

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P DE ENFERMERIA

**Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor
con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel**

Alcides Carrión 2010

TESIS

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Maritza Gemma Caroline Fenco Asalde

ASESOR

Mistral Ena Carhuapoma Acosta

Lima – Perú

2010

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN 2010”**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería
Presentado por:**

FENCO ASALDE, MARITZA GEMMA CAROLINE

**MG. MISTRAL ENA CARHUAPOMA ACOSTA – ASESORA
PROFESORA PRINCIPAL TP**

LIMA – PERU

2010

“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR CON DIABETES MELLITUS EN EL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN
2010”

Doy gracias a Dios por iluminarme el camino correcto a seguir, por darme salud y la fuerza espiritual para poder culminar esta investigación.

Dedico este trabajo especialmente a mis padres y hermanos, quienes son mi inspiración para seguir día a día en mi caminar profesional, por su apoyo incondicional en todo momento de mi vida.

Mis agradecimientos más sinceros a las personas que participaron junto a mí en esta investigación.

A la Lic. Mistral Carhuapoma por su guía inicial y valiosa en esta investigación. A la Lic. Antonieta Chavez por su amistad, tiempo y disposición en la culminación del presente estudio.

A los Adultos Mayores participantes ya que sin su apoyo esta investigación no tendría sentido. A las autoridades del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión quienes hicieron posible el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

	<i>Pg.</i>
Dedicatoria.....	iii
Índice.....	iv
Índice de Gráficos.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xii
Presentación.....	xiii

CAPITULO I: INTRODUCCION

A) PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
B) FORMULACION DEL PROBLEMA.....	4
C) JUSTIFICACION.....	4
D) OBJETIVOS	5
E) PROPOSITO.....	5
F) MARCO TEORICO.....	6
1) Antecedentes del estudio.....	6
2) Base Teórica.....	15
2.1) Generalidades del Adulto Mayor.....	15
2.2) Diabetes Mellitus.....	19

2.3) Calidad de Vida.....	29
2.4) Rol de la Enfermera en la Atención del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus.....	60
G) DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	65

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS

A) TIPO Y METODO DE ESTUDIO.....	66
B) DESCRIPCION DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	66
C) POBLACION Y MUESTRA.....	67
D) TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	68
E) PLAN DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	69
F) CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	72

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A) RESULTADOS.....	73
B) DISCUSION.....	79

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y

RECOMENDACIONES

A) CONCLUSIONES.....	86
B) LIMITACIONES.....	88
C) RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	98
ANEXOS.....	106
INDICE DE ANEXOS	107

INDICE DE GRAFICOS

<i>GRAFICO N°</i>		<i>Pág</i>
01	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus en el “Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” Lima – Perú 2010	57
02	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus según la dimensión física en el “Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” Lima – Perú 2010	58
03	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus según la dimensión social en el “Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” Lima – Perú 2010	59

04	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus según la dimensión psicológica en el “Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” Lima – Perú 2010	60
----	--	----

RESUMEN

El presente estudio titulado “Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Daniel Alcides Carrión 2010”, tuvo como objetivo general determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor y como objetivos específicos identificar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones física, social y psicológica. El presente estudio ayudará a fortalecer fundamentos del cuidado enfermero como la actitud humanitaria, el respeto y amor a este grupo de personas, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables para mejorar su calidad de vida. El estudio es de enfoque cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 adultos mayores del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La técnica usada fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores fue regular. En cuanto a la dimensión física muestran una autopercepción regular ya que realizan actividades diarias, tienen poca dificultad para cuidar de sí mismos, sin embargo muestran cierta aceptación frente a los cambios en la capacidad sexual y sueño. En la dimensión social mantienen una autopercepción regular, gracias a que mantienen buenas relaciones familiares y sociales, están satisfechos con las actividades de tiempo

libre, no obstante presentan problemas económicos. En la dimensión psicológica poseen una autopercepción regular, ya que se sienten satisfechos con su vida y ser capaces de aprender cosas nuevas, pese a ello, refieren que en ocasiones están deprimidos y tristes.

PALABRAS CLAVES: Autopercepción, Calidad de Vida, Adulto Mayor, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

This study entitled "Perceived Quality of Life of Older Adults with Diabetes Mellitus in the Daniel Alcides Carrion Hospital 2010, must like general mission determine the perception of the quality of life of older adults and like specific objectives to identify the perception of the quality of life in the dimensions physical, social and psychological. This study will help to strengthen the foundations for the care and caring attitude, respect and love for this group of people, promoting the adoption of healthy lifestyles. The study is of quantitative approach, descriptive method of cross section. The population consisted of 50 older adults in the Hospital National Daniel Alcides Carrión. The technique used was the interview and the questionnaire instrument. The results were that the perception of quality of life of older adults was regular. As for the physical dimension show a regular perception as they perform daily activities, have little difficulty taking care of themselves, however, show some acceptance to changes in sexual ability and sleep. In the social dimension maintain a regular perception, because they maintain good family relationships and social, are satisfied with leisure activities, however have economic problems. In the psychological dimension have a regular perception, as they feel satisfied with their lives and be able to learn new things, even so, sometimes referred to are depressed and sad.

KEY WORDS: Perceived, Quality of life, Older Adults, Diabetes Mellitus.

PRESENTACION

Desde las últimas décadas se está presentando a nivel mundial el fenómeno demográfico conocido como envejecimiento poblacional, es decir un incremento en la población mayor de 60 años, que ha adquirido una gran relevancia en cuanto a sus características y sus condiciones de salud, ya que están entre los principales usuarios de los servicios médicos.

La diabetes mellitus constituye un problema prioritario de salud pública tanto por los cuantiosos recursos que se requieren para su adecuada atención como por su tendencia ascendente y la limitada disponibilidad de opciones que permiten reducir su impacto.

Los adultos mayores que padecen diabetes están expuestos a padecer procesos agudos como infecciones y graves descompensaciones metabólicas como el coma hiperosmolar, además también pueden padecer complicaciones a largo plazo, ya que la posibilidad de sufrir infarto al miocardio, accidente vascular e insuficiencia renal es dos veces superior que en la población con

características similares sin diabetes y el riesgo de sufrir una amputación es 10 veces mayor.

Por la conjunción de los factores de riesgo, las personas de edad avanzada son un grupo con una gran posibilidad de sufrir complicaciones de esta enfermedad, sin embargo su control y manejo depende del autocuidado, así como de la disponibilidad y uso de los servicios de salud, aspectos relacionados con su situación sociocultural y económica particular, ya que cuando una persona entra en crisis glicémica, sus posibilidades de recuperación estarán condicionadas por la capacidad de la red social tanto familiar como institucional para dar respuesta adecuada a sus necesidades de atención.

