyendo negativamente en la calidad de vida.⁽²⁶⁾

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1. Adulto Mayor.

Según la Organización Mundial de la salud OMS a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad de 60 a 74 años consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.⁽²⁷⁾ Envejecimiento es todo proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del

tiempo y no son consecuencia de enfermedades, accidentes si no es un proceso natural que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales, sociales. ⁽²⁸⁾

En general especialistas definen que adulto mayor es toda persona que pasa a una etapa de envejecimiento donde sufre transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno, esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. ⁽²⁹⁾

Piñera también nos menciona que el adulto mayor se puede entender como la vejez, conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella a nivel físico, y en el comportamiento de cada uno, reflejado en 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. ⁽³⁰⁾ Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. ⁽³¹⁾

La vejez también se asocia con cambios importantes en los huesos y las articulaciones, Con la edad de la persona adulto mayor, la densidad ósea tiende a disminuir la movilidad física, especialmente en las mujeres posmenopáusicas, esta disminución puede avanzar hasta un punto en el que el riesgo exista fracturas considerablemente (una afección conocida como osteoporosis), lo que tiene

graves consecuencias ya que puede ocasionar discapacidad, peor calidad de vida y mortalidad. ⁽³²⁾ El deterioro que se presente tanto físico como mental en el adulto, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas degenerativas se vuelvan más nocivas ⁽³³⁾, lo que produce también un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte. ⁽³⁴⁾

En el adulto mayor cuya calidad de vida está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital, bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o salarios con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar ⁽³⁵⁾.

El adulto mayor es el que enfrenta más problemas de salud, principalmente con las enfermedades crónicas del sistema musculo esquelético, dentro de ello las articulaciones sufren cambios estructurales, moleculares, celulares y mecánicos, a medida que se desgasta el cartílago y disminuye el líquido sinovial, la articulación se vuelve más rígida y frágil, estos y otros cambios relacionados con la edad afectan, en última instancia, la función musculo esquelética general y el movimiento, lo que se refleja en una disminución de la velocidad de la marcha es

decir, del tiempo que le toma a la persona andar una distancia determinada.⁽³⁶⁾ Y que requieren un tratamiento continuo; como estas condiciones suelen presentarse en forma simultánea, es casi inevitable la polifarmacia es decir el consumo de múltiples medicamentos sin prescripción médica por un paciente, que puede traer consigo un aumento de interacciones no deseadas o peligrosas, a estos riesgos se suman problemas por cambios en el organismo, posibles errores de prescripción indebida y la automedicación.⁽³⁷⁾

2.2.2. Cambios Biopsicosociales del adulto mayor.

El envejecimiento es parte normal del ciclo vital, en la que los cambios anatómicos y fisiológicos reducen la reserva fisiológica y la capacidad funcional, de ahí que la disminución de la reserva homeostática sea una de las mayores características del envejecimiento.⁽³⁸⁾ Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte, estos cambios inevitables se consideran “envejecimiento fisiológico” a los que hemos de añadir los cambios que ocasionan los diferentes estilos de vida, el medio ambiente y las enfermedades padecidas, es decir el “envejecimiento patológico”, para cada individuo y para cada órgano y sistema; nos da la “edad biológica o funcional”, en contraposición con la “edad cronológica”, todos conocemos a personas que representan una edad diferente de la suya, a veces más viejos, a veces más jóvenes.⁽³⁹⁾

2.2.2.1. Cambios Físicos.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que alteran tanto al aspecto biológico, psicológico de la persona, además también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado la persona, envejecer no es una enfermedad, sino un cambio inseparable de la vida en general se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos; al principio sus efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo ⁽⁴⁰⁾

a). Piel: el envejecimiento de la piel es el cambio más evidente del paso del tiempo, de manera que la imagen que tenemos de las personas mayores es en general con canas y arrugas, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos y palidez; a nivel de cuero cabelludo aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso, pérdida de cabello, hay aumento de vello facial en las mujeres y alopecia en los hombres. ⁽⁴¹⁾ Los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista, como son: aparición de manchas, flaccidez, sequedad, todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. ⁽⁴²⁾

2.2.2.2.Sistemas sensoriales:

a). Visión: se evidencia una disminución del tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores⁽⁴³⁾ También Rodríguez R Geriatra español nos dice pero además también se produce, una importante transformación en el papel social que hasta entonces se había desarrollado.⁽⁴⁴⁾

b). Audición: Gradualmente existe una disminución de la membrana auditiva se vuelve más gruesa, las articulaciones de los pequeñísimos huesos en el oído se pierde elasticidad, y eficiencia general, disminuye el número de neuronas involucradas en el funcionamiento de varias estructuras del oído, estos cambios afectan la condición física del sonido dando una gran dificultad la acción de oír los sonidos de frecuencia baja, y en la audición neurosensorial haciendo un poco más difícil la frecuencia de sonidos más altos.⁽⁴⁵⁾

c). Gusto y Olfato: disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.

d). Tacto: la piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial del tacto; a medida que envejecen las personas experimentan cambios en las sensaciones relacionadas con el sistema somato sensorial, algunas de las consecuencias de

tener la percepción táctil disminuida pueden ser, sufrir quemaduras, hipotermia y congelación, úlceras por presión afectación al caminar inestabilidad en la postura, dificultad para realizar actividades de motricidad fina. ⁽⁴⁶⁾

2.2.2.3. Sistemas orgánicos:

a). Estructura muscular: en los ancianos hay una pérdida de masa muscular que puede llegar a ser de hasta el 40%; esto implica una mayor dificultad en la realización de las funciones motoras, menor resistencia al ejercicio y es uno de los principales factores determinantes de la dependencia de las personas mayores; aumenta porosidad de corteza a nivel articular, se produce una gran pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular ⁽⁴⁷⁾

2.2.2.4. Sistema esquelético:

El envejecimiento también se refleja en los huesos y las articulaciones, con el tiempo su “desgaste” produce limitaciones en el movimiento y una fragilidad muy propias de las personas ancianas, la masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos, debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura; estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc. ⁽⁴⁸⁾

a). Articulaciones: la rigidez es la sensación en donde la movilidad de todas las articulaciones está limitada, es causada por inflamación paulatinamente con las actividades al cabo de una hora o más; la rigidez empeora, el dolor es intenso a medida que avanza el día por lo general es más fuerte; también va depender de la actividad que se haya tenido a lo largo de la vida o la aparición de sobrecargas, lesiones, cierta predisposición genética sobre todo en todas formas de artrosis como artrosis nodular de las articulaciones pequeñas de los dedos de la mano la prevalencia de las enfermedades aumenta con la edad. ⁽⁴⁹⁾

2.2.2.5. Sistema cardiovascular.

A nivel de corazón presenta aumento del grosor de la pared del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios. Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis); el estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre; las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse, todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general ⁽⁵⁰⁾

2.2.2.6. Sistema respiratorio.

Hay una disminución de la elasticidad de los bronquios, así como una disminución de la movilidad del tórax por las alteraciones esqueléticas y

musculares; esto hace que el volumen de aire movilizado por respiración sea menor, también hay un aumento del tejido fibroso entre los alveolos, lo que dificulta el paso del oxígeno a la sangre y del dióxido de carbono al aire espirado, todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de una enfermedad respiratoria como el enfisema que es muy común en personas de edad avanzada. ⁽⁵⁰⁾

2.2.2.7. Sistema excretor.

El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho; por lo que se presenta un aumento en la frecuencia miccional, el deterioro de este sistema conduce también a frecuentes episodios de incontinencia. ⁽⁵⁰⁾ los órganos que participan en la excreción son: pulmones que son los que expulsan al aire, el dióxido de carbono producido en la respiración celular, el hígado expulsa al intestino productos tóxicos formados en las transformaciones químicas de los nutrientes, estos desechos se eliminan mediante las heces, glándulas sudoríparas junto con el agua filtran productos tóxicos, y eliminan el agua, aunque es una respuesta a la temperatura y el riñones hacen una filtración selectiva de los compuestos tóxicos de la sangre que regulan la cantidad de sales del organismo. ⁽⁵¹⁾

2.2.2.8. Sistema digestivo.

En la etapa de la tercera edad al paso del tiempo se presentan muchos cambios en todos los tejidos y órganos del aparato digestivo desde la boca hasta el intestino grueso, a nivel esofágico hay una disminución de la motilidad y el cierre entre esófago y estómago es menos efectivo, en el estómago hay un descenso de la movilidad y una menor secreción ácida, lo que causa digestiones ⁽⁵²⁾

2.2.2.9. Sistema inmunitario.

Conforme envejece el ser humano, los procesos inmunológicos que se encargan de preservar la tolerancia inmunitaria pueden fallar, diversos factores genéticos y del medio ambiente se han propuesto como teorías que intentan explicar el desarrollo de autoinmunidad dependiente de la edad. ⁽⁵³⁾ Isabel Sada-Ovalle nos dice que la autoinmunidad es un proceso complejo que involucra múltiples cambios en las poblaciones linfocitarias; estos cambios en el adulto mayor incrementan la incidencia y severidad de las enfermedades infecciosas y algunos cánceres. ⁽⁵⁴⁾

2.2.3. Cambios sociales

a). Cambio de rol Individual: los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca; la actitud frente la muerte cambia con la edad, uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte; esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia. ⁽⁵⁵⁾

b). El adulto Mayor como integrante del grupo familiar: las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos, las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas; la primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero;

la segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia. ⁽⁵⁶⁾

c). El adulto Mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas: la ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas); las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad; el sentimiento de soledad es difícil de superar. ⁽⁵⁵⁾

2.2.3.1. Teorías de los cambios sociales.

Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades. ⁽⁵⁷⁾

a). Teoría de la desvinculación: esta teoría afirma que las personas van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen y en ese mismo grado se van desvinculando distanciando; la desvinculación empieza con una reducción de actividades que tienen que ver con la competitividad y con la productividad. ⁽⁵⁸⁾ Esta teoría psicosocial del envejecimiento nos explica que las relaciones entre el individuo y la sociedad, es un proceso interno que experimenta una persona en su declinar de la vida. ⁽⁵⁹⁾

La desvinculación tiene tres factores fundamentales.

Habría una pérdida de roles al cambiar la posición del individuo en la sociedad.⁽⁶⁰⁾

La certeza de que el futuro es limitado y que la muerte es inevitable y cercana hace que el anciano se centre más en sí mismo y lo que es extremadamente importante para él, la pérdida de las capacidades sensoriales motrices no permitirá mantener el nivel de actividades, produciéndose con ello una desvinculación biológica.⁽⁶⁰⁾

b). Teoría de la actividad: nos afirma una vejez lograda, supone el descubrimiento de nuevos papeles o medios de conversación antiguos, reconocer el valor de la edad y atribuir a las personas ancianas valorados por la sociedad; una moral elevada se encuentra asociada por lo general con un nivel alto de actividad como formación de grupos con intereses o preocupaciones comunes, contribuye a una actitud positiva con respeto al futuro, estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales que se desempeñan, favorece al desarrollo. Cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, las personas de mayor edad son más inclinados a su trabajo que los jóvenes, los trabajadores mayores están más satisfechos que los jóvenes.⁽⁶¹⁾

Algunas personas adultas mayores aún pueden trabajar y desempeñar alguna actividad remunerada, que no requiera de mucho esfuerzo y que no lo ponga en peligro ni a la salud física, ni mental como podría ser pintar o dar asesorías de su antiguo trabajo.⁽⁶²⁾

c). Teoría de la continuidad: el yo del adulto mayor se mantiene integro a medida que el anciano va experimentando los cambios de la vejez, se desarrolla

de forma parecida a la que lo hacía en etapas anteriores, existe una sana capacidad para ver la relación de los cambios internos con el pasado del individuo a medida que las personas se liberan de las obligaciones y laborables son más atentas en su temperamento; el anciano mantiene los elementos principales de su personalidad hasta la muerte. ⁽⁶³⁾

d). Teoría de la subcultura: explica la causa del aislamiento desde otra perspectiva en la población de ancianos, esta teoría sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con grupos de edad diferente, es por ello que se considera que explica el fenómeno que se presenta en la vejez, el aislamiento, el desapego, los mayores formarían una subcultura aparte, una minoría social, lo que les ayuda a mantener su identidad y una autoestima positiva, pues ello les permite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que están en situación similar a la suya. ⁽⁶³⁾

e). Teoría del intercambio social: pretende explicar la desigualdad estructural que existe entre el grupo de viejos y los demás grupos con prejuicio para el primero, cuanto más alto sea su estatus, tanto más poder tendrás en sus relaciones con los demás y ello depende de la cantidad de recursos valiosos que estén a su disposición, también dice esta teoría que, la disminución de la actividad social le viene impuesta al anciano por la sociedad, a través de sus instituciones, que le van retirando progresivamente los recursos necesarios para ser atractivas dichas relaciones sociales. ⁽⁶⁴⁾

f). Teoría de la modernización: el viejo es relegado socialmente de manera considerable actualmente en la sociedad moderna, las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales han ido

paulatinamente despojando al viejo de su estatus anterior; desde el punto de vista económico la teoría de la modernización destaca la descalificación de los viejos en el ámbito laboral debido a las nuevas exigencias que generan mayor competitividad y mejor formación en las tecnologías. ⁽⁶⁵⁾

