



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES, LIMA – 2019**

*LIFE QUALITY OF ELDERLY PEOPLE OF THE CENTRE OF ATTENTION FOR THE
ELDERLY - MUNICIPALITY OF SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA – 2019.*

ALUMNAS:

Vargas Maucaylle, Kayli Sherly

Lázaro Cajaleón, Karina Paola

ASESORA:

Lic. Blanca Luz Bernuy Verand

LIMA - PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTA

Mg. Clara Torres Deza

SECRETARIO

Mg. Luis Huamán Carhuas

VOCAL

Mg. Patricia Obando Castro

ASESORA

Lic. Blanca Luz Bernuy Verand

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres por el apoyo incondicional, a mis amigas(os) que durante el proceso me brindaron su ayuda.

Kayli Vargas Maucaylle.

A mis padres y hermanas, quienes en cada regreso semestral a casa esperaban oír alguna anecdótica experiencia hospitalaria y académica haciendo de ese momento el idóneo para realzar los atributos de la profesión.

Karina Lázaro Cajaleón

AGRADECIMIENTOS

- A los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de San Juan de Miraflores que tuvieron la gentileza de ser parte de este proyecto.
- Al gerente del área de desarrollo e inclusión social de la Municipalidad de San Juan de Miraflores, Giancarlo Tafur Arévalo.
- A la coordinadora del CIAM de San Juan de Miraflores, Any Cuya Quino por facilitarnos la interacción con los adultos mayores que participan en el centro.
- A nuestra asesora Lic. Blanca Bernuy Verand por el tiempo invertido para que podamos ser capaces de realizar este proyecto.
- Al Ing. Wilfredo Mormontoy Laurel por la orientación estadística que nos brindó durante la realización de este trabajo.
- Al Dr. Néstor Falcón Pérez por su disposición y ayuda incondicional.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente proyecto de investigación fue autofinanciado por las investigadoras.

DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

La presente Tesis es un Trabajo de Investigación de Grado original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado, ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	7
Diseño de estudio	7
Área de estudio	7
Población	7
Muestra	8
Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos:	8
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	17
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
TABLAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor de la Municipalidad de San Juan de Miraflores. **Material y métodos:** Es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una muestra integrada por 30 adultos mayores. Se aplicó el cuestionario WHOQOL-100, con una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.71 - 0.89, que mide la calidad de vida en dos dimensiones, capacidad intrínseca y funcional. Los datos fueron codificados y analizados en el programa Microsoft Excel, y se aplicó la prueba no paramétrica de Chi-Cuadrado para la diferencia significativa entre los datos demográficos y los dominios de la calidad de vida. **Resultados:** Los datos obtenidos muestran que la calidad de vida del adulto mayor es regular en un 60.0%, siendo en la dimensión capacidad intrínseca 56.7%, y en la dimensión capacidad funcional 60%. **Conclusiones:** Los dominios salud física, espiritualidad y relaciones sociales contribuyeron positivamente a la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, Adulto mayor, Enfermería geriátrica (DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective: Determine the quality of life in older adults of the integral centre of care for the elderly of the Municipality of San Juan de Miraflores. **Material and methods:** It is a quantitative approach study, descriptive cross-sectional, with a sample composed of 30 older adults. The WHOQOL-100 questionnaire was applied, with Cronbach alpha reliability of 0.71 - 0.89, which measures quality of life in two dimensions, intrinsic and functional capacity. The data was encoded and analysed in the Microsoft Excel program, and the Chi-Square non-parametric test was applied for the significant difference between demographic data and quality of life domains. **Results:** The data obtained show that the quality of life of the elderly is regular by 60.0%, being in the dimension intrinsic capacity 56.7%, and in the dimension functional capacity 60%. **Conclusions:** The domains of physical health, spirituality and social relationships contributed positively to the perception of quality of life in older adults in the integral centre of care for the elderly.

Keys words: Life quality, elderly, geriatric nursing (DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor ha mostrado en la última década un crecimiento demográfico en el ámbito global relacionado con el desarrollo científico tecnológico que ha impactado en la disminución de la mortalidad a temprana edad y en el incremento de la expectativa de vida (1, 2). Diversos organismos internacionales como la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) definen como adulto mayor a la persona de 60 años a más (3, 4).

Según cifras de la OMS en el 2018 había 125 millones de personas de 80 años a más a nivel mundial y estimaron que para el año 2050 el número de personas mayores de 60 años a más sería de 2000 millones, correspondiendo 80% a países de ingresos bajos y medianos (4). Esta transición demográfica requiere la creación de políticas públicas que contemplen mejoras en el ámbito económico, social y de salud, para garantizar una atención de acuerdo a las necesidades de su contexto sociocultural (1, 2).

En la actualidad el Perú es el séptimo país más poblado de América con 32 millones 131 mil habitantes, correspondiendo el 12.4% a la población de adultos mayores (5, 6). Según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el cuarto trimestre del 2018 el 41.6% de los hogares peruanos tuvo entre sus miembros a una persona de 60 años a más, mientras que solo en Lima Metropolitana el 44.8% de los hogares se caracterizaba por lo mismo (7). El cambio en la estructura de la pirámide poblacional refleja la disminución de menores de 15 años y el incremento de adultos mayores; en 1950 de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años, y en el 2019 solo 25 eran menores de 15 años, esta transición es

característica de una población que envejece y que se seguirá viendo en los siguientes años (6).

La esperanza de vida actual para la mujer peruana es de 79 años y 74 años en varones, y las proyecciones al 2050 para las futuras generaciones serán de 82 años en mujeres y 77 años en varones. Sobre la diferencia de la esperanza de vida entre mujeres y varones se encontró que durante el período 2015 – 2020 los varones de 15 a 30 años tuvieron una pérdida de 1.3 años a diferencia de las mujeres (0.6 años), según el INEI las causas de muerte están “[...] vinculadas a los accidentes de tránsito, violencia de diversa índole, que afecta en mayor medida a los hombres [...]” (5).

El envejecimiento como parte del desarrollo del ser humano conlleva a una gran diversidad de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan la capacidad funcional del adulto mayor y la interacción que existe con su entorno, estos cambios no son lineales ni uniformes por la individualidad con que se vive este proceso (2). Los contextos socioculturales varían la connotación que se tiene del envejecimiento, generando estereotipos que influyen de forma negativa en cómo uno concibe esta etapa llegando a ser difícil de sobrellevar para un adulto mayor (2, 8).

