



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Tesis

**Calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas
atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR

BACH. Sánchez Díaz, Lourdes Del Carmen Alejandra

ASESORA

Mg. María Elena Pisfil Becerra

(ORCID: 0000-0001-8588-9299)

LINEA DE INVESTIGACION

SALUD INTEGRAL HUMANA

CHICLAYO, Perú, 2021.

Dedicatoria

A Dios, por su bendita misericordia y sin el nada hubiera sido posible.

A mis padres, que en todo momento son mi guía y me apoyan en cada decisión, a ustedes padres porque son el motivo para superarme.

Agradecimiento

Quiero agradecer primero a Dios porque me dio el don de la perseverancia para alcanzar mi meta.

A mis padres por estar siempre apoyándome y no dejarme sola en este largo camino.

Gracias

Índice de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Índice de abreviaturas	vii
Resumen	viii
Abstrac	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. DESARROLLO	14
III. METODOLOGÍA.....	27
3.1. Tipo de investigación	27
3.2. Diseño de investigación	27
3.3. Variables	27
3.4. Población y muestra de estudio	30
3.5. Técnicas, instrumentos, fuentes e informantes	30
3.6. Procedimiento de recolección de datos	31
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	32
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
VI. CONCLUSIONES.....	45
VII. RECOMENDACIONES	46
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51

Índice de tablas

Tabla 1. Características de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020	34
Tabla 2. Distribución de las enfermedades crónicas en adultos mayores atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020	35
Tabla 3. Distribución de la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020.	36
Tabla 4. Distribución de la función física de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	37
Tabla 5. Distribución del rol físico de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe.....	38
Tabla 6. Distribución del dolor corporal de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	39
Tabla 7. Salud general de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	40
Tabla 8. Evaluación de la vitalidad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe.....	41
Tabla 9. Evaluación de la función social de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	42

Índice de figuras

Figura 1. Distribución de las enfermedades crónicas en adultos mayores atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020	35
Figura 2. Distribución de la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020	36
Figura 3. Distribución de la función física de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	37
Figura 4. Distribución del rol físico de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	38
Figura 5. Distribución del dolor corporal de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	39
Figura 6. Salud general de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe.....	40
Figura 7. Evaluación de la vitalidad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	41
Figura 8. Evaluación de la función social de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe	42

Índice de abreviaturas

AM: Adulto mayor

CIEAP: Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población

ECV: Enfermedad cardiovascular

ERC: Enfermedad renal crónica

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

Resumen

Los adultos mayores son más propensos a enfermedades crónicas no transmisibles afectando su calidad de vida. Con el objetivo determinar la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020. Con un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño no experimental de tipo trasversal descriptivo, la población y muestra lo conformaron 60 adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Referencial Ferreñafe, como técnica se utilizó la encuesta y el instrumento el cuestionario SF-36. El mayor predominio del rango de edad fue de 60 a 68 años (50%), con una edad promedio de 70,5 años. Un 65% fueron del sexo femenino y el 35% del sexo masculino, en su mayoría con grado de instrucción primaria (50%), la calidad de vida fue percibida como regular en el 50%, el 50% con muy buena función física, con mala calidad en el rol físico (70%), el 50% con mala salud general, con regular vitalidad (45%) y buena función social (50%). Concluyendo que los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe cuentan con una regular calidad de vida. Siendo inadecuado el rol físico y la salud general.

Palabras claves: Calidad de vida, adulto mayor, enfermedades crónicas no trasmisibles

Abstrac

Older adults are more prone to chronic non-communicable diseases affecting their quality of life. The objective of this study was to determine the quality of life of older adults with chronic diseases treated at the Hospital Referencial de Ferreñafe 2020. With a quantitative study, descriptive type, non-experimental design of descriptive cross-sectional type, the population and sample consisted of 60 older adults with chronic diseases of the Hospital Referencial Ferreñafe, the technique used was the survey and the instrument was the SF-36 questionnaire. The age range was predominantly between 60 and 68 years (50%), with an average age of 70.5 years. The quality of life was perceived as regular in 50%, 50% with very good physical function, with poor quality in the physical role (70%), 50% with poor general health, with regular vitality (45%) and good social function (50%). The conclusion is that older adults with chronic diseases treated at the Referral Hospital of Ferreñafe have a regular quality of life. The physical role and general health were inadequate.

Keywords: Quality of life, elderly, chronic non-communicable diseases.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una persona mayor de 60 años es un adulto mayor. El grupo poblacional de adultos mayores (AM) en todo el mundo se ha incrementado este grupo poblacional de manera acelerada con datos del 12% en el 2015 y se proyecta que la cifra se duplicará al 2050 (1). Las causas del acelerado aumento del envejecimiento van de la mano con el desarrollo económico y social de un país. En países desarrollados para el 2050 se espera que la población de adultos mayores de 60 años dupliquen al grupo poblacional de los menores de 15 años; en cambio en las regiones subdesarrolladas pasará de un 8% de 1990 a 22% al 2050 (2). Por otro lado, con el envejecimiento se produce una pérdida progresiva de capacidades físicas y cognitivas, con el cual se incrementa la cantidad de personas frágiles con más riesgo a enfermarse (3).

La enfermedad cardiovascular sigue siendo la causa más común de muerte entre los adultos mayores, destacan la cardiopatía isquémica crónica, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia. También la hipertensión, la diabetes mellitus (4). En los países de altos ingresos, Se ha informado de que las principales enfermedades crónicas son la hipertensión, el colesterol alto, la artritis, la diabetes, las enfermedades cardíacas, el cáncer y la demencia (5). En Estados Unidos, seis de cada diez adultos tienen una enfermedad crónica y cuatro de cada diez adultos tienen dos o más, mientras que Suecia informa múltiples enfermedades crónicas del 56,3% (6).

En Cuba existen diversos estudios acerca de calidad de vida en la población mayor de 60 años donde se utilizan instrumento de medición de la calidad de vida consiguiendo datos de una percepción de calidad de vida menor en los que no cuentan con seguro de salud, en comparación a quienes tienen seguro. En Colombia se utilizó un instrumento denominado índice multicultural de calidad de vida (QLI- sp) demostró que la ocupación y el estado psicológico y emocional son las dimensiones más afectadas al momento de determinar la calidad de vida (7).

En América Latina y el Caribe la población de 60 años a más tiene un crecimiento sostenido. Por los cambios en las estructuras demográficas pasando de 41 millones en el 2000 a 57 millones en el 2025 y 86 millones de personas para el 2050. Los países de mayor población de la región (México y Brasil, también Colombia, Venezuela, Argentina y Perú) representan la mayor concentración del crecimiento desde los pronósticos del 2025 (8).

En el Perú, según cifras al 2015 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), manifestó que el 10% de la población tienen más de 60 años, presentándose una mayor tasa de crecimiento en los mayores de 80 años, se espera que sus cifras de este grupo poblacional alcancen para el 2025 porcentajes entre el 12 al 13% de la población total (9). Por su parte, el Ministerio de Salud (Minsa) en base a las cifras del INEI manifiestan que el 82.3% y 72,9% de las mujeres y hombres adultos mayores tiene enfermedades crónicas (10).

Los adultos mayores están más vulnerables a problemas en su salud física y mental, porque las dolencias afectan en su bienestar. Por el acrecentamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y que se complican por la calidad de la prestación de los servicios de salud y la reducción de la participación en un rol social y económico. Añadiendo al sedentarismo se incrementa la morbi-mortalidad de esta agrupación (11).

Cuando se aborda la calidad de vida se refiere a la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Por otro lado, la calidad de vida se ve influenciada y modificada por varios factores como las condiciones de salud física y condiciones (11). Son escasos los estudios de calidad de vida en adultos mayores y más con enfermedades crónicas (12).

En la región Lambayeque los adultos mayores representan el 10,6% al 2015 y Ferreñafe son un total de 10 734 adultos mayores (13). En la actualidad, en el

Hospital Referencial de Ferreñafe, existe un porcentaje considerable de casos de enfermedades crónicas en adultos mayores, incorporándose estrategias sanitarias para mantener la calidad de vida de estos adultos mayores. Ante la enorme carga de morbilidad por enfermedades crónicas, su repercusión directa en el estado de salud y la necesidad de establecer el impacto de esta enfermedad en el bienestar de los enfermos se hace necesario evaluar la calidad de vida de los adultos mayores.

De lo antes indicado se formula el problema de investigación ¿Cómo es la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020?