2.2.4. Cambios Psicológicos

a). Pérdida de la autoestima: con la llegada de la tercera edad la autoestima puede afectarse y reducirse; los psicólogos señalan que esto se debe a que las personas ven que sus capacidades físicas y mentales disminuyen, sus cónyuges y amigos mueren o sus conocidos desaparecen de su círculo porque ya no pueden mantener el ritmo de vida que llevaban algunos, aunque viven con sus familias sienten que no existen porque no son tomados en cuenta. ⁽⁶⁶⁾

b). Insomnio: es muy común en las personas mayores de 65 años pues los patrones de sueño cambian al envejecer, las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (ruido, comer tarde en la noche, dormir durante el día, etc.), al ingerir cafeína, alcohol, nicotina, algunos antidepresivos, medicinas estimulantes, horario de las medicinas, mentales como ansiedad o depresión; estrés como problemas familiares, financieros, de salud ⁽⁶⁷⁾

c). Estrés: el adulto mayor se evidencian altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar, de este modo se reduce la vida social y al mismo tiempo se observa como disminuyen sus capacidades tanto motoras como mentales; el estrés en adultos mayores puede deteriorar la salud debido a que al enfrentar una

situación que genere tensión, el organismo produce mayor cantidad de la hormona cortisol u hormona del estrés, por lo que se presenta una reducción anormal lo cual genera deterioro de la memoria, envejecimiento prematuro e incluso la muerte, por ello se sugiere afrontar el estrés como reto y no como amenaza. ⁽⁶⁸⁾

d). Ansiedad en el adulto mayor: son alteraciones emocionales y físicas que presenta el adulto mayor pueden desencadenar además del estrés, la inquietud frente a la situación económica, el entorno familiar, el agotamiento físico causando una preocupación excesiva, situaciones de ansiedad, además de quebrantos de salud, genera sesgos en el procesamiento de la información denominadas distorsiones cognitivas, cumpliendo una función en el desarrollo de la ansiedad, las cuales se activan selectivamente asociándose al peligro representado en la memoria a largo plazo. ⁽⁶⁸⁾

La ansiedad está también relativamente presente en pacientes mayores que viven solos sin compañía de un hijo u otro familiar en donde se representa un 3,6% de la población anciana comunitaria, y entre un tercio y la mitad en zonas urbanas durante esta etapa del ciclo vital. ⁽⁶⁹⁾

2.2.4.1. Teorías de los cambios psicológicos

a). Teoría de Erikson (integración vs. desesperación). El ser humano pasa por ocho etapas de crisis según Erick y nos hemos enfocado en la octava crisis (integración versus desesperación) en la cual lo pueden tomar de manera serena o llena de inquietud. ⁽⁷⁰⁾

Las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson responden a una teoría psicoanalítica integral que identifica una serie etapas por las que un individuo sano pasa a lo largo de su historia vital, cada etapa se caracterizaría por una crisis psicosocial de dos fuerzas en conflicto; Erikson, al igual que Sigmund Freud, creía que la personalidad se desarrollaba en una serie de etapas a diferencia fundamental es que Freud basó su teoría del desarrollo de una serie de las etapas psicosexuales, por su parte, Erikson se centró en el desarrollo psicosocial, también estaba interesado en cómo la interacción y las relaciones sociales desempeñaban un papel en el desarrollo y crecimiento de los seres humanos.⁽⁷¹⁾

b). Teoría de Pek: dentro de la psicología evolutiva el tema históricamente más relegado ha sido el desarrollo adulto, su descripción y conceptualización es pobre, aunque ha captado la atención de muchos psicólogos en los últimos años; entre ellos Robert Peck, este afirma que la mayoría de las personas bien adaptadas aprecian que su sabiduría compensa con creces su disminuida fortaleza física, su vigor y su aspecto juvenil, dicha sabiduría es el eje conductor que permite a cualquier persona, distinguir, elegir y asimilar.⁽⁷²⁾

c). Peck fija tres tareas principales para el envejecimiento:

- Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo:

Centrar las metas vitales en el rendimiento mental, espiritual y en las relaciones sociales.

- Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo. Al llegar la jubilación y abandono del puesto de trabajo, la persona mayor debe

valorarse a sí misma, a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad.⁽⁷³⁾

- **Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego.** Dificultad de aceptación de la muerte, se puede trascender el propio ego a través de la contribución a la felicidad y bienestar de otros.

2.2.5. Cambios en la estructura familiar del adulto mayor.

Los cambios en la estructura familiar, vienen dados en parte por los cambios sociales que acontecen en el proceso de envejecimiento; las pérdidas y cambios de rol que suponen para la persona adaptarse a las nuevas situaciones, los hijos se van del hogar llegan nietos que en muchos casos pasan hacer cuidados por los abuelos, pueden morir uno de los cónyuges dando lugar a viudedad, etc. Estos cambios pueden ser beneficiosos en algunas ocasiones (el cuidado de los nietos), o negativos pérdida de valor dentro de la familia, viudez y soledad, etc.⁽⁷⁴⁾

En ocasiones lo más destacado en la persona mayor es su pérdida de poder o valor dentro de la familia pasando a ser relegado por los miembros familiares; esto puede verse reflejado en dos situaciones cuando el mayor es autónomo e independiente y los hijos pueden aconsejarle y cuando el mayor este enfermo y puede ver mermada su independencia o su autónoma pasando a depender de otros miembros de su familia para su propio cuidado.⁽⁷⁵⁾

2.2.6. Cambios de rol en la comunidad

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual. ⁽⁵⁵⁾

2.2.7. Cambio de rol laboral

El gran cambio es la jubilación del individuo donde marca el fin de la vida laboral, en la que hay un rol social muy concreto, con unas actividades y unos hábitos de uso del tiempo muy marcados y una productividad efectiva. La adaptación a esta nueva situación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad; las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos. ⁽⁵⁵⁾

2.2.8. Enfermedades osteoarticulares del adulto mayor.

2.2.8.1. Artritis: Enfermedad articular crónica degenerativa en el adulto mayor con componente inflamatorio caracterizada por degeneración y pérdida progresiva del cartílago hialino y hueso subcondral y daño del tejido sinovial, asociados con engrosamiento, distensión de la cápsula articular y cambios en los tejidos blandos peri articulares. ⁽⁷⁶⁾

a). Fisiopatología de la artritis.

Es la combinación de factores como edad, predisposición genética, obesidad, ejercicios de alto impacto, traumatismos y mala alineación articular, entre otros; desencadenan un desequilibrio fisiológico en el cartílago articular, caracterizado por aumento en el catabolismo y disminución de su formación, los factores pro inflamatorios impulsan la producción de enzimas proteolíticas responsables de la degradación de la matriz extracelular que da como resultado la destrucción de los tejidos de unión. ⁽⁷⁷⁾

b). Sintomatología.

El adulto mayor frente a esta dolencia presenta dolor a la palpación, rigidez, pérdida de función articular, pérdida progresiva de fuerza, temblores en extremidades y dedos, deformaciones en las articulaciones afectadas. En casos complicados, puede incluso producirse un derrame articular, inflamación y edema de la membrana sinovial. ⁽⁷⁸⁾

2.2.8.2. Artritis reumatoide: es una enfermedad más grave, dentro de las enfermedades osteoarticulares, pero menos frecuente, el sistema inmunitario del organismo ataca y destruye las articulaciones, descomponiendo el hueso y los cartílagos; esto causa dolor e inflamación, y puede dificultar los movimientos, las articulaciones que se ven más afectas son muñecas, dedos de la mano, rodillas, tobillos. ⁽⁷⁹⁾

a). Fisiopatología: proceso inflamatorio que se presenta por la producción de mediadores solubles, en su mayoría citosinas, pero también factores de

crecimiento y quimiocinas cuyo efecto final es la destrucción del cartílago y el hueso subyacente entre sí como diversas manifestaciones extra articulares. ⁽⁸⁰⁾

b). Síntomas: esencialmente hay dolor articulares como rigidez o hinchazón en miembros, rango limitado de movimiento en la articulación o en la columna ocasionando sensibilidad y enrojecimiento de la piel alrededor de la articulación; como también se produce un bloqueo de la articulación o articulación que se trava con el movimiento. ⁽⁷⁹⁾

2.2.8.3. Artrosis: es un trastorno que afecta a las articulaciones y que provoca dolor articular, rigidez y disminución de la movilidad de manera lenta y progresiva, esta enfermedad produce el desgaste del cartílago que recubre las articulaciones debido a una compleja interacción de factores biomecánicos, genéticos y bioquímicos que además afectan al hueso y a la membrana que recubre la articulación, degradación progresiva del cartílago articular, primero se vuelve frágil y quebradizo, después se adelgaza y, por último, desaparece y deja el hueso al descubierto. ⁽⁸¹⁾

a). Fisiopatología: desequilibrio entre degradación y reparación de la matriz extracelular existe un daño mecánico donde las respuestas de los condrocitos se liberan produciendo proteasas destruyéndose las estructuras articulares, hay destrucción del hueso subcentral formando grietas superficiales y pérdidas de superficie lisa del cartílago. ⁽⁸²⁾

b). Síntomas: presenta dolor, Rigidez, deformidad, Agrandamiento articular, crepitación, como limitación movilidad inflamación. ⁽⁸³⁾

c). Localización de la Artrosis:

- **Rodilla:** Es la articulación más afectada por esta enfermedad osteoarticulares, según estudios científicos menciona que más afecta al género femenino, el dolor es progresivo y de características mecánicas que se acompaña de rigidez, limitación física, crepitación. ⁽⁸⁴⁾

- **Cadera:** Después de la rodilla es la articulación más afectada, y la más incapacitada, el dolor aparece a movilizar la cadera o con el apoyo de una de las extremidades que obligatoriamente se mueve al momento de realizar caminata o alguna actividad física. ⁽⁸⁵⁾

- **Manos:** La artrosis en las articulaciones de las manos, se produce por un desgaste del cartílago de las mismas y se produce intenso dolor, rigidez, limitación de movilidad en los dedos y también se evidencia deformidad, estudios demuestran que se evidencia más n mujeres que ambos sexos. ⁽⁸⁵⁾

- **Tobillo y pie:** la artrosis en tobillo y pie son raras y mayormente secundarias, presencia de dolor y ciertas limitaciones a las extensiones. ⁽⁸⁶⁾

2.2.8.4. Lumbalgia: se define como un dolor localizado en la región lumbar, que frecuentemente se acompaña de dolor irradiado o referido a otras zonas próximas. Se trata de un término descriptivo que no implica connotaciones acerca del origen o fisiopatología de la enfermedad. Puede ser la manifestación de entidades muy diversas, con substratos patológicos distintos y con repercusiones y gravedad. ⁽⁸⁷⁾

a). Fisiopatología: en intrínseco se origina en las estructuras que forman la columna lumbar y lumbosacra, y como extrínseco se origina en estructuras fuera de ellas, como enfermedad ginecológica, renal o cuadros psicomaticos. ⁽⁸⁸⁾

b). Síntomas: las manifestaciones más comunes de la lumbalgia son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares. ⁽⁸⁹⁾

c). Factores de Riesgo: entre los posibles desencadenantes existen algunos que no son modificables, como la edad, el sexo o la genética mientras que otros si son modificables. Dentro de los factores de riesgo tenemos factores psicosociales, laborales, inactividad física, la obesidad y la actividad física deportiva y laboral. ⁽⁹⁰⁾