Es por ello que el personal de enfermería debe continuar con la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida en estos pacientes, como parte de una imperiosa necesidad de todos los seres humanos de construir y buscar la felicidad, manteniendo su participación activa y responsable en el bienestar, fomento de la independencia, satisfacción y aceptación del adulto mayor.

La presente tesis titulada: "Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2010", consta de cuatro capítulos de los cuales el

Capítulo I: Introducción, comprende el Planteamiento y delimitación del problema, Formulación del problema, Justificación, Objetivos, Propósito y Marco teórico, incluye Antecedentes del estudio, Base teórica y Definición operacional de términos; Capítulo II: Diseño Metodológico, presenta el Tipo y nivel de investigación, Descripción del área de estudio, Población y muestra, Técnica e instrumento de recolección de datos, Validez y Confiabilidad del Instrumento, Plan de recolección de datos, Procesamiento y análisis de datos y Consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión; Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y limitaciones; por último se presenta las Referencias bibliográficas, Bibliografía y los Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la población peruana es de 27'946,774 habitantes, 2146113 son personas adultas mayores que representa en 7,68% de la población nacional ⁽¹⁾. Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones ⁽²⁾.

En el Perú la prevalencia de Diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a Piura y Lima como los más afectados. Se menciona que en la actualidad la Diabetes Mellitus afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. El incremento del número de diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional (El 10% entre los 60 - 70 años, 10 - 20% entre los 70 - 80 y 17% en los mayores de 80) y de los estilos de vida de la población (malos hábitos alimenticios, consumo de comida

chatarra, el sedentarismo y la genética) ⁽³⁾.

El adulto mayor frente a ello, exige una gran demanda de los servicios ambulatorios de salud. La hospitalización prolongada, ausentismo laboral y discapacidad son factores que influyen en una mala calidad de vida, producto de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes Mellitus ⁽⁴⁾.

Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Según la OMS, Calidad de Vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Calidad de vida no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones, manteniendo las capacidades funcionales del ser humano que pueden verse afectadas tanto física, psicológica y socialmente, produciéndole incapacidades por amputaciones de las extremidades, ceguera, deterioro mental, depresión, entre otros ⁽⁵⁾.

Dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por

diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales, todo ello se suma al proceso de envejecimiento propio del ser humano que implica cambios que de por sí solos son considerados una crisis vital en el adulto mayor.

Para adaptarse a esta nueva situación, la persona pone en marcha mecanismos de autorregulación, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares y sociales que pueden llevar al individuo a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo su bienestar y así un manejo inadecuado de la enfermedad ⁽⁶⁾.

Durante las prácticas clínicas en el Hospital Daniel Alcides Carrión pude notar que esta enfermedad es frecuente y que sus complicaciones repercuten gravemente la salud del paciente, así como su calidad de vida. En una oportunidad una paciente con Pie Diabético refería “Señorita no quiero que me amputen el pie, ¿cómo me voy a ver? ¿Cómo haré mis cosas?”; se observó también como una mujer adulta mayor, sollozaba por el dolor en sus miembros inferiores causado por la Neuropatía diabética; a su vez un hombre de 69 años con Síndrome Nefrótico con Diabetes refería “Extraño a mi familia, ¿por qué no me visitan?, necesito a mi esposa”

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes Mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Octubre 2010?

C. JUSTIFICACION

Para la profesión de enfermería es importante investigar en el área de la gerontología, para dar respuesta a la realidad demográfica en nuestro país y por su compromiso social con los adultos mayores, para proponer modelos de intervención más participativos y realistas, en el marco de los valores y creencias de las personas mayores que tienen características singulares sobre todo los que adolecen de Diabetes Mellitus. Los resultados de la presente investigación permitirán conocer la realidad de la persona adulta mayor con Diabetes Mellitus lo que nos ayudará a determinar cuáles son sus necesidades reales a las cuales debemos hacer hincapié a fin de lograr una atención integral y poder fomentar el autocuidado en el adulto mayor.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Autopercepción sobre la calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Octubre 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor en la dimensión física.
- Identificar la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor en la dimensión psicológica.
- Identificar la autopercepción de calidad de vida del adulto mayor en la dimensión social.

E. PROPÓSITO

El presente estudio está orientado a proporcionar información acerca de la calidad de vida que es percibida por el mismo adulto mayor; la que permitirá fortalecer fundamentos del cuidado enfermero como la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y amor a este

grupo de personas, a fin de favorecer un control adecuado de la Diabetes Mellitus promoviendo la aceptación de la misma y la adopción de estilos de vida saludables para así mejorar su calidad de vida.

Así mismo propiciará espacios de reflexión y análisis del equipo multidisciplinario de salud para llevar a cabo acciones preventivo promocionales, de diagnóstico y tratamiento del adulto mayor con Diabetes Mellitus brindando un cuidado holístico, teniendo en cuenta sus conocimientos, valores, creencias sobre esta enfermedad.

F. MARCO TEORICO

1. Antecedentes

Sobre el problema a investigar, existen estudios de investigación relacionados, los cuales fueron realizados tanto en el Perú como en el extranjero. Se pueden citar los siguientes:

Nacionales

Yulisa Rocío Molina García en Lima en el 2008 realizó un estudio sobre “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad

de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo” Enero - Febrero”, con el objetivo de determinar la adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo - correlacional, la muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencionales, la cual estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista.

“El 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P = 0.01 < 0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”.⁽⁷⁾

Martha Vera Mendoza en Lima en 2006 realizó un estudio sobre “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Iberico” con el objetivo de determinar el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el mismo adulto mayor y para su familia. El tipo de investigación fue cualitativa, el método es descriptivo,

interpretativo – comprensivo. Las técnicas para la recolección de datos fueron: la observación, entrevista a profundidad y grupos focales, así como la guía de observación y dos cuestionarios. La muestra se constituyó por criterio de saturación y estuvo conformada por 16 adultos mayores (65 – 80 años) y 16 grupos integrados por sus familiares. El análisis de los datos fue según la objetivación y el anclaje de Serge Moscovici. Las conclusiones fueron:

“Calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana, sin problemas personales ni conflictos familiares; es ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto; y para la familia, es que el adulto satisfaga sus necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene, apoyándolo en lo necesario para que logre, principalmente, su bienestar físico”.⁽⁸⁾

Belém Peña Pérez, Margarita Terán Trillo, Fernando Moreno Aguilera, Manuel Bazán Castro, en México en el 2009 realizaron un estudio sobre: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE” con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus

expectativas. El método utilizado fue descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años. El instrumento fue el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida, la técnica fue la encuesta. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0, además del análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%. Se concluyó:

“El 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. La percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida”.⁽⁹⁾