La sociedad en la actualidad ha sufrido grandes cambios en los aspectos sociodemográficos, donde las tasas de envejecimiento. Sumado a la reducción de las tasas de fertilidad, de esta forma las tasas de envejecimiento se han disparado, cabe indicar que envejecer se refiere a un proceso multicausal con una pérdida constante de las funciones. Por parte del aspecto clínico se comprende al envejecimiento como el inicio de las complicaciones de salud. Porque está demostrado la relación directa entre las enfermedades y el envejecimiento por la pérdida y evolución del proceso de mismo envejecimiento.

El presente estudio, reconoce la importancia y relevancia de la calidad a través de la promoción de la salud y de la intervención educativa de salud en los adultos mayores, quienes necesitan de mejores cuidados, para que se asegure una calidad de vida y un buen proceso de envejecimiento. Además, las tasas de envejecimiento se han incrementado y han una necesidad de su abordaje; y se cuenta con personal más capacitado, y con gran empatía para atender y ayudar a los adultos mayores. Hoy en día, es de gran importancia la etapa del adulto mayor y la preocupación por su estado de salud, lo cual nos lleva a evaluar la calidad de vida que permiten contribuir a la salud pública y replantear estrategias para el mejoramiento.

El aporte teórico del estudio se sustenta en un mejor conocimiento sobre la problemática de la calidad de vida que atraviesan los adultos mayores, el cual puede ser de gran ayuda para estrategias de mejoras, desde el punto de vista metodológico se convierte en un referente para futuras investigaciones que puede servir para la discusión y comparación en otros estudios, así como para realizar otros niveles de investigación de acuerdo a las limitaciones del presente estudio. En su aporte social favorece a los adultos mayores porque sirve para que las autoridades cuenten con mejoras políticas públicas para este grupo poblacional.

El objetivo general del estudio comprende determinar la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020.

Los objetivos específicos fueron: a) Determinar la función física de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe, b) establecer el rol físico de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe, c) Conocer el dolor corporal de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe, d) Describir la salud general de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe, d) Especificar la vitalidad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe y e) Establecer la función social de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

II. DESARROLLO

Internacional

Jiménez A et al. Cuba, 2019. Analizaron sobre la percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, a través de un estudio de educación participativa en 37 adultos mayores, aplicando el cuestionario WHOQOL-BREF, entre los resultados el 75.68 % fueron mujeres, para el 67,6% la calidad de vida fue calificada como deficiente, obteniendo el mejor puntaje en la satisfacción con su salud (75.68 %). Alta dependencia a la medicación que incide en la percepción de la calidad de vida. Concluyendo que existe una necesidad de mejorar la calidad de vida en adultos mayores que sufren enfermedades crónicas(14).

Koreshi SY y Alpass F, Nueva Zelanda (2019) determinaron los predictores de la capacidad laboral y la calidad de vida en una población de neozelandeses trabajadores mayores con y sin diagnóstico de artritis. Mediante un estudio transversal, en 1154 personas (n=696 con artritis y una muestra emparejada de n=458 sin artritis). Los resultados indican que los adultos mayores diagnosticados con artritis informaron niveles más bajos de capacidad para trabajar y una peor calidad de vida en comparación con los adultos mayores sin artritis. El dolor y la fatiga se asociaron con peores resultados para todos los participantes. En conclusión una población que envejece dará lugar a un aumento de los trabajadores mayores en la población activa. Las enfermedades crónicas relacionadas con la edad, como la artritis, pueden afectar la capacidad de los trabajadores mayores para continuar trabajando y disfrutar de una buena calidad de vida (15).

Ladeira J, et al. Brazil (2018) en su estudio “Envejecimiento y calidad de vida de las personas mayores en el medio rural”, tiene como objetivo Evaluar la calidad de vida y salud de los adultos mayores en áreas rurales del centro-oeste del estado de Minas Gerais. A través de un estudio transversal, el tamaño de la muestra es de 182 ancianos. Los resultados indican relación con la calidad de vida “satisfactoria”- bivalente: edad por 69 años (61.6%), casados 61.7%),

viviendo por 54 años en áreas rurales (68%), sin apoyo económico (59,5%), conviviendo con otra persona (61%), no fumador (60%), presentando buena salud (76,7%), satisfecho con la vida (69,6%). Concluyen que las personas mayores del medio rural presentan buena calidad de vida / salud en el aspecto cognitivo, acceso a servicios, bienes, hábitos, pero la conciencia debe ser constante debido a su debilidad (16).

Valarezo (2017) investigó sobre “Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015”. Para establecer si el Programa ESAVIDAM en el estado de salud se asocia con la calidad de vida del adulto mayor con un estudio de tipo de investigación cuasi experimental. En un total de 140 adultos mayores. Utilizó la escala de Vida WHOQOL-BREF. El 60% tuvieron una actividad física baja, salud psicológica baja (86,7%). Afirmó que estrategia educativa no logró mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, sino más bien se requiere una mejor evaluación de la calidad de vida de los factores asociados(17).

Soria Z (2016) en México, en su trabajo de investigación titulada “Envejecimiento y Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores en el estado de México”. Con el objetivo de establecer la calidad de vida y sus factores asociados con un estudio correlacional en 2434 pacientes de una base de datos el 42,6% presentaron una calidad de vida alta y muy alta, el 90% goza de una salud de vida regular. Concluyeron que los adultos mayores presentaron niveles de calidad de vida alta y muy alta alizar alguna actividad de la vida diaria sobre la calidad de vida del adulto mayor (18).

Saldise A (2015) en el estudio sobre “Calidad de vida y Envejecimiento activo”. Analizó la calidad de vida de las personas mayores considerando un ámbito multidimensional, con una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo. Consideró una muestra de 114 personas mayores de 60 años de Pamplona que residen en apartamentos tutelados y en residencias. Encontró que la calidad de vida difiere según la edad (0,042), Concluyó que la calidad de vida de personas

mayores depende de tres componentes especiales como la autonomía, la integración social y la repercusión del contexto (19).

A nivel nacional

Queirolo S, et al, Lima (2020) en su estudio Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima. Tiene como objetivo analizar la calidad de vida con cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD en 300 adultos mayores de 65 años. Los resultados mostraron un 57,7% fueron hombres. El 45% de los adultos mayores tuvieron una calidad de vida regular. Concluyendo que la calidad de vida WHOQOL-OLD es un instrumento muy adecuado para evaluar la calidad de vida (20).

Herrera J., Oblitas A. (2017) en el estudio calidad de vida del adulto mayor hipertenso con el objetivo de determinar la Calidad de Vida, según características sociodemográficas del adulto mayor, con un estudio transversal, con una muestra de 120 adultos mayores con hipertensión arterial utilizaron la escala “Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial” (MINICHAL), el 77,5% de los participantes tuvieron una mejor calidad de vida. El 88,3 y 84,2% tuvieron estado de ánimo y manifestaciones somáticas en un nivel mejor. Concluyendo que la mejor calidad de vida del adulto mayor hipertenso fue más destacado en el sexo femenino, así como en los de 60 a 74 años, de procedencia urbana, ser casados o convivientes, con nivel de instrucción secundaria o superior, asimismo se demostró que la calidad de vida logra ser mayor en aquellos que tienen acceso a los servicios de salud (21).

Mejía C, et al (2016) en su estudio “Actividad física y su asociación con enfermedades crónicas en adultos mayores en 11 ciudades del Perú”, buscaron establecer la actividad física y como se asocia con enfermedades crónicas en adultos mayores en un total 11 ciudades del Perú. Mediante un estudio transversal donde utilizó base de datos de 1030 ancianos, de acuerdo a los resultados, el 68% no realizaba actividad física. Las personas con enfermedad cardíaca crónica tenían frecuencias más altas de no actividad física, En

conclusión no realizar actividad física se asoció con padecer alguna enfermedad cardíaca, edad avanzada y circunferencia de la cintura. Necesitamos considerar estos resultados del estudio para promover la actividad física en esta población (22).

Regional

Espinoza Y, Lambayeque (2018) en su estudio “conocimiento y calidad de vida sobre enfermedad renal crónica (ERC) en adultos maduros de 50 -59 años del hospital regional Lambayeque”, con el objetivo de determinar la relación entre conocimiento y la calidad de vida, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, en una muestra de 51 pacientes con Enfermedad Renal Crónica, el 66,7% son del sexo femenino, en un nivel de calidad alta destacó la Salud Física, (37,3%), en un nivel medio la dimensión Relaciones interpersonales (37,3%), en un nivel bajo fueron Independencia para realizar actividades (39,2%). El 49% de los pacientes con ERC, presentaron una calidad de vida baja. Concluyendo que no hay relación del nivel de conocimientos sobre ERC y la calidad de vida por las dimensiones pero si con la calidad de vida Global (23).

