



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA
PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO
2019”**

Presentado por la Bachiller:

Roxana, Huamán Humpire.

Para optar al Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Asesor:

Mgt. Edo Gallegos Aparicio.

CUSCO – PERÚ

2019



DEDICATORIA

A los miembros de mi pequeña gran familia de la cual tengo la dicha de ser parte de sus vidas.

A la princesa de mi corazón, que es lo más primordial de mi mundo.

Angelito, tu ayuda fue esencial, estuviste conmigo incluso en los momentos más tristes, siempre me motivas a seguir adelante, guiando mis pasos, siempre buscando mi bienestar.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina del cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería y los maestros que a lo largo de mi preparación profesional compartieron sus conocimientos.

A mi asesor Mg. Edo Gallegos Aparicio, a mis Dictaminantes; Mg. Sdenka Caballero Aparicio, Dr. Luis Chihuantito Abal, por la orientación y apoyo en el desarrollo de mi trabajo de investigación durante la preparación del presente.



PRESENTACIÓN

Sr:

Dr. Juan Carlos Valencia Martínez.

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco.

Señores Miembros del jurado.

En cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Andina del Cusco de la Facultad de Ciencias de la Salud, pongo a vuestra consideración la tesis intitulada: “CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019”, para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería, conforme a lo establecido por la Ley Universitaria.

Roxana, Huamán Humpire.



RESUMEN

El trabajo de investigación intitulado: “CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019”, tuvo como objetivo general identificar la calidad de vida del adulto mayor beneficiario y no beneficiario del programa pensión 65 del centro poblado de kcauri. El estudio fue de tipo descriptivo comparativo.

La muestra estuvo conformada por 94 adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65; la recolección de datos se realizó mediante la aplicación del instrumento ESCALA FUMAT.

Llegando a los resultados: 56.4% tienen entre 70 a 79 años, el 57.4% es de sexo femenino, 66% no tiene educación alguna, 60.6% son viudos, el 53.2% solo sustenta que su ingreso económico es de S/.125, el 57.7% son beneficiarios del programa pensión 65, el 63% lleva más de 2 años en el programa, 41.5% vive con su hijo(a), el 50% de los adultos beneficiarios presenta una mala calidad de vida, el 52.5% de los adultos no beneficiarios del programa pensión 65 tiene una mala calidad de vida, el 52.5% no beneficiarios y 50% de beneficiarios tienen una calidad de vida mala, 51% de la muestra tiene una calidad de vida mala.

Palabras Clave: Pensión 65, adulto mayor, calidad de vida, beneficiario, no beneficiario

**ABSTRACT**

The research work entitled "QUALITY OF LIFE OF THE BENEFICIARY AND NON-BENEFICIARY ADULTS OF THE CITY CENTER KCAURI'S PENSION 65 PROGRAM, CUSCO 2019", had the general objective of identifying the quality of life of the elderly beneficiary and not beneficiary of the program. The City Center Kcauri's pension 65 program. The study was of a comparative descriptive type.

The sample consisted of 94 elderly beneficiaries and non-beneficiaries of the pension 65 program; the data collection was done through the application of the ESCALA FUMAT instrument.

Arriving at the results: 56.4% are between 70 and 79 years old, 57.4% are female, 66% don't have education, 60.6% are widowed, 53.2% just support that their income is S / .125, 57.7% are beneficiaries of the pension program 65, 63% have been in the program for more than 2 years, 41.5% live with their child, 50% of the beneficiary adults have a poor quality of life, 52.5% non-beneficiaries of the 65th pension program have a poor quality of life, 52.5% non-beneficiaries and 50% of beneficiaries have a poor quality of life, 51% of the sample has a poor quality of life.

Keywords: Pension 65, elderly, quality of life, beneficiary, non-beneficiary



INTRODUCCIÓN

La vejez para muchas personas es una etapa dura y difícil, donde la persona por múltiples factores puede ser un individuo vulnerable, su calidad de vida se ve afectado, deteriorando su salud y en general el desempeño de sus actividades, sumado a esta situación los adultos mayores tienen que afrontar el abandono por parte de sus familiares, o siendo aislados por patologías que presentan, mermando su autoestima y calidad de vida.

Frente a esta problemática el Estado Peruano en el 2011, implementa el Programa Social denominado Pensión 65, que consiste en una subvención económica, el cual busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores en situación de pobreza extrema.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri, Quispicanchi, Cusco 2019; en tal sentido el trabajo de investigación se encuentra organizado en cuatro capítulos:

CAPÍTULO I EL PROBLEMA: Caracterización del problema, formulación del problema, objetivos, variables y su operacionalización, justificación, limitaciones y consideraciones éticas.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO: Antecedentes del estudio, bases teóricas y definición de términos.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO: Tipo de estudio, línea de investigación descripción de la población y muestra, método de muestreo, criterios de inclusión, criterios de exclusión, técnicas e instrumentos, plan de procedimiento de recolección de datos, plan de procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Finalmente se consignan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

PRESENTACIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

**CAPÍTULO I
EL PROBLEMA**

1.1	CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3	OBJETIVOS	4
1.3.1	OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	4
1.4	VARIABLES DE ESTUDIO.....	4
1.4.1	VARIABLE IMPLICADA	4
1.4.2	VARIABLES NO IMPLICADAS	5
1.5	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	6
1.5.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES IMPLICADA	6
1.5.2	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS.....	10
1.6	JUSTIFICACIÓN	12
1.7	LIMITACIONES.....	12
1.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	13

**CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO**

2.1	ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	14
2.1.1	A NIVEL INTERNACIONAL.....	14



2.1.2 A NIVEL NACIONAL17

2.1.3 A NIVEL LOCAL.....21

2.2 BASES TEÓRICAS22

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN50

3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN50

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....50

3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN50

3.3.2 MUESTRA50

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN53

3.3.4 TÉCNICAS.....53

3.3.5 INSTRUMENTOS.53

3.3.6 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....54

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:54

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:.....54

CAPÍTULO IV
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	DETALLE	PÁGINA
Nº 1	EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.	56
Nº 2	SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.	57
Nº 3	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	58
Nº 4	ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	59
Nº 5	INGRESO MENSUAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	60
Nº 6	ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	61
Nº 7	TIEMPO DE BENEFICIO DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	62
Nº 8	PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	63
Nº 9	CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA FUMAT DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL	



PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....64

Nº 10 CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA FUMAT DE LOS ADULTOS MAYORES NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....65

Nº 11 DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR EMOCIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....66

Nº 12 DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....67

Nº 13 DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR MATERIAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....68

Nº 14 DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DESARROLLO PERSONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....69

Nº 15 DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA DIMENSIÓN EN LA BIENESTAR FÍSICO DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....70

Nº 16 DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN AUTODETERMINACIÓN DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS



	DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	71
Nº 17	DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN INCLUSIÓN SOCIAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	72
Nº 18	DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DERECHOS DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	73
Nº 19	CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.....	74



CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Calidad de vida es un concepto que describe condiciones que ayudan al bienestar de las personas y a la realización de los mismos en la vida social, hay aspectos que afectan la calidad de vida, desde ambientales, políticas, económicas y sociales, hasta la armonía de las relaciones personales, salud física, armonía con la comunidad y estado psicológico.

Asimismo junto a la calidad de vida, se valora la salud, como un bien preciado, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “El estado completo de bienestar físico y social de una persona” y no solo la ausencia de enfermedad, por lo tanto el concepto de salud general se compone de: el estado de adaptación al medio biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio, es decir la alimentación, y la perspectiva biológica y social, incluyendo las relaciones familiares y hábitos.¹

La vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos, que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. Las enfermedades no transmisibles más frecuentes en este grupo son: las cardiopatías, el cáncer, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que el individuo envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.²

¹ Axa Health Keeper. La definición de salud según la OMS. [Internet]. Axa 2014 [Consulta 20/06/2018]. Disponible en: <https://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-segun-la-oms-infografia/>

² Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. OMS 2018 [Consulta 25/06/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>



A nivel mundial la población que se encuentra en la tercera edad o en etapa de envejecimiento va en incremento. Según la OMS la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años; para el año 2050 se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto al 2015.³

Para el 2017, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la publicación “Perspectivas de la población mundial” indica que la población mundial mayor de 60 años representa el 13% de la población mundial, siendo el continente europeo el que registra más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25% del total.⁴

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el Perú, las personas de la tercera edad (de 60 años a más) suman 3 millones 229 mil 876 en el país y constituyen el 10,1% de la población nacional para el cierre de junio de 2017, para el primer trimestre del año 2018 se informó que el 10.4% de la población es adulta mayor. Respecto a las condiciones de salud del adulto mayor en el área rural: el 80.2% de mujeres y 67.2% de varones tuvo alguna enfermedad crónica. El 48,0% de adultos mayores del país han padecido algún síntoma o malestar, el 72,7% de personas de 60 y más años de edad, con algún tipo de problema de salud, no asistió a un establecimiento para atenderse porque no lo consideró necesario u optó por remedios caseros, o se auto recetó, 25,6% no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos o no le genera confianza o se demoran en la atención; son factores a tomar en cuenta para incrementar los niveles de asistencia, prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores⁵.

Atravesar la etapa de envejecimiento puede significar un periodo de riesgo, ya que, sumado a los cambios orgánicos, funcionales, cognitivos y sensoriales propias de la edad, se agregan condiciones socioeconómicas como el abandono

³ Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. OMS 2018 [Consulta 25/06/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

⁴ Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento. [Internet]. ONU 2018 [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Informe Técnico N°2 Junio 2018 [Consulta 17/07/2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf



social, la ausencia de un sustento económico y la falta de ocupación de acuerdo a sus condiciones físicas, las que pueden afectar su estado en general.

A partir del año 2012, como parte de las políticas sociales en nuestro país se ha puesto en marcha el programa de pensión 65 creado bajo el DS N°81-2011-PCM del 19 de octubre del 2011, cuya finalidad es mejorar los niveles de pobreza y pobreza extrema de los adultos mayores a partir de los sesenta y cinco años de edad, facilitando el incremento de su bienestar; a través de una subvención económica de 250 soles bimestrales por persona. Hasta junio del 2018 se reportan a nivel nacional 540,000 beneficiarios; en Cusco se registra en el programa 36,173 adultos mayores, en el distrito de Ccatcca se registra en el programa 638 beneficiarios, en el centro poblado de Kcauri y comunidades tales como: Umuto, Soncomarca, Llachic, Ullpo y Ausaray se encuentran registrados 214 adultos mayores como beneficiarios del programa pensión 65.⁶

El centro poblado de Kcauri constituido por 05 comunidades, cuenta con un puesto de salud, instituciones educativas de nivel inicial, primario y secundario, respecto a la población adulta mayor se tiene registrado según censo comunal del 2018 a 339 personas, Kcauri, está considerado en extremo pobre, según el mapa de pobreza de nuestro país, a esto se suma la desigualdad en el acceso de oportunidades laborales, acentuándose más en los adultos mayores, quienes solo se dedican a la agricultura o a la actividad pecuaria en caso de los varones y en las mujeres la actividad comercial de los productos que cultivan, es en este sentido que muchos de ellos ven afectado su calidad de vida, ya que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, como alimentación, protección, salud, etc.

El programa nacional pensión 65 está presente dos años en el centro poblado de Kcauri, de los cuales a la fecha se tiene un total de 214 adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 lo cual representa un 63% de la población adulto mayor del centro poblado de Kcauri, es en este sentido el objetivo principal del programa consiste en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, por

⁶ Pensión 65. Padrón de usuarios [Internet]. Resolución Directoral N°070-2018 MIDIS 12junio 2018. [Consulta 17/07/2018]. Disponible en: <http://www.pension65.gob.pe/nuestros-usuarios/padron-de-usuario/>



ello se hace necesario conocer a la fecha como se desarrolla la calidad de vida de los adultos mayores del Centro poblado de Kcauri.

Por todo lo mencionado de esta problemática se formula la pregunta de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri, Cusco 2019?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad de vida del adulto mayor beneficiario y no beneficiario del programa pensión 65 del centro poblado de Kcauri, Cusco 2019.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características generales de adultos mayores del Centro Poblado de Kauri.
2. Identificar la calidad de vida del adulto mayor beneficiario del programa pensión 65 del centro poblado de Kcauri.
3. Conocer la calidad de vida del adulto mayor no beneficiario del programa pensión 65 del centro poblado de Kcauri.
4. Identificar la calidad de vida del adulto mayor beneficiario y no beneficiario del programa pensión 65 del centro poblado de Kcauri en las dimensiones según la escala FUMAT.

1.4 VARIABLES DE ESTUDIO

1.4.1 VARIABLE IMPLICADA

- Calidad de vida del adulto mayor.



1.4.2 VARIABLES NO IMPLICADAS

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Ingreso económico mensual
- Acceso al programa pensión 65
- Tiempo de permanencia en el programa
- Personas con las que vive el adulto mayor.



1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE IMPLICADA

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub dimensión	Indicadores	Naturaleza	Puntaje por percentil	Expresión final
Calidad de vida del adulto mayor	Condición de equilibrio biológico, físico y social con el medio en el cual vive, el adulto mayor beneficiario y no beneficiario del Programa Pensión 65.	Bienestar emocional	Satisfacción general con su vida presente	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa	Muy buena calidad de vida 100 a 90 pts Buena Calidad de vida 85 a 70 pts Regular calidad de vida 65 a 50 pts	Muy buena calidad de vida: 114 a más pts. Buena calidad de vida: 113 a 101 pts. Mediana calidad de vida: 100 a 88 pts
			Se siente inútil				
			Se muestra intranquilo o nervioso				
			Se muestra satisfecho consigo mismo				
			Tiene problemas de comportamiento				
			Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe				
			Manifiesta sentirse triste o deprimido				
		Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad					
		Relaciones interpersonales	Realiza actividades que le gustan con otras personas	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa	Mala calidad de vida de 45 a 25 pts Muy mala calidad de vida de 20 a 1 pts	Mala calidad de vida: 87 a 75 pts. Muy mala calidad de vida: menor igual de 74 pts.
			Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude				
			Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude				
			Carece de familiares cercanos				
			Valora negativamente sus relaciones de amistad				
			Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para el				



Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub dimensión	Indicadores	Naturaleza	Puntaje por percentil	Expresión final
		Bienestar material	El lugar donde vives es confortable	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa		
			Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación o situación laboral actual				
			Se queja de su salario o pensión				
			El lugar donde vive tiene barreras físicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
			El servicio al que acude tiene barreras físicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
			Dispone de cosas materiales que necesita				
			El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades				
		Desarrollo personal	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc)	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa		
			Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean				
			Tiene dificultad para expresar información				
			En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan				
			Muestra dificultad para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc)				



Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub dimensión	Indicadores	Naturaleza	Puntaje por percentil	Expresión final
			Tiene dificultad para comprender la información que recibe				
			Es responsable de la toma de su medición				
			Muestra escasa flexibilidad mental				
		Bienestar físico	Tienen problemas de movilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa		
			Tiene problemas de continencia				
			Tiene dificultades para seguir una conversación porque oye mal				
			Su estado de salud le permite salir a la calle				
			Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana				
			Tienen dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				
		Autodeterminación	Hace planes sobre su futuro	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa		
			Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma				
			Otras personas organizan su vida				
			Elige como pasar su tiempo libre				
			Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
			Su familia respeta sus decisiones				
			Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas				
			Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				
			Tiene dificultades para participar en su comunidad				



Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Sub dimensión	Indicadores	Naturaleza	Puntaje por percentil	Expresión final
		Derechos	<p>En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos</p> <p>Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe</p> <p>Muestra dificultad para detener sus derechos cuando no son respetados</p> <p>Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal</p> <p>Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa		
		Inclusión social	<p>Participar en diversas actividades de ocio que le interesen.</p> <p>Está excluido en su comunidad.</p> <p>En el servicio al que acude, tiene dificultades para encontrar apoyos cuando lo necesita.</p> <p>Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita.</p> <p>Tienen dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude.</p> <p>Está integrado con compañeros del servicio al que acude.</p> <p>Se red de apoyo no satisface sus necesidades.</p> <p>Tiene dificultades para participar en su comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre o casi siempre - Frecuentemente - Algunas veces - Nunca o casi nunca 	Cualitativa		



1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Naturaleza	Escala
Edad	Años cumplidos de los beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 desde su nacimiento hasta la actualidad.	<ul style="list-style-type: none"> - 65 a 69 años - 70 a 79 años - 80 a 89 años - 90 a más años 	Cuantitativo	Intervalar
Sexo	Diferencia anatómica fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Cualitativo	Nominal
Grado de instrucción	Nivel alcanzado dentro del sistema de educación formal de los beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa 	Cualitativo	Ordinal
Estado civil	Vínculo conyugal frente a la sociedad de los beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero(a) - Conviviente - Casado(a) - Divorciado(a) - Viudo(a) 	Cualitativo	Nominal
Ingreso económico mensual	Monto económico percibido en forma mensual de los beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin ingresos - 125 s/ mensual (solo pensión 65) - Hasta 300s/ mensual - De 301 s/ mensual a más 	Cuantitativo	Ordinal
Acceso al programa Pensión 65	Considerada como la persona mayor de 65 años que cuenta con clasificación socioeconómica de pobre o extremo pobre, aprobado para recibir beneficios económicos del programa nacional pensión 65.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Cualitativo	Nominal



Tiempo de permanencia en el programa	Tiempo expresado en meses o años que se encuentra recibiendo de forma activa beneficios del programa nacional pensión 65.	<ul style="list-style-type: none">- Menos de seis meses- De seis meses a un año- De uno a dos años- Más de dos años	Cuantitativo	Intervalar
Personas con las que vive el adulto mayor	Personas cercanas relacionadas a la convivencia del adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none">- Hijo.- Yerna- Hermano.- Nieto.- Otros.	Cualitativo.	nominal

1.6 JUSTIFICACIÓN

El estudio se realizó porque actualmente en el Perú los adultos mayores representan el 11% de la población total, siendo un grupo etario en constante incremento, el estado tiene como finalidad brindar mejores condiciones de vida, el cual lo realiza a través del Programa Nacional Pensión 65, que como objetivo primordial mejorar la situación de vida que llevan los adultos mayores especialmente los de zonas rurales de nuestro país.