2.2.8.5. Gota: es una enfermedad que causa súbitos períodos de dolor severo, sensibilidad, color rojizo, alta temperatura e hinchazón (inflamación) en algunas articulaciones. Generalmente esta enfermedad afecta una articulación a la vez, principalmente la articulación grande del dedo gordo del pie; también puede afectar otras articulaciones como las de la rodilla, el talón, el pie, la mano, la muñeca y el codo. Es muy raro que afecte los hombros, las caderas y la columna. ⁽⁹¹⁾

a). Fisiopatología: cuanto mayor es el grado y la duración de la hiperuricemia, mayor es la probabilidad de desarrollo de gota. Las causas que producen una elevación de la concentración de ácido úrico son: disminución de la excreción (más frecuente); incremento de la producción y aumento de la ingesta de purinas. ⁽⁹²⁾

b). Síntomas: esencialmente la gota produce inflamación articular, casi siempre en forma de mono artritis aguda; esto es, una articulación pasa en pocas horas de estar asintomática a inflamarse intensamente; al inflamarse la articulación se hincha (lo que se debe a que su cavidad se llena de líquido sinovial formando un derrame), su superficie puede enrojecerse, y desde luego se vuelve casi siempre intensamente dolorosa, y su función se hace dificultosa por el propio dolor. Algunas veces la inflamación puede ser menos intensa y las molestias más llevaderas. ⁽⁹³⁾

c). Factores de Riesgo de Gota: cuando hay un incremento de la longevidad, ingesta alta de alcohol, hiperlipidemia, hipertensión también personas que sufren de diabetes mellitus y obesidad. ⁽⁹⁴⁾

2.2.9. Teoría de Virginia Henderson.

Esta teoría identifica al adulto mayor como un ser tan igual como nosotros que pertenece a una etapa de vida con los mismos derechos y deberes de todas las personas en el mundo; también nos explica en cuanto al personal de salud que la enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz, introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud e identifica 14 necesidades básicas que componen los “cuidados enfermeros”. ⁽⁹⁵⁾

2.2.9.1. Valoración de necesidades básicas Según Teoría de Virginia

Henderson

- Necesidad de oxigenación.

- Necesidad de nutrición/hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.
- Necesidad de descanso-sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

La necesidad básica se valora en base a datos de dependencia/independencia en el adulto mayor. ⁽⁹⁵⁾

2.2.10. Políticas Públicas Dirigidas Al Adulto Mayor

2.2.9.1. Plan Nacional para las personas adultas mayores Plampan 2013-2017.

El marco conceptual que sustenta el presente Plampan Se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia con el nacimiento de las personas y que en sí mismo constituye uno de los mayores logros de la humanidad; fue elaborado mediante los enfoques básicos que buscan orientar las acciones del

estado para lograr que el Perú sea una sociedad para todas y todos sus habitantes, sin distinción de su edad, raza, sexo, o condición social el envejecimiento como proceso individual que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques y teorías.⁽⁹⁶⁾

a). Enfoque biológico. Se basa en dos teorías la del envejecimiento programado, “que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo”.⁽⁹⁶⁾

b). Enfoque psicológico. El envejecimiento se enfoca usualmente desde dos teorías opuestas en su concepción: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio; la primera, nos señala que la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad; la primera reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la segunda estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad⁽⁹⁶⁾

c). Enfoque social. Desde la perspectiva del enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles.⁽⁹⁶⁾ Potro lado, la teoría de la dependencia estructurada enfoca su atención en “el sistema social en vez de dirigirla a las características de las

personas, propone que la estructura y la organización de la producción son el origen de las características de la dependencia, y contrapone una perspectiva que pone énfasis en la creación social. ⁽⁹⁷⁾

2.2.10. “Envejecimiento activo: un marco político”.

“El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población”. Facilita a las personas a alcanzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia; dicho marco político requiere la acción sobre tres pilares básicos. ⁽⁹⁸⁾

a). Salud: Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida. Permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas cuando envejecan. Habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios. Las personas que necesitan asistencia deben tener acceso a toda la gama de servicios sociales y de salud que abordan las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen. ⁽⁹⁸⁾

b). Participación: Las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar

cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias. ⁽⁹⁹⁾

c). Seguridad: Cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se apoyará a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad. ⁽⁹⁸⁾

2.2.11. Calidad de vida en el adulto mayor:

Según Oblitas define la calidad de vida como el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, lo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. ⁽¹⁰⁰⁾ La Organización Mundial de la salud (OMS), define a la calidad de vida la percepción que un individuo 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. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. ⁽¹⁰¹⁾

Es el resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades

humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez” .⁽¹⁰²⁾ Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos también nos dice que es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. ⁽¹⁰³⁾

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales; el creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés. ⁽¹⁰⁴⁾

Por lo tanto, en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. ⁽¹⁰⁵⁾

2.2.12. Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la salud, las tres dimensiones que de manera global e integradamente comprenden la calidad de vida. ⁽¹⁰⁶⁾

a). Física. Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos al tratamiento. No hay duda de que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad. ⁽¹⁰⁶⁾

b). Psicológica. Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. ⁽¹⁰⁶⁾

c). Social. Es la percepción de individuo de las relaciones interpersonales y los roles social en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. ⁽¹⁰⁶⁾

De acuerdo a Riveros Sánchez-Sosa y Del Águila, (2009), las doce áreas que integran la calidad de vida son: ⁽¹⁰⁷⁾

d). Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.

- **Desempeño Físico:** se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.

- **Aislamiento:** explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
- **Percepción corporal:** se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
- **Funciones Cognitiva:** revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.
- **Actitud ante el tratamiento:** revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.
- **Tiempo libre:** explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
- **Vida cotidiana:** revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios de rutinas a partir de una enfermedad.
- **Familia:** explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
- **Redes Sociales:** explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
- **Dependencia Médica:** se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.
- **Relación con el Médico:** se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.

2.2.13. Características de calidad de vida.

- a). **Concepto Subjetivo:** cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

b). Concepto universal: las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

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

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

2.2.14. Calidad de vida y envejecimiento

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Si bien este concepto es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica; la calidad de vida se concibe en dos enfoques principales:

a). La parte objetiva: entendida como la satisfacción y sentido de bienestar y salud, basada en la posesión de bienes materiales (el estado funcional del sujeto (se evalúan en forma tangible)

b). La parte subjetiva, que se refiere a como la gente percibe su vida desde el punto de vista emocional, considerando factores como, seguridad social, relaciones familiares, ideales, metas y objetivos en la vida; es decir, la sensación de bienestar. ⁽¹⁰⁸⁾

2.2.1.5. Discusión teórica.

a). Calidad:

Término griego Kalos, que significa “lo bueno, lo apto” y también en la palabra latina qualitem, que significa cualidad o “propiedad”.⁽¹⁰⁹⁾ **Lawton** lo define la calidad de vida como evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.⁽¹¹⁰⁾ Calidad de vida expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.⁽¹¹¹⁾

A. Categorías de definiciones: Tal como se ha visto, no existen definiciones únicas sobre el concepto de calidad de vida; sin embargo, con fines didácticos estas definiciones pueden ser agrupadas en distintas categorías. Las tres primeras que se revisarán corresponden a una categorización.⁽¹¹⁰⁾

1. Condiciones de vida: la calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona, tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades Funcionales u ocupación.⁽¹¹⁰⁾

2. Condiciones de vida + Satisfacción con la vida: Desde este punto de vista, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los

que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. ⁽¹¹⁰⁾

3. Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida + Valores: Según la Organización mundial de la salud (**OMS**), es definida como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas mediadas por los valores personales; bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico. ⁽¹¹⁰⁾

4. Enfermedad: palabra latina que significa falta de firmeza, es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud, Sin embargo, existen otras palabras relacionadas con el concepto designado por el término castellano enfermedad, como por ejemplo patología (pathología en latín, pathología en inglés, pathología en alemán y pathología en francés), cuya derivación es del griego pathología. ⁽¹¹²⁾

2.2.1.6. Definición de términos básicos.

a). Calidad de vida: bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. ⁽¹¹³⁾

b). Adulto mayor: término que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto

mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). ⁽¹¹⁴⁾

c). Envejecimiento Humano: el envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. ⁽¹¹⁵⁾

d). Vejez: la vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas. ⁽¹¹⁵⁾

e). Enfermedad: la OMS define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. ⁽¹¹⁶⁾

f). Artrosis: en la artrosis existe incapacidad de los condrocitos respecto a la creación de matriz extracelular de calidad debido a alteración en el equilibrio homeostático de esta estirpe celular, lo cual influye en la generación y degradación de diversos componentes de la matriz. No obstante, la patogenia de la enfermedad es compleja e influyen otros factores, que podemos diferenciar en modificables y no modificables. ⁽¹¹⁷⁾

g). Teorías: es un conjunto de estructuras (conceptos, definiciones y proposiciones) interrelacionados, que presentan una perspectiva sistemática de los

fenómenos especificando las relaciones. Es el objetivo principal de la ciencia, es una combinación que se proyecta en una perspectiva sistemática de los fenómenos con el fin de describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos.⁽¹¹⁸⁾

h). Escala GENCAT: instrumento que permite la evaluación objetiva de la calidad de vida de usuarios de servicios social mediante dimensiones para medir su calidad de vida a todas las personas adultos mayores.⁽¹¹⁹⁾

i). Automedicación: la automedicación se define como la toma o administración de medicamentos o sustancias con intención terapéutica, sin la intervención de profesionales sanitarios.⁽¹²⁰⁾

2.3. Hipótesis de la investigación.

- **Ha.** Existe relación entre las enfermedades osteoarticulares y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en Centro de Salud La Tulpuna-Cajamarca-Perú. 2019
- **Ho.** No existe relación entre las enfermedades osteoarticulares y la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en Centro de Salud La Tulpuna-Cajamarca-Perú. 2019.

2.3.1. Variables

- **Variable independiente.**

Enfermedades osteoarticulares del adulto mayor

- **Variable dependiente.**

Calidad de vida del adulto mayor.

3.1.1. Operacionalización de variables.

Tipo de variables	Definición.	Indicador	Ítem	Instrumento
Variable independiente: Enfermedades osteoarticulares del adulto mayor	Enfermedades que afectan a las articulaciones, tendones, huesos, ya sea de forma temporal o permanente lo cual ocasiona discapacidad leve, moderada, severa.	. Artrosis . Artritis . Lumbalgia . Gota	- Si - No	Formulario WHO-ILAR-COPCORD
Variable Dependiente Calidad de vida del adulto mayor	Bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y	1. Bienestar Emocional 2. Relaciones Interpersonal 3. Bienestar Material.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Frecuentemente • Algunas veces • Nunca 	Escala GENCAT

	colectivas.	4. Desarrollo personal.		
		5. Bienestar Físico.		
		6. Autodeterminación.		
		7. Inclusión social.		
		8. Derechos.		

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Metodología de la investigación.

3.1.1. Población, muestra y unidad de análisis

A. Población.

Estuvo constituida por 100 adultos mayores de 60 años atendidos en el centro de salud la Tulpuna.

3.1.2. Criterios De Inclusión y Exclusión

A. De Inclusión.

Todos los adultos mayores de ambos sexos, atendidos en el centro de salud La Tulpuna, Adultos que aceptaron colaborar en la investigación.

B. De Exclusión

1. Unidad de Análisis

Conformado por cada uno de los adultos mayores atendidos en el centro de salud la Tulpuna.

- Adultos que no aceptaron colaborar en la investigación.
- Adultos mayores que presentan alteraciones mentales.

C. Muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Reemplazando datos, se obtuvo una muestra de tamaño $n = 50$

DATOS

Z : Nivel de confianza (90%)	1.64
N : Población	100
P : Proporción de éxito	0.6
Q : Proporción de fracaso	0.4
E : Error	0.08

3.2 Métodos de investigación.

El presente estudio será de tipo.

- A. Descriptivo:** Porque describe la determinación de problemas osteoarticulares y calidad de vida en el adulto mayor.
- B. Trasversal:** Porque se realizó en un determinado tiempo, se selecciona a todos los usuarios adultos mayores atendidos en el centro de salud La Tulpuna.
- C. Correlacional:** Porque se determina la relación de las dos variables en estudio.