Vargas L y Villalobos F, Lambayeque (2021) en su estudio “Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico de un Pueblo Joven, Lambayeque-2019” tiene como objetivo analizar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores, a través de un estudio cualitativo, que consistió en el análisis de 10 casos de adultos mayores con dolor crónico, mediante entrevistas. De la revisión se obtuvo cuatro categorías importantes; obteniendo el entorno social, físico, ambiental y psicológico. Concluyendo que de manera continua y prolongada el adulto mayor llega a tener problemas para desplazarse, realizar actividades cotidianas, con más inestabilidad emocional y psicológica y con menos satisfacción con su vida, así como se siente como una carga para su familia, que pierden independencia, incluso sienten que pierden vida social a nivel de amigos y en la familia porque ya o pueden participar en las reuniones familiares (24).

El estudio tiene como sustento a la teoría del autocuidado, Teoría del autocuidado De Dorothea Orem establece que el déficit de autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar, por lo tanto, el déficit de autocuidado descrito por Orem se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente. Por lo tanto, el rol de enfermería realiza una serie de acciones de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los mismos (25).

La OMS considera adulto mayor a aquellas personas que alcanzan la edad de 60 años, se considera como la última etapa en la vida del hombre. También se caracteriza por las modificaciones de la vida cotidiana en sus componente física, funcional, económica, fisiológicos, morfológicos y psicológicos del ser humano a través del tiempo, estas variaciones generan más probabilidad de tener complicaciones en su salud (26). Se asumen que las personas logran un estado de salud como consecuencia de los hábitos que han asumido a lo largo de su vida, cabe indica que el envejecimiento es un proceso natural que se puede observar una serie de cambios funcionales y estructurales.

El envejecimiento si se apoya en los grandes avances médicos y los hábitos saludables como la alimentación, actividad física se puede tener una mejor expectativa de vida. Pero hay datos importantes que muestran ciertos rasgos diferenciales; donde las mujeres tienen un promedio de 7 años más de vida que los hombres. A pesar que no hay un fundamento claro se cree que está relacionado a diferencias hormonales, estructura genética, exposición al estrés y conductas relacionadas a la salud. (27) El envejecer es un proceso donde disminuyen las funciones orgánicas, psicológicas y cognitivas, siendo diferente

para cada persona, requiriendo mayor atención por parte del personal de salud algunos adultos mayores.

El envejecimiento puede dividirse en dos tipos: El envejecimiento primario y el envejecimiento secundario. El primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que se da a lo largo de toda la vida, de manera inevitable. El secundario es resultado de enfermedades, abusos, alimentación inadecuada, estrés e inactividad física, así como otros factores en la vida de la persona que de cierta forma se pueden controlar y prevenir. Sin embargo, el envejecimiento, significa un conjunto de cambios físicos y cognitivos significativos para la vida de la persona. Se atribuyen dos enfoques del envejecimiento: uno el de la salud y el otro del enfoque social. El primero, comprende posibilidades de un envejecimiento normal, que se caracteriza por ser exitoso, patológico, terciario, activo, ideal, habitual o envejecimiento psíquico o mental; mientras el enfoque social comprende una definición basada en lo subjetivo, social y cronológico. (28)

En otras palabras, al plantear la meta de una estrategia de salud pública considerando al envejecimiento, la OMS establece que el envejecimiento de seguir el curso de la vida y en perspectivas funcionales. En donde el objetivo consiste en fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos asociados con la salud y de la persona de hacer lo importante para su vida. (28) Por lo tanto, al abordar la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona.

El entorno en el que se desarrolla un adulto mayor comprende a los aspectos externos, que son parte de la vida de la persona, además también forman parte del nivel macro que implica al hogar, comunidad y sociedad, todos estos de cierto

modo influyen en las relaciones del adulto mayor, incluso hasta las políticas públicas, de salud. Porque están son las que brindan el servicio, es así que el fin es asegurar el bienestar del adulto mayor en todos sus ámbitos para que se logre la satisfacción, la felicidad y la realización deseada de la persona cuando llega a su vejez. (29)

El envejecimiento saludable se origina a causa de los inicios de la herencia genética. Pero con el tiempo los genes pueden ser alterados por la vida intrauterina, el entorno y los hábitos que se llevan posterior al nacimiento. Porque depende del ambiente social, de las características fijas, del sexo, raza, y de ciertas normas sociales, la riqueza, educación y ocupación. (29)

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. En 2012, el 60% de los adultos mayores manejó 2 o más afecciones crónicas (30).

Aunque hay pocos estudios al respecto, para las personas mayores es importante seguir realizando su: rol o identidad, mantener su círculo de relaciones, mantener autonomía (independencia y toma de decisiones), disfrutar, crecimiento personal, sentirse seguro. También resulta que la capacidad funcional es necesario para que una persona logre estos fines, que examina los efectos más amplios de los entornos que habita la persona mayor. Se trata de capacidad para: Tener movilidad, crear y mantener relaciones, satisfacer sus necesidades básicas, aprender, crecer y tomar decisiones, y contribuir. (31)

Dimensiones en el adulto mayor (31)

Dimensión biológica: comprende los cambios anatómicos y fisiológicos que reducen la reserva fisiológica y la capacidad funcional, generando una disminución de la reserva homeostática como la característica más resaltante del

envejecimiento. Según de lo biológico los cambios se debe a tres perspectivas: molecular, celular y sistémica, esto significa la pérdida celular, declinación fisiológica y pérdida de la vida. Por otro lado, cada órgano o sistema envejece de manera particular y diferente. Conforme aparece el envejecimiento la piel se empieza a perder grosor y elasticidad esto le da un aspecto arrugado y flácido a la piel de la cara, el cuello y los brazos. El cabello cambia a gris o blanco porque se produce una reducción del número de melanocitos funcionales y se produce el cambio del pelo pigmentado por otro no pigmentado.

Reducción de las papilas gustativas apareciendo la hipogeusia o pérdida de la capacidad de degustar a partir los 70 años. También disminuye la función salival, y se presenta una excesiva sequedad de la mucosa bucal. Problema por la disminución de la agudeza visual generando dificultad para leer y discriminar los colores y atrofia de las glándulas lagrimales teniendo ojos más rojos. El envejecimiento también genera una perdida gradual de la audición bilateral en especial entre los 50 y los 60 años

Dimensión psicológica: La tarea general en la vejez de acuerdo a Havighurst será la adaptación a un cuerpo que se deteriora, y las pérdidas, como la pérdida de la pareja y cambiar por contactos sociales como los hijos, familiares o amigos. También la jubilación y una disminución de los recursos económicos. Los procesos pero si se genera mayor tiempo para las actividades de ocio o el ajuste de las disposiciones financieras. Que exige una gran flexibilidad en los cambios de roles a desempeñar. Se logra con una mayor interacción social, así como con el rol de abuelo.

Dimensión social: A medida que el envejecimiento aumenta; también disminuye las relaciones sociales, por la jubilación; ya que el trabajo es una fuente de interacción social, así como la presencia de enfermedad impide que los adultos

mayores salgan. Incluso por decisión propia los adultos mayores suelen preferir redes sociales cortas. Cabe indicar que esta etapa los contactos sociales son más importante que los adultos mayores lo tengan.

Dimensión Espiritual: Es de suma importancia en el adulto mayor ya que durante esta etapa, existen circunstancias en que la persona se encierra en sí misma, generando sentimiento de miedo y desconfianza. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores, esto se manifiesta ya que el adulto mayor se encuentra en la etapa de la integridad versus desespero-sabiduría, por tanto, la enfermera debe de crear una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar su necesidad espiritual.