En tal sentido el presente estudio demuestra su realización porque en esta etapa de la vida, las personas se encuentran en situación de vulnerabilidad, en algunos casos viviendo solos o dependientes de sus familiares, muchos de ellos por la misma vejez presentan problemas de salud crónica y requieren de medicación permanente, por lo tanto, sus actividades diarias se ven disminuidas, obligados a llevar una vida de dependencia inclusive para sus necesidades básicas.

Por lo que la presente tesis permitió identificar, diferenciar y conocer la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del Programa Nacional Pensión 65, generando datos estadísticos confiables al respecto, los cuales serán proporcionados a los coordinadores del programa pensión 65 y en caso de los no beneficiados con dicho programa los datos fueron entregados de la oficina de desarrollo social de la municipalidad distrital de Ccatcca.

Los resultados podrán ser utilizados para incentivar otros estudios, así como promover estrategias para identificar los beneficios del programa nacional pensión 65.

1.7 LIMITACIONES

La negatividad por parte de algunos adultos mayores, por falta de disposición de tiempo, sin embargo, al explicarles la razón de la visita ellos accedieron. Así mismo otra limitación fue accesibilidad a las comunidades por lo que se contrató movilidad particular.



1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se realizó siguiendo las normas de ética ya establecidas en la declaración de Helsinki, adoptada por la 18° asamblea médica mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° asamblea médica mundial (Helsinki, 1964) y modificada en Seúl, octubre 2008.

Se aplicó el consentimiento informado respetando la identidad cultural y confidencialidad de la información proporcionada por el adulto mayor.



CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL

GARCÍA, F.; En la investigación: **“CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES HOMBRES DE UNA DELEGACIÓN DEL MUNICIPIO DE TOLUCA”.** MÉXICO 2014.

Objetivo: Describe la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años, del sexo masculino de una delegación del municipio de Toluca. Metodología: Estadio descriptivo y transversal.

Resultados: Se encontró que el 50% de participantes tenía de 60 a 65 años de edad y 50% tenían entre 66 a 83 años. El 80% es casado(a), 13% divorciado, 7% soltero(a). El 37% tenía secundaria incompleta, 23% con carrera técnica, el 20% secundaria completa, y 20% con estudios universitarios. En cuanto a la ocupación el 36% era jubilado(a), 27% se dedicaba al comercio, 10% era carpintero, un 7% era campesino o agricultor. Respecto a las enfermedades que padecían el 34% indicó Diabetes desde hace 18 años, 20% indicó hipertensión desde hace 15 años, 13% dolor de rodilla, 13% indicó enfermedad de la próstata, 7% enfermedad del corazón.⁷

RODRÍGUEZ, MC. Y otros en el artículo científico: **“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS DEL MUNICIPIO CRUCES” CIUDAD DE HABANA, CUBA, 2015.**

Objetivo: Caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces.

⁷ García, F. “Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca” México 2014. [Tesis de Grado]. [Toluca]. Universidad Autónoma del estado de México 2014 [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>



Metodología: Fue un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. El universo estuvo constituido por los 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces. La información se obtuvo con la aplicación de la Escala M.G.H. Se aplicaron técnicas estadísticas.

Resultados: 85% de los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. Conclusiones: casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares.⁸

SOLANO, D. En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD “EL RODEO” CANTON OÑA PROVINCIA DEL AZUAY Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL” ECUADOR 2015.**

Objetivo general: Investigar como el abandono afecta la calidad de vida de los adultos mayores.

Metodología: De tipo descriptivo y transversal.

Resultados: Se halló que Los rangos de edades oscilan de 65 a 85 años de edad, donde se determina que el 40% corresponden a las edades de 65-70, el 30% 71-75 años, y el 20%, 76 -80 años, y finalmente de 81-85 años se encuentran solamente el 10%, 80% de adultos mayores representan al género femenino y el 20% restante al género masculino, 60% de la población encuestada son viudos, el 28% son solteros, el 8% casados y existe un bajo índice de personas, divorciadas que constituye el 4%, en relación del Número de hijos más de la mitad de personas que representa el 60% tienen entre la cantidad de 4 y 6 hijos de 7 a 9 el 20% .Sin embargo el mínimo número de hijos está ubicado entre la suma de 1 a 3 y de 10 - 12 hijos que representa el 10%, el 31% de los

⁸ Rodríguez, Mc. y otros “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces” Ciudad de Habana, Cuba, 2015. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006



encuestados, manifiestan que el abandono familiar les ha afectado a la calidad de vida principalmente al bienestar emocional y el 31% de los adultos mayores, al bienestar físico, el 28% al bienestar material, el 6% a las relaciones personales además los adultos mayores han mencionado que el desarrollo personal representando un 3% y autodeterminación con 1% son aspectos en que no han tenido dificultad frente al abandono familiar, El 33% de las personas encuestadas revelaron que las causas del abandono han sido: la migración y el 33% por motivos de trabajo. Cabe recalcar que 15 personas que constituyen el 20% mencionan que también sus seres queridos los abandonan por falta de afecto y el 10% creen que la desintegración familiar, 52% se dedican a la agricultura, además se menciona que 9 adultos mayores, se dedican a la crianza de animales que corresponde a un 36%. Sin embargo, 3 personas que representa el 12% revelan que no realizan ninguna actividad en la actualidad, El 60% de las personas obtienen recursos económicos que provienen del bono de Desarrollo Humano, el 28% perciben del abono de jubilación y solamente el 12% de los encuestados obtienen dinero del comercio y en su totalidad los adultos mayores no reciben recursos económicos de sus familiares.⁹

MERELLANO, E., En la investigación: “CONDICIÓN FÍSICA, INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CHILENOS”. CHILE 2017.

Objetivo: Analizar y relacionar la condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores.
Metodología: De tipo descriptivo, transversal y correlacional.

Resultados: Se encontró que el 43.2% era menor de 69 años, 7.1% tuvo de 70 a 74 años, 42.4% eran de sexo femenino, 43.7% tenía un estado nutricional en obesidad, 38.6% en sobrepeso y 17.6% en normo peso, respecto a la independencia funcional el 48.8% tiene funcionalidad moderada, 36.9% tuvo alta funcionalidad.¹⁰

⁹ Solano, D. “Calidad de Vida de los Adultos Mayores de la Comunidad “El Rodeo” Canton Oña Provincia del Azuay y la Intervención Del Trabajador Social” Ecuador 2015.

¹⁰ Merellano, E. “Condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos”. Chile 2017. [Tesis Doctoral]. [Chile]. Universidad de Extremadura 2017 [Consulta 25/07/2018]. Disponible en:



2.1.2 A NIVEL NACIONAL

PABLO, J. En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA “POLI FUNCIONAL PALMAS REALES” UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES, CIUDAD DE LOS OLIVOS, LIMA 2016.**

Objetivo: Determina la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Poli funcional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016.
Metodología: De enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo La población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente.

Resultados: Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que, en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Conclusiones: Existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo.¹¹

HUAPAYA, C. En la tesis: **“PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR” UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, CIUDAD DE SAN VICENTE DE CAÑETE, 2016.**

http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6116/TDUEX_2017_Merellano_Navarro.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹¹ Pablo, J. “Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Poli funcional Palmas Reales” universidad San Martin de Porres, ciudad de Los Olivos, Lima 2016, disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2276>



Objetivo: Proponer un programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del centro de Adulto Mayor situado en San Vicente de Cañete, en el año 2016.
Metodología: De tipo descriptivo transversal. La muestra cuantitativa evaluada a través de una encuesta lo conforman los 20 adultos mayores del Centro Adulto Mayor de Essalud de San Vicente de Cañete y la muestra cualitativa conformada por 5 adultos mayores se le aplicó una entrevista, para posteriormente triangular la información de diagnóstico.

Resultados: con respecto a las Relaciones interpersonales, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado, el 60,0% manifiesta un nivel regular con respecto al Desarrollo personal, Bienestar físico, un 73,3% indican que existe un nivel adecuado, en relación al Bienestar físico del adulto Mayor, el 66,7% manifiesta un nivel regular, la Autodeterminación, un 6,7% indican que existe un nivel adecuado, dimensión Inclusión social, un 23,3% indican que existe un nivel adecuado, en relación a la Inclusión social que experimenta el adulto Mayor, el 70,0% manifiesta un nivel inadecuado con respecto a la dimensión Derechos, un 26,7% indican que existe un nivel regular, y por último se concluye que , el 73,3% manifiesta un nivel regular con respecto a la Calidad de vida del adulto mayor, sólo un 6,7% indican que existe un nivel adecuado y un 20,0% del total manifiestan un nivel inadecuado en relación a la Calidad de vida del adulto Mayor.¹²

FERNÁNDEZ, J. Y otros en el artículo científico: “SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN ÁREA RURAL Y URBANA DEL PERÚ DE OCTUBRE DEL AÑO 2014 A ENERO DE 2016.

Objetivo: Fue de evaluar la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú.

Metodología: Fue transversal en población adulta mayor de cuatro distritos rurales y uno urbano realizado entre octubre del año 2014 a enero de 2016.

¹² Huapaya, C. “Programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor” Universidad Privada Norbert Wiener, ciudad de San Vicente de Cañete, 2016. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/487/TESIS%20HUAPAYA%20CESAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Resultados: Se encuestaron a 447 adultos mayores con una media de edad de 69 años (+ 6,46 años), 207 del área rural, los cuales, en su mayoría, trabajaban y tenían menos años de educación. La población adulta mayor del área rural tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones "Física", "Psicológico" y "Medioambiente" del WHOQoL-BREF y en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades del pasado, presente y futuro", "Participación social" y en el puntaje total del WHOQoL-OLD; mientras que aquellos del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión "Intimidad". Conclusiones. El área de residencia ejerce un efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor estudiada.¹³

ESPINOZA, E. En la tesis de posgrado: **“CONDUCTAS DE PARTICIPACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD LAURA CALLER IBÉRICO 2016” UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO, CIUDAD DE LOS OLIVOS, LIMA 2017.**

Objetivo: Determinar la relación entre las conductas de participación y calidad de vida de los adultos mayores en la jurisdicción del Centro de Salud Laura Caller Ibérico 2016.

Metodología: “Descriptivo correlacional”. La población seleccionada fue de 89 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Laura Caller Ibérico en el año 2016. Se empleó el cuestionario que mide las conductas de participación y cuestionario que mida la calidad de vida de los adultos mayores.

Resultados: el 12.36% presentan nivel inadecuado, mientras que el 85.39% presentan 49 nivel moderado y el 2.25% presentan niveles adecuado en la calidad de vida de los adultos mayores en la Jurisdicción Centro de Salud Laura Caller Iberico.¹⁴

¹³ Fernández, J. y otros “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú de octubre del año 2014 a enero de 2016. Disponible en:

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551/2578>

¹⁴ Espinoza, E. “Conductas de participación y calidad de vida de los adultos mayores en la jurisdicción del Centro de Salud Laura Caller Ibérico 2016” Universidad Cesar Vallejo, ciudad de los Olivos, Lima 2017. Disponible en:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8596/Espinoza_CEE.pdf?sequence=1&isAllowed=y



MAZACÓN, B. En la investigación: **CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DEL CANTÓN VENTANAS – LOS RÍOS INTERVENIDA CON EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD” UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, CIUDAD DE LIMA, 2017.**

Objetivo: Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenida y no intervenida con el modelo de atención integral en salud.

Metodología: Fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población total de estudio fue de 297 adultos mayores.

Resultados: Se obtuvo que la mayor puntuación promedio en el cuestionario SF-36 la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos fueron obtenidos en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6). No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los intervenidos y los no intervenidos por el modelo de atención integral de salud, observándose que el puntaje promedio en el cuestionario SF-36 en los intervenidos fue de $92,3 \pm 10,7$ en comparación con los no intervenidos que tuvieron como puntaje promedio $93,0 \pm 10,5$ (Prueba t de Student; $p=0,554$). Al evaluarse el puntaje obtenido según dimensiones de calidad de vida se encontró que los intervenidos por el modelo de atención integral tuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos en la dimensión salud mental (Prueba t de Student; $p=0,022$). No existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las dimensiones restantes. Concluyendo al final que la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Ventanas intervenidos por el Modelo de Atención integral del Adulto Mayor no difiere significativamente de los no intervenidos.¹⁵

¹⁵ Mazacón, B. Calidad De Vida Del Adulto Mayor En Una Comunidad Del Cantón Ventanas – Los Ríos Intervenida Con El Modelo De Atención Integral De Salud” Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Ciudad De Lima, 2017.



2.1.3 A NIVEL LOCAL

LAZO V. En la investigación: **EFFECTOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65, EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS BENEFICIARIOS DE SANTO TOMAS, CHUMBIVILCAS - CUSCO, 2012 – 2014. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN, AREQUIPA – PERÚ 2015.**

Objetivo: Demostrar los efectos del Programa Nacional de Asistencia Solidaria “Pensión 65”, en la calidad de vida de los beneficiarios del distrito de Santo Tomas, provincia de Chumbivilcas, Región Cusco, del 2012 - 2014.

Metodología: Este trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo – cualitativo y tendrá el nivel de investigación descriptivo y explicativo, con una muestra de estudio de 55 beneficiarios.

Resultados: el 60 % de los beneficiarios se encuentran casados mediante registro civil, 30 % se encuentran viudos (das) por muerte de su conyugue, 5 % están solteros, 5 % indican son separados, 70 % no tienen instrucción, el 30 % respondieron que si en el nivel primaria, 55 % de los beneficiarios adultos mayores encuestados respondieron no trabajan actualmente, y el 45 % respondieron que si trabajan de manera independiente. 75% de los beneficiarios respondieron no saben leer o escribir, 90 % de los encuestados respondieron no recibir ningún apoyo económico de familiares, apoderados, 90% de los beneficiarios encuestados respondieron que si utilizan dinero de “Pensión 65” en el cuidado, prevención de alguna enfermedad o deficiencia de salud, y el 10 % contestaron que no invierten en su salud, entre las conclusiones se tiene la sostenibilidad de “Pensión 65”, no genera espacios sociales para el adulto mayor, solo es un programa asistencialista que no mejora la calidad de vida, el cual debe tener una permanencia en el tiempo, como proceso sustentable, la subvención económica no es acorde a la realidad socioeconómica, para cubrir sus necesidades primarias básicas como salud, vivienda, alimentación, recreación.¹⁶

¹⁶ Lazo V. Efectos del Programa Pensión 65, en la Calidad de Vida de los Beneficiarios de Santo Tomas, Chumbivilcas - Cusco, 2012 – 2014. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa – Perú 2015.



2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida, hace referencia a tener buenas condiciones de vida y un alto grado de bienestar, que también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales”.

Para la Organización Mundial de la Salud (2016) la calidad de vida es, la percepción que tiene un individuo 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 su entorno.

En la actualidad la calidad de vida, adopta una especial relevancia en lo que respecta a la vida de los adultos mayores, esto debido a que, los servicios que reciben están limitados a nivel asistencial, cubriendo solo las necesidades básicas en lugar de considerar a la persona como un ser integral. Calidad de vida 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 su entorno ambiental.

ENFOQUE SOBRE LA CALIDAD DE VIDA. - Entre los enfoques que se tiene se refieren:

EL ENFOQUE SISTÉMICO.- Este enfoque hace referencia a como la calidad de vida interacciona con el entorno de la organización, un sistema es todo que percibe elementos que se aglomeran, porque afecta correspondientemente a lo largo del tiempo y actúan con un propósito común, la idea esencial del enfoque de sistemas radica en que la actividad de cualquier parte de una organización afecta la actividad de cualquier otra, con los sistemas no hay unidades aisladas, por el contrario toda sus partes actúan con un mismo sentido de orientación y satisfacción hacia un objetivo común, es necesario el funcionamiento adecuado de las partes para el desempeño eficaz de todo en el conjunto.



EL ENFOQUE FILOSÓFICO GESTALT.- Este enfoque hace referencia a la cabida de la persona de ver su entorno y ampliar su percepción del momento que vive y describir como la calidad de vida puede ser diferente si logra darse cuenta de cómo vive la etapa de su vida, incluso en sus diversos círculos sociales de los cuales forma parte como lo es su misma familia con la cual observa la importancia de la calidad de vida desde otro punto de vista, así el ser humano puede expandir su conciencia para responsabilizarse de sus acciones y logra vivir en armonía, con su medio ambiente, con respecto a su entorno y así mismo.