3.2. Técnicas de la Investigación Científica.

Se utiliza como técnica la entrevista y la Historia Clínica a cada uno de los integrantes que constituye la muestra.

3.3. Instrumento

- Se utilizó un formulario **COPCORD** elaborado por autores internacionales y modificado por las autoras, para la recolección de la información, lo cual tiene relación con la determinación de enfermedades osteoarticulares del adulto mayor (121)
- Se realizó la valoración de la calidad de vida con la Escala GENCAT.

3.4. Procedimiento para la recolección de datos

- Se coordinó a través de un documento oficial de solicitud entre la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo y la representante del Centro de Salud La Tulpuna.
- Se captó de los adultos mayores en el Centro de Salud
- Se revisó las historias clínicas de los adultos mayores después de recibir la consulta.

3.5. Aspectos Éticos De La Investigación.

Se aplicó el consentimiento de manera verbal a cada adulto mayor atendido en el Centro de salud la Tulpuna Cajamarca.

El trabajo de investigación es original, por lo tanto, se pretende de manera técnica y científica, evaluar la relación entre calidad de vida con enfermedades osteoarticulares del adulto mayor atendidos en el centro de salud la Tulpuna para

determinar dicha relación; el principio ético y moral de esta investigación aporta veracidad y precisión en la información. Para lo cual no asumiremos acciones como la falsificación de datos o resultados, desarrollándola de la manera más objetiva posible.

3.6. Procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos se evaluó la consistencia de la información recolectada, para luego ingresar en una base de datos usando el software estadístico SPSS versión 25 la presentación de los resultados se hará en forma de tablas simples.

3.7. Descripción del área de estudio.

En la región de salud de Cajamarca se cuenta con 832 establecimientos de salud categorizados, y entre ello se ha escogido el Centro de Salud la Tulpuna con el cual se realizó el proyecto de investigación.

El centro de Salud la Tulpuna está ubicado en la zona sur este de la ciudad de Cajamarca sus límites, por el Este con Huacariz, por el Oeste Barrio santa Elena, por el Norte con la población de Chinchimarca y por el Sur con el Centro de Salud Magna Vallejo tiene un nivel de complejidad I-3, una latitud de 2750 y 3000 msnm, clima frio y húmedo.

3.8. Métodos De La Investigación Científica.

En la presente investigación se utilizó como método el formulario CORPORD y escala GENCAT, con la finalidad de determinar la Relación entre la calidad de

vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en Centro de Salud La Tulpuna-Cajamarca-Perú. 2019.

3.9. Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.

A. Validación del formulario WHO-ILAR-COPCORD: Este formulario fue validado por un especialista reumatólogo Dr. Sergio Guevara Pacheco; COPCORD posibilita determinar las quejas o síntomas y signos en la población, especialmente dolor, limitación, rigidez, a nivel de tejidos músculo esqueléticos y articulaciones.

B. Validez y confiabilidad del instrumento Escala GENCAT. Escala GENCAT es validada por Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), que ha demostrado confiabilidad en la evaluación de calidad de vida en sus servicios sociales. ⁽¹²²⁾

CAPÍTULO I

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas y ocupacionales del adulto mayor en Centro de salud la Tulpuna – Cajamarca-Perú. 2019

CARACTERÍSTICAS		N	%
EDAD	60 - 70	21	10.0
	71 - 80	19	32.0
	81 - 95	10	20.0
	Total	50	100.0
GÉNERO		N	%
	Masculino	20	40.0
	Femenino	30	60.0
	Total	50	100.0
ESTADO CIVIL		N	%
	Casado	5	10.0
	Conviviente	41	82.0
	Separado	2	4.0
	Viuda	2	4.0
Total	50	100.0	
RELIGIÓN		N	%
	Católico	24	48
	Protestante	26	52
Total	50	100	
GRADO DE INSTRUCCIÓN		N	%
	Analfabeto	13	26.0
	Primaria incompleta	16	32.0
	Primaria completa	15	30.0
	Secundaria incompleta	4	8.0
	Secundaria completa	1	2.0
Superior completa	1	2.0	
Total	50	100.0	
¿ACTUALMENTE TRABAJA?		N	%
	Sí	14	28.0
	No	36	72.0
Total	50	100.0	

Fuente: Formulario Copcord.

La tabla muestra, que 32.0% de los adultos mayores están comprendidas entre las edades de 71 y 80 años, predominando el sexo femenino en 60%; el 82.0% en estado civil de conviviente, 52.0 % profesan la religión protestante, 32.0% tienen grado de instrucción de primaria incompleta y 72.0% no trabajan.

TABLA 2. Evaluación de los adultos mayores según función física en Centro de salud la Tulpuna- Cajamarca – Perú. 2019

	Puede bajar y subir escaleras.		Puede pararse luego de haber estado sentado.		Resiste de pie por 30 minutos.		Al agacharse hacia el piso presenta algún dolor.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	30	60	40	80	45	90	30	60
SI	20	40	10	20	5	10	20	40
Total	50	100.0	50	100	50	100	50	100

FUNCIÓN FÍSICA	Presenta dificultad al entrar o salir de un auto.		Presenta dificultad para ponerse las medias.		Presenta dificultad al levantarse de la cama.		Presenta dificultad al acostarse en la cama.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No	30	60	40	80	45	90	45	90
SI	20	40	10	20	5	10	5	10
Total	50	100.0	50	100	50	100	50	100

	Siempre cuenta con el apoyo de su familia		Siente dolor intenso al sentarse o al pararse del baño.		Presenta dificultad para realiza tareas domésticas.	
	N	%	N	%	N	%
No	30	60	28	56	35	70
SI	20	40	22	44	15	30
Total	50	100.0	50	100	50	100

Fuente: Escala GENCAT.

De la tabla 2, podemos indicar que 60% de los adultos mayores no pueden bajar y subir escaleras, el 80% no pueden pararse después de haberse sentado, el 90% resiste de pie por 30 minutos, 40 % presenta dolor al agacharse; el 40% presenta dificultad al entrar o salir de un auto; el 60% no cuenta con el apoyo de su familia,

44% presenta intenso dolor al sentarse o pararse del baño; en cambio el 40% presentan dificultad al bañarse.

**Tabla 3. Medicamentos consumidos por los adultos mayores.
Centro de salud la Tulpuna- Cajamarca – Perú. 2019**

MEDICAMENTOS	N	%
Apronax	1	2.0
Ketorolaco	1	2.0
Colageno	3	6.0
Diclofenaco y dexametasona	6	12.0
Meloxicam	2	4.0
Naproxeno	4	8.0
Paracetamol	4	8.0
No especifica medicamento	29	58.0
Total	50	100.0

Fuente: Historia clínica del adulto mayor. Centro Salud Tulpuna

Se observa que los medicamentos de mayor uso es Diclofenaco más dexametasona con un 12,0%, 8,0% naproxeno y paracetamol y un 58,0% de encuestados no especifican el medicamento que toman.

Tabla 4. Número y porcentaje de adultos mayores con prescripción médica

ATENDIDOS	N	%
Si	21	42
No	29	58
Total	50	100

en Centro de salud la Tulpuna- Cajamarca- Perú. 2019

Fuente: Historia clínica del adulto mayor. Centro Salud Tulpuna

Del total de encuestados el 58% no llevan un tratamiento prescrito por el médico.

Tabla 5. Valoración de calidad de vida del adulto mayor, según dimensiones en Centro de salud la Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019

Dimensiones	Frecuencia	N	%
BIENESTAR EMOCIONAL	Algunas veces	3	6.0
	Frecuentemente	23	26.0
	Siempre	24	48.0
	Total	50	100.0
DESARROLLO PERSONAL		N	%
	Frecuentemente	45	90.0
	Siempre	5	10.0
	Total	50	100.0
RELACIONES INTERPERSONALES		N	%
	Algunas veces	2	4.0
	Frecuentemente	46	92.0
	Siempre	2	4.0
BIENESTAR MATERIAL		N	%
	Algunas veces	1	2.0
	Frecuentemente	39	78.0
	Siempre	10	20.0
BIENESTAR FISICO		N	%
	Algunas veces	8	16.0
	Frecuentemente	41	82.0
	Siempre	1	2.0
AUTODETERMINACION		N	%
	Algunas veces	4	8.0
	Frecuentemente	39	78.0
	Siempre	7	14.0
INCLUSIÓN SOCIAL		N	%
	Algunas veces	3	6.0
	Frecuentemente	47	94.0
DERECHOS		N	%
	Frecuentemente	31	62.0
	Siempre	19	38.0
	Total	50	100.0

Fuente: Escala GENCAT

La tabla 5 muestra que 48.0% de los adultos refieren que siempre muestran bienestar emocional, el 90.0%, 92.0% y 78.0% muestran frecuentemente desarrollo personal, relaciones interpersonales y bienestar material respectivamente, 82.0% 78.0%, 94.0%, y 62.0% responden que frecuentemente presentan bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y conocimiento de sus derechos.

Tabla 6. Enfermedades osteoarticulares de los adultos mayores. Centro de salud la Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019

Enfermedades osteoarticulares	SEXO				Total	%
	Masculin		Femenin			
	o	%	o	%		
ARTROSIS DE CADERA, MANO y RODILLA	12	60	16	53	28	56
CONTRACTURA MUSCULAR	1	5	2	7	3	6
GOTA,ARTROSIS DE COLUMNA, OSTEOPOROSIS	1	5	4	13	5	10
HOMBRO DOLOROSO	0	0	5	17	5	10
LUMBALGIA	6	30	3	10	9	18
Total	20	100	30	100	50	100

Fuente: Formulario corpord. P = 0.014

En la tabla 06 se observa que existe una relación significativa entre las enfermedades osteoarticulares: de artrosis en cadera, mano y rodilla osteoarticulares y el sexo, predominando en el femenino, con un $P < 0.05$, se evidencia un porcentaje de 56% de artrosis de cadera, mano y rodilla.

**Tabla 7. Enfermedades osteoarticulares de los adultos mayores en
Centro de salud la Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019**

	¿ACTUALMENTE TRABAJAN?					
	¿ACTUALMENTE TRABAJA?					
	Sí	%	No	%	Tot al	%
ARTROSIS DE CADERA, MANO y RODILLA	5	36	23	64	28	56
CONTRACTURA MUSCULAR	1	7	2	6	3	6
GOTA, ARTROSIS DE COLUMNA, OSTEOPOROSIS	1	7	4	11	5	10
HOMBRO DOLOROSO	2	14	3	8	5	10
LUMBALGIA	5	36	4	11	9	18
Total	14	10	36	10	50	10
		0		0		0

Fuente: Formulario corpord.

P=0.25

En la tabla 07, podemos indicar que las enfermedades y si trabajan actualmente no están asociadas estadísticamente, ya que $P > 0,05$

TABLA 08. Enfermedades osteoarticulares de los adultos mayores en Centro de Salud la Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019

	EDAD												Total	%
	0 - 65	%	66 - 70	%	71 - 75	%	76 - 80	%	81 - 85	%	86 - 90	%		
ARTROSIS DE CADERA , MANO y RODILLA	4	80	5	31	4	40	5	56	6	100	4	100	28	56
CONTRACTURA MUSCULAR	0	0	0	0	3	30	0	0	0	0	0	0	3	6
GOTA,ARTROSIS DE COLUMNA,OSTEOPOROSIS	0	0	3	19	1	10	1	11	0	0	0	0	5	10
HOMBRO DOLOROSO	1	20	4	25	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10
LUMBALGIA	0	0	4	25	2	20	3	33	0	0	0	0	9	18
Total	5	100	16	100	10	100	9	100	6	100	4	100	50	100

Fuente : Aplicación de encuesta p = 0.0

En la tabla 08 se puede observar que el valor $P < 0.05$, lo que indica que si existe asociación estadística entre las enfermedades y la edad de los encuestados.

TABLA 09. Enfermedades osteoarticulares de los adultos mayores en centro de salud la Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019

	ESTADO CIVIL								Total	%
	Casado	%	Conviviente	%	Separado	%	Viuda	%		
ARTROSIS DE CADERA, MANO y RODILLA	4	80	21	50	2	100	1	100	28	56
CONTRACTURA MUSCULAR	1	20	2	5	0	0	0	0	3	6
GOTA, ARTROSIS DE COLUMNA, OSTEOPOROSIS	0	0	5	12	0	0	0	0	5	10
HOMBRO DOLOROSO	0	0	5	12	0	0	0	0	5	10
LUMBALGIA	0	0	9	21	0	0	0	0	9	18
	5	100	42	100	2	100	1	100	50	100

Fuente: Formulario corpord.