Gabriela Maldonado Guzmán y Susana Virginia Mendiola Infante en México del 2009 realizaron un estudio sobre “Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores”, con el objetivo de conocer la calidad de vida autopercibida de los adultos mayores de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. El método utilizado fue descriptivo de corte transversal. La prueba piloto estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad, siendo el muestreo por

conveniencia. El instrumento que se utilizó para valorar la variable Calidad de Vida fue el MGI Calidad de Vida construido y validado en Cuba. Los datos fueron procesados estadísticamente a través del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 11.0. Se concluyó:

“Los adultos mayores de esta población presentaron baja calidad de vida. Los adultos mayores específicamente en edades entre los 60 a 70 años presentan calidad de vida baja. Las mujeres presentaron calidad de vida más alta que los hombres, posiblemente porque el envejecimiento fue percibido por el hombre como más negativo. Las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la calidad de vida, quizás porque se encontraban controlados médicamente. La mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional. El aspecto social es el que presenta mayor afectación, los adultos mayores mantienen relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero solo un poco más del 50% salen a distraerse ya sea solos con la familia o amigos.”⁽¹⁰⁾

Sagrario Garay Villegas y Rosaura Avalos Pérez en el México en el año 2009 realizaron un estudio sobre “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez” con el objetivo de aproximarse a los significados y percepciones que tienen los adultos mayores sobre esta etapa de su vida. Para ello se utilizó herramientas de carácter

cualitativo y cuantitativo. La pretensión de usar ambos métodos es contar con la visión de la población con 60 años o más, sobre aspectos relacionados con su salud física y mental, pero también indagar el o los factores que podrían estar influyendo en dicha percepción. Los resultados encontrados nos revelan que existe una asociación muy cercana entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas adultas mayores. Se concluyó:

“La percepción sobre sentirse felices está muy vinculada con la forma en qué conciben las personas su estado de salud físico, esto ocurre principalmente para los varones lo cual probablemente se debe a que el estado de salud físico de ellos es mucho mejor en comparación con el de las adultas mayores, ya que de acuerdo a los padecimientos diagnosticados médicamente para la población con 60 años o más, las mujeres muestran tener en mayor proporción enfermedades como hipertensión arterial, pérdida de la vista y diabetes mellitus”.⁽¹¹⁾

Adolfo Hervás, A. Zabaleta, G. De Miguel, O. Beldarrain, J. Díezen en España del 2006 realizaron un estudio sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2” con el objetivo de evaluar el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en calidad de vida relacionada con la salud. Fue un estudio descriptivo de corte transversal. La selección de la muestra fue aleatorio simple (n=95)

del universo de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 de la zona básica de salud de la Comunidad Foral Navarra (n=655). Los cuestionarios que se utilizaron fueron los genéricos SF-36 y EQ-5D; comparación con las muestras de población general realizadas en España (SF-36), población general y mayor de 65 años de Navarra y población diabética española (EQ-5D). La técnica utilizada fue la encuesta. Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el programa SPSS. Se concluyó lo siguiente:

“La diabetes Mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud...hay que destacar que en el seguimiento de la población diabética, además de las pautas clínico analíticas, hay que tener en cuenta aspectos psicosociales, para mejorar el autocontrol, y la adherencia al tratamiento.”⁽¹²⁾

Alberto Alvarado Marvin Eliseo; Ardón Gutierrez Beatriz del Carmen en El Salvador en el año 2006 realizaron un estudio sobre "Factores sociales y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus que asiste a la consulta externa especializada del Hospital Nacional Doctor Luis Edmundo Vásquez del departamento de Chalatenango en el período de noviembre 2005 a enero 2006" con el objetivo de determinar si los factores sociales y culturales influyen en el autocuidado en el adulto mayor con Diabetes

Mellitus, el método utilizado fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 65 adultos mayores que asistieron a consulta externa especializada. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Los resultados se determinaron mediante la técnica manual de procesamiento de datos. Se concluyó lo siguiente:

"Existe un alto porcentaje de adulto mayores que poseen un grado de escolaridad bajo y por ende su conocimiento deficiente en la práctica de su autocuidado, factor que influye para que se den las complicaciones agudas y crónicas en el paciente diabético".⁽¹³⁾

José Lauro de los Ríos, Juan Sánchez, Pedro Barrios, Verónica Guerrero en México en el 2003 realizaron un estudio sobre "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" con el objetivo de determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Fue un diseño expo facto transversal. Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica - Hospital "Dr. Francisco Padrón Poyou" del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. El instrumento fue la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), la técnica fue la

encuesta. Los resultados se determinaron a través de un análisis de varianza (ANOVA). Se concluyó lo siguiente:

“El 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la Diabetes Mellitus 2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años”.⁽¹⁴⁾

Se han realizado estudios referidos a la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor, sobretodo en México. Estos estudios son de enfoque cuantitativo, en los cuales se llega a la conclusión que la calidad de vida en este grupo poblacional es de media a baja, esto sigue constituyendo un problema, más aún si la persona padece de una enfermedad crónica, como lo es la Diabetes Mellitus. En esta investigación se quiere obtener mayor información sobre cómo el mismo adulto mayor diabético percibe su calidad de vida.

2. Base Teórica

2.1. Generalidades del Adulto Mayor

2.1.1. Definición de Adulto Mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación ⁽¹⁵⁾. Otra es, que el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas ⁽¹⁶⁾. Existe también la tendencia de relacionar a esta persona con la muerte, enfermedades, dependencia, soledad y pérdida de status ⁽⁵⁾.

Las Naciones Unidas consideran al anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada o adultos mayores jóvenes; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

El MINSA define al adulto mayor, a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. Lo clasifica en tres grandes grupos:

- Persona adulta mayor autovalente: Persona adulta mayor capaz de satisfacer sus necesidades básicas (comer, vestirse, bañarse, entre otros) y realizar actividades instrumentales (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajo fuera de casa). Se considera al 65% del total de adultos mayores.
- Persona adulta mayor frágil: Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y que es más susceptible a discapacitarse y presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de adultos mayores tienen esta condición.
- Adulto mayor dependiente o postrado: Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Entre el 3 – 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.⁽¹⁷⁾

2.1.2. Cambios físicos, sociales y psíquicos del adulto mayor

La consideración biopsicosocial del hombre y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre él lleva a plantear y analizar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: cambios biológicos, cambios psíquicos y cambios sociales; estos en su conjunto caracterizarán el perfil del adulto mayor e influirán en la satisfacción de sus necesidades.