La Organización Mundial de la Salud, refiere que para el 2050 los mayores de 60 años serán el doble, es decir pasara del 11 al 22%. (Organización Mundial de la Salud, 2016), esto debido al aumento de esperanza de vida y reducción de la tasa de fecundidad, la proporción de adultos mayores ha aumentado rápidamente a nivel mundial, producto de las políticas públicas de salud y desarrollo socioeconómico. Por ende, sigue siendo un reto, mejorar la salud, la capacidad funcional, su participación social y su seguridad”.

LA ESCALA FUMAT:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA. - El concepto de calidad de vida ha ido adquiriendo una importancia e interés especiales dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Todos los esfuerzos y desarrollos llevados a cabo durante las tres últimas décadas han permitido que el concepto de calidad de vida haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Así, la búsqueda de la calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financiadores que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida Actualmente, servicios y políticas consignados a personas mayores y personas con discapacidad en nuestro país afrontan cambios significativos orientados a lograr mejores servicios basados en la comunidad y proporcionar apoyos individualizados. Este proceso refleja una nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios, centrada en la persona, en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que influyen en su funcionamiento;



proceso que requiere además cambios en la estructura y política de las organizaciones y, sobre todo, estrategias de evaluación que consientan verificar el impacto positivo de los mismos en los usuarios de los servicios.

En la actualidad la calidad de vida se convirtió en la mira de las prácticas profesionales y el objetivo a llegar en los servicios. Sin embargo, a pesar de los avances logrados por la investigación en cuanto a la definición del concepto, aún son necesarios desarrollos similares destinados a proporcionar a los profesionales y a las organizaciones instrumentos y estrategias de evaluación que permitan obtener datos y seguir avanzando hacia la calidad. Este trabajo tiene como objetivo contribuir en ese proceso mediante la presentación de un nuevo instrumento: la Escala FUMAT, dirigido a la evaluación de la calidad de vida de personas mayores y personas con discapacidad.¹⁷

DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

El presente trabajo se basa en el modelo heurístico de calidad de vida planteado por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008). Este modelo heurístico está formado por dimensiones e indicadores de calidad de vida y una perspectiva de sistemas sociales. A continuación, describimos de forma general cada uno de los componentes.

DIMENSIONES E INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida (Schalock, Keith, Verdugo y Gómez, en prensa). Los criterios para la selección de un indicador se basan en si éste se relaciona funcionalmente con la consiguiente dimensión de calidad de vida, si mide lo que supuestamente mide (validez), si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente

¹⁷ Verdugo, M., Gómez L., Arias, B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca, 2009.



los cambios en la situación concerniente (especificado) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluado longitudinalmente y es sensible a la cultura (Schalock y Verdugo, 2002/2003), las dimensiones se detallan a continuación:

1. **BIENESTAR FÍSICO.** - Referida a la salud como son las actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio.

Para los adultos mayores, bienestar físico es independencia. Los expertos señalan que, en los mayores de 65 años, mantenerse activo y en forma puede hacer la diferencia entre la independencia y la fragilidad; El concepto de salud ha sido un aspecto muy controvertido de la medicina a través del tiempo. Ha quedado en desuso el criterio de que salud es igual a la ausencia de enfermedad, la OMS introdujo el concepto que entiende como tal "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". La salud es un estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural.¹⁸ Resulta obvio que el criterio de la OMS para definir salud no se ajusta a los ancianos. Los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo. El envejecimiento está asociado con un incremento en la incidencia de diversas enfermedades crónicas, incluyendo la enfermedad arterial coronaria, la diabetes mellitus tipo II y la osteoporosis. Está bien documentado que, además, se producen cambios en la composición corporal que incluyen incrementos de la grasa corporal y una progresiva declinación en la masa muscular y la densidad ósea, factores que unidos resultan en una disminución de la fuerza muscular y la capacidad aeróbica.¹⁹ Entre las afecciones más importantes, que constituyen causa de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor, están las enfermedades cardiovasculares. Estudios como

¹⁸ Sánchez López MC, Parra Martínez J, Rosa Alcázar AI. El bienestar subjetivo, su relación con la Salud e incidencias en la educación. *Revista de Investigación Educativa* 2003; 21(2):387-401

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México*. Washington, D.C: OPS, © 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 608)



el de Framingham y otras investigaciones han establecido el papel de la HTA en la mortalidad cardiovascular, sobre todo, después de los 60 años. Esta constituye un grave problema de salud por ser también un importante riesgo para el desarrollo de otras enfermedades, como son: afecciones ateroscleróticas, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal. En el paciente geriátrico la presencia de HTA incrementa al triple el riesgo de muerte cardiovascular.²⁰

2. **BIENESTAR EMOCIONAL.** - Referida a la satisfacción, auto concepto, ausencia de estrés.

El bienestar emocional y la salud mental tienen la misma importancia en todas las etapas de la vida, sin embargo, con frecuencia se relega a los adultos mayores creyendo que estos problemas afectan en mayor medida a los más jóvenes.

Los adultos mayores pueden sufrir problemas mentales que es preciso reconocer. Más del 20% de las personas mayores de 60 años sufre algún trastorno neuropsiquiátrico, y los que se presentan con mayor frecuencia son la demencia y la depresión. Muchas veces los síntomas de estos trastornos son pasados por alto o se diagnostican erróneamente porque se confunden con otros problemas que se experimentan en esta etapa de la vida.

La demencia se caracteriza por la disminución de la memoria junto con alteraciones del lenguaje, trastornos del comportamiento y deterioro de la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Estas alteraciones provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y exponen la merma sobre la capacidad previa en esas funciones. Si bien la demencia afecta principalmente a los adultos mayores, es importante destacar que no es parte del envejecimiento normal.

²⁰ Newman AB, Haggerty CL, Kritchevsky SB, Nevitt MC, Simonsick EM; Health ABC Collaborative Research Group. Walking performance and cardiovascular response: associations with age and morbidity—the Health, Aging and Body Composition Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(8):715-20



3. **RELACIONES INTERPERSONALES.** - Esta hace referencia a las Interacciones, relaciones, apoyos entre otros.

El ser humano por característica principal es sociable, le agrada compartir con otras personas, participar de actividades lo que invita a que diversas generaciones interactúen cotidianamente. Para muchos resulta común asociar la adultez tardía con un progresivo empobrecimiento de las relaciones interpersonales producto de la disgregación familiar y la pérdida de roles en la sociedad, ocasionando un aumento en la incompreensión del núcleo familiar.

No obstante, lo anterior, sabemos que las relaciones interpersonales se convierten en el principal factor protector y de curación, no solo por la atención de necesidades básicas, sino también, porque operan como una permanente de ayuda. La percepción de compañía y la disponibilidad de una relación de amistad estrecha son el mejor predictor de felicidad en la adultez tardía.

Al respecto, algunas recomendaciones para los adultos mayores:

Relaciones positivas. Una red familiar activa, cercana y propositiva les ayuda a sobrellevar las limitaciones y el dolor de las pérdidas, disminuyendo los factores de angustia. Por ende, los apoyos que se reciben son una estimulación a mantenerse activos, consejos e información oportuna en torno a la vida independiente, respaldan los sentimientos positivos y les permite satisfacer una de las necesidades de todo ser humano: amar y sentirse amado.

Apoyo social percibido. Las personas de la tercera edad que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participan regularmente en actividades sociales, gozan de una mejor salud y un mayor grado de satisfacción en su vida. Así, los individuos que tienen relaciones sólidas con familiares, amigos y organizaciones sociales, tales como la junta de vecinos, viven más tiempo que los que carecen de ellas.



Amistad para toda la vida. En esta etapa vital, las relaciones de amistad ofrecen un apoyo relevante y significativo para el adulto mayor. Con los amigos se comparte no sólo la edad, sino algo que es más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos y valores similares; posibilitando una convivencia basada en la reciprocidad, la comprensión mutua, el respeto y la tolerancia, configurando un marco relacional agradable, óptimo y libre de tensiones.

Amplíe sus relaciones. La percepción de compañía y la disponibilidad de una relación de amistad estrecha son el mejor predictor de felicidad y uno de los factores determinantes para la adaptación positiva al proceso de envejecimiento. La amistad permite sentir a la persona que es más competente, valiosa y útil, favorece la identidad y el autoconcepto, la felicidad y en el bienestar personal, la salud, la longevidad y en algunos casos, la riqueza y el éxito. Lo que para muchos es un privilegio.

4. **INCLUSIÓN SOCIAL.** - Se considera la integración y participación en la comunidad, roles comunitarios y apoyos sociales.

Actualmente en nuestro país, se han ido implementando programas sociales como pensión 65 para brindar beneficios económicos a los adultos mayores, asimismo se abrieron servicios como el centro integral de atención adulto mayor a través de los gobiernos locales, la inclusión del adulto mayor al mercado laboral y acceso al mundo virtual tiene un largo trabajo de concientización.

5. **DESARROLLO PERSONAL.** - Referida a la educación, competencia personal, desempeño. Muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos.

Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres



dueñas de casa, etc., aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten sin embargo que su mente sigue lúcida, y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven así de bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse

6. **BIENESTAR MATERIAL.** - Estatus económico, empleo, vivienda

La noción de bienestar hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien. Dinero para satisfacer las necesidades materiales, salud, tiempo para el ocio y relaciones afectivas sanas son algunas de las cuestiones que hacen al bienestar de una persona.

7. **AUTODETERMINACIÓN.** - Autonomía, metas/valores personales, elecciones El concepto de dignidad es inmanente a la persona en cualquier etapa vital, no precisa de ser transcendido. Ella, la dignidad, la hace única y su despliegue, la hace gradual en función de los posicionamientos que cada uno escale dentro de su proyecto vital. Éstos deben darse como estructura de la persona y en práctica coherente en un principio de unidad primero en el espacio, y luego en la acción y en el propósito.

El principio de autonomía permite a la persona mayor en el área que nos compete a los profesionales que trabajamos con ellas, desde la perspectiva social, decidir sobre la gestión de su vida, y su forma de desarrollo. El principio de continuidad obliga a hacer compatible las delimitaciones que ciñen estrictamente el ámbito de lo emprendible en la persona mayor.

La idea central en todo el enfoque de intervención ante esta etapa vital es que, lejos de darse una contradicción con la realidad autónoma y continua, no debe haber en ella conflicto en la medida en que se debe coadyuvar a la consecución de un orden equilibrado y armónico del conjunto. Por ello la persona mayor es libre para decidir qué camino va a seguir en su proceso de envejecimiento. Debemos pensar en el proceso



de envejecimiento, como un continuum en la vida desde que nacemos. Esta visión del proceso, hace que la toma de decisión y la dignidad en esta etapa sean vistas con la naturalidad de las etapas anteriores, y las vulnerabilidades propias de las mismas, sin un aumento especial de esta. La persona mayor, en la toma de decisión, en esta etapa, tiene derecho a decidir asumir los riesgos de su elección en relación a su bienestar, con independencia de que ésta genere malestar en el resto de intervinientes: Profesionales y objetivos, familias, roles y etapas familiares.

8. **DERECHOS HUMANOS.** - Derechos legales al igual que las demás personas, los adultos mayores tienen todos los derechos que se encuentran reconocidos tanto en nuestra Constitución Política y los ordenamientos jurídicos que de ella se derivan, como en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

En especial, las personas adultas mayores tienen derecho a:

- No ser discriminadas en razón de su edad, por lo que la observancia de sus derechos se hará sin distinción alguna.
- Gozar de las oportunidades que faciliten el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad.
- Recibir el apoyo de las instituciones creadas para su atención en lo relativo al ejercicio y respeto de sus derechos.
- Ser protegidas y defendidas contra toda forma de explotación y maltrato físico o mental; por lo tanto, su vida debe estar libre de violencia.
- Recibir la atención y la protección que requieran por parte de la familia y de la sociedad.
- Mantener las relaciones con su familia, en caso de estar separadas de ella, a menos que esa relación afecte la salud y los intereses de las personas adultas mayores.
- Vivir en lugares seguros, dignos y decorosos, en los que puedan satisfacer sus necesidades y requerimientos.



- Expresar su opinión con libertad y participar en el ámbito familiar y social, así como en todo procedimiento administrativo y judicial que afecte sus personas o su familia.
- Ser tratadas con dignidad y respeto cuando sean detenidas por alguna causa justificada o sean víctimas de algún delito o infracción.
- Contar con asesoría jurídica gratuita y oportuna, además de contar con un representante legal o de su confianza cuando lo consideren necesario, poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar.
- Realizar su testamento con toda libertad, sin que para ello intervenga persona alguna.
- Recibir información sobre las instituciones que prestan servicios para su atención integral.
- Recibir atención médica en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SS, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, DIF) o de los Sistemas Estatales de Salud, aun sin ser derechohabientes de aquellas que así lo requieran. De ser así, se les fijará una cuota que pagarán de acuerdo con sus posibilidades económicas.
- Recibir orientación y capacitación respecto de su salud, nutrición e higiene, que favorezcan su bienestar físico y mental y el cuidado personal.
- Recibir la seguridad social que les garantice el derecho a la protección de la salud, la asistencia médica y los servicios necesarios para su bienestar, así como el acceso a una pensión, previo cumplimiento de los requisitos que las leyes correspondientes señalen.
- Ser integradas a los programas de asistencia social cuando se encuentren en situaciones de riesgo o abandono.
- Contar con un trabajo mediante la obtención de oportunidades igualitarias para su acceso, siempre que sus cualidades y capacidades las califiquen para su desempeño.
- Recibir un ingreso propio mediante el desempeño de un trabajo remunerado o por las prestaciones que la seguridad social les otorgue cuando sean beneficiarias de ella.
- Recibir educación y capacitación en cualquiera de sus niveles para mejorar su calidad de vida e integrarse a una actividad productiva.



- Asociarse y reunirse libremente con la finalidad de defender sus intereses y desarrollar acciones en su beneficio.
- Participar en actividades culturales, deportivas y recreativas.

De las ocho dimensiones mencionadas, se describen 57 sub dimensiones, las cuales tienen opciones cerradas para marcar las cuales son: Siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca o casi nunca.

Al culminar la entrevista a adulto mayor la expresión final para calificar el nivel de calidad de vida es:

- Muy buena calidad de vida: cuando ICV= 114 a más pts.
- Buena calidad de vida: cuando ICV= 113 a 101 pts.
- Mediana calidad de vida ICV= 100 a 88 pts.
- Mala calidad de vida: cuando ICV= 87 a 75 pts.
- Muy mala calidad de vida: cuando ICV es menor de 74 pts.

PERSPECTIVA DE SISTEMAS SOCIALES

Las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos, actitudes, y que afectan a su calidad de vida (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007):

- El microsistema, o contextos sociales inmediatos, como la familia, el hogar, el grupo de iguales y el lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.
- El mesosistema o el vecindario, comunidad, agencia de servicios y organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.
- El macrosistema, o patrones más amplios de cultura, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad que afectan directamente a los valores y creencias propias, así como al significado de palabras y conceptos.



CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Los primeros intentos por mejorar las condiciones de vida de estas personas estuvieron dirigidos a analizar sus habilidades, memoria y aprendizaje. Del mismo modo, las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la jubilación. Posteriormente, comenzó a examinarse el nivel de actividad y satisfacción con la vida, comenzando con ello el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esa etapa de la vida. Actualmente, los estudios de calidad de vida se dirigen a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida de los individuos que influyen en su bienestar. Junto a este tipo de investigaciones, se desarrollan otras muchas para examinar los servicios prestados y el apoyo social recibido.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales como la habilidad para cuidar de uno mismo, la situación financiera, tener una pensión o renta, las relaciones sociales como familia y amigos, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales. Las variables sociodemográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran, vivir en el propio domicilio o en una residencia como de otras variables relacionadas con la edad, mayor satisfacción en jóvenes que en mayores, el género (los hombres suelen estar más satisfechos que las mujeres) y el estatus social (a mayor estatus mayor calidad de vida) (Moreno y Ximénez, 1996).



Por otro lado, Newson y Shutz (1996) encontraron que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida. Kempen, Jelacic y Ormel (1997) concluyeron que características de la personalidad como el neuroticismo y la autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles.

También el apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Cuando no existe un apoyo natural suficiente, las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la probabilidad de que éstas enfermen. Por ello, resulta de interés la puesta en marcha de programas de intervención dirigidos tanto a familias como a grupos de autoayuda, vecinos y voluntariado (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

En la percepción de calidad de vida que tienen los mayores, el papel que desempeñan los profesionales es de gran importancia. Wolkenstein y Butler (1992) exploraron si la calidad de vida era o no un concepto significativo para la población mayor sana y si este grupo esperaba que los médicos contribuyeran a mejorar su calidad de vida. Los médicos fueron percibidos como deficientes en apreciar, comprender y contribuir positivamente a la calidad de vida de los participantes. Por ello, los médicos y otros profesionales al cuidado de esta población deben estar atentos al desarrollo de una evaluación psicosocial comprensiva y no sólo a un análisis del bienestar físico.