P= 0.83

En la tabla 09 la prueba estadística Chi – cuadrado tuvo un valor $P > 0.05$, es decir las enfermedades articulares no están asociadas al estado civil de los encuestados.

TABLA 10. Enfermedades osteoarticulares de los adultos mayores en Centro de Salud la Tulpuna-Cajamarca – Perú. 2019

	GRADO DE ESTUDIOS												Total		
	Analfabeto	%	Primaria incompleta	%	Primaria completa	%	Secundaria incompleta	%	Secundaria completa	%	Superior completa	%		%	
ARTROSIS DE CADERA, MANO y RODILLA	8	62	11	69	7	47	2	50	0	0	0	0	0	28	56
CONTRACTURA MUSCULAR	1	8	0	0	2	13	0	0	0	0	0	0	0	3	6
GOTA,ARTROSIS DE COLUMNA,OSTEOPOROSIS	1	8	2	13	1	7	0	0	1	100	0	0	0	5	10
HOMBRO DOLOROSO	1	8	0	0	3	20	1	25	0	0	0	0	0	5	10
LUMBALGIA	2	15	3	19	2	13	1	25	0	0	1	100	9	18	
TOTAL	13	100	16	100	15	100	4	100	1	100	1	100	50	100	

Fuente: Formulario corpord.

P= 0.33

En la tabla 10, la prueba Chi- cuadrado tuvo un valor $P > 0.05$, lo que indica que no existe asociación estadística entre las enfermedades articulares y el grado de instrucción de los encuestados en el presente trabajo de investigación.

TABLA 11. Relación entre calidad de vida y enfermedades osteoarticulares del adulto mayor en Centro de Salud la Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019

		Puede bajar y subir escaleras	Puede pararse luego de haber estado sentado	Resiste de pie por 30 minutos	Al agacharse hacia abajo presenta dolor	Presenta dificultad al entrar o salir de un auto	Presenta dificultad al ponerse las medias	Presenta dificultad al levantarse de la cama	Presenta dificultad al recostarse en la cama	Presenta dificultad al bañarse	Presenta dificultad al sentarse o pararse del baño	Presenta dificultad para realizar tareas domesticas
DIMENSIONES		P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
BIENESTAR EMOCIONAL (sentimientos, comportamiento)	Correlación de Pearson	-0.389	-0.141	-0.348	0.171	0.433	0.255	0.394	0.46	0.257	0.39	0.493
	Sig. (bilateral)	0.005	0.328	0.013	0.236	0.002	0.074	0.005	0.001	0.072	0.005	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
RELAC. INTERPERSONALES (relación con familia y amigos)	Correlación de Pearson	-0.186	0.006	-0.070	-0.038	0.142	0.113	0.31	0.272	-0.102	0.234	0.164
	Sig. (bilateral)	0.195	0.967	0.627	0.795	0.324	0.436	0.029	0.056	0.482	0.102	0.256
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
BIEN.MATERIAL(dispone de recursos económicos para cubrir gastos)	Correlación de Pearson	-0.394	-0.32	-0.208	0.141	0.273	0.202	0.298	0.146	0.123	0.142	0.251
	Sig. (bilateral)	0.005	0.024	0.148	0.328	0.056	0.160	0.035	0.312	0.394	0.325	0.078
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
DESARR. PERSONAL(relaciones domésticas y en comunidad)	Correlación de Pearson	-0.364	-0.162	-0.152	0.296	0.42	0.34	0.476	0.456	0.345	0.475	0.308
	Sig. (bilateral)	0.010	0.265	0.298	0.039	0.003	0.017	0.001	0.001	0.015	0.001	0.031
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Fuente: Escala GENCAT

En la tabla 11 podemos observar las correlaciones o asociaciones que se presentan entre las dimensiones de la calidad de vida y las enfermedades osteoarticulares que acuden al Centro de salud La Tulpuna. 2019.

La correlación entre la calidad de vida, en la dimensión Bienestar emocional y dificultad en las enfermedades osteoarticulares son significativas en las actividades, para realizar tareas domésticas, entrar o salir de un auto y recostarse en la cama con una significación $r = 0.49$, 0.433 , $r = 0.46$ respectivamente; de igual forma respecto a la dimensión relaciones interpersonales y dificultad para levantarse de la cama con un valor de $r = 0.31$; así mismo en la dimensión desarrollo personal con dificultad al levantarse de la cama, al recostarse a la cama, al bañarse y al sentarse o pararse del baño con un valor de $r = 0.476$, 0.456 , 0.345 , 0.475 respectivamente.

TABLA 12. Relación entre calidad de vida y enfermedades osteoarticulares del adulto mayor en Centro De Salud La Tulpuna – Cajamarca – Perú. 2019

		Puede bajar y subir escaleras	Puede pararse luego de haber estado sentado	Resiste de pie por 30 minutos	Al agacharse hacia abajo presenta dolor	Presenta dificultad al entrar o salir de un auto	Presenta dificultad al ponerse las medias	Presenta dificultad al levantarse de la cama	Presenta dificultad al recostarse en la cama	Presenta dificultad al bañarse	Presenta dificultad al sentarse o pararse del baño	Presenta dificultad para realizar tareas domesticas
DIMENSIONES		P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17
BIENESTAR FISICO(salud, alimentación)	Correlación de Pearson	-0.575	-0.489	-0.309	0.352	0.514	0.423	0.432	0.347	0.4	0.408	0.427
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.029	0.012	0.000	0.002	0.002	0.014	0.004	0.003	0.002
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
AUTO-DETERMINACIÓN (metas, preferencias, ideas)	Correlación de Pearson	-0.439	-0.305	-0.303	0.355	0.515	0.474	0.388	0.463	0.474	0.5	0.371
	Sig. (bilateral)	0.001	0.031	0.032	0.011	0.000	0.001	0.005	0.001	0.001	0.000	0.008
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
INCLUSIÓN SOCIAL(reuniones, familia, limitaciones)	Correlación de Pearson	-0.502	-0.41	-0.449	0.281	0.472	0.327	0.212	0.325	0.377	0.39	0.203
	Sig. (bilateral)	0.000	0.003	0.001	0.050	0.001	0.022	0.144	0.023	0.008	0.006	0.163
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
DERECHOS (respetan su privacidad, limitaciones derecho legal)	Correlación de Pearson	-0.175	-0.175	-0.112	0.229	0.086	0.029	-0.125	-0.233	0.084	0.000	0.339
	Sig. (bilateral)	0.224	0.224	0.437	0.110	0.554	0.841	0.388	0.103	0.562	1.000	0.016
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Fuente: Escala GENCA

En la tabla 12, el coeficiente de correlación entre calidad de vida en la dimensión de Bienestar físico y las enfermedades osteoarticulares con dificultad al entrar o salir de un auto, dificultad al ponerse las medias, dificultad al levantarse de la cama o para realizar tareas domésticas es directa, positiva y significativa con valores de $r = 0.514$, $r = 0.423$, $r = 0.432$ y $r = 0.427$ respectivamente; además entre la dimensión Autodeterminación y dificultad al entrar o salir de un auto, al sentarse o pararse del baño desde la concepción estadística $r = 0.515$ y $r = 0.5$ en orden; así mismo con la dimensión Inclusión Social y resistencia de pie por 30 minutos, dificultad al entrar o salir de un auto con valores de $r = -0.449$, $r = 0.472$ en cada uno de ellos.

4. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados podemos afirmar que la población adulta mayor comprende a las edades de 71 y 80 años de edad, prevaleciendo el sexo femenino en un 60%; el 82.0% su estado civil es de conviviente, 32.0% tienen grado de instrucción de primaria incompleta y un 72.0% no trabajan. Esta investigación coincide con **Luisa E. Mestre Castro**, quien encontró en su investigación que el 61.3% pertenecía al género femenino; el 58.2% están comprendidos entre 65 a 75 años de edad, el 71.8% señaló estar no casados (solteros, divorciados o viudos), mientras que el 26.8% sí lo estaban; 1.3% no indicaron su estado civil. ⁽¹⁷⁾ Así mismo también coincide en parte con **Norith Silva Ortiz** quienes obtuvieron que el 44% de adultos mayores tenían entre 70 a 79 años de edad, 62% de sexo femenino; 74% no tenían nivel de escolaridad, 50% eran viudos, ⁽²⁴⁾

En relación a las dificultades que se presentan en los adultos mayores que padecen enfermedades osteoarticulares podemos indicar que 60% de ellos no pueden bajar y subir escaleras, 44% presentan dificultad, al sentarse o pararse. Este estudio coincide con **Alfredo Mayo Astudillo**, quien afirma que los adultos mayores, según la escala MSH1 en la mayoría de ellos presentan discapacidad funcional, dificultad al movilizarse rigidez y dolor con 41 a 50 puntos, en grado suficiente, lo que significa peor pronóstico funcional de la rodilla. ⁽¹⁸⁾ También con el estudio de **Apaza Apaza, Laura Vilma Arias Fernández, Juan Pablo**, en donde 70.9% de los adultos mayores presentan problemas Osteoartritis ya sea en rodilla, manos, cadera o columna en la cual se evidencia una gran dificultad en la movilidad

física; también coincide en parte con **Quispe Mayta – (2013) Cajamarca**. En donde el 80% de la muestra en estudio se encuentra entre 60 y 79 años de edad, presentando enfermedades crónicas degenerativas del sistema musculo esquelético un 80%; 76% sensoriales y 20% hipertensión arterial; en donde se encontró que las enfermedades del sistema músculo esquelético ocupaban el primer lugar con un 78, 7% influyendo negativamente en la calidad de vida. ⁽²⁶⁾

La calidad de vida de los adultos mayores según las dimensiones: **bienestar emocional** solo el 48% refieren que **siempre** lo mantienen y en cuanto a **desarrollo personal, relaciones interpersonales y bienestar material** el 90%, 92% y 78% respectivamente refieren que **frecuentemente** se **mantienen**, el 82,0% 78%, 94% y 62% responden que frecuentemente presentan **bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y conocimiento de sus derechos**.

Este estudio coincide con **Bautista Paucar y Rioja Facundo, Lindaur** en su investigación en relación a su calidad de vida el 57.2% de adultos tienen buena calidad de vida y solo el 42.4% regular, en cuanto a la salud física 72.8% tienen una calidad de vida buena y el 4% una calidad de vida mala, en su dimensión psicológicas, 57.6% presentan siempre calidad de vida buena y el 3.2% una calidad de vida deficiente, en la dimensión social , el 61% presentan una calidad de vida buena y el 8.8% tiene una calidad de vida mala. ⁽²²⁾ También **Norith Silva Ortiz (2016) Cajamarca**. En su investigación concluyeron que el 68% con calidad de vida regular, 18% con calidad de vida mala y 18% buena calidad de vida, en la dimensión psicológica un 92% tenían regular calidad de vida; en la

dimensión de relaciones interpersonales, 58% mostró tener regular calidad de vida, mientras que sólo el 6% tenía buena calidad de vida y en la dimensión ambiental los adultos mayores presentaron regular calidad de vida en un 96%.⁽²⁴⁾

Así mismo con los de **Sandra Emma Rodríguez Sepúlveda** quien afirma que existe relación entre calidad de vida e intensidad de dolor, leve, moderado e intenso manifestaron percibir la calidad de vida entre buena y regular, con un 88,8, 96,7 y 100%, respectivamente.⁽²⁰⁾

De acuerdo a nuestros resultados de la investigación podemos afirmar que más de la mitad de la muestra en estudio ha superado la esperanza de vida al nacer; esto nos ha permitido observar las grandes dificultades físicas que presentan, convirtiéndose en dependientes y que para llevar a cabo sus actividades diarias necesitan de más ayuda por parte de sus familiares; también queda demostrado que existen más viudas; además de tener la situación de conviviente permite que los adultos mayores presenten alteraciones psicológicas manifestadas a través de la tristeza, preocupación, ansiedad al tener la idea que cual de ellos morirá primero y la situación especialmente económica será incierta del que quedará; además el nivel instruccional que presentan es una gran dificultad para acceder a la lectura como medio de distracción, imposibilitando la comunicación en este caso escrita y por ende imposibilita la comunicación verbal bloqueando la socialización permanente; también el no tener un ingreso económico monetario, al no contar con una pensión y estar a expensas de sus hijos impiden que tener un poder adquisitivo personal para realizar la compra ya sea de productos alimenticios que contribuirá con una buena alimentación como para poder adquirir

medicamentos que alivien su enfermedad, repercutiendo también en su estado emocional, al ser abandonados física y moralmente.