La salud durante el envejecimiento resulta más dinámica, compleja, por la presencia de multimorbilidades, padecimiento de enfermedades crónicas, y síndromes geriátricos cuyas repercusiones terminan manifestándose en las capacidades físicas, mentales, y en la funcionalidad del adulto mayor. En la evaluación de la funcionalidad, la interacción con el entorno resulta importante por las características individuales que presenta y que influyen en la salud, desde “[...] políticas generales, situación económica, actitudes y normas de la

comunidad, características físicas de los entornos naturales y construidos, redes sociales e incluso dispositivos con los que se pueda contar [...]” al igual que la resiliencia que pueden mostrar los adultos mayores frente a estos cambios (2, 9).

El envejecimiento puede ser de tres tipos: normal, patológico y exitoso (saludable). El envejecimiento normal se relaciona a un estado positivo, sin enfermedad que se caracteriza por un deterioro en los procesos biopsicosociales resultante de la edad y que se dan de forma lenta, continua, y gradual. El envejecimiento patológico, tiene una relación estrecha con la presencia de enfermedades, las complicaciones que derivan de ellas y conllevan a procesos de hospitalizaciones frecuentes e incluso permanentes, estos cambios se experimentan de manera abrupta, rápida y acelerada. Por último, el envejecimiento exitoso, activo o saludable, que se va a abordar en este estudio, teniendo como base la definición conceptual de la OMS para considerar el envejecimiento saludable en un sentido más amplio y que no sólo se relacione a estados positivos, ni a la ausencia de enfermedades, sino más bien que ésta implique el curso de la vida y una perspectiva funcional (1, 2, 9).

El modelo envejecimiento saludable orienta las políticas públicas dirigidas al desarrollo del adulto mayor y definen el envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (2) y para el que se debe tener claro tres conceptos: “La capacidad funcional, comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, se compone de la capacidad intrínseca, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características” (2). Esta capacidad permite al individuo satisfacer sus necesidades básicas. La capacidad intrínseca, es el

conjunto de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta un individuo, pudiendo verse afectada por comorbilidades que se presenten durante el proceso del envejecimiento. Por último, el entorno en interacción con la capacidad funcional y la capacidad intrínseca influyen en las condiciones en las que llega el adulto mayor a vivir su envejecimiento (2, 10).

Un envejecimiento saludable además de influir en la calidad de vida de la persona es un concepto complejo y multidimensional (1, 11). Al respecto, Velarde y Giusti citado por Gonzales, señala que la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual e intelectual que le permite satisfacer sus necesidades individuales y colectivas que se ve influenciada por diversos factores como la vivienda, acceso a servicios públicos, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social. Así también, la calidad de vida ha sido relacionada con la satisfacción, felicidad y bienestar; lo que puede ser evaluada de forma subjetiva (percepción del individuo) y de manera objetiva (lo que rodea a la persona) (1).

Por otro lado, Robles señala que la calidad de vida está conformada por dos componentes: la primera, la capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana y el segundo, la satisfacción con el nivel del funcionamiento (12). Conforme las personas envejecen la calidad de vida es menor y depende principalmente de la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, ya que la independencia de los adultos mayores se relaciona con la reducción de la mortalidad, siendo la funcionalidad el mejor indicador de salud, y que para retrasar la dependencia los adultos mayores deben realizar actividades físicas y psicosociales (13).

El bienestar en la vejez no solo se ve afectada por los genes y las características personales (el lugar de nacimiento, el sexo, el origen étnico, etc.) sino por los factores externos que rodea a la persona, por lo que el papel del entorno es imprescindible en la capacidad física y mental (2). La calidad de vida y la edad se correlacionan de forma positiva con la espiritualidad; ésta es de carácter intrínseca y cumple un rol protector en el entendimiento del propósito de la vida, porque no solo es creer en Dios o en un ser superior, sino que también los valores y creencias forman parte del sujeto (14, 15).

En el presente estudio se ha asumido el concepto de calidad de vida de la OMS siendo esta “la percepción que tiene la persona en el contexto en la que vive y percibe su posición de la vida, basado en su cultura, normas, valores y creencias en relación con sus objetivos e intereses” (1). Para el cual el modelo envejecimiento saludable resulta prometedor y ayudaría a pasar de una atención clínica centrada en la enfermedad a un paradigma centrado en las capacidades funcionales de la persona (16).

Uno de los retos en el ámbito de la salud es asegurar la atención integral del adulto mayor con un enfoque multidisciplinario especializado por la complejidad de las necesidades en esta etapa. El actuar de Enfermería radica en ayudar a generar mecanismos de afrontamiento y adaptación frente a los cambios del proceso de envejecimiento, fomentando el autocuidado del adulto mayor y fortaleciendo la capacidad funcional e intrínseca. La esencia de enfermería es el cuidado humanizado, que consiste, en ver a la persona como un ser holístico e integral, teniendo en cuenta los componentes del cuerpo, la mente y el espíritu, siendo primordial la inclusión de la familia en el proceso de cuidado para mejorar la percepción de la calidad de vida (2, 17).

Como parte de las políticas públicas nacionales en pro de un envejecimiento saludable se crearon los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) que son espacios cuya implementación está a cargo de las municipalidades desde el año 2006. La Municipalidad de San Juan de Miraflores creó el CIAM en el 2017 con el objetivo de “asegurar un espacio saludable integral de socialización para el adulto mayor” y brindar servicios básicos integrales y multidisciplinarios para impulsar la inclusión de los adultos mayores promoviendo un envejecimiento activo y saludable (18). Los adultos mayores del CIAM-SJM, se caracterizan por asistir voluntariamente, vivir en sus casas solos o con otros miembros de su familia además es un espacio que les permite aprender y enseñar, un punto de reunión con sus pares, lo que les hace sentir acompañados. Sin embargo, el centro no cuenta con un profesional de enfermería, siendo su ausencia una limitante para el logro del objetivo del CIAM, ya que enfermería tiene tres espacios de intervención para el envejecimiento saludable del adulto mayor: “adultos mayores con capacidad funcional alta y estable, con deterioro de la capacidad, y con pérdida de la capacidad” (17).