Otras investigaciones apuntan, en cambio, que la percepción de calidad de vida en personas mayores y pacientes con enfermedad crónica sin hospitalizar no está estrechamente asociada con indicadores objetivos como las características sociodemográficas y el uso de servicios de cuidado de salud. Más bien son indicadores subjetivos –percepción de pacientes sobre su salud, memoria, deterioro intelectual, funcionamiento físico y cuestiones financieras– los que correlacionan independientemente con la calidad de vida global.



No obstante, encontramos que, en los estudios sobre personas mayores con graves discapacidades, los estudios de calidad de vida son más bien estudios sobre la calidad de la atención institucional de la residencia en la que se encuentran. En estos casos, los factores relacionados con aspectos interactivos parecen ser de mayor importancia. Montoro (1999) propone un modelo sobre el cuidado institucional y analiza la influencia de los factores predictivos en la calidad asistencial. El modelo engloba tres niveles: institucional (medio ambiente, tipo y número de profesionales, estructura institucional), relacional (residentes y familiares) e interaccional. El autor encuentra que los aspectos más destacados de la calidad asistencial en personas mayores con y sin discapacidad se refieren a los de nivel institucional (i.e., si el centro tiene ánimo de lucro, el ambiente, la configuración familiar, la ratio profesionales-usuarios, su formación y entrenamiento para combatir el estrés laboral y el grado de estabilidad laboral), seguido por la colaboración familiar y participación, y por indicadores a nivel relacional (i.e., participación y cuidado informal de los familiares). Sin embargo, los factores de nivel interaccional como las habilidades de comunicación y el conflicto personal no fueron significativos respecto de la calidad asistencial.

GRADO DE CONSISTENCIA LA ESCALA FUMAT:

El coeficiente alfa de Crombach para la idoneidad, importancia y observabilidad de todos los ítems que tiene la escala de FUMAT, es de:

- **Idoneidad:** 0,725
- **Importancia:** 0,725
- **Observabilidad:** 0,657

INSTRUMENTO DE ESCALA DE FUMAT

Se trataba de un cuestionario autoadministrado, en el que el profesional respondía a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación era de 10 a 15 minutos y aproximadamente unos 20 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilitaba toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma.



La calidad de vida es evaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre'). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos ('totalmente en desacuerdo', 'en desacuerdo', 'acuerdo' y 'totalmente de acuerdo').

REQUISITOS DEL INFORMADOR

La Escala FUMAT debe ser completada por un profesional que esté familiarizado con el concepto de calidad de vida y pueda adoptar el rol de observador externo.

El informador, además, debe trabajar directamente con la persona cuya calidad de vida va a evaluar y debe conocerla bien (al menos desde hace tres meses). Debe tener posibilidad de observar a la persona en distintos contextos y durante amplios períodos de tiempo (al menos varias horas en cada contexto), puesto que tendrá que responder a preguntas de muy diversa índole sobre su vida. Es decir, debe conocer aspectos de la persona como, por ejemplo, cómo se desenvuelve en su trabajo, cómo se relaciona con otras personas o cómo se desenvuelve en su vida diaria.

Si el informador necesita solicitar información de otras personas, no debe hacerlo nunca al individuo sobre el cual está informando. Puede consultar a otros profesionales y, en último caso, a familiares, padres o tutores. Es responsabilidad del informador contrastar e integrar la información recibida de los distintos informadores para llegar a la calificación final.

2.2.2. ADULTO MAYOR

La vejez es una etapa de la vida, en cambio el envejecimiento, como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento. Existen vocablos



con los cuales se puede hacer referencia al adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos, siendo uno de ellos “viejo”.

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2016), define el envejecimiento como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para promover la calidad de vida a medida que se envejece.

El envejecimiento es un proceso inherente a la vida humana, el cual constituye una experiencia única, heterogénea y su significado varía dependiendo de la connotación que cada cultura haga de él. Se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las dimensiones de la vida humana. El envejecimiento es un proceso complejo de la vida, donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros; por lo cual, se constituye en un espacio ideal para brindar herramientas de intervención que permitan entender el fenómeno de envejecer y asimismo dar alternativas que promuevan la calidad de vida del adulto mayor para de esta manera poder crear taxonomías de cuidado que permitan un mayor conocimiento y, por ende, una mejor atención. El envejecimiento como un problema de salud pública que afecta a toda la población mundial representa un reto para todos los profesionales de enfermería, quienes desempeñan un rol fundamental en el cuidado de la salud en la vejez, al encontrar adultos mayores en todos los contextos sanitarios donde ellas se desempeñan (Alvarado, y Salazar, 2014).

ETAPA ADULTO MAYOR

Según la Organización mundial de la salud considera a partir de los 60 años de edad, pero en algunos países se considera desde 65 años de edad en adelante.

Durante todo su ciclo de vida de los seres humanos el envejecimiento es un proceso continuo, irreversible, heterogéneo, universal e individual para cada persona. Se hace necesario indicar que los adultos mayores sanos que poseen funciones fisiológicas en buen estado muchas veces sometidas a estrés o condiciones no adecuadas, estas pueden verse afectadas o manifestar la disminución de la capacidad funcional.²¹

A nivel biológico en el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos como el cardiorrespiratorio, renal, osteomuscular y las capacidades intelectuales, psicológicas y cognitivas empiezan a declinar.

CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES

Nuestro país en la actualidad está considerado como un país de envejecimiento moderado, esto debido a los cambios en la dinámica poblacional desde mediados del Siglo XX; sin embargo, dado las tendencias con relación a las tasas de fecundidad y la esperanza de vida, se espera que el envejecimiento poblacional se agudice más en las siguientes décadas.

En el Perú se tiene 7% del total de los Adultos mayores en pobreza extrema, mientras que el 17% son considerados como pobres no extremos. Asimismo, el 83% de Adultos mayores en situación de pobreza extrema se encuentra en la sierra mientras que es esta misma área es la que concentra la mayor proporción de Adultos mayores considerados como pobres no extremos, la cual asciende al 57%.²²

CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EN LA VEJEZ

CAMBIOS FUNDAMENTALES

A nivel biológico durante el envejecimiento se presentan daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas

²¹ Ministerio de Salud. Organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. . [Internet]. Lima, Perú. 2015 [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3271.pdf>

²² Olivera, O.; Clausen, J. Las características del adulto mayor y las políticas de protección social. [Internet]. Economía Vol. XXXVII, N° 73, semestre enero-junio 2014, pp. 75-113 [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: file:///C:/Users/USER44/Downloads/olivera_clausen_2014_las_caracter%C3%ADsticas_del_adult.pdf



funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y la muerte debido a estos problemas.²³

Entre los cambios que suelen ocurrir en algún grado en los seres humanos a medida que envejecen, se encuentran:

LAS FUNCIONES DEL MOVIMIENTO

Al respecto durante el envejecimiento la masa muscular tiende a disminuir con la edad. La fuerza disminuye con la edad, las mujeres suelen tener menos fuerza de prensión que los hombres, en ambos sexos la fuerza disminuye con la edad. El envejecimiento también se asocia con cambios importantes en los huesos y las articulaciones. Con la edad, la densidad ósea tiende a disminuir, especialmente en las mujeres posmenopáusicas. Esta disminución puede avanzar hasta un punto en el que el riesgo de fractura aumenta considerablemente (una afección conocida como osteoporosis), lo que tiene graves consecuencias ya que puede ocasionar discapacidad, peor calidad de vida y mortalidad.

Asimismo, se presenta cambios en el cartílago articular, cambios de tipo estructurales, moleculares, celulares y mecánicos considerables con la edad, lo que aumenta la vulnerabilidad de los tejidos a la degeneración. Se ha demostrado que la actividad física moderada y habitual mejora las propiedades biomecánicas y biológicas del cartílago articular.

Por último, en la función musculo esquelética general y el movimiento, se presenta una disminución de la velocidad de la marcha, es decir, del tiempo que le toma a la persona caminar o desplazarse.

LAS FUNCIONES SENSORIALES

Durante la vejez, los sentidos son los que en la mayoría de los casos son los primeros que presentan problemas, por ejemplo, la hipoacusia relacionada con

²³ Kirkwood, TB. A systematic look at an old problem. En: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra. Suiza. Ed OMS 2015 [Consulta 25/06/2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=D77C68CC10120DBD8F09E944AEFC511E?sequence=1



la vejez (conocida como presbiacusia) es bilateral y más marcada en las frecuencias más altas. Las causas son el envejecimiento coclear, algunos factores ambientales (como el ruido), la predisposición genética y la mayor vulnerabilidad a factores de estrés fisiológicos y hábitos modificables.

Asimismo, tenemos la presbicia, que es una disminución de la capacidad para enfocar que provoca visión borrosa de cerca y que a menudo se manifiesta en la mediana edad. Otro cambio común asociado con el envejecimiento es el aumento de la opacidad del cristalino, que en última instancia puede dar lugar a cataratas. La degeneración macular senil, que provoca daño en la retina y conduce rápidamente a la deficiencia visual grave; es muy frecuente en las personas mayores de 70 años.

LAS FUNCIONES COGNITIVAS

Es común que falle un poco la memoria y disminuya la velocidad de procesamiento de la información, este proceso es muy común en la vejez, pero las funciones cognitivas varían entre las personas y están estrechamente relacionadas con la educación recibida.

Las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, en particular, se mantienen estables durante toda la vida, pero pueden verse alteradas por alguna enfermedad o como consecuencia de alguna enfermedad (secuela).

LA SEXUALIDAD

Es frecuente que las personas se mantengan sexualmente activas hasta edades avanzadas. La sexualidad en la vejez está influenciada por numerosos cambios fisiológicos que se producen como parte del proceso de envejecimiento en los hombres y en las mujeres, así como por múltiples factores psicosociales y socioambientales incluyendo la presencia de una enfermedad.

LA FUNCIÓN INMUNITARIA

Durante la vejez disminuye la capacidad del organismo para combatir las infecciones o enfermedades. También hay indicios de que el estrés crónico



puede reducir la respuesta inmunitaria y la eficacia de las vacunas en las personas mayores, y un aumento relacionado con la edad de los niveles séricos de citocinas inflamatorias, conocido como “envejecimiento de origen inflamatorio”, ha sido relacionado con una amplia variedad de problemas, como la fragilidad, la sarcopenia y la aterosclerosis.

LAS FUNCIONES DE LA PIEL

Durante el envejecimiento la piel, es el primer indicio de que ha iniciado el envejecimiento, ya que la piel se deteriora progresivamente con la edad debido a los daños provocados por los mecanismos fisiológicos, la predisposición genética y las agresiones externas, en particular la exposición al sol, los que pueden tener numerosos efectos, como una menor capacidad de la piel para actuar como barrera, además la pérdida de fibras de colágeno y elastina en la dermis reduce la resistencia a la tracción de la piel, y las atrofas vasculares progresivas aumentan la probabilidad de presentar dermatitis, escaras y laceraciones de la piel. Además, los efectos acumulados de las agresiones ambientales, especialmente la exposición al sol, contribuyen a un fuerte aumento del riesgo de enfermedad neoplásica. Muchas enfermedades cutáneas afectan a veces el equilibrio emocional de las personas o provocan cambios en la forma en que los demás las perciben; también pueden causar alejamiento de la actividad social e impedir la plena participación en la comunidad y en el lugar de trabajo.²⁴

LA SALUD EN EL ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.²⁵

²⁴ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra. Suiza. Ed OMS 2015 p75. [Consulta 19/07/2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=25C7EE0AF119E3C26C27562EA517B12F?sequence=1

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud 1948. [Internet]. [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>



La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono.

Por tal motivo, la definición de salud de la OMS sigue teniendo plena vigencia, pues a través de una orientación post positivista conforma una síntesis que propone integrar múltiples aspectos.²⁶

SITUACIÓN DE SALUD

Se define a la situación de salud como el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población. A partir de esta definición se tiene establecido cuál es el objeto de estudio y acción de toda política de salud, que no va a ser otro que determinada población.

Esta definición permite también establecer estudios comparativos entre diversas poblaciones en lo que respecta a sus problemas de salud. Para ello se puede abordar la realidad a partir de tres dimensiones: el estilo de vida, que corresponde al nivel individual, a las decisiones que cada quién toma como persona y sobre las cuales tiene una responsabilidad y conciencia directa, interviniendo en las mismas aspectos biológicos propios de cada individuo, además de hábitos o costumbres aprendidas mediante el proceso de socialización; las condiciones de vida, en la cual se insertan los estilos de vida, hace referencia a las prácticas de los diversos grupos sociales, bien sea amigos, compañeros de trabajo, colegas, vecinos, entre otros; y el modo de vida, que abarca al conjunto de la sociedad, que resulta de la confluencia del medio natural o las condiciones ecológicas, el sistema económico, el régimen político, la cultura y la historia.²⁷

²⁶ Alcántara, G. La definición de la Organización Mundial de la salud y la interdisciplinariedad. [Internet]. Sapiens Rev Universitaria de Investigación vol. 9, núm. 1, junio 2008. [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

²⁷ Castellanos, P. Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad. En: Alcántara, G. La definición de la Organización Mundial de la salud y la interdisciplinariedad. [Internet]. Sapiens Rev Universitaria de

ESTADO DE SALUD

Usualmente la salud se define de una forma negativa, como la ausencia de enfermedad. Por lo regular, al medir el estado de salud, se toma la salud como un nivel basal y se miden las desviaciones que de este nivel se producen.

Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta medición es que refleja el concepto amplio de salud como un estado de bienestar integral y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico²⁸

Por lo tanto, en la medición de salud es conveniente medir el estado de bienestar del individuo y no solo la ausencia de estados patológicos o enfermedades.

a. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

El estado de salud percibido refleja la percepción general de las personas respecto a su salud, incluidas las dimensiones físicas y psicológicas

A pesar de la naturaleza general y subjetiva de esta cuestión, se ha determinado que los indicadores del estado de salud percibido constituyen un buen factor de predicción del uso futuro de la atención sanitaria y de la mortalidad de las personas.

La autovaloración positiva de la salud tiende a declinar con la edad.²⁹

Investigación vol. 9, núm. 1, junio 2008. [Consulta 20/07/2018]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

²⁸ Salud México. Desempeño del estado de salud: Percepción del estado de salud. [Internet]. México 2002. [Consulta 20/07/2018]. Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>

²⁹ Organización para la Cooperación y el desarrollo económicos (OCDE). Panorama de la salud 2007: los indicadores de la OCDE. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y política social. España 2007. [Consulta 23/07/2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=eXQDyXuzx1cC&pg=PA4>

b. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Se define la enfermedad crónica, como aquella que repercute en el estilo y calidad de vida de la persona, asimismo es una enfermedad incurable y que consecuentemente implica vivir toda la vida con dicha enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud amplió este concepto de forma que la enfermedad crónica debe tener una o más de las siguientes características:

- Debe ser permanente
- Puede conducir a una incapacidad residual
- Es causada por una alteración patológica no reversible
- Requiere especial formación/entrenamiento del paciente para su rehabilitación
- Puede ser necesario un largo periodo de seguimiento médico, observación o cuidado.

Los avances en la Medicina especialmente en el conjunto de instrumentos, medicamentos y otros que posibilitan mejorar la salud, hacen que este proceso de envejecimiento sea llevadero, ya que la mejora de las pautas nutricionales, la mejora de la calidad de vida en general, y los hábitos higiénicos en particular, así como la aparición de medios preventivos y curativos eficaces, como vacunas y antibióticos, han hecho posible ganar la batalla contra la mayoría de las enfermedades infecciosas. Tal victoria, sin embargo, tiene como consecuencia el incremento del número de personas con limitaciones residuales y con problemas de discapacidad física, o de estado de ánimo negativo; en definitiva, enfermos crónica, en los que se plantea de nuevo, aunque de una forma diferente, el problema de la calidad de vida.

Son las personas que padecen enfermedades crónicas (diabetes, asma o trastornos cardiovasculares), quienes más deberían involucrarse en aquellas conductas consideradas promotoras y/o protectoras de la salud; esto es, no deben fumar, no deben consumir alcohol, han de mantener una alimentación adecuada y realizar ejercicio físico. De este modo, son estas personas las que

están obligadas a modificar su estilo de vida y probablemente esos cambios deban persistir durante un largo periodo de tiempo.³⁰

c. ESTADO NUTRICIONAL

Con la edad, el estado nutricional cambia, los alimentos no son percibidos de igual forma, el sistema digestivo presenta dificultades para adsorber algunos alimentos, por lo que tener cuidado es necesario, ya que el estado nutricional refleja en cada momento si el aporte, absorción y utilización de los nutrientes son adecuados según las necesidades del organismo.

La evaluación del estado de nutrición debe formar parte de los exámenes de salud y de la exploración clínica de cualquier paciente, ya que un estado nutritivo deficiente puede ser la causa o la consecuencia de la enfermedad y una correcta valoración aporta elementos diagnósticos de gran valor para enjuiciar la importancia de ésta.

Para que la valoración sea completa se debe analizar no solo la situación clínica del sujeto sino el propio proceso de la nutrición, de manera que se puedan conocer los siguientes datos:

- Si la ingesta dietética es adecuada
- Cómo se realiza la absorción y utilización de los nutrientes
- El estado nutricional propiamente dicho.