Dimensión físico

Por otro lado, las características estructurales y físicas del entorno, de hecho, afectan la conducta al caminar. Sin embargo, los espacios al aire libre no necesariamente presentan facilitadores o barreras, sino que brindan más o menos oportunidades para actividades basadas también en las características del individuo. Las perspectivas experienciales sobre la marcha han ganado interés y las perspectivas de los individuos sobre los determinantes sociales y estructurales de las actividades físicas se han investigado cada vez más; a pesar de estos avances, las dimensiones cognitivas y perceptivas de las preferencias de los espacios al aire libre para caminar son poco conocidas, particularmente en las personas mayores. Aclarar las dimensiones cognitivas y perceptivas de la usabilidad es fundamental para comprender los hábitos de actividad física, como caminar. Investigaciones emergentes han demostrado que el entorno construido influye en el procesamiento mental y de percepción, que a su vez afecta el comportamiento. Además, vulnerabilidad sensorial o cognitiva en la vejez se asocia con una conducta alterada al caminar (30).

Enfermedades crónico-degenerativas

Se denomina enfermedad crónica a las manifestaciones de larga permanencia y en su mayoría de progresión lenta. No se tiene consenso sobre qué plazo, una enfermedad pasa a hacer crónica; pero por término medio, toda enfermedad que supere un periodo mayor de seis meses, es considerada en esta denominación. Por el contrario, una enfermedad degenerativa es una afección en la función y/o la estructura de los tejidos u órganos comprometidos; o bien, en los mecanismos de regeneración que no se deban fundamentalmente a factores psicosomáticos o físicos externos, que provocan una deficiencia en la regeneración o un incremento desregulado en la regeneración y que se agrava con el pasar del tiempo. (32)

Así encontramos principalmente la Obesidad y enfermedades cardiovasculares principalmente la Hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico. Múltiples tipos de neoplasias, así como problemas articulares y de tejidos blandos. (7)

Diabetes Mellitus es definida por la OMS como una enfermedad crónica causada por factores genéticos y/o deficiencia en la secreción de la insulina a nivel del páncreas; o por la resistencia a la insulina producida. Tal deficiencia resulta en aumento de los valores de glucosa en la sangre, conllevando a un deterioro o daño en muchos de los sistemas del cuerpo, en especial el sistema vascular. (31)

El manejo de la diabetes en adultos mayores debe centrarse en la prevención y limitación de los síndromes geriátricos (afecciones médicas que se encuentran en las personas mayores), hipoglucemia (niveles bajos de glucosa en sangre) y disfunción neurocognitiva (deterioro del funcionamiento del sistema nervioso y el cerebro). (33)

Se define la hipertensión arterial con base en cifras de presión arterial sistólica mayor o igual de 140mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg. Los niveles absolutos de presión arterial varían no sólo con la edad, sino también con el sexo, la raza y otros factores. La hipertensión es uno de los problemas más comunes en la edad avanzada y pertenece a los factores de riesgo cardiovascular más importantes. Los sujetos de 65 años y más tienen típicamente hipertensión sistólica aislada con aumento de la presión del pulso como consecuencia de la disminución de la elasticidad de las arterias centrales. Con el aumento de la edad, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares / renales y diabetes es mayor (34).

El síndrome metabólico se define como una combinación de alteración del metabolismo de la glucosa, dislipidemia, obesidad abdominal y presión arterial elevada. Es bien conocida la asociación de este síndrome con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y mortalidad por todas las causas en la población general. Sin embargo, la fuerza de la asociación entre el síndrome metabólico y el riesgo de ECV y los resultados de mortalidad varía según la población según factores como la raza / etnia, el sexo y la edad (35).

Calidad de vida (36)

Según la OMS conceptualiza la calidad de vida como la percepción de un individuo respecto a su lugar en la existencia, en aspectos como la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, sus expectativas, sus inquietudes y sus normas. Por lo tanto, el término de calidad de vida se emplea para evaluar las condiciones de vida de una persona o de una comunidad estimando el progreso que está alcanzado, su libertad, felicidad y existencia digna.

Por su parte, Krzeimen denominó la calidad de vida del adulto mayor a una medida del reconocimiento a través de las relaciones sociales significativas; se conoce como una etapa de prolongación y continuación de una etapa vital; de lo contrario, es una etapa donde el componente funcional empieza a declinar, así como el aislamiento social. La calidad de vida se caracteriza por ser dinámica, multinivel y un concepto complejo, que suele tener su parte objetiva, subjetiva, macro-social y se ve influenciada por el entorno (37)

Dimensiones de calidad de vida (38)

Según la escala denominada SF-36 aborda las siguientes dimensiones de calidad de vida:

Función Física comprende la limitación que tiene el adulto mayor para realizar ciertas actividades físicas como el autocuidado, caminar, inclinarse, subir escaleras, coger o llevar pesos y ciertos esfuerzos entre moderados e intensos.

Rol Físico Grado en que el estado de salud física de la persona llega a afectar la forma de trabajo y las actividades diarias afectando en el rendimiento deseado, donde hay dificultades para las actividades.

Dolor Corporal Grado del dolor y la dificultad para realizar el trabajo habitual, dentro o fuera del hogar

Salud General Valoración personal de la salud consiste en verificar la salud actual de la persona, lo que espera de su salud a futuro y su resistencia a enfermar.

Vitalidad Sentimiento de energía y vitalidad, esto se muestra como se sienten frente al cansancio y agotamiento.

Función Social Como su vida social está afectada por sucesos de problemas de salud física y/o emocional.

Rol Emocional, se muestra como las actividades del trabajo o actividades cotidianas son afectadas por aspectos emocionales.

Salud Mental Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

Tipo cuantitativo, de acuerdo a Hernández S et al. (39) Investigación que sigue un proceso rígido y sistemático, asimismo se apoya en herramientas cuantitativas como la estadística para mostrar la realidad de un entorno particular, en este caso la calidad de vida de adultos mayores.

3.2. Diseño de investigación

No Experimental: Transversal - Descriptivo

El estudio es no experimental, porque no se realiza la manipulación deliberada de la variable, además hay poco control del investigador. Al mismo tiempo, es un estudio descriptivo considerando que se estudia a la variable tal como se presenta en la realidad. Asimismo, es de corte transversal porque involucra a un grupo de personas, recopila datos y estudia variables simultáneamente un determinado espacio y tiempo. (39)

3.3. Variables

Variable independiente: Calidad de vida de los adultos mayores

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Técnica e instrumento
Calidad de vida de los adultos mayores	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.	El cuestionario SF-36 fue construido por Alonso, Prieto y Antó en el año 1995 y validado en Perú por Salazar F. y Bernabé E. en el año 2012.	Salud general	Salud general Cambios en la salud Percepción de la salud	0-25: Mala calidad de vida.	Cuestionario SF-36
			Vitalidad	Cambios en la vitalidad Energía Cansancio	25-50: Regular calidad de vida.	
			Salud mental	Nerviosismo Animo Tranquilidad Tristeza Felicidad	50-75: Buena calidad de vida.	
			Dolor corporal	Dolor Dificultad por el dolor	75-100: Muy Buena	

			Función física	Limitación en las actividades diarias Esfuerzo moderado Subir escaleras Agacharse caminar	calidad de vida	
			Rol físico	Problemas ara actividades cotidianas Cambio en su actividades		
			Rol emocional	Cambio emocional Afectación del cambio emocional		
			Función social	Habilidad social <i>Dificulta social por cambio físico</i>		

3.4. Población y muestra de estudio

La población está conformada por 60 adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Referencial de Ferreñafe.

La muestra está conformada por el total de la población.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de enfermedades no transmisibles: diabetes o hipertensión o síndrome metabólico.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Pacientes que asistan al Hospital Referencial de Ferreñafe.

Criterios de exclusión

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes con discapacidad mental

3.5. Técnicas, instrumentos, fuentes e informantes

El cuestionario SF-36 fue construido por Alonso, Prieto y Antó en el año 1995 y validado en Perú por Salazar F. y Bernabé E. en el año 2012. El Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) es uno de los cuestionarios genéricos de evaluación de calidad de vida más ampliamente utilizados, siendo traducido y adaptado para todo tipo de población. Es sucinto, sin embargo, amplio, de fácil aplicación y comprensión. Entre las dimensiones; Salud general (1, 2, 33, 34, 35, 36), Vitalidad (23, 27, 29, 31), Salud mental (24, 25, 26, 28, 30), Dolor corporal (21,22), Función física (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), Rol físico (13, 14, 15), Rol emocional (17, 18, 19), Función social (20,32).

El cuestionario tiene dos versiones que se diferencian en el periodo recordatorio: la “estándar” (cuatro semanas) y “aguda” (una semana). Ambas versiones están dirigidas para personas mayores de 14 años y preferentemente deben ser autoadministrados, aunque también es posible la administración mediante la entrevista personal. La consistencia interna entre ambas modalidades no presentó diferencias. El cuestionario genera ocho notas de 0 a 100, en el cual el cero corresponde al peor estado de salud y 100 al mejor estado de salud.