Al respecto, Ramos refiere que “la necesidad de hacer frente al aumento acelerado de este grupo etario ha llegado a las respuestas prácticas más no al desarrollo teórico” por lo que determinar la calidad de vida de los adultos mayores del CIAM-SJM es beneficioso como información teórica local para los profesionales de Enfermería y otros quienes se centran en el estudio de la calidad de vida considerando la capacidad intrínseca y funcional (19). Así mismo, puede ser usada para orientar la programación de actividades en este tipo de centros y consolidar la integración de profesionales que brinden atención en las áreas que se encuentren comprometidas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar la calidad de vida en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor de la Municipalidad de San Juan de Miraflores, Lima -2019.

Objetivos específicos

Identificar la capacidad intrínseca (físico, psicológico y espiritualidad) del adulto mayor.

Identificar la capacidad funcional (individuo-entorno) del adulto mayor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

El tipo de estudio es de enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal.

Área de estudio

El estudio se realizó en la Municipalidad de San Juan de Miraflores, en el Centro integral de atención al adulto mayor (CIAM), ubicado en la Av. Belisario Suarez 1075 – San Juan de Miraflores - Lima.

Población

La población está compuesta por 78 adultos mayores no institucionalizados, entre mujeres y varones, que asisten al Centro integral de atención al adulto Mayor de la Municipalidad de San Juan de Miraflores - Lima.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años que estén registrados en el CIAM.
- Adultos mayores que voluntariamente participen en la investigación.

Criterios exclusión:

- Adultos mayores con diagnóstico médico de compromiso neurológico, que se detalla en el registro de inscripción.
- Adultos mayores que no culminen con el llenado del cuestionario.

Muestra

Se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se obtuvo una muestra de 30 adultos mayores que cumplían los criterios de selección. Los resultados no pueden ser generalizados a la población por el tamaño de la muestra.

Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de datos sobre la calidad de vida se empleó la técnica de entrevista y como instrumento el cuestionario WHOQOL-100 cuyo autor es la OMS y fue creado en 1995 obteniendo como resultado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach que varían de $\alpha=0.71$ a $\alpha=0.86$ en los 6 dominios como se detalla en WHOQOL User Manual. Este instrumento puede ser aplicado a nivel global, en entornos culturales particulares, y en personas sanas y con alguna enfermedad. Hasta el momento no se encontró evidencia de que el cuestionario WHOQOL-100 haya sido aplicado en Perú, sin embargo, países como China, Estados Unidos, México y Brasil han venido aplicando el cuestionario dentro de los últimos cinco años, siendo Brasil uno de los países latinoamericanos que más uso ha hecho de este cuestionario (12, 20, 21, 22).

El cuestionario WHOQOL-100 consta de 100 preguntas que evalúan 6 dominios, 24 facetas y una faceta adicional denominada calidad de vida y salud en general, siendo 4 preguntas por faceta que se puntúan de 1 a 5 en escala Likert.

Los dominios que evalúa el cuestionario WHOQOL-100 son:

Salud física: Evalúa las facetas de dolor/ malestar, energía/fatiga y dormir/descansar; se categorizó en calidad de vida mala (21 - 34.2), calidad de vida regular (34.3 - 38.2) y calidad de vida buena (48.3 - 52).

Psicológico: Evalúa las facetas de sentimientos positivos, pensamientos/ aprendizaje/ memoria/ concentración, autoestima, imagen corporal/apariencia y sentimientos negativos; se clasificó en calidad de vida mala (46 - 59.9), calidad de vida regular (60 - 75.2) y calidad de vida buena (75.3 - 95).

Espiritualidad: Evalúa la faceta de espiritualidad/ creencias personales/ religión; se agrupo en calidad de vida mala (10 - 13.5), calidad de vida regular (13.6 - 18.3) y calidad de vida buena (18.4 - 20).

Niveles de independencia: Evalúa las facetas de movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos o tratamientos y capacidad de trabajo. Las puntuaciones se clasificaron en calidad de vida mala (30 - 44.7), calidad de vida regular (44.8 – 61.2) y calidad de vida buena (61.3 - 78).

Entorno: Evalúa las facetas de seguridad física, ambiente del hogar, recursos financieros, salud/accesibilidad, acceso a información, actividades de recreación, entorno físico (contaminación/ ruido/ tráfico/ clima) y transporte. Las puntuaciones se clasificaron en

calidad de vida mala (68 - 87.3), calidad de vida regular (87.4 - 112.1) y calidad de vida buena (112.2 - 148).

Relaciones sociales: Evalúa relaciones personales, apoyo social y actividades como proveedor / colaborador. Las puntuaciones se clasificaron en calidad de vida mala (29 - 34.1), calidad de vida regular (34.2 - 42.2) y calidad de vida buena (42.3 - 48).

La puntuación global se obtuvo sumando los 6 dominios obteniéndose la siguiente escala calidad de vida mala (216 - 283.3), calidad de vida regular (283.4 - 347.3) y calidad de vida buena (347.4 - 418).

La faceta calidad de vida y salud en general contiene cuatro preguntas, la puntuación obtenida se clasificó en calidad de vida mala (6 - 10.2), calidad de vida regular (10.3 - 15.4) y calidad de vida buena (15.5 - 20).

Para la recolección de datos se dieron los siguientes momentos:

Primer momento: Se solicitó el cuestionario WHOQOL-100 en versión español a la OMS con sede en Ginebra, a través de un correo electrónico aceptando la condición de no publicar el cuestionario al término del estudio, puesto que este debe ser solicitado a la misma organización. Seguidamente, se obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asimismo, para la ejecución del proyecto se obtuvo permiso de la Municipalidad de San Juan de Miraflores para el acceso al CIAM y al registro de inscritos considerando los aspectos éticos en investigación para seres humanos.

Se capacitó a una estudiante de Educación Inicial de décimo ciclo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y a una Licenciada en enfermería para la administración del instrumento WHOQOL-100, quienes se desempeñaron como entrevistadoras durante la ejecución del proyecto.

Segundo momento: se presentó el proyecto de investigación a las autoridades y adultos mayores del CIAM – SJM y se les invitó a participar voluntariamente los días de ejecución.