a. Cambios físicos

A partir de la etapa de la madurez se produce un conjunto de procesos involutivos que conlleva al deterioro progresivo del organismo ⁽¹⁸⁾. Los cambios físicos que se producen durante el envejecimiento afectan células, tejido y órganos. Los cambios celulares consisten en un menor tamaño de las células y una pérdida de la capacidad de dividirse y reproducirse. Los cambios del tejido incluyen una acumulación de productos de desecho, entre otros. El tejido conectivo cambia haciéndose cada vez más rígido, lo cual hace a los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias más duros. Los órganos cambian a consecuencia de todo ello. Éstos al envejecer pierden su función de manera progresiva y hay una disminución de la capacidad funcional. ⁽¹⁹⁾

b. Cambios sociales

La consideración social de tareas específicas asociadas a cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad. Al adulto mayor no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. El individuo puede sentirse solo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil. Ante esto el anciano puede desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de vejez, como son: De separación o alejamiento del mundo que le rodea. Puede volverse introvertido, poco comunicativo, egocéntrico, huye del mundo y se refugia en su soledad. De integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación. De actividad, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad con la búsqueda de alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayuden a sentirse útil y potenciarán su autoestima.

c. Cambios psicológicos

El deterioro de las funciones psicofisiológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en el que se haya desenvuelto, el nivel intelectual de la persona,

así como la capacidad estimulante del entorno. Para valorar las modificaciones psíquicas que se producen hay que tener en cuenta los cambios en las estructuras cerebrales, anatómicas y fisiológicas del sistema nervioso y órganos de los sentidos; la modificación de las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad y capacidad de reacción ante estímulos) y por último los cambios en el área afectiva: emociones, motivación y personalidad. La afectación más generalizada de las capacidades intelectuales es la memoria, ya que tiene un efecto psíquico negativo, provoca preocupación y quejas del individuo. Es frecuente la disminución de la autoestima relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socioeconómicas, pérdida de seres queridos, entre otros. ⁽¹⁸⁾

2.2. Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre ocasionados por defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas. Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias ⁽²⁰⁾.

De esta forma los niveles de glucosa en sangre permanecen dentro de unos límites muy estrechos, entre 70 – 120 mg/dl. ⁽⁶⁾

La insulina, una hormona producida por el páncreas, controla el nivel de glucosa en la sangre al regular su producción y almacenamiento. En el estado diabético, las células dejan de responder a la insulina, o bien el páncreas deja totalmente de producirla. Esto conduce a hiperglicemia, que causa complicaciones metabólicas agudas y crónicas. ⁽¹⁵⁾

2.2.1. Tipos de Diabetes

Se distinguen varios tipos de diabetes en función de las causas por las que se produce, la forma en que se manifiesta y cómo evoluciona. ⁽⁶⁾

a. Diabetes Mellitus Tipo I

La diabetes tipo I aparece especialmente en niños, adolescentes y adultos de edad inferior a 30 años y se debe a la destrucción total o parcial de las células pancreáticas que producen insulina. Se caracteriza por un inicio relativamente brusco, y por una necesidad absoluta de tratarse con insulina, pues el páncreas no produce o produce poca cantidad de esta hormona.

b. Diabetes Mellitus Tipo II

La diabetes tipo II es, con mucho, la más frecuente de las formas de diabetes, ya que constituye más del 80% del total. En este caso, el páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa dentro de la normalidad, debido con frecuencia a que el cuerpo no responde correctamente a esta hormona.

Esta forma de diabetes se suele manifestar en personas mayores de 40 años, y es tanto más frecuente, cuanto más avanzada es la edad. Sus causas son una combinación de factores genéticos y ambientales. ⁽¹⁵⁾

Otras características son:

- Su frecuente asociación con el sobrepeso, la tensión arterial alta y el exceso de colesterol y otras grasas en la sangre.
- Una historia familiar de diabetes, en padres o hermanos.

En ocasiones puede carecer de síntomas, por lo que es importante la búsqueda de su diagnóstico entre las personas de mayor riesgo, ya que si se ignora y no se trata, puede producir importantes complicaciones.

2.2.2. Diagnóstico

En la actualidad existe un acuerdo general según el cual bastará con que la persona cumpla una de las siguientes condiciones:

Presencia de signos y síntomas como son:

- Astenia (falta de fuerza)
- Adelgazamiento
- Polifagia (Mayor sensación de hambre)
- Polidipsia (Aumento de la necesidad de beber).
- Poliuria (mayor necesidad de orinar)

Las glucemias elevadas en más de una ocasión (más de 140 mg/dl en el plasma venoso o 120 mg/dl en sangre capilar)

Hay que tener en cuenta que la utilización reciente de ciertos fármacos (corticoides) o la presencia de enfermedades agudas (accidente cerebrovascular, neumonía, entre otras) pueden alterar la correcta interpretación de estas condiciones ⁽¹⁵⁾.

2.2.3. Complicaciones de la Diabetes

a. Hipoglicemia

Es el descenso anormal de los niveles de glucosa en la sangre. Las situaciones que conducen a hipoglicemia son: exceso de inyección de insulina o toma de excesiva medicación antidiabética, no ingerir suficiente comida o realizar actividad física desmesurada sin haber comido. Puede manifestarse mediante: malestar general, fatiga, nerviosismo, irritabilidad, temblor, sensación de hambre, dolor de cabeza, escalofríos, confusión, convulsiones e incluso coma.

b. Hiperglicemia

Llamado también coma hiperosmolar no cetósico. Es casi exclusivo del diabético no insulino dependiente anciano, desencadenándose generalmente por infecciones agudas, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio u otras situaciones similares. Su mortalidad es muy elevada. ⁽²¹⁾

c. Cetoacidosis diabética

Algunos estudios han publicado una incidencia de cerca del 25%

en individuos mayores de 60 años. Su mortalidad es elevada en el adulto mayor diabético.

Es una complicación que parece cuando el organismo no puede disponer de la glucosa como fuente de energía y debe utilizar como alternativa el tejido graso. De esta forma, se producen cuerpos cetónicos que se van acumulando en la sangre hasta hacer que esta sea más ácida que el resto de tejido del organismo. Esta lesiona células y puede llegar a causar infarto de corazón o una insuficiencia renal. ⁽²⁰⁾

El paciente diabético por el hecho de serlo, independientemente de su edad, presenta una tendencia al desarrollo de complicaciones vasculares (micro y macroangiopáticas) y neurológicas. ⁽⁶⁾

d. Hipertensión arterial

Hay una relación estrecha entre diabetes mellitus II e hipertensión arterial, debido principalmente a la hiperinsulinemia que tan frecuentemente aparece en aquella. Se asocia a la morbimortalidad por cardiopatía isquémica o por patología cerebrovascular, lo que obligará a un control estrecho de la misma y se recomendarán valores tensionales por debajo de 150/90 mmHg en la población geriátrica. ⁽²⁰⁾

e. Cardiopatía isquémica

Estos pacientes multiplican aproximadamente por dos el riesgo de infarto de miocardio cuando se compara con pacientes no diabéticos de la misma edad. Cuando el paciente diabético presenta una angina la sintomatología dominante es la disnea, las posibilidades de morbimortalidad se multiplican por tres.

f. Enfermedad cerebrovascular

Es la segunda causa de muerte tras la enfermedad coronaria en pacientes con DM2, con un riesgo de presentarla de dos a cuatro veces más alto que en la población general. Aproximadamente el 13% de los pacientes con DM2 mayores de 60 años han tenido ictus. ⁽²¹⁾

g. Nefropatía Diabética

Es un trastorno del riñón que aparece como una complicación de la diabetes Mellitus y que se caracteriza por proteinuria (presencia de proteínas en la orina) y una disminución progresiva de la función renal.