El índice de masa corporal es el que mejor se correlaciona con la proporción de grasa corporal en el adulto. Resulta del índice P/T^2 , en el adulto están establecidos estándares de normalidad y límites para estimar los distintos grados de obesidad, considerándose un valor de 25 la frontera de la normalidad, cifras superiores son indicativas de obesidad.³¹

La clasificación de la valoración nutricional con el IMC es referencial en la etapa de vida del adulto mayor, debido a que las modificaciones corporales que ocurren

³⁰ Martos, MJ.; Pozo, C.; Alonso, M. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica relevancia del apoyo social. [Internet]. Almería. Ed Universidad de Almería 2010 [Consulta 25/07/2018]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=7Wz_TDkk1AAC&pg=PA11&dq=estado+de+salud+percibido&hl

³¹ Hernández, M.; Sastre, A. Tratado de Nutrición. [Internet]. Madrid. Ed Díaz de santos 1999 [Consulta 24/07/2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=SQLNJOsZClwC&pg=PA601&dq=es>

durante el proceso de envejecimiento, afectan las medidas antropométricas como el peso y la talla requiriendo que la persona adulta mayor sea evaluada de manera integral.

Así la clasificación de la valoración nutricional de las personas adultas mayores según índice de masa corporal (IMC) es:

CLASIFICACION	IMC
Delgadez	≤ 23
Normal	≥ 23 a < 28
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

INTERPRETACIÓN DE LOS VALORES DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

IMC $\leq 23,0$ (delgadez): Es una malnutrición por déficit, y puede estar asociado a diferentes problemas, tales como: psíquicos (depresión, trastornos de memoria o confusión, manía, alcoholismo, tabaquismo), sensoriales (disminución del sentido del gusto, visión, auditivo), físicos (movilidad, astenia), sociales (soledad, malos hábitos dietéticos, maltrato), bucales (falta de piezas dentarias), digestivos (malabsorción), hipercatabólicas (cáncer, diabetes), entre otras.

IMC > 23 a < 28 (normal): Es el IMC que debe tener y mantener esta población, de manera constante.

IMC ≥ 28 a < 32 (sobrepeso): Es una malnutrición por exceso, caracterizado por la ingesta elevada de calorías, malos hábitos alimentarios, escasa actividad física, entre otros.

IMC ≥ 32 (obesidad): Es una malnutrición por exceso, e indica un mayor riesgo de sufrir de enfermedades cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares,

cáncer de mamas, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, enfermedad por reflujo gastroesofágico, osteoartritis, y pérdida de la movilidad.³²

PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria “Pensión 65” fue creado el 19 de octubre de 2011 mediante decreto supremo N° 081-2011-PCM, con la finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, entre los cuales están comprendidos los adultos mayores a partir de los 65 años de edad que carecen de condiciones básicas para su subsistencia.

El programa tiene como misión brindar protección social a los adultos mayores de 65 años a más, que viven en situación de vulnerabilidad; entregándoles una subvención económica que les permita incrementar su bienestar; y mejorar los mecanismos de acceso de los adultos mayores a los servicios públicos mediante la articulación intergubernamental e intersectorial.

La subvención económica consiste en la entrega de 250 soles cada dos meses a adultos mayores a partir de los 65 años de edad que se encuentren en situación de pobreza extrema, según la clasificación que otorga el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y que cumplan los requisitos de acceso y permanencia establecidos en el DS N° 081-2011-PCM y sus modificaciones

Constituido sobre la base del Piloto de Asistencia Solidaria “Gratitud” Pensión 65 se encuentra adscrito desde el 1° de enero de 2012, al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, MIDIS, Ente Rector del Sistema de Desarrollo e Inclusión Social, encargado de diseñar, coordinar y conducir las políticas y estrategias encaminadas a reducir la pobreza y vulnerabilidad de diversos sectores poblacionales, con el propósito de cerrar brechas de desigualdad.

El marco estratégico de Pensión 65 se alinea para el corto plazo y mediano plazo a los ejes temporales establecidos en la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, y a la Visión y Misión del Ministerio de

³² Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú. 2013 [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf



Desarrollo e Inclusión Social, así como al Plan Operativo Institucional (POI) y al Presupuesto asignado mediante Ley de Presupuesto Público para el año fiscal.

Así, Pensión 65 se enmarca dentro del modelo de inclusión social propuesto por el MIDIS, en los ejes temporales de corto y mediano plazo, con la finalidad de brindar a sus usuarios un servicio integral.

Se inicia implementando estrategias de corto plazo orientadas al alivio temporal de la pobreza y reducción de la vulnerabilidad, y en forma gradual irá implementando estrategias orientadas a la generación de oportunidades principalmente las relacionadas con el acceso a los servicios básicos. Pensión 65 forma parte del conjunto de programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, MIDIS.

La entrega de la subvención económica no depende de ninguna autoridad local, provincial o regional; ni el ingreso o retiro de un adulto mayor a pensión 65

El ingreso o retiro de un adulto mayor al Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65 del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social MIDIS, no dependen de ninguna autoridad local, provincial o regional.

A fin de evitar el aprovechamiento político y el indebido uso de recursos públicos sobre sus actividades, Pensión 65 precisa que para el trabajo que realiza con las Unidades Locales de Empadronamiento (ULE) de las municipalidades, se aplican las herramientas del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), el cual es administrado por el MIDIS.

Se recuerda que los requisitos para afiliarse y/o permanecer en el Programa son tener 65 años o más, contar con DNI, no recibir una pensión pública o privada y tener la clasificación socio económica de *pobre extremo*, otorgada por el SISFOH.³³

³³ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional Fondo de Asistencia Solidaria Pensión 65. [Internet]. Informe 236-2017. [Consulta 19/07/2018]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/5_1_PROGRAMA_NACIONAL_DE_ASISTENCIA_SOLIDARIA_PE_NSION_65.pdf



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ADULTO MAYOR.** - Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, se ubica después de la adultez. Durante esta etapa las condiciones físicas y facultades cognitivas de la persona se van deteriorando. Según el Ministerio de salud se ubican en este grupo etario las personas de 65 años a más.

- **PROGRAMA PENSIÓN 65.-** Programa que entrega un subsidio económico a adultos mayores que superan los 65 años de edad y que viven en extrema pobreza de acuerdo a la clasificación socioeconómica otorgada por el sistema de focalización de hogares (SISFOH)

- **CALIDAD DE VIDA.** - Concepto que hace alusión a la situación en la cual se desarrolla la persona desde varios aspectos.

- **BENEFICIARIO DE PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65.-** Adulto mayor de 65 años a más que recibe incentivo económico del estado peruano a través del programa nacional pensión 65.

- **NO BENEFICIARIO DE PROGRAMA NACIONAL PENSIÓN 65.-** Adulto mayor de 65 años a más que no recibe incentivo económico del estado peruano a través del Programa Nacional Pensión 65.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE DISEÑO CUANTITATIVO. - Constituye un método de investigación que estudia y cuantifica la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa social pensión 65.

NO EXPERIMENTAL. - Debido a que no se realizó ninguna manipulación de las variables en estudio.

TRANSVERSAL. - Debido a que la medición de variables se realizó en un solo momento.

DESCRIPTIVO COMPARATIVO.

Debido a que se describió la variable calidad de vida del adulto mayor y se efectuó las comparaciones de esta variable en un grupo de beneficiarios del programa pensión 65 y otro grupo que no recibe tal subvención.

3.2 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Se ubica en la línea de investigación: Atención Integral con enfoque de género por etapa de vida: Niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La presente investigación se ejecutó en la población del centro poblado de Kcauri, existiendo un total de 339 adultos mayores, de los cuales 214 son beneficiarios del programa pensión 65 y 125 no son beneficiarios.

3.3.2 MUESTRA

La muestra se obtuvo de manera probabilística para cada uno de los grupos (beneficiarios y no beneficiarios)



- **Adultos beneficiarios del programa pensión 65:** 214 personas

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

Dónde:

N= Población total: 214

Z=nivel de confianza (1.96)

E=margen de error 5% (0.05)

Q=probabilidad de fracaso 10% (0.5)

P=probabilidad de éxito 90% (0.5)

n1=tamaño de muestra (beneficiarios)

$$n1 = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (214)}{(214-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n1 = \frac{(3.8416)(53.5)}{(213) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n1 = \frac{(205.5256)}{(0.5253) + (0.9604)}$$

$$N1 = \frac{(205.5256)}{(1.4857)}$$

Entonces: n1= **138.3 = 138**

Factor de corrección finita:

Se realizó una corrección en la muestra inicial debido a que las preguntas son cerradas y numerosas, así también las alternativas que contienen son monosilábicas. Por otro lado, se justifica la aplicación de reajuste debido a

factores de costo y tiempo. $nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$

Dónde:

nf= corrección por tamaño de muestra

N= tamaño poblacional

n1= muestra de estudio

Muestra final: 54 beneficiarios.

nf=	$\frac{138}{1+(214/138)}$
nf=	$\frac{138}{2.55072464}$
nf=	54

- **Adultos no beneficiarios:** 125 personas

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

Dónde:

N= Población total: 125

Z=nivel de confianza (1.96)

E=margen de error 5% (0.05)

Q=probabilidad de fracaso 10% (0.5)

P=probabilidad de éxito 90% (0.5)

n 2=tamaño de muestra (no beneficiarios)

$$n2 = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (125)}{(125-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n 2 = \frac{(3.8416)(31.25)}{(124) (0.0025) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n2 = \frac{(120.05)}{(0.31) + (0.9604)}$$

$$n 2 = \frac{(120.05)}{(1.2704)}$$

Entonces: **n2= 94.49 = 94****Factor de corrección finita:**

Se realizó una corrección en la muestra inicial debido a que las preguntas son cerradas y numerosas, así también las alternativas que contienen son monosilábicas. Por otro lado, se justifica la aplicación de reajuste debido a

factores de costo y tiempo. $nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$

Dónde:

nf= corrección por tamaño de muestra

N= tamaño poblacional

n= muestra de estudio

nf=	$\frac{94}{1+(125/94)}$
nf=	$\frac{94}{2.32978723}$
nf=	40

Muestra final: 40 no beneficiarios.**Total, de muestra de estudio:** 94 personas.

METODO DE MUESTREO: Probabilístico, los elementos de la población tienen una probabilidad mayor a cero de ser seleccionados en la muestra.



3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adulto mayor que habita de forma permanente en alguna de las comunidades incluidas en el estudio que sea o no beneficiario del programa pensión 65.
- Adulto mayor que acepte participar del estudio mediante su firma voluntaria del consentimiento informado y que se encuentre lucido orientado en tiempo y espacio.

3.1.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adulto mayor que no acepte participar.
- Adulto mayor con problemas para comunicarse.

3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.3.4 TÉCNICAS.

Se utilizó la entrevista y la observación.

3.3.5 INSTRUMENTOS.

Dependiendo del tipo de información requerida se utilizó:

- 1) Para los datos generales de los adultos mayores: Encuesta de datos generales, el cual consta de siete preguntas con opciones cerradas para marcar.
- 2) Para el Nivel de Calidad de vida: Se utilizó La Escala FUMAT, el cual tiene 8 dimensiones y 57 sub dimensiones, las cuales tienen opciones cerradas que son: Siempre o casi siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca o casi nunca

La expresión final para calificar el nivel de calidad de vida es:

- Muy buena calidad de vida: cuando ICV= 114 a más pts.
- Buena calidad de vida: cuando ICV= 113 a 101 pts.



- Mediana calidad de vida: cuando ICV= 100 a 88 ptos.
- Mala calidad de vida: cuando ICV= 87 a 75 ptos.
- Muy mala calidad de vida: cuando ICV es menor igual de 74 ptos.

3.3.6 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento de datos generales fue validado a través del juicio de expertos, buscando la colaboración de profesionales de Salud que tienen a cargo el programa de adulto mayor, quienes no realizaron ninguna observación.

El instrumento Escala de FUMAT no necesito validación ya que es un instrumento validado.

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

En primer lugar, se tramitó la autorización a la Junta Directiva de cada comunidad, para ejecutar el estudio, seguidamente se coordinó las fechas para realizar las visitas domiciliarias con cada adulto mayor y recolectar la información.

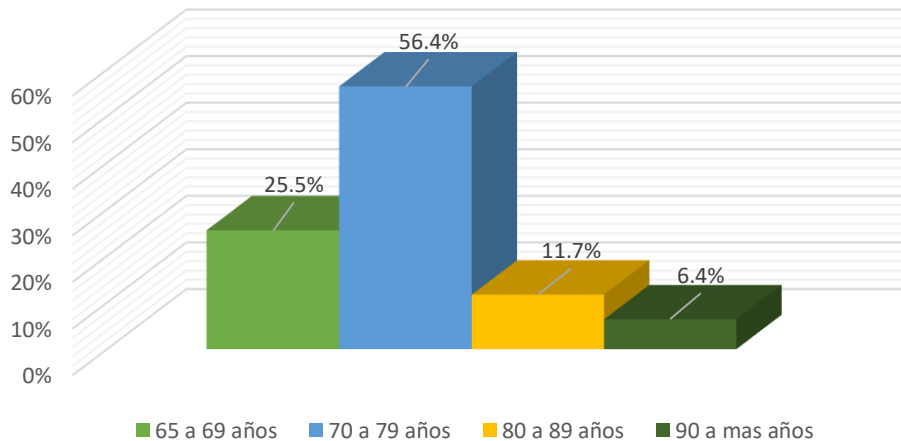
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

En base a los datos recolectados se elaboró la matriz de datos, seguidamente se aplicó el paquete estadístico SPSS versión 21, se obtuvo gráficos que expongan los resultados.



CAPÍTULO IV
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO Nº 1
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

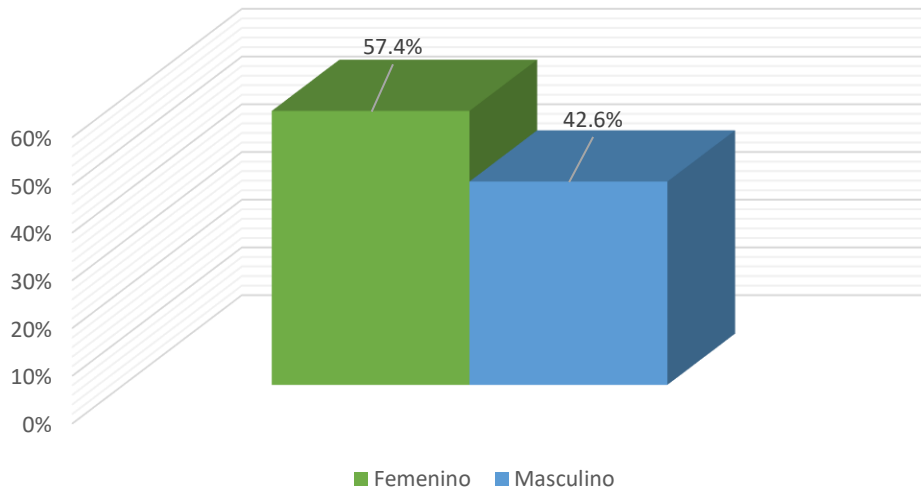
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa la edad de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa Pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri donde el 56.4% tienen entre 70 a 79 años de edad y solo el 6,4% tienen 90 años a más.

Los resultados no se asemejan a lo encontrado por **SOLANO, D.** En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD “EL RODEO” CANTON OÑA PROVINCIA DEL AZUAY Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL” ECUADOR 2015.** En el que 40% corresponden a las edades de 65 a 70 años y un 10% a 81 a 85 años de edad.

A medida que los adultos mayores alcanzan más años estos resultan ser mucho más vulnerables a enfermedades propias de la edad u otros congénitos, esta variable influye directamente en la calidad de vida que pueden tener estas personas, en ese sentido se observa que en el centro poblado de Kcauri el grupo etario disminuye en porcentaje a medida que pasan más años, esto puede deberse a que dichos adultos mayores van falleciendo progresivamente.

GRÁFICO N° 2
SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

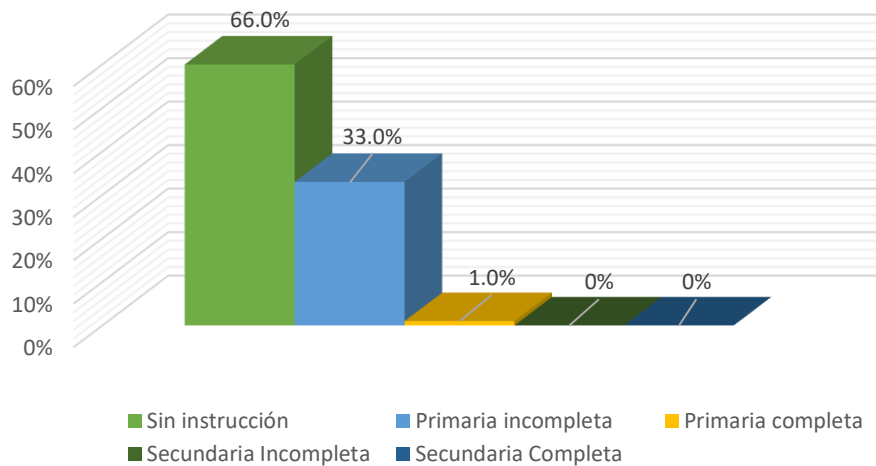
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del gráfico se observa que 57.4% son de sexo femenino y 42,6% son de género masculino.