Tercer momento: Los participantes voluntarios firmaron y entregaron los consentimientos informados para proceder con la aplicación del cuestionario. El tiempo de ejecución fue de 8 días, con cuatro entrevistadoras de lunes a sábado de 9am – 12pm y 3pm – 5pm, el desarrollo del cuestionario se dio por un tiempo de 40 a 90 minutos por participante, usando de apoyo una hoja de barras impresa que facilite a los adultos mayores entender la calificación de la escala Likert (anexo 2).

Análisis de datos

Se usó el programa Microsoft Excel 2013 para la codificación, análisis de datos y la obtención de las medidas de tendencia central; las categorías de calidad de vida mala, calidad de vida regular y calidad de vida buena se clasificaron con la escala Estaninos (anexo 3). Para determinar la diferencia significativa entre los datos demográficos y los dominios de la calidad de vida se usó la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado y se elaboró las tablas de frecuencias absolutas (con sus correspondientes porcentajes) para los seis dominios y la faceta general.

RESULTADOS

En el análisis descriptivo de los datos demográficos de la población de estudio se encontró que la edad mínima entre los participantes fue de 65 años y la edad máxima de 93 años. Respecto a las características sociodemográficas se encontró que predominó el sexo femenino en un 73.3%, casados en un 50% y viudos en un 30%. Con respecto al grado de instrucción primaria 36.7 % y secundario con 33.3% (tabla 1).

La calidad de vida de los adultos mayores es regular en un 60%, calidad de vida mala en un 20.0 % y calidad de vida buena que corresponde al 20.0% (tabla 2).

La dimensión capacidad intrínseca de la calidad de vida muestra los porcentajes más altos en la categoría regular para los dominios salud física (50.0 %), psicológico (66.7%) y espiritualidad (36.7%) (Tabla 3). Adicionalmente, se encontró que la espiritualidad tiene una diferencia significativa ($p=0.003$, $X^2= 11.4$) en relación a la característica demográfica sexo, mostrando que tiene una percepción buena de su espiritualidad un 45.5%, siendo todas de sexo femenino (anexo 4).

La dimensión capacidad funcional de la calidad de vida muestra los porcentajes más altos en la categoría regular para los dominios relaciones sociales (46.7 %), entorno (70.0%) y niveles de independencia (60.0%) (Tabla 4).

La faceta adicional denominada calidad de vida y salud en general, muestra que el 50.0 % tuvo una percepción regular, el 26.7 % una percepción mala y el 23.3 % una percepción buena (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La calidad de vida es un constructo multidimensional, lo que la hace sujeto de estudio de diferentes ciencias, entre ellas las ciencias de la salud (1). Su estudio contribuye a la mejora de las condiciones en las que se pretende vivir una larga y buena vida. Los adultos mayores, una población que va en ascenso a nivel mundial, muestran las dificultades a las que se afrontan con escasas políticas públicas que salvaguardan su desarrollo durante el envejecimiento (2). Sin embargo, también representa “[...] una gran oportunidad para políticas sociosanitarias enfocadas en los derechos humanos y en el cuidado de la vida para lograr el bienestar [...]” (17).

Respecto a los datos demográficos de los adultos mayores del CIAM, se encontró que el rango de edad es de 65 a 93 años, con una edad promedio de 76 años. En relación con el sexo predominó el sexo femenino, lo que se debe a que los varones tienen una pérdida de años de vida mayor y una esperanza de vida menor al de las mujeres (5). El estado civil que prevaleció fue casado, asimismo, el grado de instrucción fue el nivel primario encontrándose que a mayor nivel educativo mejor es la evaluación de la calidad de vida (15, 23) (tabla 1).

En los adultos mayores del CIAM predominó la calidad de vida regular (tabla 2) como consecuencia de una percepción regular en el dominio psicológico, salud física (capacidad intrínseca), entorno y niveles de independencia (capacidad funcional). Estos resultados son similares al estudio de Jáuregui en Ica - Perú, donde los adultos mayores pertenecientes al Programa Gerontológico Social de Palpa presentan un nivel regular de calidad de vida asociado a que los problemas físicos y emocionales no interfieren en su vida social (24). A diferencia de lo encontrado por Peña et al. En México donde los adultos mayores encuestados

manifestaron una mala calidad de vida, ya que la mayoría de ellos presentan problemas físicos, emocionales, y sociales (25). Al respecto, se conoce que la autovalencia (independencia) y el bienestar psicosocial se relacionan de forma positiva con la calidad de vida, al igual que el entorno, pues la interacción de los ambientes físicos y sociales generan que la persona le dé una significancia al lugar, influyendo así en la evaluación de la calidad de vida (26, 27).

Troncoso y Soto señalan que la calidad de vida está sujeta a la funcionalidad familiar, porque encontraron que los adultos mayores que viven en familia y mantienen una buena relación con sus miembros perciben mejor la calidad de vida (26). Al respecto, en el presente estudio se encontró que la mayoría de los adultos mayores del CIAM viven en compañía de sus familiares, sin embargo, algunos de ellos viven solos lo que no pudo haber contribuido en la obtención de una buena de calidad de vida, y cabe señalar que no se exploraron las variables relacionadas a la funcionalidad familiar, siendo importante considerar la variable para futuras investigaciones.

De acuerdo, con la capacidad intrínseca de los adultos mayores del CIAM- SJM se identificó que la percepción acerca de la salud física y psicológica fue regular (tabla 2). Debido a la percepción de una buena energía para la edad, correspondiente a salud física. En el dominio psicológico la aceptación de los cambios en su imagen corporal ha sido una constante adaptación que les ha permitido aprender sobre ellos mismos; y la percepción de haber experimentado más sentimientos positivos (Ej. Alegría, felicidad) que negativos (ej. Tristeza, ansiedad) les ha permitido hacer sus quehaceres diarios sin interferencias. Al respecto, Steptoe y colaboradores señalan que la evaluación positiva de la vida y los sentimientos

positivos como la felicidad predicen una morbi-mortalidad menor, por lo que son relevantes para la salud y la calidad de vida de los adultos mayores (28). Además, encontraron que la relación entre la salud física y el bienestar subjetivo es bidireccional, lo que significa que la alteración de alguno afectaría al otro.