La lesión renal causada por la diabetes suele consistir en el

engrosamiento y el endurecimiento (esclerosis) de las estructuras internas del riñón, particularmente el glomérulo. En los glomérulos se filtra la sangre y se forma la orina. A medida que progresa la nefropatía diabética aumenta el número de glomérulos destruidos; el trastorno progresa hasta aparecer la enfermedad renal terminal que se desarrolla entre los 2 y los 6 años posteriores a la aparición de la insuficiencia renal crónica o de una hipertensión grave. ⁽⁶⁾

h. Neuropatía Diabética

Es una complicación tardía de la diabetes Mellitus que afecta el tejido nervioso. La lesión de los nervios se debe a una disminución del flujo de sangre y otros niveles elevados de azúcar en el torrente sanguíneo. Al principio se siente un hormigueo y un dolor intermitente en las extremidades, sobretodo en los pies. En fases más avanzadas, el dolor es más intenso y constante. Finalmente se desarrolla una neuropatía indolora, lo cual aumenta el riesgo de sufrir una lesión grave del tejido, pues la persona no siente que se está lastimando.

i. Retinopatía diabética

Con el tiempo la diabetes va lesionando progresivamente la retina y puede causar finalmente ceguera. La incidencia y gravedad de

la lesión de la retina o retinopatía aumentan con la duración de la diabetes y con un mal control de la enfermedad. Casi todas las personas con una historia de diabetes de más de 30 años presentarán signos de retinopatía diabética. ⁽⁶⁾

2.2.4. Tratamiento

El objetivo inicial del tratamiento de la diabetes consiste en conseguir un buen control de los niveles de glucosa en sangre. Los objetivos a largo plazo son mejorar la calidad de vida. La prevención de complicaciones, que son de vital importancia en el diabético joven, deben ocupar un lugar más secundario en el adulto mayor, dada su menor esperanza de vida, por lo avanzado de su edad. ⁽¹⁵⁾

Para conseguir dichos objetivos el tratamiento se basa en cuatro pilares: la alimentación, el ejercicio, la medicación y educación diabetológica.

a. Dieta

Tiene como finalidad conseguir el control de la enfermedad y alcanzar o mantener un peso correcto.

En general se recomendará una dieta sin carbohidratos simples y sin grasas poliinsaturadas, que les proporcione entre 1500 – 2000 calorías diarias, repartidas entre cinco – seis tomas y compuestas por carbohidratos complejos (50%), proteínas (20%) y grasas saturadas (30%) con una aportación adecuada de fibra vegetal (50 – 75 g/día).

b. Ejercicio

Dada las ventajas que tiene el ejercicio que se practica regularmente en cuanto a mejorar la acción de la insulina a nivel periférico, mejorar el perfil lipídico y favorecer la normotensión arterial, debe ser recomendado insistentemente al diabético anciano y animarle a que practique de forma regular un tipo de ejercicio moderado (andar, nadar, bicicleta estática) que no supongan un gran esfuerzo capaz de producir complicaciones adicionales, como desprendimiento retiniano, accidente cerebrovascular o elevaciones tensionales.⁽⁶⁾

c. Medicación

El tratamiento farmacológico de la diabetes comprende los hipoglicemiantes orales y la insulina. Los hipoglicemiantes orales, también llamados antidiabéticos orales, son medicamentos dirigidos a mejorar los niveles de azúcar en la sangre.

d. Educación Diabetológica

Los objetivos de esta educación será proporcionarles una información sencilla y completa sobre qué es la diabetes, sus tipos, las formas de tratamiento, el autoanálisis domiciliario, las hipoglicemias y otras situaciones de alarma, el cuidado de los pies y que hacer en casos de enfermedad, viajes, entre otros.

Es de gran importancia que acudan acompañados por algún familiar que conviva con ellos para que también colaboren activamente en el cuidado de su diabetes. Es necesario que en las charlas se repita periódicamente las “ideas clave” y que exista un soporte audiovisual adecuado para que se mantenga el interés y la comprensión. En lo posible se buscará la colaboración de otros especialistas sanitarios (dietistas, pedicuros) o no sanitarios (pedagogo, psicólogo, asistente social) que puedan proporcionar de una manera más completa la información sobre un apartado concreto del programa. ⁽²²⁾

2.3. Calidad de Vida

2.3.1. Concepto

Antes de abordar con mayor detenimiento el concepto de calidad

de vida, los elementos que la componen y las investigaciones a las que ha sido sujeta, resulta relevante detenerse en el significado de Calidad y en el de Vida.

El término calidad proviene del latín *qualitas*, *atis* que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa. ⁽¹⁶⁾

Según Leelakvithanit y Day (1992) es un complejo dimensional que puede ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida; es así como Sen (2002) también indica que la calidad de vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana: la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da.

Para conocer la calidad de vida es necesario que los sujetos realicen una descripción de lo que la vida es para ellos, por lo que resulta complicado dar una definición universal de vida sin tomar en cuenta las definiciones que cada individuo tiene de su propia existencia y sobre las cuales se determina la calidad con la que vive. ⁽²³⁾

Según la OMS (1994), la calidad de vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto sociocultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

Esta evaluación subjetiva personal descansa en el balance entre expectativas y realidad de cada individuo, cuando se encuentra dotado de los elementos culturales y de la libertad de pensamiento para dicho análisis. ⁽²⁴⁾

2.3.2. Evolución del Concepto de Calidad de Vida

La evaluación de la calidad de vida no es un concepto nuevo, ya en el año 1947, Karnofsky y Burchenal introdujeron estos aspectos en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Pero no fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de calidad de vida, que algunos investigadores clínicos se plantearon considerar la calidad de vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente. ⁽²⁵⁾

En 1948 se define el término de salud como un estado completo

de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

Hay una definición completa y amplia de calidad de vida que intenta incluir múltiples conceptos, como ausencia de alteraciones físicas, necesidades cubiertas, libertad, tiempo libre, etc. La definición de la OMS indica que calidad de vida es “la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que con posterioridad se modificó reduciendo su contenido. Se consideró como salud y buena calidad de vida a “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (por sus siglas en inglés UNESCO) en 1961, presentaron un informe donde se señalaba nueve componentes del nivel de vida: salud, alimentación,

nutrición, educación, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, vestido, recreo, esparcimiento, seguridad social y libertades humanas. Entendiendo la calidad de Vida como las condiciones materiales de vida de una persona, clase social o comunidad para sustentarse y disfrutar de la existencia”. Posteriormente la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) a fines de los años 70’, establece por primera vez la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se ha de enfatizar en sus aspectos de calidad. Pese al esfuerzo y trabajo dedicados, no se pudo llegar a un verdadero consenso acerca de las dimensiones de calidad de vida y de los significados de las mismas, esto debido a que los términos en que se desarrollaron las dimensiones fueron exclusivos de los países miembros de la OCDE. ⁽⁵⁾

El concepto de salud empieza a evolucionar y deja de ser la ausencia de enfermedad para convertirse en el bienestar biopsicosocial, tal y como lo definieron los expertos de la OMS en el Alma – ata en 1978. Se inicia una evolución desde lo estrictamente biológico hacia lo psicosocial.