En cuanto a la determinación de su calidad de vida, si bien es cierto al entrevistar a los adultos mayores, responden en cuanto a sus limitaciones que tienen, pero al responder en lo relacionado a su bienestar social casi la mitad de ellos no lo tienen; pero en relación a desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar físico autodeterminación inclusión social y conocimiento de sus derechos ellos refieren que siempre y frecuentemente se presentan, lo que determina que su calidad de vida es aceptable.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. CONCLUSIONES

1. Por lo tanto, se acepta la Hipótesis alterna en donde si existe relación entre calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades osteoarticulares atendidos en el Centro de Salud La Tulpuna- Cajamarca- Perú. 2019 que según las dimensiones el 48.0% tienen siempre un bienestar emocional, en cambio Desarrollo personal, Relaciones interpersonales, Bienestar material, bienestar físico, autodeterminación, Inclusión social y derechos frecuentemente están presentes y 56.0% en la cual tienden a ser dependientes de la familia.
2. En relación a la determinación de las enfermedades osteoarticulares más comunes que encontramos son la artritis, artritis reumatoide, artrosis, gota afectando al sexo femenino con un 56% donde se evidencia la parte más afectada en cadera, mano y rodilla.
3. En la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro Salud la Tulpuna –Cajamarca – Perú. 2019 encontramos las edades comprendidas entre 71 – 81años, donde han alcanzado una esperanza de vida, el 72.0% que no trabajan 32.0% con un grado de instrucción incompleto, por lo tanto, esto les afecta en su calidad de vida por no poder trabajar, contar con una jubilación, seguro de salud y emocional está rodeado de preocupación, estrés.

6. RECOMENDACIONES

1. Al personal del Centro de Salud La Tulpuna.

Que dinamicen el trabajo en atención al adulto mayor, el personal de salud debe establecer un horario para trazar metas importantes y reunir a los adultos y familiares para asesorarles y alcanzar los objetivos trazados sobre el cuidado a sus adultos mayores con enfermedades osteoarticulares ya que estas enfermedades dificultan la movilidad física, afecta su calidad de vida en el aspecto emocional, También para que crean algunas actividades en sus días de reunión; y así contribuir a prevenir ciertas complicaciones.

2. A La Municipalidad Provincial De Cajamarca

Quién está a cargo de la Centro Integral de Atención del Adulto Mayor, CIAM que gestione un espacio exclusivo para la atención, reuniones, actividades del adulto mayor y a la vez mejorar las estrategias de apoyo para lograr que todos asistan y tengan una buena calidad de vida.

3. A los alumnos del programa de enfermería de la Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo Cajamarca.

Para que continúen con el trabajo dirigido al adulto mayor, enfatizen el trabajo o que realicen investigaciones dirigidas al adulto mayor.

REFERENCIAS

1. OMS. Demografía del adulto mayor. [Online]. 2016 [cited 2019 Octubre 20. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es.
2. Gomes O. Incidencia de enfermedades según género. [Online]. 2016 [cited 2019 octubre 20. Available from: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=309:las-mujeres-hombres-enfrentan-diferentes-riesgos-enfermedades-cronicas&Itemid=227.
3. OMS. calidad de vida del adulto mayor relacionado a enfermedades. [Online]. 2007 [cited 2019 octubre 20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
4. celis G. calidad de vida relaciones a enfermedades en el adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 octubre 20. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003.
5. OMS. Salud y envejecimiento. [Online]. 2018 [cited 2019 6 marzo. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
6. Rivera NSyMI. Índice global de envejecimiento. [Online]. 2015 [cited 2019 marzo 6. Available from: <https://www.helppage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>.
7. Milano JV. Artrosis en el siglo XXI. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 6. Available from: <https://www.oafifoundation.com/wp->

[content/uploads/2018/04/OAFI-Ponencia-JV.pdf.](#)

8. Blanco FJ. Artrosis a nivel mundial. [Online].; 2017 [cited 2019 marzo 6. Available from: <https://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120615/54312360015/como-ganarle-a-la-artrosis.html>.

9. Natalia Aranco MS. Envejecimiento en america latina. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 6. Available from: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el>.

10. Aponte FMC. Adulto mayor segun el INEI. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 8. Available from: <https://peru21.pe/economia/inei-mayores-60-anos-son-11-9-poblacion-411560>.

11. INEI. Poblacion adulta mayor en el peru. [Online]. 2017 [cited 2019 marzo 8. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-del-peru-totalizo-31-millones-237-mil-385-personas-al-2017-10817/>.

12. Arrieta Á. Enfermedades articulares del adulto mayor en el peru. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 8. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-mas-300000-peruanos-sufren-enfermedades-articulares-602724.aspx>.

13. Gutiérrez CB. Departamento con mayor poblacion adulta. [Online]. 2019 [cited 2019 marzo 10. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-cajamarca-es-quinto-departamento-mayor-poblacion-del-pais-738013.aspx>.

14. Informatica INdE. Poblacion adulta mayor por provincias en cajamarca. [Online] 2015 [cited 2019 marzo 10. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Cajamarca2.html>.

15. Nava GG. Calidad de vida en el adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 marzo 10. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2015/ene123c.pdf>.

- 16.** Chavarry DEZ. ASIS 2018 Hospital Regional Docente Cajamarca. [Online]. 2019 [cited 2020 Enero 15. Available from: <http://www.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%20HRDC%20A%C3%91O%202018%20Parte%20I.pdf>.
- 17.** Luisa MC. “Impacto De La Osteoartritis En La Calidad De Vida Del Anciano”. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 12. Available from: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/16242/TD_MESTRE_CASTRO_Luisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 18.** ASTUDILLO AM. Rasgos demográficos en la osteoartritis de rodilla. [Online]. 2010 [cited 2019 marzo 10. Available from: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/32322/mayo%20astudillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 19.** P AALCAMFc. “Prevalencia y factores de riesgo de artrosis utilizando el cuestionario COPCORD, en personas mayores de 18 años, del cantón cuenca, provincia del Azuay año 2014”. [Online]. 2015 [cited 2019 marzo 10. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22772/1/TESIS.pdf>.
- 20.** Sepúlveda SER. “Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculo esquelética”. [Online]. 2017 [cited 2019 marzo 10. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400168.
- 21.** Roxana MPKDyUTK. Tesis de enfermmeria relacionado con enfermedades articulares. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 10. Available from: <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2608/42700.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 22.** Bautista Paucar RFL. “Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Que Residen En El Asilo De Las Hermanitas De Los Ancianos Desamparados. [Online]. 2017 [cited 2019 marzo 10. Available from: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/64/T-ENF%2000>.

23. Apaza Apaza LVAJFP. “Capacidad De Agencia De Autocuidado Y Calidad De Vida En Adultos Mayores Con Osteoartritis Hospital Regional Honorio Delgado - Minsa Arequipa – 2016” Disponible de. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 12. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1816/ENapaplv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
24. Ortiz NS. “Calidad De Vida De Los Integrantes De La Asociación Adulto Mayor La Tulpuna. Cajamarca, 2016”. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 12. Available from: http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
25. Escalante M. “Factores Biológicos Y Osteoartritis De Los Usuarios: Cartera De Atención Primaria - Adulto Hospital Essalud, Cajamarca 2011. [Online]. 2013 [cited 2019 marzo 12. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/185/T%20616.723%20E74%202013.pdf?seq>.
26. Mayta Q. “Estilos De Vida Y Enfermedades Crónico Degenerativas Del Adulto Mayor. La Tulpuna. Cajamarca, 2013”. [Online]. 2013 [cited 2019 marzo 24. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/575/T%20618.97%20Q6%202013.pdf?sequence>.
27. López CP. “El adulto mayor”. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 23. Available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.
28. Mena JM. Cambios biológicos en el adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://es.slideshare.net/jochyko/cambios-biologicos-en-el-adulto-mayor>.

- 29.** Malumbres PO. proceso funcionales del adulto mayor. [Online]. 2013 [cited 2019 Agosto 12. Available from: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/>.
- 30.** Piñera. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. [Online]. 2010 [cited 2019 Agosto 10. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003.
- 31.** Lazarus. Cambios del adulto mayor. [Online].; 2000 [cited 2019 Julio 20. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003.
- 32.** OMS. El envejecimiento y la salud. [Online]. 2017 [cited 2019 abril 20. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=030B6807DF64D76BDA0BBF333A8156BB?sequence=1.
- 33.** Gomez C. Problemas en el adulto mayor. [Online]. 2012 [cited 2019 Agosto 16. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003.
- 34.** OMS. Envejecimiento y salud. [Online]. 2017 [cited 2019 Abril 20. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=030B6807DF64D76BDA0BBF333A8156BB?sequence=1.
- 35.** Prado. Adulto mayor y su calidad de vida. [Online]. 2010 [cited 2019 Agosto 15. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-

21612015000200003.

36. Wiley R. Envejecimiento y salud. [Online]. 2014 [cited 2019 abril 20. Available from:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=030B6807DF64D76BDA0BBF333A8156BB?sequence=1.](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=030B6807DF64D76BDA0BBF333A8156BB?sequence=1)

37. Salud OPS. Adulto mayor y el consumo de medicamentos. [Online]. 2012 [cited 2019 julio 15. Available from:

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Medicamentos-span.pdf.](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Medicamentos-span.pdf)

38. Kahn Ry. Cambios biopsicosociales de la vejez. [Online]. 1987 [cited 2019 Junio 18. Available from: [http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad5.2.pdf.](http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad5.2.pdf)

39. Malumbres PO. cambios biológicos y funcionales del adulto mayor. [Online]. 2013 [cited 2019 Mayo 10. Available from:

[https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/.](https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/)

40. Malumbres PO. Cambios biológicos y funcionales del adulto mayor. [Online]. 2013 [cited 2019 agosto 23. Available from:

[https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/.](https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biologicos-cambios-funcionales/)

41. Aquino JR. Cambios biológicos en el adulto mayor. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 27. Available from: [https://prezi.com/fqyxv96whve8/cambios-biologicos-en-el-adulto-mayor/.](https://prezi.com/fqyxv96whve8/cambios-biologicos-en-el-adulto-mayor/)

42. OMS. proceso de los cambios psicológicos y biológicos del adulto mayor. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 27. Available from: [http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf.](http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf)

43. Salud OMdls. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. [Online]. 2015 [cited 2019 julio 20. Available from: [http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf.](http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf)

44. R R. Modificaciones en la vejez. [Online]. 2018 [cited 2019 septiembre 10. Available

from: <https://prezi.com/lx7xkbgrhuym/modificaciones-en-la-vejez/>.

45. Fuentes P. Cambios sensoriales en adultos mayores. [Online]. 2018 [cited 2019 julio 30]. Available from: https://feeds.arp.org/recursos-para-el-cuidado/prestar-cuidado/info-2018/cambios-sensoriales-en-adultos-mayores-lyda-arevalo-flechas.html_amp=true.

46. Salud OMdl. el sentido del tacto en la vejez. [Online]. 2018 [cited 2019 julio 17]. Available from: http://www.nosoloarrugas.com/smartblog/30_Envejecimiento-y-cambios-sensoriales--Parte-2.html.

47. Salgado Alba A GLFRI. cambios organicos del adulto mayor. [Online]. 2002 [cited 2019 julio 05]. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123453/villanueva-2002.pdf>.

48. Salgado Alba A GLFR. sistemas organicos en el anciano. [Online]. 2019 [cited 2002 julio 05]. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123453/villanueva-2002.pdf>.

49. villa A. Problemas en las articulaciones del adulto mayor. [Online]. 2017 [cited 2019 marzo 27]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-musculares/rigidez-de-las-articulaciones>.

50. Papponetti M. fisiologia del envejecimiento. [Online]. 2016 [cited 2019 marzo 25]. Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=82140>.