La espiritualidad, por el contrario, obtuvo una distribución porcentual homogénea en las clasificaciones (buena, regular, mala) siendo las mujeres adultas mayores quienes percibieron mejor este dominio en esta investigación que se debe a la mayor proporción de mujeres. Los resultados sobre la espiritualidad se asemejan a lo encontrado por Melguizo en el que las mujeres tienen una valoración alta en la espiritualidad (23). La contribución del dominio espiritualidad en la calidad de vida radica en encontrar un sentido de vida basado en las creencias personales y religiosas que circunstancialmente los ayudan a entender algunos episodios de la vida. Al respecto, Tomás et al. Señala que la espiritualidad es uno de los predictores principales para un envejecimiento con éxito y resalta el rol protector que tiene sobre la satisfacción con la vida, los sentimientos positivos, auto aceptación y el propósito con la vida (29). Por lo que se considera que el fortalecimiento de la capacidad intrínseca bajo estos dominios lograría mejorar la percepción de la calidad de vida.

En cuanto a la capacidad funcional los dominios de entorno y niveles de independencia obtuvieron porcentajes mayores en la categoría regular en comparación con el dominio relaciones sociales (tabla 3). Resultado relacionado con las características que los adultos mayores presentan para estos dominios, principalmente por la independencia en el desplazamiento, realizar actividades de la vida diaria, la oportunidad de aprender y adquirir nuevas habilidades, contar con apoyo social y mantener adecuadas relaciones personales.

Siendo similares a los resultados de Montes, Bravo y Díaz, en Cuba, quienes al integrar a 60 adultos mayores a un círculo de abuelos determinaron que la actividad física controlada, reunirse con un colectivo en el que pueden expresarse y compartir anécdotas mejora los niveles de independencia del adulto mayor y por ende la percepción de la calidad de vida. Así también, realzan la importancia de la enfermera con su rol de educadora en la orientación para el cambio de conductas y comportamientos que favorezcan la práctica de estilos de vida saludable para un buen envejecimiento (30).

En ese mismo contexto, las buenas relaciones y la participación en grupos sociales fortalecen la capacidad funcional del adulto mayor siendo el soporte social fundamental porque permite compartir aquellos problemas y situaciones difíciles, haciéndolos sentirse escuchados y pertenecientes a una colectividad mejorando así la percepción de la calidad de vida (31, 32).

En la literatura se encontraron escasos estudios referentes al entorno durante el envejecimiento; y en este estudio el 70% de adultos mayores tuvo una percepción regular siendo este el que prevaleció entre los dominios de la capacidad funcional, que se atribuye a las adecuadas condiciones de su hogar, la facilidad de acceso a servicios e información lo que le permite estar en constante interacción con su medio. Los hallazgos encontrados se asemejan a los de Olivi et al. Quien refiere que el entorno facilita las relaciones entre los vecinos lo que permite que vivan en constante contacto y los programas que ofrece el municipio son percibidos como experiencias agradables (33). Además, desde una mirada de la gerontología ambiental, la interacción de los ambientes físicos y sociales hace que este resulte significativo para la persona, así como el lugar donde se vive y la estimulación psicosocial influye en la forma de envejecer lo que es una oportunidad para crear nuevos

ambientes “seguros, estimulantes y terapéuticos que despierten la curiosidad y favorezcan el envejecimiento saludable y activo” (27).

De las afirmaciones anteriores se determina que existe una interrelación entre los dominios relaciones sociales, entorno y niveles de independencia las cuales determinan la capacidad funcional para nuestro estudio, y la influencia de ésta en la percepción de la calidad de vida del adulto mayor. Lo que concuerda con lo dicho por Aranda quien menciona que la capacidad funcional es un componente fundamental de la calidad de vida la cual en interacción con su entorno, permite alcanzar al adulto mayor un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida (34).

Las afirmaciones anteriores sugieren que para una percepción de calidad de vida óptima se trabajen los dominios que se consideran en la capacidad intrínseca y funcional. Así mismo, es importante reconocer que una minoría de adultos mayores percibió estos 6 dominios en la categoría mala, siendo motivo de futuras investigaciones de intervención.

Finalmente, se reconoce que la participación del profesional de enfermería dentro del equipo multidisciplinario, cumple un rol importante para el logro de la mayor independencia posible y los cambios en el estilo de vida que van a contribuir a que el adulto mayor mejore su calidad de vida (30).

CONCLUSIONES

1. Se determinó que la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que participan en el CIAM - SJM fue regular, porque este espacio les brinda la

oportunidad de mantener lazos sociales con sus pares, desarrollar nuevas habilidades, que les permite tener un sentido de vida en esta etapa.

2. Se identificó que la capacidad intrínseca de los adultos mayores del CIAM - SJM tuvo una percepción regular, basada en la evaluación de los dominios salud física, psicológica y espiritual.
3. Se identificó que la capacidad funcional de los adultos mayores del CIAM - SJM tuvo una percepción regular, basada en la evaluación de los dominios relaciones sociales, entorno y niveles de independencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González A, Rangel C. Calidad de vida en adultos mayores. Instituto de geriatría [Internet]. 2017 [citado 22 de octubre de 2017]:366-375. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/R19rmY>
2. Chan M. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Ginebra, 2015. [citado 22 de octubre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/0wsL4ML>
3. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. Washington D. C.: Organización de los Estados Americanos; 2015 [Citado 16 de mayo del 2020]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/KyEYICJ>
4. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud: Sitio web oficial de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 22 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/Se6urDf>
5. Estado de la población peruana 2019. En: Instituto de estadística e informática. Catálogo de publicaciones y servicios [Internet]. Perú; 2019 julio. p. 2-7. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/Je6ur2v>
6. García J, Sánchez A, Hidalgo N, Gutiérrez C, Mendoza D, Ruiz R. Situación de la población Adulta Mayor [Internet]. INEI: Instituto de estadística e informática (Perú); 2019 Setiembre [citado 22 de noviembre de 2019]. Reporte N°: 3. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/Oe6upN5>