En 1986 la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y

alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.

El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

En Ginebra en 1966 durante el Foro mundial de la salud, el concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS es definido como: "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses".

Esta posición pone de manifiesto el criterio que afirma que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como arraigadas en un contexto cultural, social y ambiental.

Las escalas de medición de la Calidad de Vida que ya se utilizaban en Estados Unidos y en Inglaterra no resultaron útiles al intentar administrarlas en otros grupos culturales, por lo tanto comenzaron a intentar realizar un programa que desarrolle un instrumento factible de ser usado por distintas poblaciones y que

respete la idiosincrasia de las mismas. Debido al avance de un modelo cada vez más biomecanicista de la medicina que aboga mayormente por la erradicación de la enfermedad y sus síntomas se volvió imprescindible la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud que complete el panorama y que se le pregunte al sujeto acerca de la percepción de sus satisfacción en relación con sus necesidades. La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida pretende evaluar los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo sobre la salud. Para tal fin se creó WHOQOL – 100 (1991) e whoqol – brief (1994) único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida.

Con este abordaje la estandarización y equivalencia entre los grupos sumado a los problemas de traducción fueron los primeros desafíos que debió enfrentar en su desarrollo este instrumento. La calidad de vida de los entrevistados será evaluada en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales ellos viven y específicamente, en relación a sus objetivos, estándares e intereses. ⁽²⁶⁾

2.3.3. Enfoques o Teorías

Definir la calidad de vida ha sido una tarea retomada por investigadores, pensadores, educadores, políticos y analistas. Durante

muchos años no han podido llegar a un verdadero consenso acerca de su definición, y pese a lo que se pudiera deducir, tantas concepciones sólo hacen pensar que no existe en realidad una definición que sea capaz de englobar todo lo que significa vivir con calidad.

Neri (1993) relaciona la calidad de vida en la vejez como el resultado de un proceso adaptativo multidimensional que involucra variables históricas, socioculturales e individuales y que se manifiesta, desde el punto de vista emocional, como habilidad de autorregulación para enfrentar situaciones estresantes; desde el punto de vista cognoscitivo, como la habilidad de resolver problemas; y desde el punto de vista comportamental, en términos de ejecuciones efectivas y competencia social. ⁽¹⁸⁾

Se puede hablar de calidad de vida en términos negativos, como indica Gendreau (1998) al afirmar que *“no hay calidad de vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos”*

Según Coehlo y Coehlo (1999) la calidad de vida está relacionada con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos. ⁽²⁷⁾

Es de notar que la calidad de vida ha sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. Por esta razón Fernández Ballesteros (1996) considera que sea útil mencionar lo que *no* es calidad de vida: calidad de vida no es el equivalente al ambiente, no es igual a la cantidad de bienes materiales ni a al estado de salud física o a la calidad del cuidado de la salud de las personas. De igual forma, se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad. Tal como apunta Browne *“La calidad de vida es (el producto) de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”*

No obstante, al revisar la bibliografía se encuentra que existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente d) como la combinación

de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. ⁽²⁸⁾

El carácter controversial del concepto se ha traducido en amplios debates de cuyo análisis es posible obtener luces de lo que es la calidad de vida:

1. Unidimensionalidad v/s Multidimensionalidad: Es posible diferenciar dos aproximaciones básicas, la que concibe la calidad de vida como una entidad unitaria y la que la considera como un constructo compuesto por una serie de dominios. Fernández Ballesteros en 1992 afirma que *“La vida es antológicamente multidimensional y la evaluación de su calidad habrá de serlo también”*. Lo anterior implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socio ambientales o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de los individuos.

2. Carácter subjetivo v/s carácter objetivo: Otro tema de debate se refiere a al carácter subjetivo u objetivo de la calidad de vida, al

respecto existe consenso en identificar cuatro modelos conceptuales de calidad de vida, según los cuales a) se define la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona en dichas condiciones vitales c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, finalmente d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez - Vela y Sabeh).

Dentro de esta controversia, se ubican las críticas realizadas a la definición de calidad de vida que la OMS entrega en 1993 en un intento lograr un consenso internacional en torno al concepto y a su forma de medirlo como: *“la percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de un sistema de valores en el que vive y en relación con sus aspiraciones, expectativas, valoraciones e intereses.”*

Fernández Ballesteros (1998), considera que un modo de calidad de vida reduccionista (ya sea exclusivamente subjetivo o exclusivamente objetivo) únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por propia naturaleza, es extraordinariamente diverso.

La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinados.

3. Conceptualización nomotémica v/s conceptualización ideográfica:
Otra cuestión implicada en la definición de calidad de vida se refiere a si es deseable establecer un concepto general de ella que sea aplicable a todos los individuos o, si más bien se trata de una construcción ideográfica, es decir que debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto.

En la definición de los componentes, dimensiones o dominios de la calidad de vida se han utilizado dos estrategias: la teórica y la empírica. Por ejemplo, desde la perspectiva teórica Lawton (1991) hipotetiza cinco aspectos evaluativos: bienestar psicológico, calidad de vida percibida, competencia conductual y entorno objetivo. Por su parte la OMS (1993) conceptualiza cinco amplios dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno.

Definir empíricamente los contenidos o componentes de la calidad de vida significa preguntar a los individuos acerca de los componentes de su calidad de vida. Usando esta estrategia Flannagan

(1982) establece los componentes de la calidad de vida a través del estudio de tres muestras etéreas, logrando definir cinco categorías principales: Bienestar físico y material, relaciones con otras personas; actividades sociales, comunitarias y cívicas; desarrollo personal; factores socioeconómicos; factores de autonomía personal; satisfacción subjetiva y factores de personalidad.

Lo anterior se refiere a que, si bien es posible aspirar a establecer una serie de componentes comunes a calidad de vida de una persona o población, estos factores variarán en “ponderación” de acuerdo a variables contextuales tales como edad, género, posición social, entre otros. Por ejemplo, la salud, puede tener una importancia secundaria para una persona joven sana, sin embargo, para una persona adulta mayor probablemente cobre una relevancia prioritaria.