51. Diaz V. Modificaciones en la vejez a nivel de organos del adulto mayor. [Online].; 2017 [cited 2019 mayo 13]. Available from: <http://iesvinalopo.com/departamentos/biologia/wp-content/uploads/2017/03/T.8.-Aparato-excretor.pdf>.

- 52.** Queralt M. cambios en el aparato digestivo del adulto mayor. [Online]. 2019 [cited 2019 Marzo 20. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/aparato-digestivo/>.
- 53.** Sada-Ovalle. cambios en el sistema inmunitario del adulto mayor. [Online]. 2004 [cited 2019 Marzo 25. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2004/in044h.pdf>.
- 54.** Sada O. cambios en el sistema inmunitario del adulto mayor. [Online]. 2004 [cited 2019 Marzo 25. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000400008.
- 55.** Richard J. Gerrig PGZ. Cambios sociales del adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 08. Available from: <http://adultomayor-andi.weebly.com/cambios-sociales.html>.
- 56.** Hernández JFP. El adulto Mayor como integrante del grupo familiar. [Online]. 2011 [cited 2019 Abril 10. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010.
- 57.** Pérez IS. teorías de los cambios sociales en el adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 octubre 20. Available from: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125rev3.pdf>.
- 58.** Robledo DORyGBV. Teorías del envejecimiento. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im1831.pdf>.
- 59.** Salvarezza L. teoría de la desvinculación. [Online]. 2014 [cited 2019 Marzo 20. Available from: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>.
- 60.** Díaz. M. “Teoría de la Desvinculación”. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://es.slideshare.net/moniiqadiiaz/teora-de-la-desvinculacin>

37782812.

61. Gerokomos. Teoría de la actividad en el proceso de envejecimiento. [Online]. 2014 [cited 2019 Marzo 20. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002.

62. Robledo DORyGBV. Teorías del envejecimiento. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im1831.pdf>.

63. Márquez SR. Teorías del envejecimiento. [Online]. 2016 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://www.slideshare.net/SOLEDADRENTERIAFa121/teorias-del-envejecimiento-62473844>.

64. Rodríguez JM. La teoría del intercambio social". [Online]. 2019 [cited 2019 abril 10. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=634645>.

65. Coria L. Teoría de la modernización. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 9. Available from: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2015a/344/Teoria%20de%20la%20modernizacion.htm>.

66. López AM. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 9. Available from: <https://amapsi.org/web/index.php/articulos/196-aspectos-psicologicos-y-psiquitricos-del-adulto-mayor>.

67. Miranda J. "Prevalencia y factores asociados a trastornos del sueño". [Online]. 2018 [cited 2019 abril 10. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5774/MDsamijr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

68. Lugo LCEyRC. niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 8. Available from: <http://integracion-academica.org/27-volumen-6-numero-17-2018/203-niveles-de-ansiedad-y-estres-en-adul>.

69. Franco-Fernández. Ansiedad en el adulto mayor. [Online]. 2009 [cited 2019 Marzo 20. Available from:

https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf.

70. Erikson E. Etapas de crisis segun Erickson. [Online]. 2016 [cited 2019 abril 8. Available from: <http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>.

71. Ericson E. teorías de las etapas vitales. [Online]. 2019 [cited 2019 Marzo 20. Available from: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-las-etapas-vitales-de-erikson/>.

72. Peck R. Teoria de Peck. [Online]. 2012 [cited 2019 Julio 15. Available from: <https://www.monografias.com/docs/Teor%C3%ADas-De-El-Desarrollo-Robert-Peck-Y-FKJDPMJYMY>.

73. Pestana ME. características del desarrollo psicosocial del adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 9. Available from: <https://desarrolloadolescenteyadulto.weebly.com/desarrollo-psicosocial1>.

74. Serrano JA. Lafamilia en el envejecimiento. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 09. Available from: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>.

75. Cobo CS. Cambios psicologicos en el adulto mayor. [Online]. 2016 [cited 2019 abril 09. Available from: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf>.

76. Jurado MR. Definicion de Artritis. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 13. Available from: <https://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/arthritis.pdf>.

77. Espinosa-Morales R ARJAS. Fisiopatología de Artritis. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 13. Available from: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf.

- 78.** Mejía PR. Sintomatología de Artritis. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 13]. Available from: [Pedro Ramhttps://es.slideshare.net/enfermeros16/enfermedades-articulares-y-seas-en-el-anciano](https://es.slideshare.net/enfermeros16/enfermedades-articulares-y-seas-en-el-anciano).
- 79.** Jurado MR. Síntomas de artritis. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 15]. Available from: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2015/05/informacion_actualizada_pacientes_familiares.pdf.
- 80.** Clara SMCyMV. Fisiopatología de artritis Reumatoide. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 15]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000200014.
- 81.** Garrido BFyL. Artrosis. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 17]. Available from: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2018/04/Cap-21-Artrosis.pdf>.
- 82.** Garrido BFyL. Fisiopatología de Artrosis. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 18]. Available from: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2018/04/Cap-21-Artrosis.pdf>.
- 83.** Laborde JV. Síntomas de la Artrosis. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 17]. Available from: <https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades/artrosis/sintomas>.
- 84.** García FM. Localización de artrosis. [Online]. 2015 [cited 2019 agosto 23]. Available from: <https://www.semergen.es/resources/files/formacionCursos/Manejo%20practico%20del%20paciente%20con%20artrosis.pdf>.
- 85.** reumatológica Se. Artrosis en manos. [Online]. 2017 [cited 2019 agosto 24]. Available from: https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/56_Artrosis_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf.
- 86.** Sendín JJR. Artrosis en tobillo y pie. [Online]. 2016 [cited 2019 agosto 22]. Available from:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_artrosis_edicion2.pdf.

87. Torres FP. lumbalgia. [Online]. 2017 [cited 2019 agosto 23. Available from: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-23-Lumbalgia.pdf>.

88. Carpio R, Lugo G. fisiopatología de la lumbalgia. [Online]. 2018 [cited 2019 septiembre 24. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n4/a14v79n4.pdf>.

89. Salud OMdl. Sintomatología de lumbalgia. [Online]. 2012 [cited 2019 Abril 20. Available from: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=49355>.

90. Solís JC. Factores de riesgo de lumbalgia. [Online].; 2014 [cited 2019 septiembre 10. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143n.pdf>.

91. Ruiz FP. Gota enfermedad articular. [Online]. 2017 [cited 2019 septiembre 15. Available from: <https://health.mo.gov/living/maopdocs/GoutSP.pdf>.

92. E. Pascual Gómez FS. Fisiopatología de gota. [Online]. 2018 [cited 2019 septiembre 17. Available from: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2013/10/Cap-31-Artropatias-microcristalinas.pdf>.

93. Ponce. Manifestaciones clínicas de Gota. [Online]. 2018 [cited 2019 Agosto 30. Available from: http://www.doctorponce.com/pdf/La_gota.pdf.

94. Md ALGMAKGS. Factores de Riesgo de gota. [Online].; 2008 [cited 2019 Agosto 25. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/216_SSA_09_Hiperuricemia_Gota/GRR_SSA_216_09.pdf.

95. Henderson V. Teoría de Virginia Henderson. [Online]. 2017 [cited 2020 Enero 15. Available from: <https://es.slideshare.net/karen1311/viginia-henderson->

en-el-adulto-mayor.

96. Chacón GP. Plan nacional para las personas adultas mayores. [Online]. 2017 [cited 2019 abril 15. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.

97. Ana Cristina Broega y Joana Cunha C. Políticas Publicas del adulto Mayor. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 18. Available from: www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf. Consultado 19 de abril 2019.

98. OMS. Envejecimiento activo un marco político. [Online]. 2019 [cited 2019 abril 19. Available from: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf.

99. Poison MT. Envejecimiento activo. [Online]. 2019 [cited 2019 abril 19. Available from: <https://www.universidadviu.com/envejecimiento-activo-marco-politico-derecho-fundamental/>.

100. Guadalupe LO. Calidad de vida del adultomayor. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 25. Available from: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.

101. Mendizábal Á. Calidad de vida deladulto mayor. [Online]. 2017 [cited 2019 abril 25. Available from: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida.

102. Elena VC. Perfil de calidad de vida del adulto mayor. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 25. Available from: <file:///C:/Users/USER/Downloads/741-979-1-PB.pdf>.

103. Herrera M. Calidad de vida del adulto mayor. [Online]. 2017 [cited 2019 abril 27. Available from: www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a08.pdf.

104. Herrera M. Calidad de vida del adulto mayor. [Online]. 2017 [cited 2019

abril 27. Available from: www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a08.pdf.

105. Vera M. Calidad de vida del adulto mayor y su familia. [Online]. 2017 [cited 2019 abril 27. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>.

106. Rubio AO. Dimensiones de la calidad de vida. [Online]. 2016 [cited 2019 abril 27. Available from: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf.

107. Aguila Sse. características de la calidad de vida. [Online]. 2016 [cited 2019 Agosto 20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/308643008_La_calidad_de_vida_relacionada_a_la_salud_y_su_concepcion_teorica-metodologica.

108. Hinojosa FC. Calidad de vida en el envejecimiento. [Online]. 2016 [cited 2019 abril 27. Available from: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf.

109. Gómez HA. Calidad definicion. [Online]. 2012 [cited 2019 agosto 23. Available from: <http://calidadfuerza4.blogspot.com/2012/08/origen-de-la-palabra-calidad.html>.

110. Urizar AC. Calidad de vida. [Online]. 2012 [cited 2019 agosto 22. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>.

111. Vera M. Calidad de vida. [Online]. 2007 [cited 2019 20 Abril. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>.

112. Castro WL. conceptualización de enfermedad. [Online]. 2017 [cited 2019 agosto 23. Available from:

https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n1/GMM_153_2017_1_134-142.pdf.

113. Bonilla AG. Calidad de vida. [Online]. 2017 [cited 2019 abril 27. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3606/360643422019/>.

114. OMS Adulto mayor. [Online]. 2019 [cited 2019 abril 27. Available from: <https://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>.

115. OMS Envejecimiento. [Online]. 2019 [cited 2019 abril 27. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.

116. OMS. Definición de enfermedad. [Online]. 2018 [cited 2019 abril 27. Available from: <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>.

117. Lora ER, Cortés CT. artrosis. [Online]. 2016 [cited 2019 abril 27. Available from: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Rotaci%C3%B3n-del-residente-en-Reumatologia.pdf>.

118. Rogers M. Definicion de teorías en salud. [Online]. 2015 [cited 2019 abril 27. Available from: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/teoria.html>.

119. Verdugo S. Definicion de escala GENCAT. [Online]. 2008 [cited 2019 Agosto 30. Available from: <https://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatFormularioCAST.pdf>.

120. Chávez AH. Definicion de automedicacion. [Online]. 2016 [cited 2019 Julio 20. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1489§ionid=96952696>.

121. Pacheco SG. Formulario Corpord para dterminar enfermedades reumaticas.

[Online]. 2014 [cited 2019 Marzo 15. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/281068617_VALIDACION_DEL_CUESTIONARIO_COPCORD_PARA_DETECCION_DE_ENFERMEDADES_REUMATICAS_CUENCA - ECUADOR](https://www.researchgate.net/publication/281068617_VALIDACION_DEL_CUESTIONARIO_COPCORD_PARA_DETECCION_DE_ENFERMEDADES_REUMATICAS_CUENCA_-_ECUADOR).

122. Verdugo Alonso MÁ. validez y confiabilidad de escala GENCAT. [Online]. 2009 [cited 2019 agosto 24. Available from: <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>.

ANEXOS

ANEXO N°01

La Escala GENCAT, es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida Validado por Schalock y Verdugo (2002/2003), y se basa en 8 dimensiones de la vida.