7. García J, Sánchez A, Hidalgo N, Gutiérrez C, Ruiz R. Situación de la población Adulta Mayor [Internet]. INEI: Instituto de estadística e informática (Perú); 2019 Marzo [citado 22 de noviembre de 2019]. Reporte N°: 1. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/Pe6uoJC>
8. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 19 de mayo del 2020]; 25(2): 57-62. Disponible en: <https://cutt.ly/5yTgQO7>
9. Sánchez A, Fernández L, Villasán A, Carrasco A. Envejecimiento activo y reserva cognitiva: guía para la evaluación y la estimulación. 2017 [citado 18 de mayo del 2020], 5(16):195-204. Disponible en: <https://cutt.ly/tyN5x0b>
10. Castro S. Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2018; 81(4): 215 - 216. Recuperado a partir de: “doi:10.20453/rnp.v81i4.3435”
11. Cuadra A, Medina E, Salazar K. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con la calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Rev. Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología [Internet]. 2016 [citado 16 de setiembre de 2019]; 11(35): 56-67. Recuperado de: <https://cutt.ly/uwH5kcv>
12. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente: 2016; 11 (3): 120-125. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/xrqE7H5>
13. Bejines M, Velasco R, García L, Barjas A, Aguilar L, Rodríguez M. “Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar”. Rev Enferm Inst

Mex Seguro Soc. [Internet]. 2015 [citado 17 de abril del 2019]; 23(1):9-15.

Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/LyDIgVL>

14. Krmpotic, C. La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. exploraciones conceptuales de una investigación en curso. Scripta Ethnologica [Internet]. 2016 [citado 27 de mayo 2020]; 38: 105-120. Recuperado de: <https://cutt.ly/LyDSQ16>
15. Jasso M, Pozos M, Cadena J, Olvera S. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado 27 de mayo 2020];25(1):9-17. Recuperado de: <https://cutt.ly/QyN5A1j>
16. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli J, Cooper C, Martin F, Reginster J. et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity, The Journals of Gerontology: Series A. 2018; 73 (12): 1653–1660. doi: 10.1093/gerona/gly011
17. Leiton Z. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016; 13 (3): 139-141. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
18. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los centros integrales de atención al adulto mayor. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/CrqRaty>
19. Ramos G. Antropología de la vejez en el Perú: un vacío etnográfico. Antrhopía [Internet]. 2013 [citado 15 de octubre de 2019]. (11):104 - 110. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/5rqE84F>

20. Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. 2004; 82 (7): 493-502. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/lrqRwNp>
21. Power M, Bullinger M, Harper A. & the World Health Organization Quality of Life Group. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18(5), 495–505. doi:10.1037/0278-6133.18.5.495
22. Bartolucci C, Gómez G, Salamero M, Esteva I, Guillamon A, Zubiaurre L, et al. Sexual Quality of Life in Gender-Dysphoric Adults before Genital Sex Reassignment Surgery. *ELSEVIER*. 2015; 12 (1): 180-188. doi:10.1111/jsm.12758
23. Melguizo E, Acosta A, Castellano B, Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. 2012, 28(2):251-263. Disponible en: <https://cutt.ly/ryN57ph>
24. Jáuregui A. Calidad de Vida de la persona adulta mayor perteneciente al Programa Gerontológico Social de dos provincias de Ica, Perú 2017. *Rev. PSM [Internet]*. 2019 June [citado 19 de junio de 2020]; 16(2): 28-47. Disponible en: <https://cutt.ly/huDKTzl>
25. Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre D, Cruz I, Silvestre D. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ. Salud [Internet]*. 2019 [citado 31may2020]; 21(2):113-8. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144>

26. Troncoso C, Soto N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horiz Med* [Internet]. 2018 [citado 19 de mayo del 2020]; 18(1): 23-28. “doi:10.24265/horizmed.2018.v18n1.04”
27. Sánchez D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socioespaciales en América Latina. México. *Rev. geogr. Norte Gd* [Internet]. 2015 [citado 16 de setiembre de 2019];(60):97-114. Disponible en: <https://bit.ly/2mmFY7R>
28. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015; 385(9968):640–648. “doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0”
29. Tomás J, Galiana L, Gutiérrez M, Sancho P, Oliver A. Predicción del bienestar hedónico y eudaimónico en envejecimiento con éxito. *European j investiga*. 2016; 6(3):167-176: “doi: 10.1989/ejihpe.v6i3.177”
30. Montes D, Bravo J, Díaz C. Influencia del círculo de abuelos en la evolución de las enfermedades articulares. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. [citado 02 de mayo del 2020]; 20(3). Disponible en: <https://cutt.ly/ZyN6wD8>
31. Cortés C, Cardona D, Segura A, Garzón M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. *Rev. Salud Pública*. [Internet]. 2016 [citado 15 de agosto de 2019]; 18 (2):167-178. Recuperado de: <https://cutt.ly/OwsLpAB>
32. Cuadra A, Medina E, Salazar K. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con la calidad de vida en adultos mayores de la ciudad

de Arica. Rev. Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología [Internet]. 2016 [citado 16 de setiembre de 2019]; 11(35):56-67. Recuperado de: <https://cutt.ly/uwH5kcv>

33. Olivi A, Fadda G, Pizzi M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. Papeles de población [Internet]. 2015 [citado 11 de noviembre del 2019]; 21(84). Disponible en: <https://cutt.ly/Ne5PkLs>

34. Aranda R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado 15 de agosto del 2019]; 17(5):813-825. Disponible en: <https://cutt.ly/4wsLi0p>

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019.

VARIABLE	CATEGORÍA	N°	%
EDAD	60 – 74	15	50.0
	75 – 90	13	43.3
	90 a más	2	6.7
SEXO	Femenino	22	73.3
	Masculino	8	26.7
ESTADO CIVIL	Soltera/o	4	13.3
	Casado	15	50.0
	Separada/o	1	3.3
	Divorciada/o	1	3.3
	Viuda/o	9	30.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	No letrado	2	6.7
	Primaria	11	36.7
	Secundaria	10	33.3
	Superior	7	23.3

TABLA 2. CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019

CALIDAD DE VIDA	N°	%
Mala	6	20.0
Regular	18	60.0
Buena	6	20.0
Total	30	100

TABLA 3. CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN CAPACIDAD INTRÍNSECA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019.