Los resultados encontrados no se asemejan al encontrado por **MERELLANO, E.**, En la investigación. **“CONDICIÓN FÍSICA, INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CHILENOS”**. CHILE 2017. Donde 57,6% de adultos mayores eran de sexo masculino.

Se infiere que el sexo predominante de los adultos mayores en el Centro de poblado de Kcauri es femenino, datos que se relacionan con un informe de la OMS que indica que la media de esperanza de vida de las mujeres es de 79 años mientras que de los hombres es de 74 años.

GRÁFICO N° 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS
Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO
POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

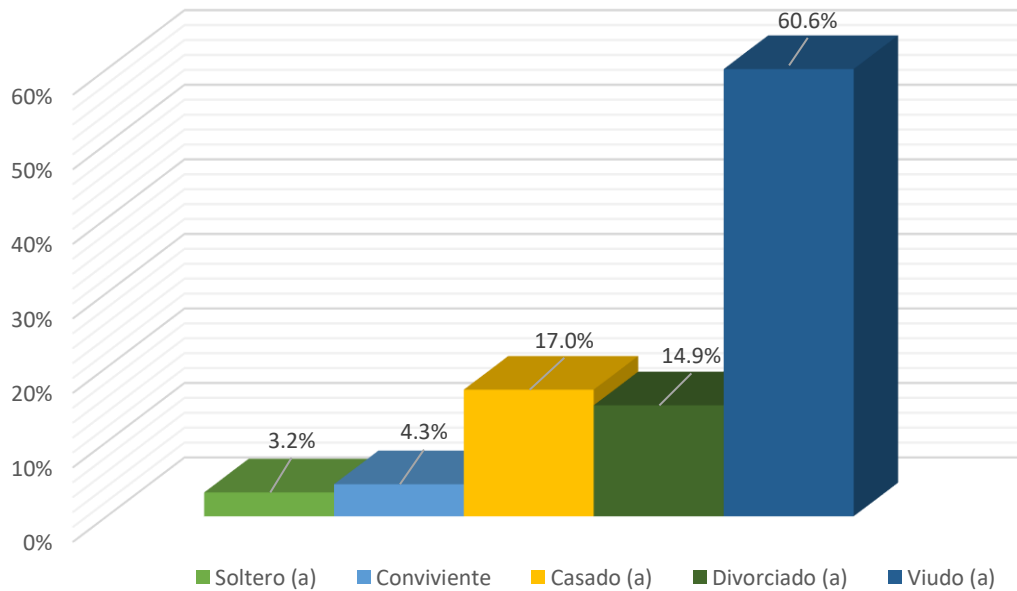
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del gráfico se aprecia 66% no tiene instrucción alguna y 1% concluyo sus estudios primarios.

Los resultados se asemejan al encontrado por **LAZO V.** En la investigación. **“EFECTOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65, EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS BENEFICIARIOS DE SANTO TOMAS, CHUMBIVILCAS - CUSCO, 2012 – 2014.” UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN, AREQUIPA – PERÚ 2015.** Se describe el 70% de los adultos mayores beneficiarios no tienen instrucción.

Estos resultados evidencian la escasa educación de los ciudadanos del Perú de años pasados, quienes no acceden y si lo hacían no concluían sus estudios por diferentes motivos, pero principalmente por que el estado no manejaba políticas educativas para el común del pueblo donde la educación era un privilegio reservado para las familias adineradas o importantes lo que se replicó en el centro poblado de Kcauri.

GRÁFICO N° 4
ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

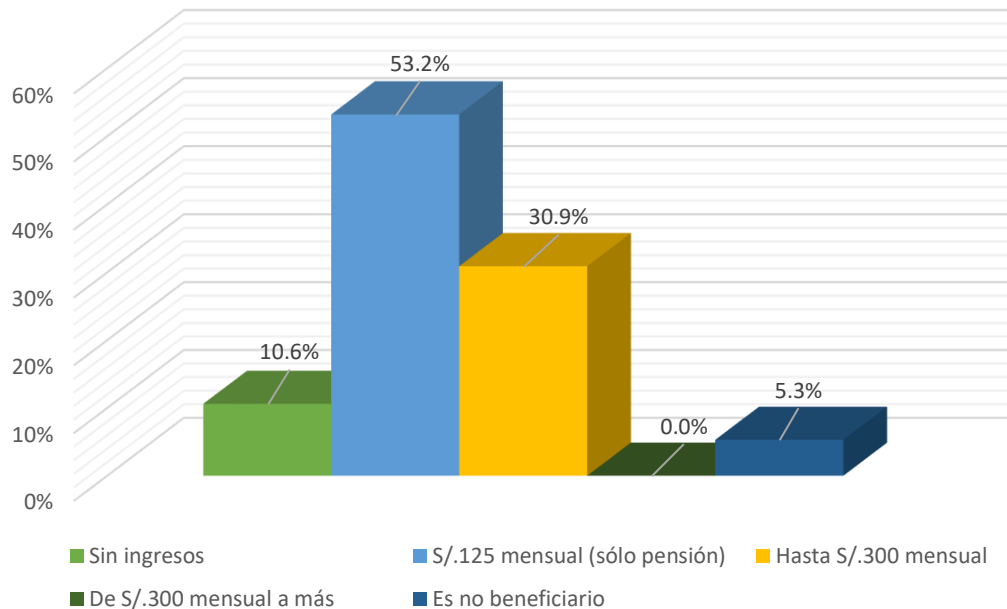
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del gráfico se observa que los adultos mayores el 60,6% son viudos y 3,2% son solteros.

Estos resultados no se asemejan al encontrado por **LAZO V.** En la investigación. **“EFECTOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65, EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS BENEFICIARIOS DE SANTO TOMAS, CHUMBIVILCAS - CUSCO, 2012 – 2014.” UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN, AREQUIPA – PERÚ 2015.** En el cual el 30% de adultos mayores son viudos(a).

Los datos sugieren que más de la mitad de los adultos mayores se encuentran sin la compañía de su pareja mermando la calidad de vida que puedan llevar estas personas, las relaciones afectivas ayudan a elevar la calidad de vida de una persona.

GRÁFICO Nº 5
INGRESO MENSUAL DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

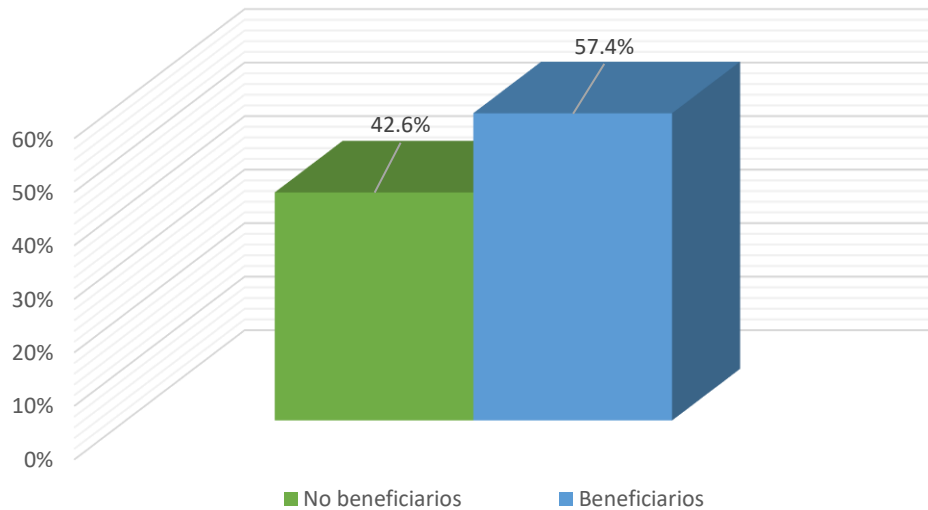
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del gráfico se observa el ingreso mensual donde, 53,2% sólo sustenta que su ingreso económico mensual es de S/.125 que corresponde a la mitad de la subvención del programa que es bimensual y 10,6% no presenta ingresos.

Estos resultados se asemejan al encontrado por **SOLANO, D.** En la tesis. **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD “EL RODEO” CANTON OÑA PROVINCIA DEL AZUAY Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL” ECUADOR 2015.** El 60% de las personas obtienen recursos económicos que provienen del bono de desarrollo humano.

Los resultados denotan que los adultos mayores dependen en gran número de la subvención del programa pensión 65 lo cual resulta insuficiente para ostentar una calidad de vida básica; sin embargo, esta es una realidad común en las zonas altoandinas como es el caso del poblado de Kcauri.

GRÁFICO N° 6
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL
PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO
2019.



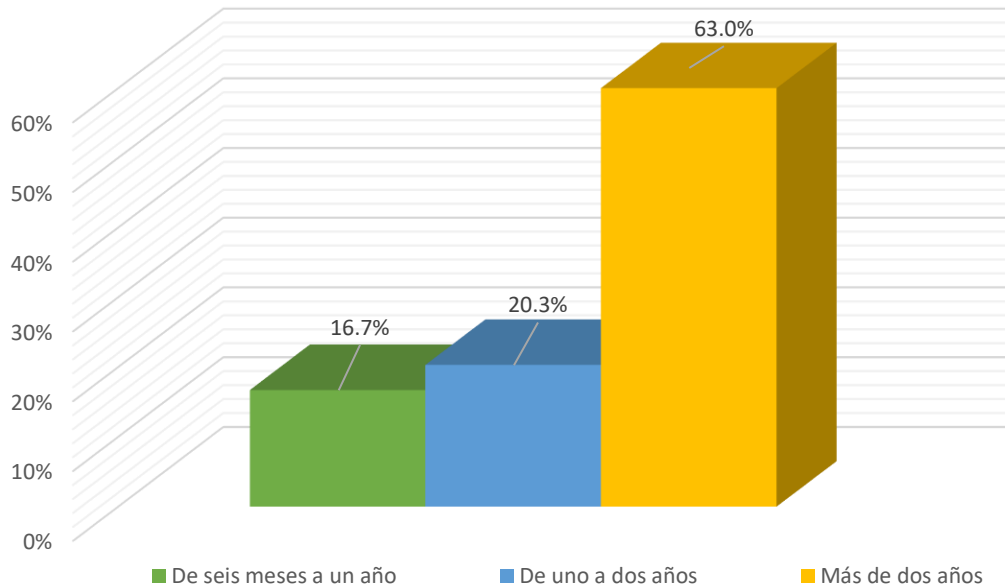
FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el gráfico se observa el porcentaje adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa Pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri donde, 42,6% no son beneficiarios y 57,4% si lo son.

De los resultados evidencian que el programa social tiene una mayor acogida de beneficiarios los cuales cumplen los requisitos para obtener la subvención económica, en este sentido se analiza que los adultos mayores requieren una seguridad económica, debido a que estos que viven en pobreza extrema, permitiéndoles con ellos mejorar su bienestar.

GRÁFICO N° 7

TIEMPO DE BENEFICIO DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL PROGRAMA
PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.

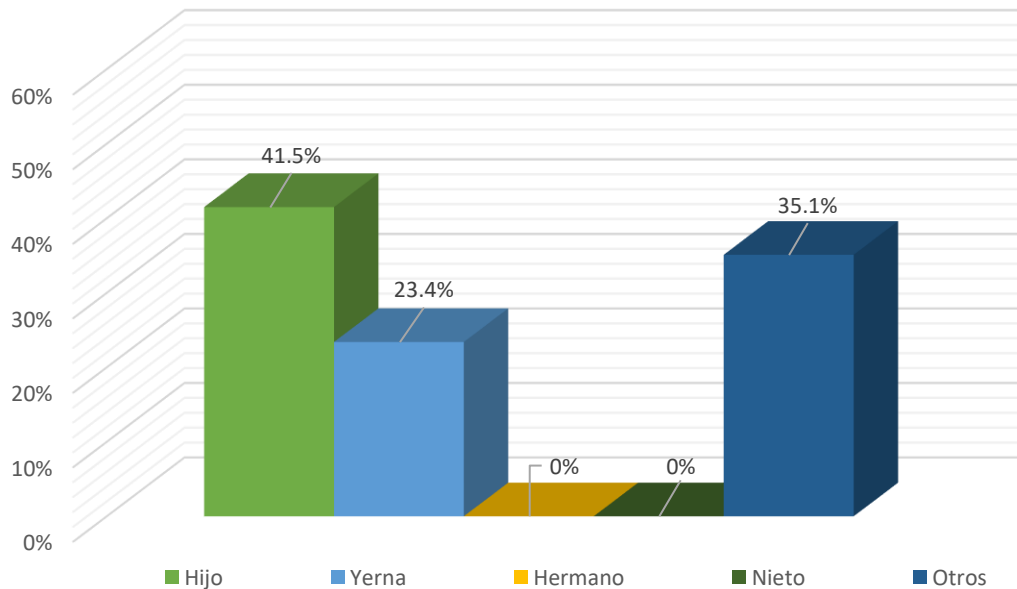
FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente gráfico se observa que el 63% lleva más de 2 años en el programa y 16,7% de 6 meses a 1 año.

Dentro de los beneficiarios se puede deducir que más de la mitad de los adultos mayores vienen recibiendo la subvención económica durante años lo cual estaría evidenciando la dependencia hacia este programa para todas las actividades que realiza.

GRÁFICO N° 8
PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES
BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65
DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

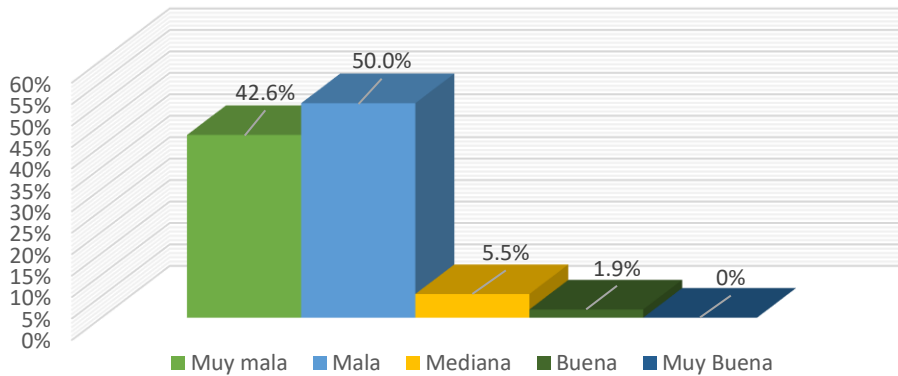
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente gráfico muestra que el 41,5% vive con su hijo(a), por otro lado 23,4% vive con su Yerna.

Estos resultados no se asemejan al encontrado por **SOLANO, D.** En la tesis. **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD “EL RODEO” CANTON OÑA PROVINCIA DEL AZUAY Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL” ECUADOR 2015.** Donde 31% manifiestan que el abandono familiar le ha afectado a la calidad de vida principalmente al bienestar emocional.

De los resultados se puede inferir que muchos de los adultos mayores viven con su hijo, sin embargo, esto no es un indicador de calidad de vida debido a que, aun viviendo con ellos, los adultos mayores sufren abandono, ya sean por motivos de trabajo u otros factores que resultan en una mala calidad de vida.

GRÁFICO Nº 9

CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA FUMAT DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.

FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

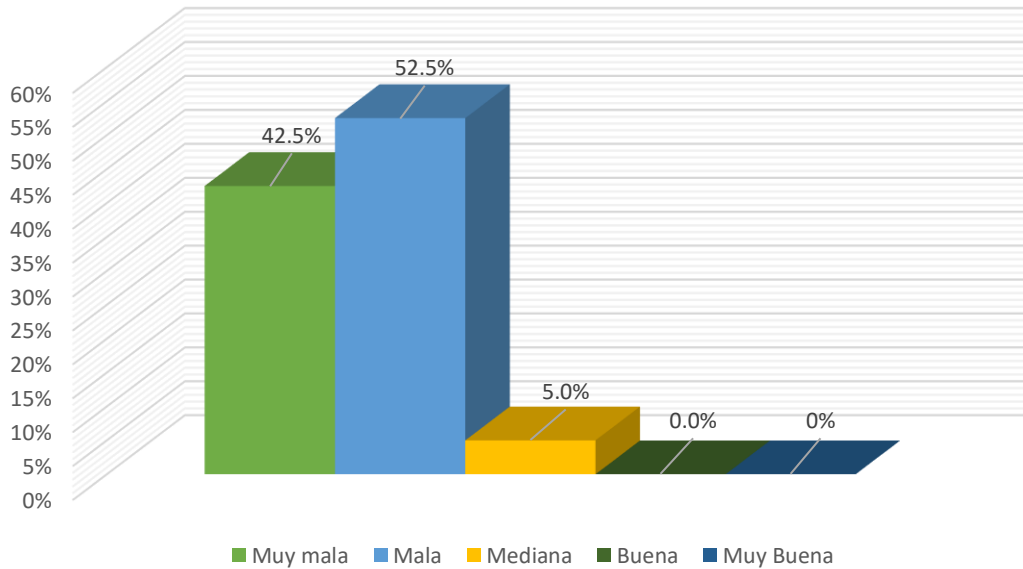
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente gráfico muestra que el 50% presenta una mala calidad de vida, por otro lado 1.9% tiene una calidad de vida buena.