El International Quality of life Assessment (IQOLA) ha traducido este cuestionario al idioma español mediante una metodología estricta, demostrando una gran equivalencia con la versión original americana. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36

3.6. Procedimiento de recolección de datos

En primer lugar, se procedió al registro del proyecto de investigación en la Escuela de Enfermería de la Universidad Particular de Chiclayo, a continuación, dicho proyecto será presentado a los revisores para que procedan a realizar observaciones o sugerencias que puedan mejorarlo. Después, se presentará al comité de investigación para su aprobación del proyecto de investigación, seguidamente se solicitará permiso al establecimiento de salud para aplicar el instrumento propuesto a los pacientes. Se ubicará un ambiente acogedor y privado para la aplicación del instrumento.

En todo momento se garantizó el anonimato de las participantes y se respetó los principios de ética de la investigación, el tiempo estimado de aplicación del

instrumento fue 25 minutos; así los datos fueron de fuente directa y de datos primarios. El instrumento fue calificado de acuerdo a lo establecido a nivel de puntuación de la herramienta y subsiguientemente los datos se registraron en una base de datos con una supervisión de un estadístico.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa Microsoft Excel y el software IBM SPSS Statistics 25. Una vez tabulado los datos registrados en los instrumentos aplicados a la población seleccionada se procederá a realizar un análisis de la frecuencia de opciones sobre las preguntas que medirán las variables en estudio.

Como instrumento de investigación es el cuestionario se utilizó los gráficos para la representación de la distribución de frecuencia. En tal sentido, se puede decir que esta investigación no es más que representar los datos de manera gráfica para que de esta manera sea más fácil de entender.

La distribución absoluta (frecuencia) y porcentual en relación a los objetivos dirigidos a establecer acciones tendentes a solventar el problema investigado. Las técnicas que utilizaremos para el procesamiento de datos son: trabajo de campo, ordenamiento de datos, tabulación, gráficos, análisis e interpretación.

3.8. Aspectos Éticos

Entre los principios del estudio se consideró:

El principio de autonomía, las personas aceptaron participar en la presente investigación de manera voluntaria y teniendo conocimiento de que toda la información; no ejerciéndose ningún tipo de presión explicándoseles a cada una

de las participantes el objetivo del estudio pudiendo la participante retirarse en cualquier momento del estudio.

El principio de respeto se evidenció respetando la cultura de la población, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. En todo momento fueron tratados con consideración y respeto garantizándoles en todo momento el trato por igual sin discriminación

El principio de no maleficencia se hace presente pues el presente estudio no constituye ningún riesgo para los participantes.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Resultados en tablas y gráficos

Tabla 1. Características de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
De 60 a 68 años	30	50.0
De 69 a 76 años	15	25.0
De 77 a 84 años	15	25.0
Sexo		
Masculino	21	35.0
Femenino	39	65.0
Grado de instrucción		
Sin estudios	12	20.0
Primaria	30	50.0
Secundaria	15	25.0
Superior	3	5.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Se muestra en la tabla 1, que la mitad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe se encontraron en el rango de edad de 60 a 68% (50%), y el 25% entre 69 a 76 años y otro 25% de 77 a 84 años. Con una edad promedio de $70,5 \pm 6,9$.

El 65% de los adultos mayores encuestados fueron del sexo femenino y el 35% del sexo masculino.

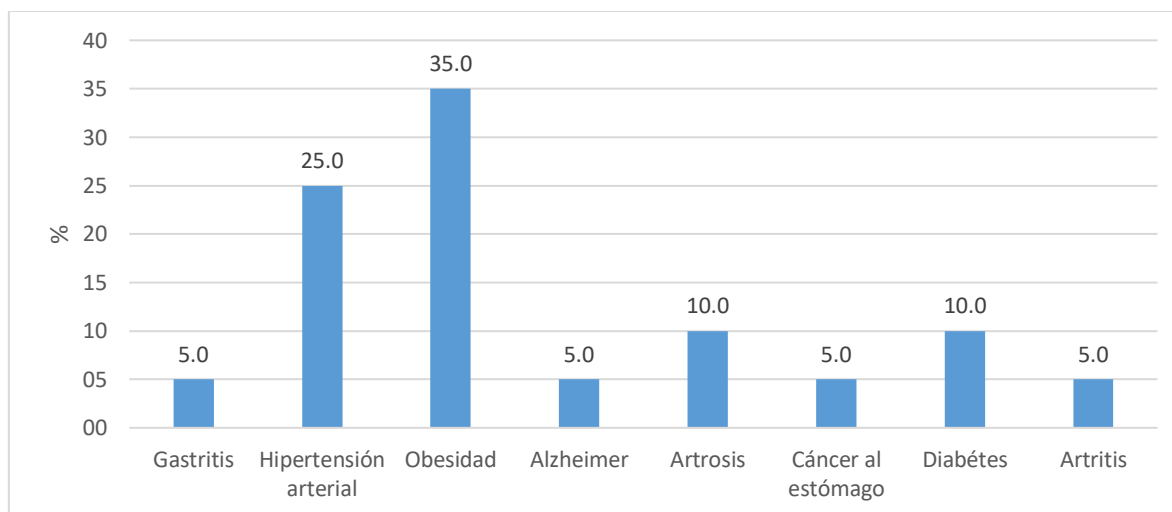
La mitad de adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe encuestados cuentan con grado de instrucción primaria y un 5% con educación superior.

Tabla 2. Distribución de las enfermedades crónicas en adultos mayores atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020

Enfermedad crónica no transmisible		
Gastritis	3	5.0
Hipertensión arterial	15	25.0
Obesidad	21	35.0
Alzheimer	3	5.0
Artrosis	6	10.0
Cáncer al estómago	3	5.0
Diabetes	6	10.0
Artritis	3	5.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 1. Distribución de las enfermedades crónicas en adultos mayores atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

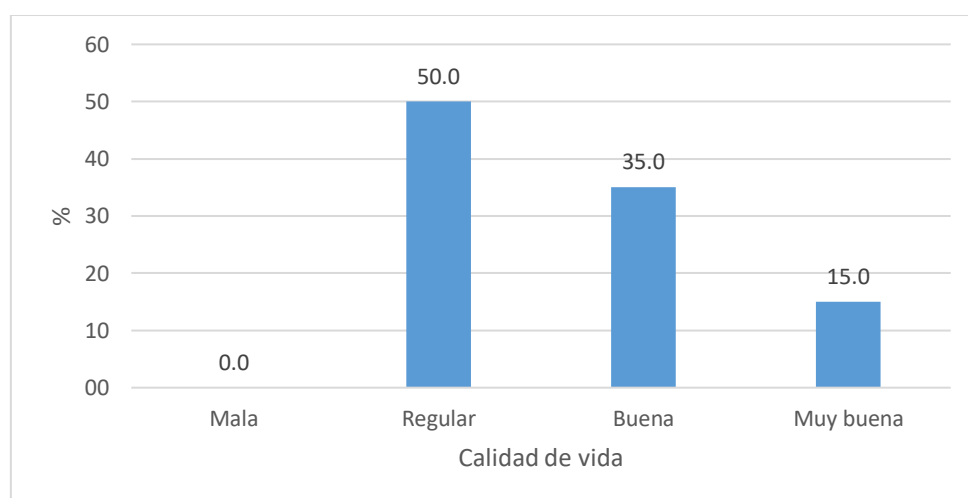
Las Enfermedades crónicas no transmisibles más predominantes en los adultos mayores del Hospital Referencial de Ferreñafe fueron la obesidad (35%) y la Hipertensión arterial (25%) y con menor frecuencia fueron Alzheimer (5%), Artritis (5%) y Gastritis (5%).

Tabla 3. Distribución de la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020.