CAPACIDAD INTRÍNSECA	CATEGORÍA	N°	%
SALUD FÍSICA	Mala	7	23.3
	Regular	15	50.0
	Buena	8	26.7
PSICOLÓGICO	Mala	6	20.0
	Regular	20	66.7
	Buena	4	13.3
ESPIRITUALIDAD	Mala	9	30.0
	Regular	11	36.7
	Buena	10	33.3

TABLA 4. DIMENSIONES CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019.

CAPACIDAD FUNCIONAL	CATEGORÍA	N°	%
RELACIONES SOCIALES	Mala	8	26.7
	Regular	14	46.7
	Buena	8	26.7
ENTORNO	Mala	6	20.0
	Regular	21	70.0
	Buena	3	10.0
IVELES DE INDEPENDENCIA	Mala	6	20.0
	Regular	18	60.0
	Buena	6	20.0

TABLA 5. FACETA CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN GENERAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019.

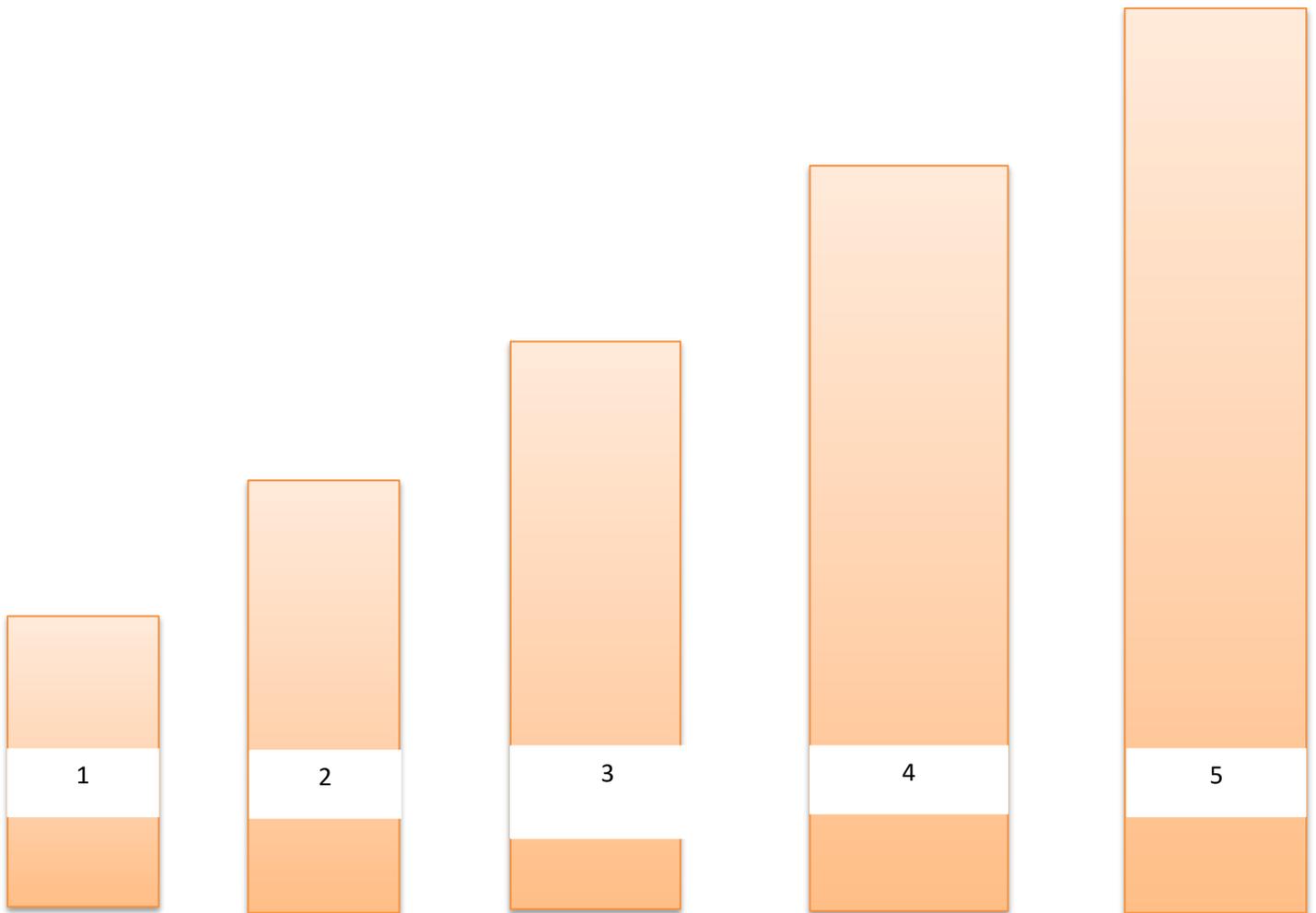
CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN GENERAL	N°	%
Mala	8	26.7
Regular	15	50.0
Buena	7	23.3
Total	30	100.0

ANEXO 1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Calidad de vida	La calidad de vida es el bienestar que percibe el adulto mayor de sí mismo y su entorno, basados en su cultura, normas, valores y creencias; teniendo a su vez la capacidad intrínseca y funcional para satisfacer las necesidades de su vida cotidiana y le permita tener un envejecimiento activo y saludable.	A) Capacidad Intrínseca	Capacidad y habilidad de afrontamiento del adulto mayor frente a un problema de su salud física, psicológica y espiritualidad.	DI:SALUD FÍSICA - Dolor y malestar - Energía y fatiga - Dormir y descansar.	CV mala: 21 - 34.2 CV regular: 34.3 - 48.2 CV buena: 48.3 - 52
				DII:PSICOLÓGICO - Sentimientos positivos, pensamientos / aprendizaje / memoria/ concentración. - Autoestima - Imagen corporal/apariencia. - Sentimientos negativos.	CV mala: 46 - 59.9 CV regular: 60 - 75.2 CV buena: 75.3 - 95
				DVI:ESPIRITUALIDAD - Espiritualidad / creencias personales / religión.	CV mala: 10 - 13.5 CV regular: 13.6 - 18.3 CV buena: 18.4 - 20