Los resultados se asemejan al encontrado por **GARCIA, J.** En la tesis. **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA “POLI FUNCIONAL PALMAS REALES” UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES, CIUDAD DE LOS OLIVOS, LIMA 2016.** Donde 46% presentan una calidad de vida baja o mala.

De los resultados se analiza que la diferencia de la percepción de calidad de vida radica principalmente por las condiciones de vida en general como el lugar donde viven, personas con las que interactúa, estado de su salud, edad que tiene independientemente del sexo y nivel de instrucción; así se analiza que aún los adultos mayores beneficiarios indican un 92.6% de una calidad de vida mala y muy mala pudiendo evidenciar indistintamente una carencia marcada.

GRÁFICO Nº 10
CALIDAD DE VIDA SEGÚN ESCALA FUMAT DE LOS ADULTOS MAYORES
NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO
POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.



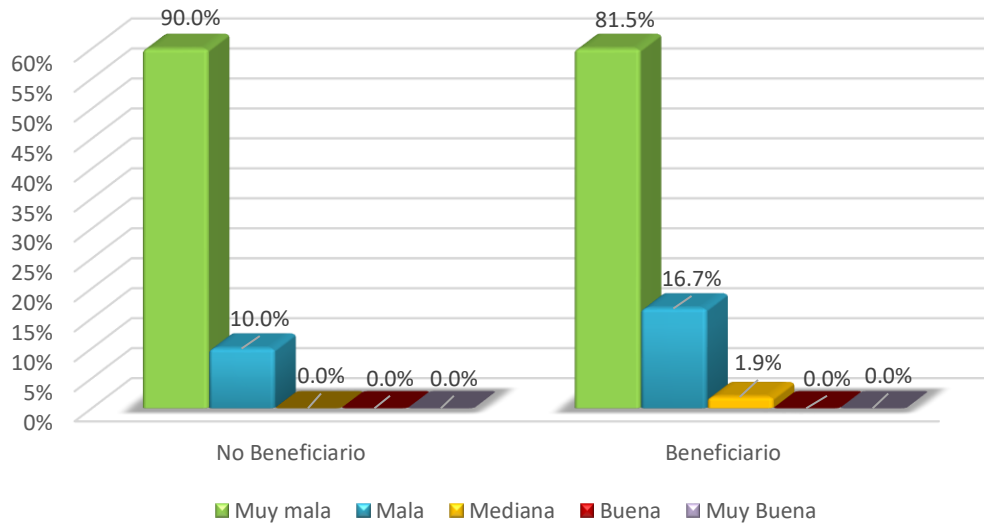
FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente gráfico muestra que, 52.5% de adultos mayores no beneficiarios del programa Pensión 65 tiene mala calidad de vida, por otro lado 5% tiene una calidad de vida mediana.

De los resultados se analiza que el porcentaje de adultos mayores que perciben su calidad de vida como malo o muy malo es de 95% resultado que se asemeja al encontrado dentro de los adultos mayores beneficiarios, de ello podemos inferir que el programa de subvención Pensión 65, no repercute a la calidad de vida de los adultos mayores de Kcauri,

GRÁFICO Nº 11
DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR
EMOCIONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

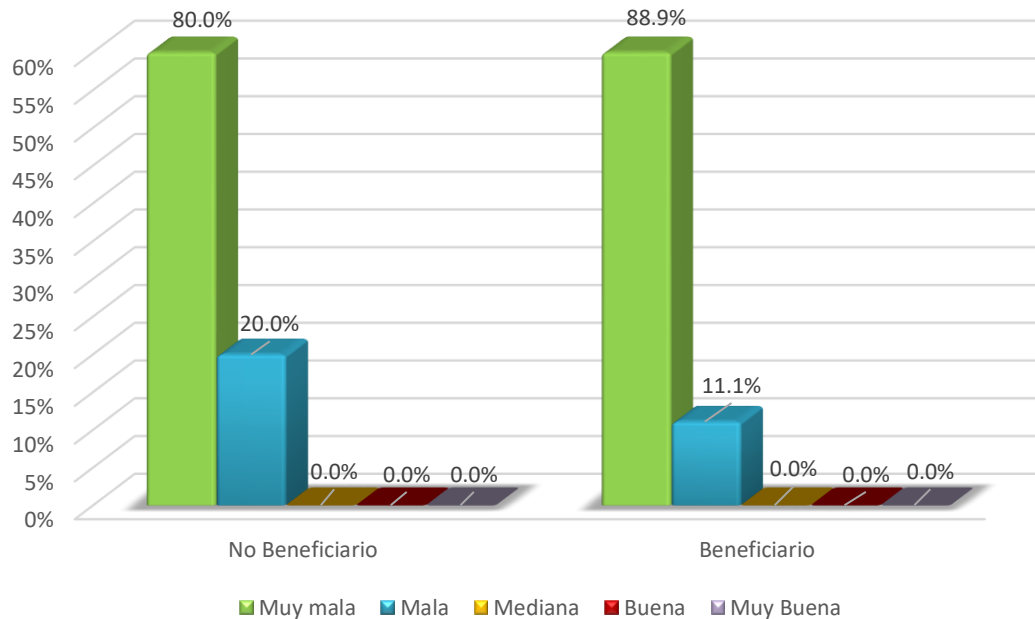
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El 81.5% de beneficiarios del programa pensión 65 y 90% de adultos mayores no beneficiarios tienen muy mala calidad de vida en la dimensión bienestar emocional, 1.9% de beneficiarios poseen mediana calidad de vida.

Los resultados hallados no se asemejan al encontrado por SOLANO, D. En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD “EL RODEO” CANTON OÑA PROVINCIA DEL AZUAY Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL” ECUADOR 2015**. Donde el 31% de los encuestados, manifiestan que el abandono familiar les ha afectado a la calidad de vida principalmente al bienestar emocional.

De estos resultados podemos decir que no existe una diferencia marcada entre beneficiarios y no beneficiarios, los beneficiarios están al pendiente de su subvención económica, transportarse hasta instituciones financieras o lugares acordados, lo que les pudiera condicionar situaciones emocionales de mala o muy mala calidad de vida en la dimensión bienestar emocional.

GRÁFICO Nº 12
DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

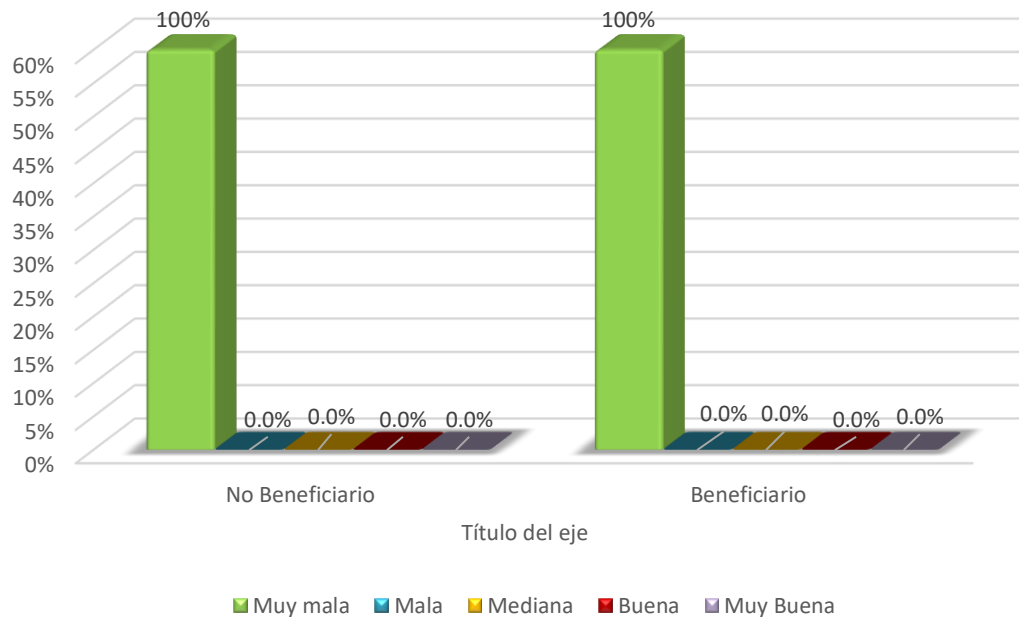
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En el presente grafico se observa 80% de no beneficiarios y 88.9% de beneficiarios tienen una calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales muy mala, por otro lado, 20% y 11.1% respectivamente mala.

Los resultados hallados no se asemejan al encontrado por **HUAPAYA, C.** En la tesis: **“PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR” UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, CIUDAD DE SAN VICENTE DE CAÑETE, 2016.** Donde con respecto a las Relaciones interpersonales el 60,0% manifiesta un nivel regular.

De estos datos podemos inferir que los adultos mayores debido a la pérdida de sus conyugues, amigos, vivir solos y dificultades para comunicarse llegan a tener una mala y muy mala calidad de vida.

GRÁFICO Nº 13
DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN BIENESTAR
MATERIAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

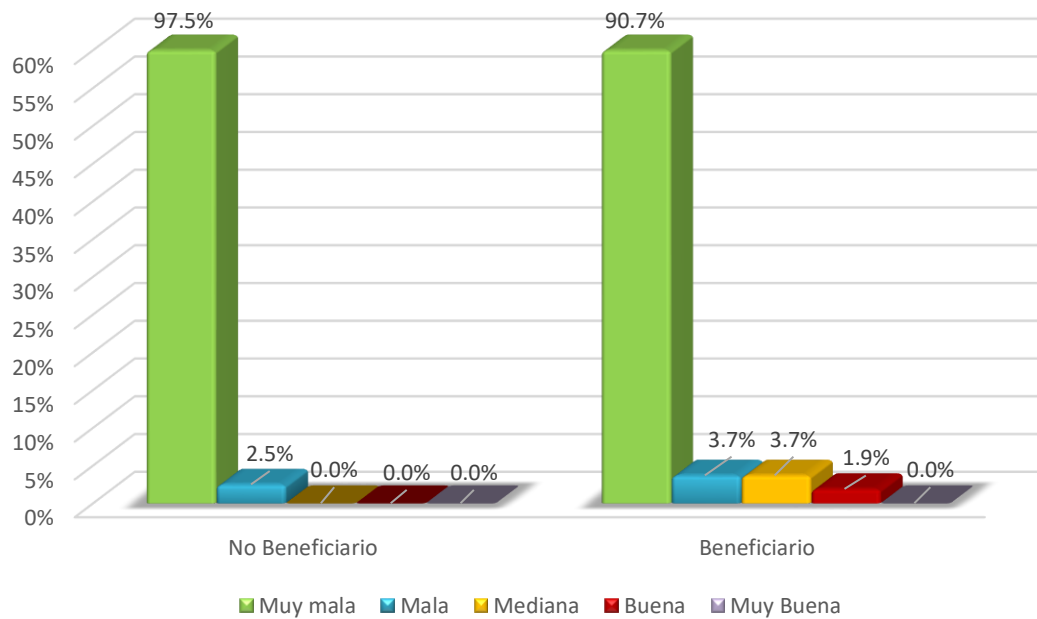
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del gráfico se aprecia que en la dimensión bienestar material tanto beneficiarios como no beneficiarios del programa pensión 65 todos se hallan en una calidad de vida muy mala.

Estos resultados no se asemejan a lo hallado por **SOLANO, D.** En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD “EL RODEO” CANTON OÑA PROVINCIA DEL AZUAY Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL” ECUADOR 2015.** Donde manifiestan que el abandono familiar les ha afectado a la calidad de vida un 28% al bienestar material.

De los resultados se analiza que tanto los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 no tienen independencia económica, por lo que viven en casas de familiares

GRÁFICO Nº 14

DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DESARROLLO PERSONAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.

FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

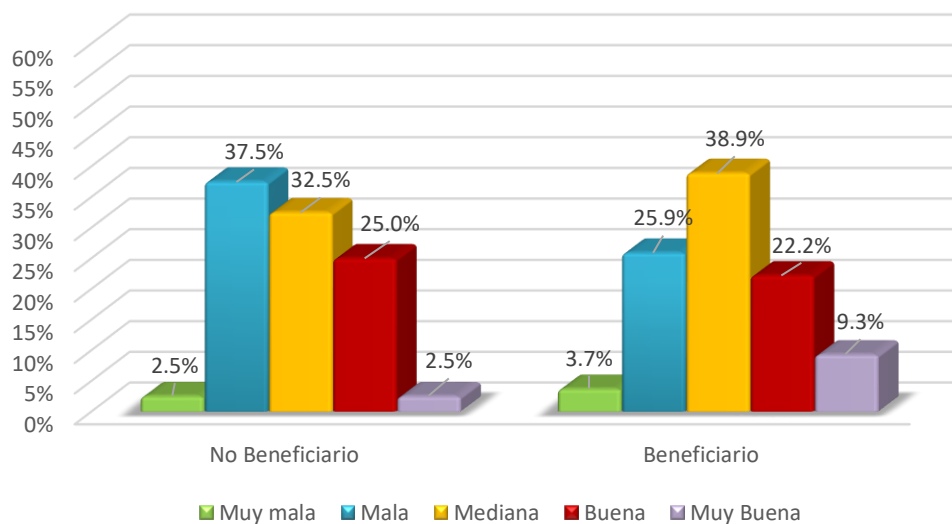
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

Del gráfico se observa en la dimensión desarrollo personal el 97.5% de no beneficiarios y 90.7% de beneficiarios tienen una muy mala calidad de vida, 3.7% de beneficiarios una mediana y 1.9% de beneficiarios tiene una buena calidad de vida.

De estos datos podemos inferir que los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 sienten tener la oportunidad de aprender aun diferentes cosas aun estar en la posibilidad de realizarse como personas.

GRÁFICO Nº 15

DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA DIMENSIÓN EN LA BIENESTAR FÍSICO DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

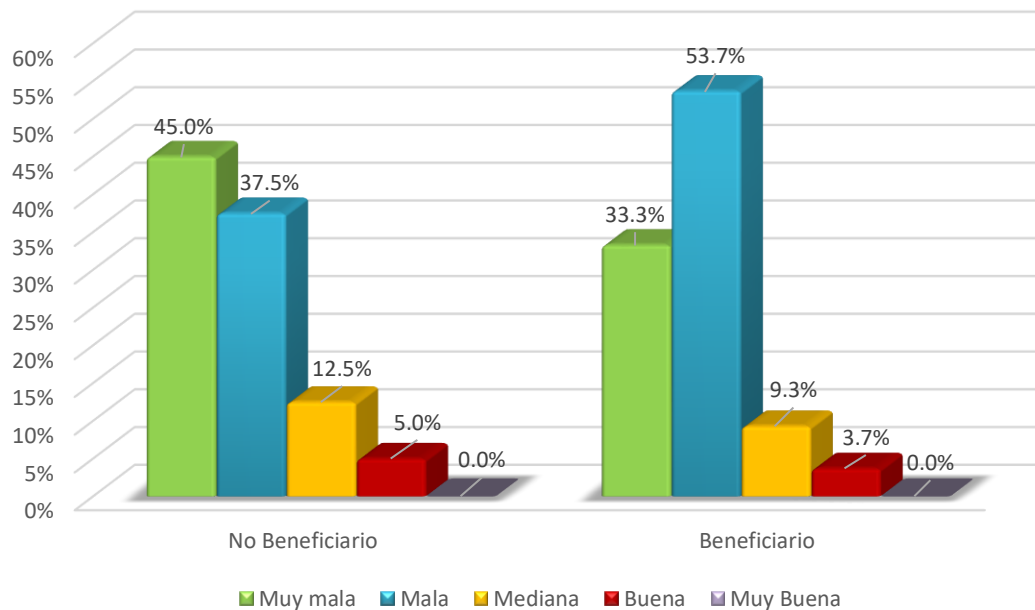
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la dimensión bienestar físico de la calidad de vida de los adultos mayores no beneficiarios del programa pensión 65, 32.5% tiene mediana calidad de vida, 25% buena, 2.5% muy buena, frente al 40% que se sitúa entre mala y muy mal, para los beneficiarios del programa pensión 65, 38.9% presenta mediana calidad de vida, 22.2% buena y 9.3% muy buena, mientras que el 29.6% se halla entre mala y muy mala.

Los resultados se asemejan con los encontrados por **PABLO, J.** En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA “POLI FUNCIONAL PALMAS REALES” UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES, CIUDAD DE LOS OLIVOS, LIMA 2016.** Donde en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular.

El adulto mayor se siente en condiciones físicas de realizar trabajos relacionados a la labor agropecuaria, actividades que realizan durante muchos años lo que podría favorecer el sentirse aún productivo.