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	0	0.0
Regular	30	50.0
Buena	21	35.0
Muy buena	9	15.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 2. Distribución de la calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

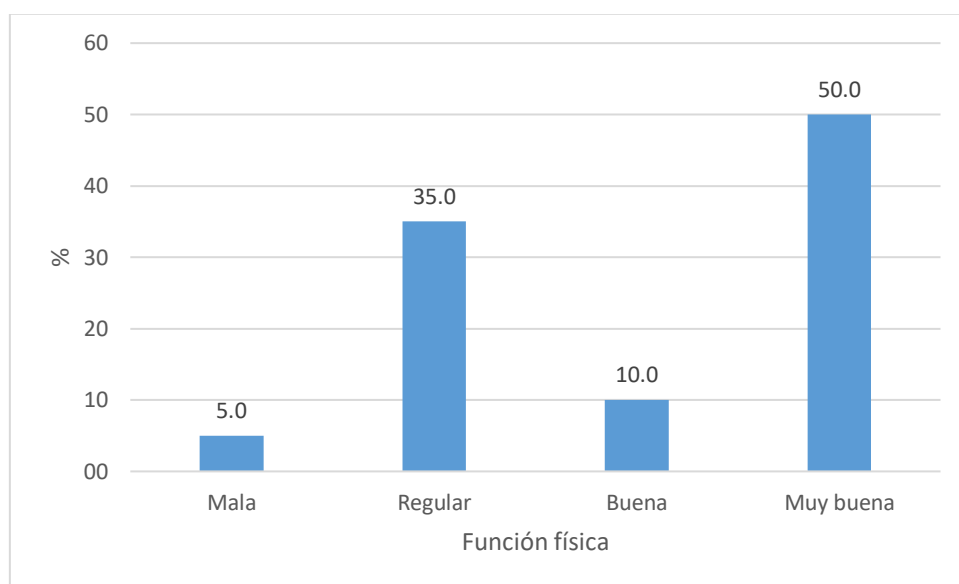
En la figura 2, el 50% de los adultos mayores cuentan con una calidad de vida regular, el 35% con una calidad de vida buena y el 15% con una muy buena calidad de vida, no se encontró niveles de mala calidad de vida.

Tabla 4. Distribución de la función física de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	3	5.0
Regular	21	35.0
Buena	6	10.0
Muy buena	30	50.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 3. Distribución de la función física de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

En la figura 3, se muestra que el 50% de los adultos mayores tiene una función física muy buena y sólo el 5% con una función física mala.

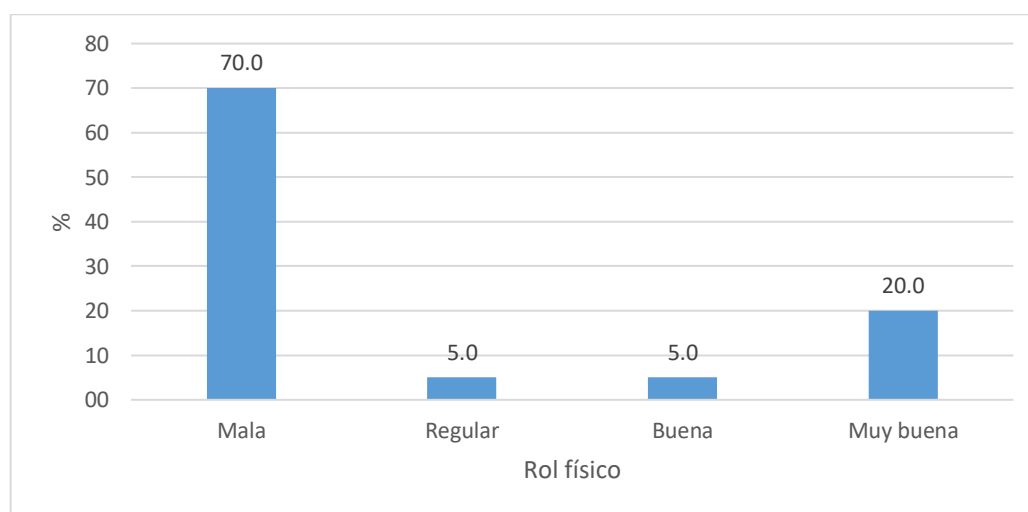
Se muestra que tienen mucho límite en su función física ara hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores, Así como para esfuerzos moderados y subir escaleras.

Tabla 5. Distribución del rol físico de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	42	70.0
Regular	3	5.0
Buena	3	5.0
Muy buena	12	20.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 4. Distribución del rol físico de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

En la figura 4, se observa que el rol físico de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe predominó la calidad mala en el 70% y el 5% con nivel regular y bueno cada uno.

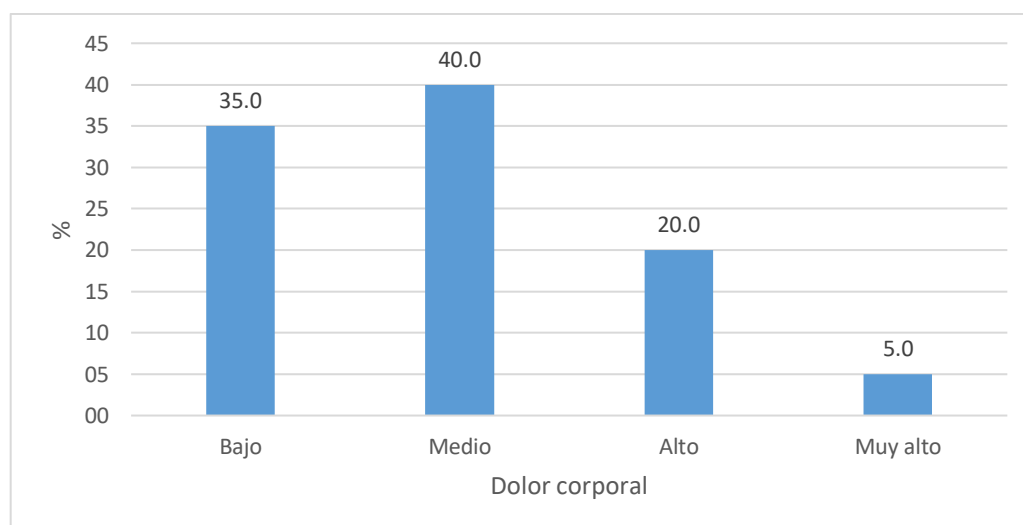
El mayor porcentaje lo obtuvo, que durante las 4 últimas semanas dejó de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física y el menos en reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física

Tabla 6. Distribución del dolor corporal de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	3	5.0
Alto	12	20.0
Medio	24	40.0
Bajo	21	35.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 5. Distribución del dolor corporal de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

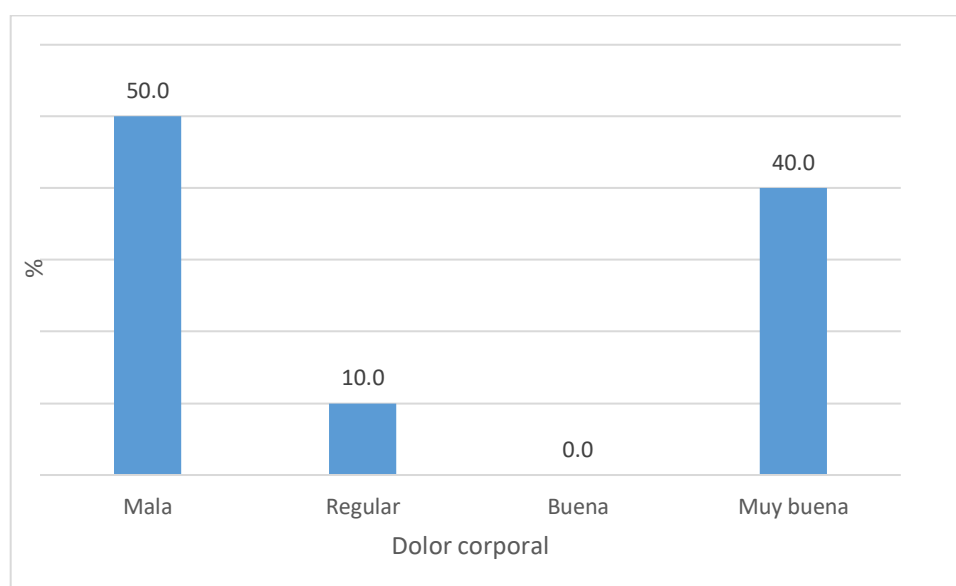
En la figura 5, se muestra que el dolor medio predominó en el 40% de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe y el 5% con un alto dolor muscular.