				<p>DIII: NIVELES DE INDEPENDENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilidad - Actividades de la vida diaria. - Dependencia de medicamentos o tratamiento. - Capacidad de trabajo. 	<p>CV mala: 30 - 44.7 CV regular: 44.8 - 61.2 CV buena: 61.3 - 78</p>
		B) Capacidad Funcional (individuo-entorno)	Se estudiaría la interacción que existe entre el individuo y su entorno, y su relación con la sociedad.	<p>DV:ENTORNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad física - Ambiente del hogar - Recursos financieros - Salud/accesibilidad - Acceso a información - Actividades de recreación - Entorno físico (contaminación ruido/ tráfico / clima). - Transporte 	<p>CV mala: 68 - 87.3 CV regular: 87.4- 112.1 CV buena: 112.2 - 148</p>
				<p>DIV: RELACIONES SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones personales - Apoyo social - Actividades como proveedor / colaborador. 	<p>CV mala: 29 - 34.1 CV regular: 34.2 - 42.2 CV buena: 42.3 - 48</p>

ANEXO 2
BARRAS DE APOYO



*Estas barras simulan la calificación de frecuencia, evaluación, intensidad y capacidad que son escalas de respuesta.

ANEXO 3

ESCALA DE ESTANINO AGRUPADA EN TRES CATEGORÍAS

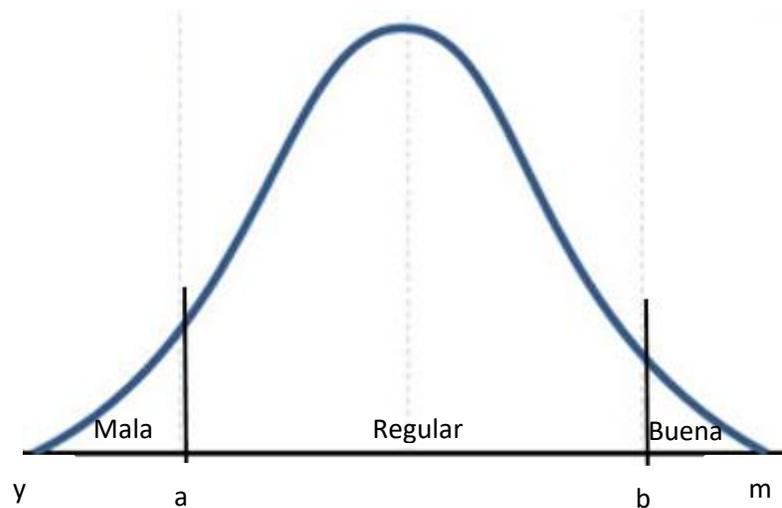
Fórmula:

$$X \pm 0,75 (\sigma)$$

Donde:

Donde:

Puntos de corte:



Intervalo de puntajes:

$Y - a = \text{Mala}$

$(a + 1) - b = \text{Regular}$

$(b + 1) - m = \text{Buena}$

ANEXO 4

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL DOMINIO ESPIRITUALIDAD Y LA CARACTERISTICA DEMOGRÁFICA SEXO DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019.

		ESPIRITUALIDAD			TOTAL	
		Mala	Regular	Buena		
SEXO	Femenino	N°	3	9	10	22
		%	13.6	40.9	45.5	100.0
	Masculino	N°	6	2	0	8
		%	75.0	25.0	0.0	100.0
TOTAL		N°	9	11	10	30
		%	30.0	36.7	33.3	100.0

ANEXO 5

CAPACIDAD INTRINSECA: DOMINIOS Y FACETAS DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DE LA
MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019

DOMINIOS	FACETAS	CATEGORIA					
		Mala		Regular		Buena	
		N°	%	N°	%	N°	%
Salud física	Dolor	7	23	14	47	9	30
	Energía	5	17	19	63	6	20
	Descanso	7	23	13	43	10	33
	Sentimientos positivos	9	30	15	50	6	20
Psicológico	Pensamientos/aprendizaje/ memoria/ concentración	8	27	16	53	6	20
	Autoestima	5	17	18	60	7	23
	Imagen corporal	5	17	20	67	5	17
	Sentimientos negativos	6	20	19	63	5	17
Espiritualidad	Espiritualidad/ creencias personales/ religión	9	30	11	37	10	33

ANEXO 6

CAPACIDAD FUNCIONAL: DOMINIOS Y FACETAS DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR DE LA
MUNICIPALIDAD DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA 2019

DOMINIOS	FACETAS	CATEGORIA					
		Mala		Regular		Buena	
		N°	%	N°	%	N°	%
	Relaciones personales	5	17	20	67	5	17
Relaciones sociales	Apoyo social	6	20	18	60	6	20
	Actividad sexual	8	27	18	60	4	13
	Seguridad física	5	17	17	57	8	27
	Ambiente del hogar	5	17	19	63	6	20
	Recursos financieros	8	27	15	50	7	23
	Salud/accesibilidad	4	13	19	63	7	23
Entorno	Acceso a información	4	13	21	70	5	17
	Actividades de recreación	5	17	17	57	8	27
	Entorno físico	8	27	15	50	7	23
	Transporte	5	17	19	63	6	20
	Movilidad	7	23	19	63	4	13

Niveles de independencia	Actividades de la vida diaria	6	20	20	67	4	13
	Dependencia de medicamentos o tratamientos	7	23	14	47	9	30
	Capacidad de trabajo	7	23	17	57	6	20

ANEXO 6

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y VARIABILIDAD DE LOS DOMINIOS DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE SAN JUAN DE MIRAFLORES

	DOMINIO I	DOMINIO II	DOMINIO III	DOMINIO IV	DOMINIO V	DOMINIO VI	TOTAL	
Media	41.20	67.50	52.90	38.13	99.70	15.87	12.77	
Mediana	43.50	68.50	54.50	38.50	103.50	16.00	13.00	
Moda	39 ^a	67 ^a	55	32 ^a	105	12 ^a	12	
Desviación estándar	9.286	10.238	11.015	5.406	16.534	3.224	3.549	
Rango	31	49	48	19	80	10	14	
Mínimo	21	46	30	29	68	10	6	
Máximo	52	95	78	48	148	20	20	
	25	35.25	61.50	45.75	32.75	88.75	12.75	9.00
Percentiles	50	43.50	68.50	54.50	38.50	103.50	16.00	13.00
	75	49.00	73.25	61.00	43.00	110.00	19.00	15.25