En síntesis, calidad de vida es un macro - concepto complejo y multidimensional que envuelve componentes o condiciones diferentes, cuyo peso varía en relación a una serie de parámetros personales o sociales. ⁽²⁸⁾

2.3.4. Calidad de Vida y Vejez

La producción teórica y la investigación empírica sobre vejez y envejecimiento en América Latina han sido básicamente lideradas por organismos internacionales, como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y OMS/OPS, que han aportado valiosos y esclarecedores antecedentes e insumos sobre el *nivel y modo de vida* de las personas de edad en la región, y han dado lugar a claros esfuerzos por llegar a un análisis más global y cualitativo, que dé cuenta de las condiciones de vida de las personas mayores. Algunos investigadores, universidades y ONG se han abocado al estudio de las interrelaciones entre el contexto material, espiritual y la actividad de las personas mayores desde lo cualitativo.

Aun así, no se ha llegado a un nivel de conocimiento que permita la soltura y certeza que requiere una adecuada conceptualización teórica de la *calidad de vida* en la vejez en Latinoamérica, material clave para su uso como instrumento eficaz de programación, planificación y monitoreo social.

El incremento de la calidad de vida de la población latinoamericana en general, y de los ancianos en particular, es un tema

recurrente en los objetivos de los planes, programas y políticas (en aquellos países donde existen) dirigidos a las personas de edad de la región. Al no tener claridad sobre su significado se corre el riesgo de poner en marcha programas y políticas sociales cuyos objetivos finales no estarán claros para los planificadores y tampoco para los destinatarios.

Existen algunos consensos que pueden ser de utilidad; en primer lugar, se parte de la especificidad del concepto de calidad de vida en personas mayores y aunque ésta, cualquiera sea el contexto de referencia, tiene aspectos comunes con la de otros grupos de edad, tiene un perfil específico en que no intervienen factores que son importantes en otros grupos etarios (Ruiz y Baca, 1992). Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad lo que ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo vital: la infancia, la adolescencia y la vejez (Gómez-Vela y Sabeh, 1999).

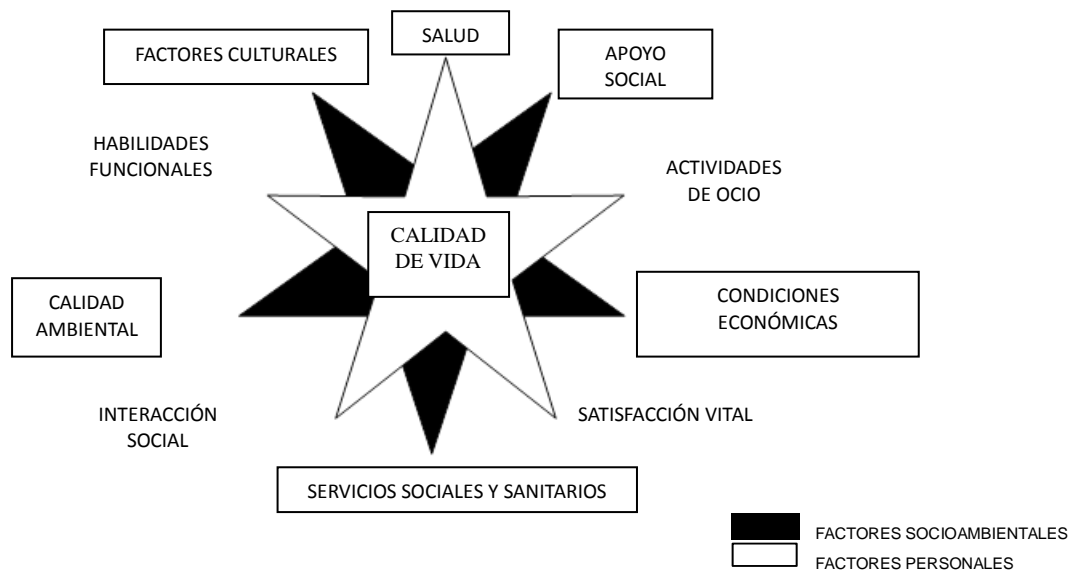
Por otra parte, un concepto operativo de calidad de vida debe contener tantos aspectos subjetivos (valoraciones, juicios, sentimientos) como objetivos (servicios con los que cuenta la persona, nivel de renta). Dicho de otra forma, deberían considerarse tanto las apreciaciones y

valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de su calidad de vida (por ejemplo, si están satisfechos con las relaciones afectivas que sostienen con sus amigos y familiares o si consideran que su salud es satisfactoria) como los aspectos objetivos de estas mismas dimensiones , por ejemplo, cuántos fármacos ingiere y otros indicadores objetivos de salud y la frecuencia con que se producen las interrelaciones sociales (Fernández Ballesteros, 1993). El asunto de los componentes subjetivos y objetivos de la calidad de vida conduce a un problema metodológico; una evaluación de la calidad de vida debe ser también multimetódica, es decir, requiere la aplicación de diversos instrumentos para aprehender ambos aspectos. En síntesis, la evaluación de la calidad de vida del anciano debe ser definida no sólo en función de su contexto de referencia sino que también debe ser multidimensional, contemplar sus elementos subjetivos y objetivos y contener diferentes métodos e instrumentos de medida; el principal problema de aplicar este modelo (si bien satisface criterios de adecuación conceptual y de rigor metodológico) es que sus requerimientos multimétodos, aunque se haya logrado identificar los factores que inciden en la calidad de vida del grupo de personas mayores de 60 años, es que cualquier intento riguroso de evaluarla resulta muy costoso (Fernández Ballesteros, 1993).

Otro elemento de consenso sobre el concepto de calidad de vida es su condición de concepto multidimensional, lo que implica que, así como consideramos factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también habremos de considerar factores socioambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores. ⁽²⁹⁾

2.3.5. Dimensiones de la calidad de Vida

En sus conocidas “Estrellas”, Rocío Fernández Ballesteros (1993) presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio - ambientales y los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores:



Fuente: Multidimensionalidad de la calidad de Vida: Factores personales y socioambientales (Rocío Fernández Ballesteros, 1993)

Fernández Ballesteros considera las siguientes dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida: ⁽²⁸⁾

Dimensión Física

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados.

Los cambios más significativos a nivel sensorial en los ancianos, son los derivados de la visión y de la audición, que son los que más influyen (junto con la movilidad) para el normal desenvolvimiento del adulto mayor. Sobre todo se da la pérdida de agudeza, lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo lo que dificulta su interrelación con otras personas. Las inseguridades y el miedo a salir de su propia casa aumentan por el deterioro de los sentidos vestibulares, que causan la descoordinación psicomotriz con tiempos de reacción más lentos, la sensación de no poder dominar su cuerpo en un ambiente extraño.