Tabla 7. Salud general de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	30	50.0
Regular	6	10.0
Buena	0	0.0
Muy buena	24	40.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 6. Salud general de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

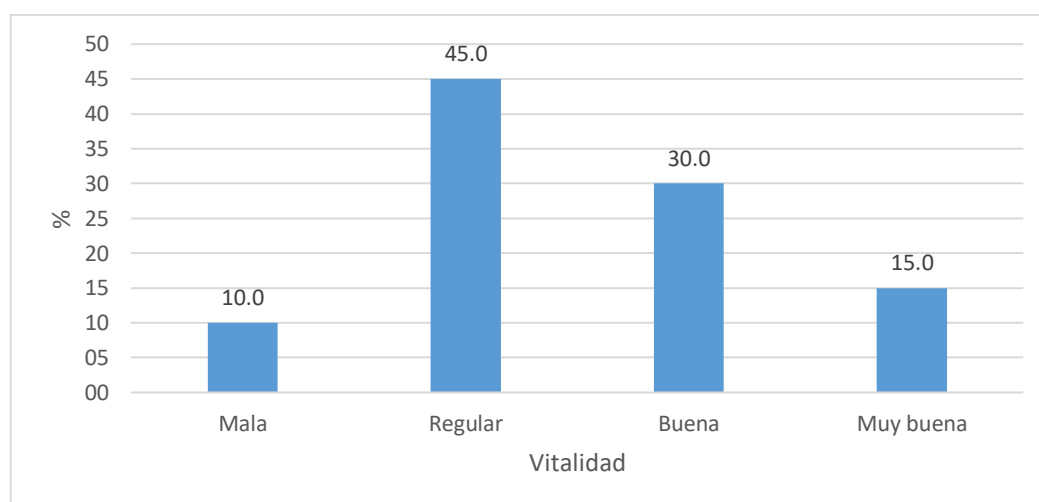
En la figura 6, se muestra que la salud general en el 50% de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe fue mala y el 40% con una muy buena salud general.

Tabla 8. Evaluación de la vitalidad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	6	10.0
Regular	27	45.0
Buena	18	30.0
Muy buena	9	15.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 7. Evaluación de la vitalidad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

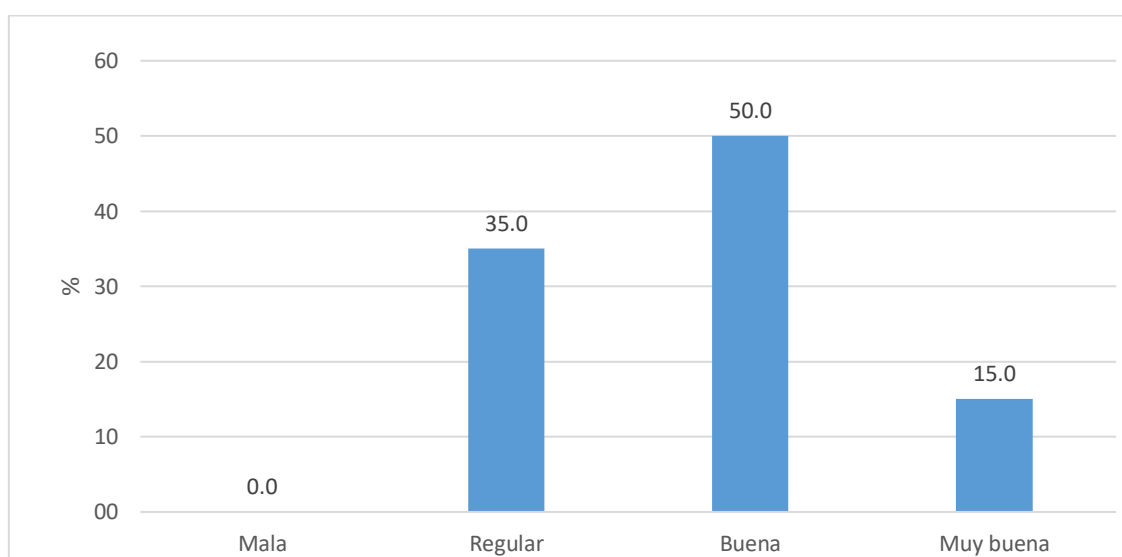
En la figura 7, se muestra que el 45% de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe tienen una vitalidad regular y el 10% con una mala vitalidad.

Tabla 9. Evaluación de la función social de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	0	0.0
Regular	21	35.0
Buena	30	50.0
Muy buena	9	15.0
Total	60	100.0

Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

Figura 8. Evaluación de la función social de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe



Fuente: cuestionario aplicado al adulto mayor

El 50% de los adultos mayores cuenta con una buena función social en el Hospital Referencial de Ferreñafe y el 15% con una muy buena función social

Discusión de resultados

El estudio se realizó en 60 adultos mayores con enfermedades crónicas que se atienden en un Hospital de Ferreñafe, con el objetivo de establecer la calidad de vida el cual se evaluó con el cuestionario SF-36.

La edad promedio fue de 70,5 años muy cercano pero superior a lo encontrado por Jiménez A et al. (14) donde la edad fue de 71.24 años, Mientras en Ladeira J, et al. (16) Fue de 69 años. A diferencia del estudio local Espinoza Y. (23) con una edad promedio de 54,61 años. Esta diferencia se debe a que consideró adulto de 50 a 59 años, mientras en esta investigación fueron mayores de 60 años.

El 65% de los adultos mayores con enfermedades crónicas que se atienden en un Hospital de Ferreñafe fueron del sexo femenino. Por debajo de lo encontrado por Jiménez A et al. (14). Encontrando cifras del 75,68% de mujeres. Difieren con un estudio realizado en Lima donde el 42,3% fueron mujeres. (20) Resultado muy cercano con Espinoza Y. (23) que encontró un 66,7% de adultos de 50 a 59 años del sexo femenino.

La calidad de vida destacó en un nivel regular en el 50% y el 50% con una buena y muy buena calidad de vida (ver tabla 3). A diferencia de Jiménez A et al. Donde el 67,57% manifestó una deficiente calidad de vida. Esta situación se debe a la misma situación en el que viven los ancianos ya que en Cuba son familias extensas y con ingresos ajustados. Mientras, Ladeira J, et al. (16) realizaron un estudio en un Zona rural de Brasil y encontraron que los adultos mayores presentan una calidad de vida (69,2%), esto puede deberse a que en las zonas rurales, las personas adultas mayores apoyan en las actividades agrícolas y se mantienen activas. Así como hábitos más saludables. También, Herrera J., Oblitas A. encontraron una mejor calidad de vida en el 77,5% de los encuestados. (21) Otro estudio nacional que encontró calidad de vida buena. (40) Por su parte, Espinoza Y en Lambayeque encontró calidad de vida baja en el 49%. (23), otro estudio que encontró mala calidad fueron Peña E et al (41) que alcanzó una cifra de calidad de vida mala en el 80%, además también aplicaron el

cuestionario SF-36. Esto se debe a que los adultos mayores tuvieron altos de problemas físicos, emocionales, y sociales, que dan origen a una mala perspectiva de su salud y vida.

En su función física el 50% de los adultos mayores presentaron un nivel muy bueno, a diferencia de Espinoza Y. (23) Que destacó la salud física alta en el 37,3%. Esto se debe a que los adultos no presentan aún dificultades para realizar ciertas actividades físicas en su rutina diaria.

VI. CONCLUSIONES

Se encontró una calidad de vida regular en la mitad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe y la otra mitad con una calidad buena y muy buena.

1. Se concluye que la calidad de vida fue muy buena en su función física en el 50% de los adultos mayores en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
2. Se concluye que la calidad de vida destacó en su mayoría el nivel malo en la dimensión rol físico en el 70% de los adultos mayores en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
3. Se concluye que la dimensión dolor corporal de la calidad de vida destacó en un nivel medio en el 40% de los adultos mayores en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
4. La mitad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe tienen una mala salud general.
5. El 45% los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe cuentan con un vitalidad regular.
6. La mitad de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe tuvieron una función social buena.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal de salud implementar actividades y talleres dedicados a los adultos mayores a fin de mantener actividad su vida, así como ocupados, también brindar asesorías de promoción a los familiares para que reconozcan la importancia de la calidad de vida en la tercera edad.