1. Bienestar Emocional.

		Siempre	frecuentemente	Algunas veces	Nunca
1	¿Se muestra satisfecho con su vida presente?	4	3	2	1
1	¿Se siente Deprimido?	1	2	3	4
3	¿se siente alegre y de buen humor?	4	3	2	1
4	¿Muestra sentimientos de inseguridad?	1	2	3	4
5	¿Presenta síntomas de ansiedad?	1	2	3	4
6	¿Se muestra satisfecho consigo mismo?	4	3	2	1
7	¿Tiene problemas de comportamiento?	1	2	3	4
8	¿Se muestra motivado cuando realiza alguna actividad domestica?	4	3	2	1

Puntuación total-----

2. Relaciones Interpersonales.

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
9	¿Realiza actividades de recreación con otras personas?	4	3	2	1
10	¿Mantiene una buena relación con su familia?	4	3	2	1
11	¿Siempre se reúne con amigos, familiares en casa?	1	2	3	4
12	¿Tiene una buena relación con las personas de su barrio?	1	2	3	4
13	¿Manifiesta sentirse querido por las personas que le rodean?	4	3	2	1
14	¿Realiza paseos familiares los fines de semana ?	1	2	3	4
15	¿Siempre cuenta con el apoyo de su familia?	4	3	2	1
16	¿Tiene una vida sexual satisfactoria?	4	3	2	1

Puntuación total-----

3. Bienestar Material.

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
17	¿El lugar donde vive existe ruido, humos, escasa ventilación, oscuridad?	1	2	3	4
18	¿El lugar donde vive lleva una vida saludable en la alimentación, vestido?	4	3	2	1
19	¿Dispone de los bienes materiales que necesita?	4	3	2	1
20	¿Se muestra descontento en el lugar donde vive?	1	2	3	4
21	¿El lugar donde vive siempre se mantiene limpio?	4	3	2	1
22	¿Dispone de recursos económicos necesarios para cubrir sus gastos?	4	3	2	1

Puntuación total-----

4. Desarrollo personal.

		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
23	¿Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan?	1	2	3	4
24	¿Sabe utilizar los equipos de la nueva tecnología como un celular táctil?	4	3	2	1
25	¿Las actividades domésticas que realiza en casa le mantiene activo?	4	3	2	1
26	¿Muestra dificultad para resolver algún problema personal en casa?	1	2	3	4
27	¿Desarrolla sus actividades de manera eficiente sin ninguna molestia?	1	2	3	4
28	¿Participa de algún cargo municipal en su barrio y/o comunidad?	1	2	3	5
29	¿Participa en la elaboración de ciertos programas en su localidad?	1	2	3	4
30	¿Se muestra desmotivado en alguna actividad domestica que realiza?	1	2	3	4

Puntuación total-----

5. Bienestar Físico.

		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
31	¿Sufre de insomnio?	1	2	3	4
32	¿Dispone de ayuda familiar para cuando lo necesita?	4	3	2	1
33	¿Tiene conocimiento de una alimentación saludable?	4	3	2	1
34	¿Su estado de salud le permite realizar recreaciones físicas?	4	3	2	1
35	¿Puede realizar por si solo su baño personal?	4	3	2	1
36	¿Cuándo tiene dolencias en alguna de sus articulaciones acude al puesto de salud?	4	3	2	1
37	¿Sus problemas de salud le producen dolor, rigidez en alguna de sus articulaciones?	1	2	3	4
48	¿Tiene alguna dificultad para acudir a un centro de salud para sus chequeos médicos?	1	2	3	4

Puntuación total-----

6. Autodeterminación.

		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
39	¿Tiene metas e interese personales?	4	3	2	1
40	¿Elige como pasar su tiempo libre?	4	3	2	1
41	¿Le dan la preferencia cuando acude algún servicio de salud atenderse?	4	3	2	1
42	¿Defiende sus ideas u opiniones?	4	3	2	1
43	¿su familiar u otro cuidador decide sobre su vida personal?	1	2	3	4
44	¿Otras personas deciden como gastar su dinero?	1	2	3	4
45	¿Usted mismo se organiza o pide ayuda algún familiar?	1	2	3	4
46	¿Usted elige con que hijo vivir o le llevan contra su voluntad?	4	3	2	1

Puntuación total-----

7. Inclusión social.

		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
47	¿Acude a la piscina, cine? Campo deportivo?	4	3	2	1
48	¿Su familia le acompaña a los lugares que desea visitar?	4	3	2	1
49	¿Existe alguna limitación física cuando quiere salir a pasear?	1	2	3	4
51	¿Carece de apoyo necesario cuando quiere participar de algún cargo en su localidad?	1	2	3	4
52	¿Sus amigos están en los momentos difíciles?	1	2	3	4
53	¿las personas de su alrededor siempre le consideran para algún evento de su localidad?	4	3	2	1
54	¿Sus amistades están de acuerdo con las ideas u actividades que desea realizar en su localidad?	1	2	3	4
55	¿Observa que existe la discriminación en su barrio?	1	2	3	4

Puntuación total-----

8. Derechos.

		Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
56	¿Las personas que viven con usted respetan su privacidad?	1	2	3	4
57	¿En su entorno siempre le tratan con respeto?	4	3	2	1
58	¿Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano?	4	3	2	1
59	¿Muestra dificultad para defender sus derechos cuando estos son violados?	1	2	3	4
60	¿Tiene limitación algún derecho legal?	1	2	3	4

Puntuación final

ANEXO N° 02

WHO-ILAR-COPCORD-AGAR-GUATEMALA 2006-2007

FORMULARIO PARA ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES

Instrucciones:

Marque / escriba en la casilla / espacio que corresponde. En algunas preguntas puede marcar varias casillas.

Nombres y Apellidos del entrevistado (a)-----

A). Demográficos.

1. **Edad:**

2. **Sexo:** M F

3. Estado Civil:

a) Soltero b) Casado

c) Divorciado d) Separado

e) Viuda

4. Religión:

a) católica b) Religiosa

5. Grado de Instrucción:

a) No lee ni escribe b) primaria incompleta

c) Primaria completa

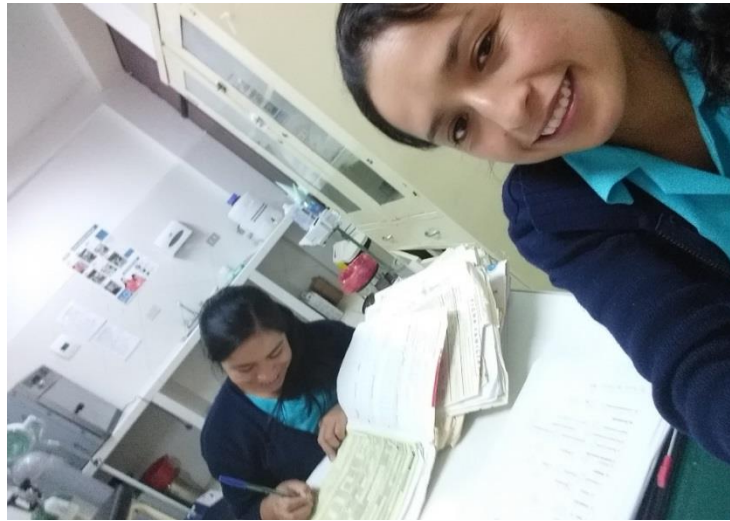
d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa

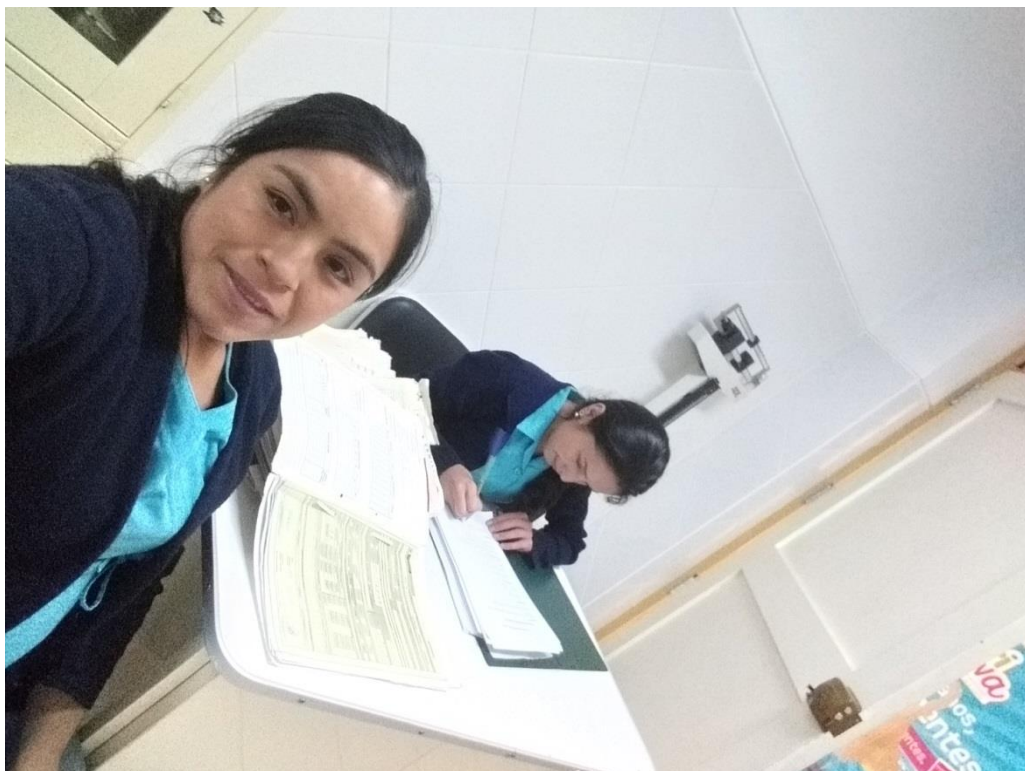
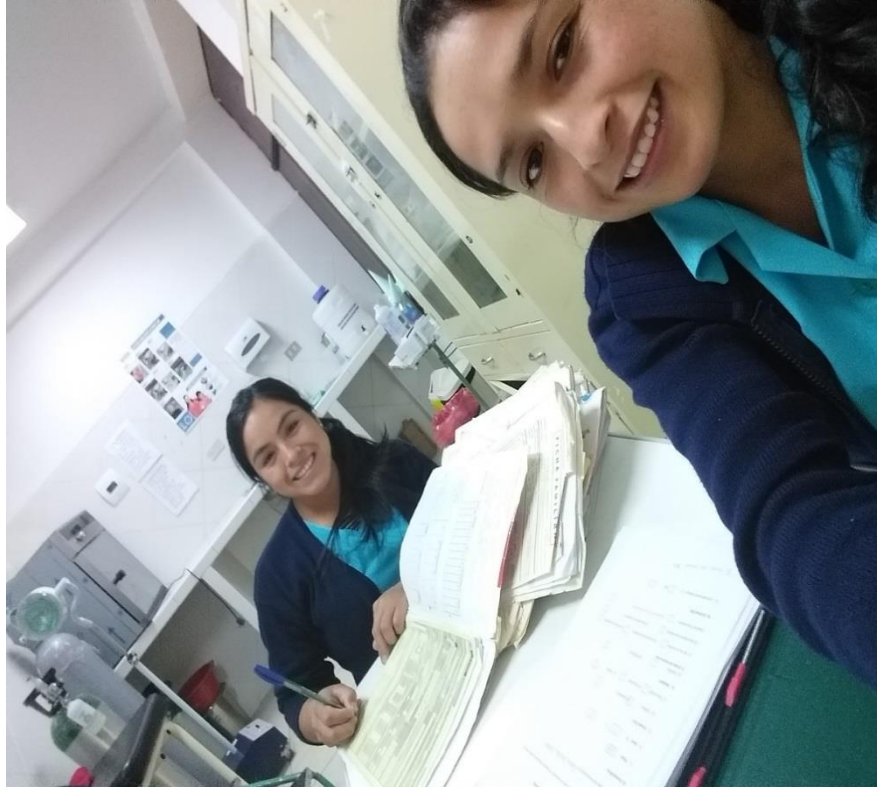
f) superior incompleto Superior completa

6). OCUPACIÓN

7. Actualmente trabaja	Si	No
7. Puede bajar y subir escaleras	Si	No
8. Puede pararse luego de haber estado sentado	Si	No
9. Resiste de pie por 30 minutos de pie	Si	No
10. Al agacharse hacia el piso presenta algún dolor	Si	No
11. presenta dificultad al entrar o salir de un auto	Si	No
12. presenta dificultad al ponerse las medias	Si	No
13. presenta dificultad al levantarse de la cama	Si	No
14. presenta dificultad al bañarse	Si	No
15. Presenta dificultad al sentarse o pararse del baño	Si	No
16. Presenta dificultad para realizar tareas domésticas	Si	No
17. Lleva un tratamiento específico con indicaciones médicas para dicha enfermedad	si	No

19. ¿Especifique que medicinas toma?.....





Chuquilin Palomino, Deysi Yanet

Marin Marin, Ilsa Yovana