GRÁFICO Nº 16
DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN
AUTODETERMINACIÓN DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



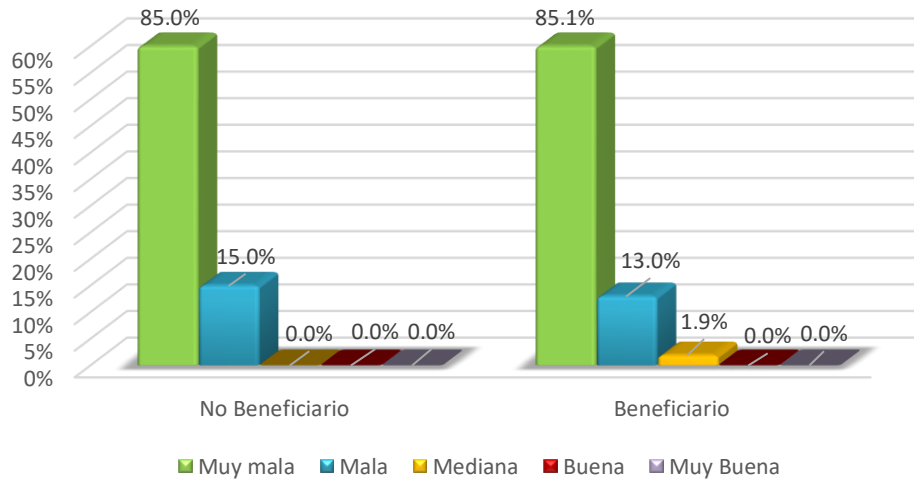
FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

En la dimensión de autodeterminación la calidad de vida de los adultos mayores no beneficiarios 12.5% tiene mediana calidad de vida, 37.5% mala, 45% muy mala, frente a 5% buena calidad de vida, mientras los beneficiarios 9.3% mediana, 53.7% mala, 33.3% muy mala, frente al 3.7% buena calidad de vida.

De estos datos podemos inferir que los adultos mayores no beneficiarios del programa pensión 65 tiene mayor aspiración por sus propios medios, mientras que los beneficiarios perdieron la autonomía, llegando a la conformidad de la subvención economía y así a la dependencia de esta.

GRÁFICO Nº 17

DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN INCLUSIÓN SOCIAL DE ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO 2019.

FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

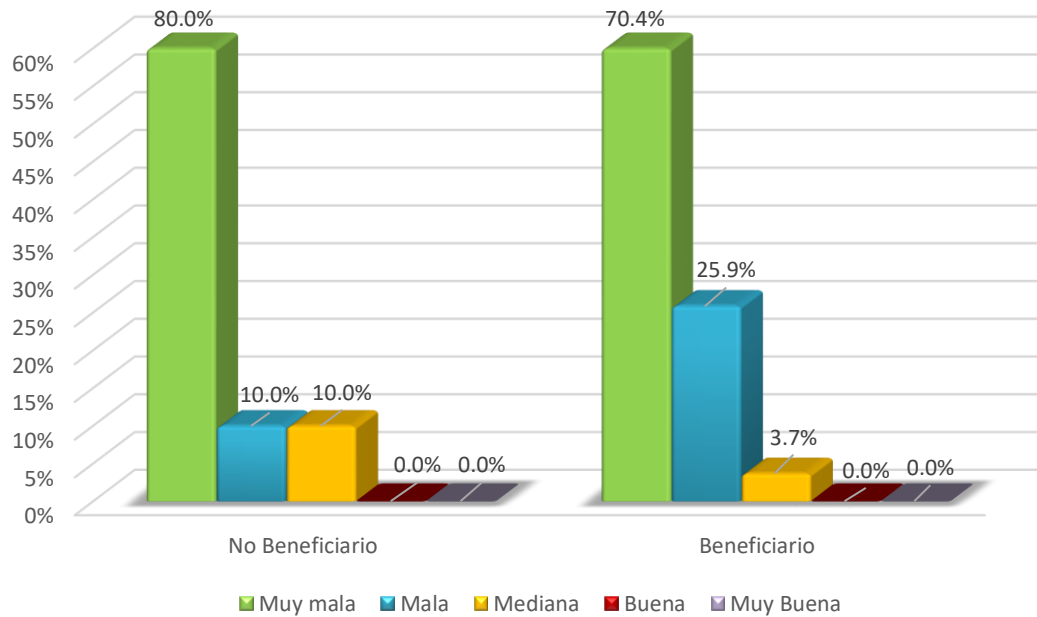
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente grafico muestra la diferencia entre los no beneficiarios y beneficiarios del programa pensión 65 el 85% y 85.2% respectivamente tienen una calidad de vida en la dimensión inclusión social muy mala, 1.9% de beneficiarios tiene una calidad de vida buena.

Los resultados se asemejan a los hallados por **HUAPAYA, C.** En la tesis: **“PROGRAMA DE TURISMO SOCIAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR” UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER, CIUDAD DE SAN VICENTE DE CAÑETE, 2016.** Donde en relación a la Inclusión social que experimenta el adulto mayor el 70,0% manifiesta un nivel inadecuado.

De los resultados inferimos que los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 se sienten excluidos de las actividades comunales, no sienten aislados de la sociedad.

GRÁFICO Nº 18

**DIFERENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN DERECHOS DE
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO BENEFICIARIOS DEL
PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO DE KCAURI, CUSCO
2019.**

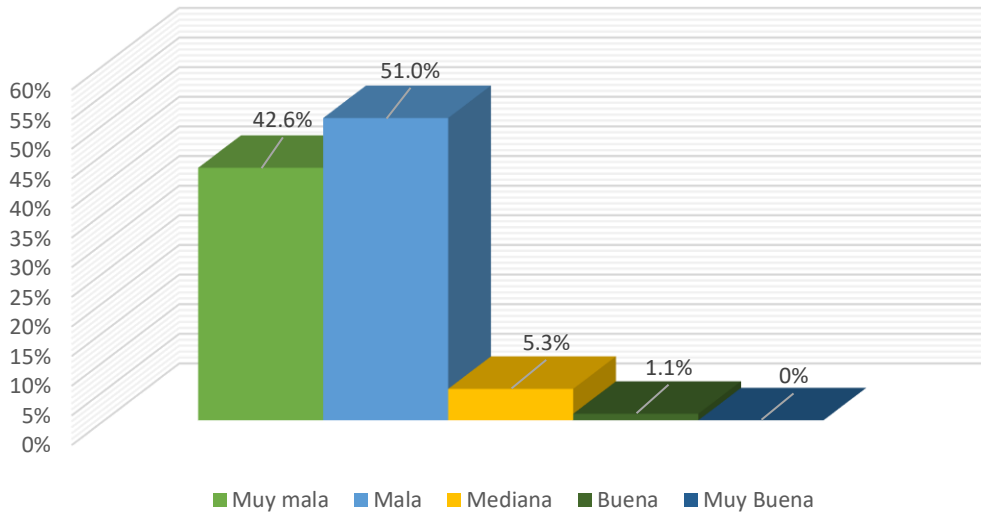
FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente grafico se puede observar que los no beneficiarios del programa pensión 65 el 80% tiene muy mala, 10% mediana calidad de vida en la dimensión de derechos, mientras que los beneficiarios el 70.4% tienen muy mala, 3.7% buena calidad de vida en la dimensión de derechos.

De estos datos podemos inferir que los adultos mayores no beneficiarios y beneficiarios del programa pensión 65 sienten que no tienen derechos igual al resto de pobladores, que desean ser respetados, el único programa que vela por los adultos mayores es el programa pensión 65.

GRÁFICO Nº 19
CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS Y NO
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA PENSIÓN 65 DEL CENTRO POBLADO
DE KCAURI, CUSCO 2019.



FUENTE: Encuesta aplicada por la investigadora

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:

El presente gráfico muestra que el 51% de los 94 adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del centro poblado de Kcauri tiene una calidad de vida mala, 1.1% tiene una calidad de vida buena.

Los resultados hallados se asemejan con los hallados por **PABLO, J.** En la tesis: **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA CASA POLI FUNCIONAL PALMAS REALES” UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES, CIUDAD DE LOS OLIVOS, LIMA 2016.** Donde el 46% de adultos mayores presentan una calidad de vida mala o baja.

Los resultados encontrados infieren que la calidad de vida indistintamente de beneficiarios y no beneficiarios es mala o muy mala, evidenciando la pobreza y extrema pobreza seguida de la falta de educación presentes en los lugares altoandinos.



CONCLUSIONES

- De los beneficiarios del programa social Pensión 65 del centro poblado de Kcauri: 56,4% tienen entre 70 a 79 años de edad, 57,4% son de sexo femenino, 66% no tiene instrucción educativa, 60,6% son viudos (as), 53,2% tienen únicamente como ingreso mensual la subvención del estado, 57,4% son beneficiarios del programa Pensión 65, 63% lleva más de dos años en el programa, 41,5% vive con su hijo (a).
- En relación a la calidad de vida de los beneficiarios de programa pensión 65: 50% tienen una mala calidad de vida, 42,6% muy mala calidad de vida, 5,5% con una mediana calidad de vida, 1,9% buena calidad de vida.
- En cuanto a las dimensiones de la escala FUMAT, relaciones personales 80% de los no beneficiarios y 80,9% beneficiarios tiene una calidad de vida muy mala, bienestar material tanto beneficiarios como no beneficiarios del programa pensión 65 tienen una calidad de vida muy mala, desarrollo personal 97,5% de no beneficiarios y 90% de beneficiarios tienen mala calidad de vida.
- La calidad de vida de los beneficiarios y no beneficiarios se encontró una diferencia de 1,9% de ancianos beneficiarios que tienen una buena calidad de vida. La calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa Pensión 65 de Kcauri después de aplicar la Escala FUMAT reveló en términos generales el 51% tiene una mala calidad de vida, 42,6% muy mala, 5,3% mediana, 1,1% buena calidad de vida.

SUGERENCIAS

A LOS REPRESENTANTES DEL PROGRAMA PENSIÓN 65:

- Se debe realizar mayor investigación a niveles cualitativos y de mayor profundidad acerca del impacto y las falencias del programa de subvención Pensión 65, para lograr subsanar esta problemática a través de medidas educativas, de salud, entre otras que vayan de la mano con las instituciones públicas pertinentes.
- Se sugiere ampliar el programa Pensión 65 de tal forma que no sólo signifique un programa de subvención si no que incorpore espacios donde se revaloren al adulto mayor cultural y socialmente, con respeto, dignidad y reconociendo su papel ancestral, además de hacer valer sus derechos como ser humano y ciudadano peruano estipulados en la Constitución Política del Perú.
- Se sugiere a los representantes del programa reevaluar el alcance del programa social para considerar a los adultos mayores que aún no cuentan con el beneficio apoyándose también en la información del MINSA y los datos que se manejan de la calidad de vida de dichos adultos mayores.

A LAS MUNICIPALIDADES Y GOBIERNO REGIONAL:

- Implementar los centros integrales de atención para adultos mayores en zonas rurales para que se puede ofrecer diversos servicios y programas a favor de los mismos, razón a la realidad local y conociendo las principales características y necesidades.

A LOS ADULTOS MAYORES:

- Se encarga que asistan en forma perene a los establecimientos de salud para la consulta médica de rutina que permita identificar oportunamente de enfermedades o complicaciones propia de la edad y se puede ofrecer el tratamiento adecuado para mantener un buen estado de salud y mejorar su calidad de vida.



A LOS FAMILIARES:

- Se encomienda involucrarse en el cuidado de los adultos mayores por sus necesidades físicas y emocionales y puedan tener una buena calidad de vida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Axa Health Keeper. La definición de salud según la OMS. [Internet]. Axa 2014 [Consulta 20/06/2018]. Disponible en: <https://www.axahealthkeeper.com/blog/la-definicion-de-salud-segun-la-oms-infografia/>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. OMS 2018 [Consulta 25/06/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. OMS 2018 [Consulta 25/06/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento. [Internet]. ONU 2018 [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Informe Técnico N°2 Junio 2018 [Consulta 17/07/2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
6. Pensión 65. Padrón de usuarios [Internet]. Resolución Directoral N°070-2018 MIDIS 12 junio 2018. [Consulta 17/07/2018]. Disponible en: <http://www.pension65.gob.pe/nuestros-usuarios/padron-de-usuario/>
7. García, F. “Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca” México 2014. [Tesis de Grado]. [Toluca]. Universidad Autónoma del estado de México 2014 [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>
8. Rodríguez, Mc. y otros “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces” Ciudad de Habana, Cuba, 2015.



- Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006
9. Solano, D. "Calidad de Vida de los Adultos Mayores de la Comunidad "El Rodeo" Canton Oña Provincia del Azuay y la Intervención Del Trabajador Social" Ecuador 2015.
10. Merellano, E. Condición física, independencia funcional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores chilenos. Chile 2017. [Tesis Doctoral]. [Chile]. Universidad de Extremadura 2017 [Consulta 25/07/2018]. Disponible en:
http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6116/TDUEX_2017_Merellano_Navarro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Pablo, J. "Calidad de vida del adulto mayor de la casa "Poli funcional Palmas Reales" universidad San Martin de Porres, ciudad de Los Olivos, Lima 2016, disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2276>
12. Huapaya, C. "Programa de turismo social para mejorar la calidad de vida del adulto mayor" Universidad Privada Norbert Wiener, ciudad de San Vicente de Cañete, 2016. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/487/TESIS%20HUAPAYA%20CESAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Fernández, J. y otros "Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú de octubre del año 2014 a enero de 2016. Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551/2578>
14. Espinoza, E. "Conductas de participación y calidad de vida de los adultos mayores en la jurisdicción del Centro de Salud Laura Caller Ibérico 2016" Universidad Cesar Vallejo, ciudad de los Olivos, Lima 2017. Disponible en
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8596/Espinoza_CEE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Mazacón, B. Calidad De Vida Del Adulto Mayor En Una Comunidad Del Cantón Ventanas – Los Ríos Intervenido Con El Modelo De Atención



- Integral De Salud” Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Ciudad De Lima, 2017.
16. Lazo V. Efectos del Programa Pensión 65, en la Calidad de Vida de los Beneficiarios de Santo Tomas, Chumbivilcas - Cusco, 2012 – 2014. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa – Perú 2015.
 17. Verdugo, M., Gómez L., Arias, B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT. Salamanca, 2009.
 18. Sánchez López MC, Parra Martínez J, Rosa Alcázar AI. El bienestar subjetivo, su relación con la Salud e incidencias en la educación. Revista de Investigación Educativa 2003; 21(2):387-401
 19. Organización Panamericana de la Salud. Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México. Washington, D.C: OPS, © 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 608)
 20. Newman AB, Haggerty CL, Kritchevsky SB, Nevitt MC, Simonsick EM; Health ABC Collaborative Research Group. Walking performance and cardiovascular response: associations with age and morbidity—the Health, Aging and Body Composition Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003;58(8):715-20.
 21. Ministerio de Salud. Organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. . [Internet]. Lima, Perú. 2015 [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3271.pdf>
 22. Olivera, O.; Clausen, J. Las características del adulto mayor y las políticas de protección social. [Internet]. Economía Vol. XXXVII, N° 73, semestre enero-junio 2014, pp. 75-113 [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: file:///C:/Users/USER44/Downloads/olivera_clausen_2014_las_caracter%C3%ADsticas_del_adult.pdf
 23. Kirkwood, TB. A systematic look at an old problem. En: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra. Suiza. Ed OMS 2015 [Consulta 25/06/2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_



- spa.pdf;jsessionid=D77C68CC10120DBD8F09E944AEFC511E?sequence=1
24. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra. Suiza. Ed OMS 2015 p75. [Consulta 19/07/2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=25C7EE0AF119E3C26C27562EA517B12F?sequence=1
25. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud 1948. [Internet]. [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
26. Alcántara, G. La definición de la Organización Mundial de la salud y la interdisciplinariedad. [Internet]. Sapiens Rev Universitaria de Investigación vol. 9, núm. 1, junio 2008. [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
27. Castellanos, P. Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad. En: Alcántara, G. La definición de la Organización Mundial de la salud y la interdisciplinariedad. [Internet]. Sapiens Rev Universitaria de Investigación vol. 9, núm. 1, junio 2008. [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
28. Salud México. Desempeño del estado de salud: Percepción del estado de salud. [Internet]. México 2002. [Consulta 20/07/2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>
29. Organización para la Cooperación y el desarrollo económicos (OCDE). Panorama de la salud 2007: los indicadores de la OCDE. [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y política social. España 2007. [Consulta 23/07/2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=eXQDyXuzx1cC&pg=PA4>
30. Martos, MJ.; Pozo, C.; Alonso, M. Enfermedades crónicas y adherencia terapéutica relevancia del apoyo social. [Internet]. Almería. Ed Universidad de Almería 2010 [Consulta 25/07/2018]. Disponible en:



- https://books.google.com.pe/books?id=7Wz_TDkk1AAC&pg=PA11&dq=estado+de+salud+percibido&hl
31. Hernández, M.; Sastre, A. Tratado de Nutrición. [Internet]. Madrid. Ed Díaz de santos 1999 [Consulta 24/07/2018]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=SQLNJOsZClwC&pg=PA601&dq=es>
 32. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú. 2013 [Consulta 21/07/2018]. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf
 33. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional Fondo de Asistencia Solidaria Pensión 65. [Internet]. Informe 236-2017. [Consulta 19/07/2018]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/5_1_PROGRAMA_NACIONAL_DE_ASISTENCIA_SOLIDARIA_PENSION_65.pdf