1. Se recomienda al personal de salud realizar talleres y actividad física para mejorar el equilibrio, así como promover la actividad física para que los adultos mayores sigan manteniendo su independencia.
2. Se recomienda capacitar al personal de fisioterapia y enfermeras en la formación y la elaboración de programas de intervención, en relación con actividades físicas, para los ancianos.
3. Se recomienda al personal establecer tratamiento no farmacológico como ejercicios, recomendar actividades de relación y distracción a fin de que el adulto no gire su vida en torno o se centre en el dolor, así como mejorar el diagnóstico del dolor a fin de que brinden el tratamiento según la intensidad y esquema de la OMS.
4. Se recomienda a los profesionales de salud a cargo de programas del adulto mayor promover la actividad física, la alimentación saludable, relaciones sociales y control periódico del estado de salud de los adultos mayores.
5. Al gobierno promover organizaciones e instituciones para que los adultos realicen actividades de socialización y de actividades diarias a fin de mantener activos a los adultos mayores, así como promover a las empresas con incentivos para contratar personas adultas mayores.
6. Se recomienda a los familiares y a los adultos mayores formar redes de amigos para mantenerse activo en la vida social, así como asistir a grupos de adultos mayores.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2018 [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Organización Panamericana de Salud (OPS). Envejecimiento en las Américas 54 proyecciones para el siglo XXI [Internet]. 2015. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/ageams.pdf>
3. Ocampo JM, Reyes CA, Castro X, Gómez F. Frailty in older adults and their association with social determinants of Health. The SABE Colombia Study. *Colomb Med (Cali)*. 50(2):89-101.
4. Jaul E, Barron J. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front Public Health*. 11 de diciembre de 2017;5:335.
5. Zhao C, Wong L, Zhu Q, Yang H. Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. *PLOS ONE*. 14 de junio de 2018;13(6):e0199006.
6. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health*. 1 de noviembre de 2019;19(1):1431.
7. American Diabetes Association. Diabetes. En 2015. Disponible en: www.diabetes.org/es/información
8. Aranco N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Madrid; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3mBlwfb>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. . Estado de la población peruana 2015 [Internet]. Lima: INEI; 2015. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf.
10. Ministerio de Salud. El 82.3% de las mujeres adultos mayores sufren alguna enfermedad crónica [Internet]. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/38m9ajO>
11. Olivares DYR, Martínez LR, Oquendo L de la CB, Crespo FVG. “Calidad de vida en el adulto mayor”. *VARONA*. 2015;(61):1-7.

12. Hernandez J, Chavez S, Carreazo NY. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. octubre de 2016;33(4):680-8.
13. Comisión Multisectorial. Estadística PAM, 2015. En Lambayeque; Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lambayeque2.html>
14. Jiménez D, Casado PR, Santos RS, Jiménez D, Hernández G. Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 2019;26(1):54-62.
15. Koreshi SY, Alpass F. Predictors of work ability and quality of life in older New Zealanders with and without an arthritis diagnosis. *Australas J Ageing* [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 26 de agosto de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajag.12981>
16. Ladeira J, Tonaco LAB, Estêvão WG, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71 Suppl 2:724-32.
17. Valarezo CL. Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6114>
18. Soria Z. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población* [Internet]. 2017 [citado 26 de agosto de 2021];23(93). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252017000300059
19. Saldise A. Calidad de vida y envejecimiento activo: una meta para la intervención con personas mayores. [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Pablo de Olavide; 2015 [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=111586>
20. Queirolo A, Barboza M, Ventura J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enferm glob* [Internet]. 2020 [citado 26 de agosto de 2021];19(60). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400010
21. Herrera JU, Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*. 2 de julio de 2020;7(1):31-41.

22. Mejia C, Verastegui A, Quiñones D, Aranzábal G, Failoc V. Physical activity and its association with chronic diseases in the elderly in 11 cities of Peru | Gaceta Médica de México. 2016 [citado 26 de agosto de 2021]; Disponible en: https://gacetamedicademexico.com/frame_eng.php?id=13
23. Espinoza Y. Conocimiento y calidad de vida sobre enfermedad renal crónica en adultos maduros de 50 -59 años del hospital regional Lambayeque, 2018 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lambayeque]: Universidad Señor de Sipán; 2018 [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5708>
24. Vargas LE, Villalobos FM. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico de un Pueblo Joven, Lambayeque-2019 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lambayeque]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021 [citado 26 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9394>
25. Triviño V ZG, Sanhueza A O. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. Aquichan. octubre de 2005;5(1):20-31.
26. Morris C, Maisto A. Psicología. 12va ed. México: Pearson Educación; 2005.
27. Papalia D, Feldman R, Martorell G. Desarrollo Humano. 12va ed. México: McGraw Hill Education; 2012.
28. Arce H, Contreras P. Adulto mayor. Apsique [Internet]. 2004 [citado 31 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://www.apsique.cl/book/export/html/161>
29. Organización Mundial de la Salud. OMS Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
30. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC. Adultos mayores | Gente Saludable 2020 [Internet]. 2016 [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/older-adults>
31. Organización Mundial de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. 2015; [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
32. Ortega C. Frecuencia de Sintomatología depresiva en adultos mayores atendidos en el CSRD Tlachaloya [Tesis de pregrado]. 2014.
33. Kalra S, Sharma SK. Diabetes in the Elderly. Diabetes Ther. abril de 2018;9(2):493-500.

34. Filipovský J. Arterial hypertension in the elderly. *Vnitr Lek.* Winter de 2018;64(11):987-92.
35. Ju S-Y, Lee J-Y, Kim D-H. Association of metabolic syndrome and its components with all-cause and cardiovascular mortality in the elderly: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine.* noviembre de 2017;96(45):e8491.
36. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Rev An Fac Med.* 2007;68(3):284-90.
37. van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, Bosmans JE, de Vet HCW, Ket JCF, et al. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One.* 8 de marzo de 2019;14(3):e0213263.
38. Vllagut G, Ferrer M, Rajmll L, Rebollo P. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Rev Gac Sanit.* 2005;19(2):135-50.
39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: MacGraw Hill Education; 2014.
40. Tremolada S. Calidad de vida y sentido de coherencia en adultos mayores de un centro geriátrico de Lima [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017 [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/9855>
41. Peña E, Bernal LI, Reyna L, Pérez-Cabañas R, Onofre-Ocampo DA, Cruz IA, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud.* agosto de 2019;21(2):113-8.

ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Yo _____ con DNI _____

declaro que acepto participar en la investigación: **“Calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020”**, realizada por la estudiante de la Escuela de Enfermería de la UDCH, **Sánchez Díaz Lourdes Del Carmen Alejandra**

La presente investigación tiene como objetivo: “Determinar Calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020”. Por lo cual, participaré del cuestionario que serán tanto escritos por los estudiantes respecto a la temática en estudio. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento del investigador y de su asesora, quienes garantizan el secreto, respecto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionado los nombres de los participantes. Asimismo, tengo plena libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas sobre mi participación podré aclararlas con el investigador. Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas consiento participar de la presente investigación.

.....
FIRMA

Chiclayo, ____ de _____ del

ANEXO 2. CUESTIONARIO

Calidad de vida de los adultos mayores con enfermedades crónicas atendidas en el Hospital Referencial de Ferreñafe 2020

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. Cada respuesta será seleccionada con un aspa (X).

Edad:.....

Sexo: Masculino () Femenino

Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

Enfermedad crónica no transmisible:.....

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

Mala () Regular () Buena () Muy buena () Excelente ()

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

1. Mucho peor ahora que hace un año

2. Algo peor ahora que hace un año

3. Más o menos igual que hace un año

4. Algo mejor ahora que hace un año

5. Mucho mejor ahora que hace un año

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

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

Sí, me limita mucho () Sí, me limita un poco () No, no me limita nada ()

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

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Si () No ()

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

Mucho () Bastante () regular () Un poco () Nada ()

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

Si muchísimo () Sí, Mucho () Sí, Moderado () Si, un poco () Si, muy poco () No, ninguno

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

Mucho () Bastante () regular () Un poco () Nada ()

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

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()

4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

1. Nunca () 2. Sólo algunas vez () 3. Algunas veces ()
4. Muchas veces () 5. Casi siempre () 6. Siempre ()

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

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

1. Totalmente cierta () 2. Bastante cierta () 3. No lo sé ()
4. Bastante falsa () 5. Totalmente falsa ()

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1. Totalmente cierta () | 2. Bastante cierta () | 3. No lo sé () |
| 4. Bastante falsa () | 5. Totalmente falsa () | |

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1. Totalmente cierta () | 2. Bastante cierta () | 3. No lo sé () |
| 4. Bastante falsa () | 5. Totalmente falsa () | |

36. Mi salud es excelente.

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1. Totalmente cierta () | 2. Bastante cierta () | 3. No lo sé () |
| 4. Bastante falsa () | 5. Totalmente falsa () | |