Se ha demostrado el deterioro de la calidad de vida en adultos mayores que padecen patologías de sueño (Bepthage, 2005; Quan y cols., 2005). Incluso algunos trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva diurna, pueden exacerbar estos síntomas, traduciéndose en baja calidad de vida relacionada con la salud⁽³⁰⁾

Según un estudio realizado por un grupo de trabajo del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona prácticamente la mitad de las personas con diabetes tienen complicaciones del sueño. Este estudio, presentado por Albert Lecube Torelló en el XX Congreso de la Sociedad Española de Diabetes.

El anciano sano y su autoestima e imagen general no difieren grandemente de otros grupos de edad a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual, que sólo se verá resentido si se compara con franjas de edad más jóvenes. El envejecimiento pues puede ser auto percibido como positivo cuando existe autonomía personal y funcional, relaciones agradables, estabilidad económica, estimulación física, mental y de responsabilidad con su propia existencia. ⁽³¹⁾

Una persona diabética puede realizar prácticamente cualquier tipo de actividad física y/o ejercicio durante por lo menos 30 minutos todos los días de la semana, bien puede ser de predominio aeróbico como: caminar, pedalear, bailar, natación, ejercicio en el agua entre otros y los de fuerza muscular.

Es importante que la persona que padece esta enfermedad realice actividad física porque: Mejora la eficiencia de la insulina, disminuye la glicemia, ya que, mientras se hace ejercicio, los músculos consumen más glucosa, combate el exceso de peso y la obesidad, reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardiaca, reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, contribuye a prevenir y reducir la hipertensión arterial, así como la osteoporosis, mejora trastornos digestivos como estreñimiento, mejora la resistencia de personas con

enfermedades crónicas o discapacidades, contribuye con la reducción de dolores de rodilla, contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad y los sentimientos de depresión o soledad. ⁽³²⁾

Dimensión Social

Muchas investigaciones han encontrado que envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidades para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social.

El anciano suele mostrarse menos agresivo y competitivo, necesita menos de la presencia de otras personas “afines”, e incluso en ocasiones encuentra satisfacción en la soledad al sentirse rechazado por una sociedad que no lo necesita. En general, el anciano es más precavido, más rígido y siente el medio ambiente como más amenazante y hostil que las personas de menos edad.

El declive fisiológico y orgánico que lleva inevitablemente a la jubilación es, en sí mismo, para la persona que se jubila, una experiencia que desvaloriza. La corriente vital, de la persona que se jubila puede ser afectada por la retirada de la vida profesional activa, del grupo de pertenencia dinámica.

El adulto mayor puede tener la impresión de que la corriente de la vida va fluyendo sin él, que ha quedado reducido a simple espectador. En realidad no tiene que ser así, se hace forzosa la solución positiva de la crisis de la jubilación, para evitar que el anciano desemboque inevitablemente en los dos aspectos más penosos de la vida; el tedio y la soledad. El tedio, puede definirse como un sentido de reducción del movimiento del tiempo, lo que produce gran pesar y puede dar la impresión de que no se vive ya. La soledad, es la pérdida del grupo de pertenencia, un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y/o familiares por la reducción de la comunidad de experiencias vitales con las suyas, son solitarios con ellos mismos, con la gente, en una reunión familiar o junto a sus nietos.

En cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida en esta edad, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos.

Un enfoque simplista del ocio y de la recreación en la tercera edad, nos lleva a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de

acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor. En esta edad, la actividad física - intelectual favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos, haciéndolos sentir motivados y orgullosos. Como menciona el Geriata Cowgill la recreación es un proceso de acción participativa y dinámica que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creaciones y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual social, mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento. ⁽³³⁾

Otra subdimensión que se considera es la calidad ambiental que por lo general incluye problemas relacionados con el medio ambiente que decrementan el bienestar subjetivo. Estos aspectos son principalmente: contaminación, ruido, pérdida de tiempo, transportarse de un lugar a otro en la ciudad. ⁽²³⁾

No hay que dejar de lado el aspecto económico dentro del cual transcurre la vejez y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como apunta Pérez Ortiz (1997) el *bienestar económico* de las personas mayores “*necesariamente nos lleva más allá del*

análisis de la posición económica relativa de los individuos ancianos en momentos actuales medida utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”.

El concepto de bienestar económico permite analizar una cantidad importante de los factores que condicionan el bienestar en la vejez. Las desigualdades de género pueden entenderse como consecuencia de las condiciones de vida en que se desarrolla la actividad de las mujeres durante su ciclo de vida (la participación de las mujeres es mucho menor que la de los hombres, tienden a tener carreras profesionales discontinuas, trabajan en peores condiciones, reciben menores ingresos en igual posición ocupacional y generalmente se insertan en el mercado informal); las desigualdades por edad, como consecuencia del efecto cohorte y por la incapacidad de los sistemas de garantía de rentas (públicos o privados) para garantizar el mantenimiento de rentas durante períodos amplios; o bien, las desigualdades en función a la residencia son dables de registrar a través de los equipamientos y servicios públicos a los que tienen acceso los ancianos; finalmente, es también posible dar cuenta de las desigualdades basadas en factores que actúan en momentos anteriores del curso vital, como la nutrición en la infancia, el nivel

educativo, la ocupación y los ingresos (Pérez Ortiz, 1997).

Se refiere a tener comodidades materiales y seguridad económica para vivir tranquilo, incluye la posesión de un patrimonio (casa propia, bienes, entre otros)

Dimensión Psicológica

La enfermedad y el déficit físico suelen venir acompañados de trastornos psicológicos y afectivos como depresión, ansiedad latente ante el futuro, disminución de las relaciones y del contacto con actividades sociales que afecta directamente el bienestar del individuo.

Según Anderson (1975) el bienestar se traduce como el estar bien, adaptado, funcional, satisfecho y cómodo. Está en función de la autoaceptación, tener un propósito en la vida, mantener relaciones positivas con otros, etc. Abreu (1991) indica que la calidad de vida tiene un componente relacionado con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida.

Campbell (1976) afirma que se puede estar satisfecho con los

logros pero ser infeliz afectivamente, o uno puede ser feliz pero insatisfecho. Diversos estudios afirman que los adultos mayores tienden a estar más satisfechos pero menos felices, mientras que los adultos jóvenes tienden a estar menos satisfechos pero más felices. ⁽¹⁸⁾

La calidad de vida en tanto objeto, fin y medida de desarrollo debe dirigir la práctica social hacia el desarrollo de las capacidades humanas, la educación juega un papel de suma importancia para la consecución de este objetivo. Si la finalidad principal de la educación es el pleno desarrollo del ser humano en su dimensión social (Delors).

El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras. ⁽³⁴⁾

Un déficit en el estado mental empobrece la calidad de vida del adulto mayor como afecciones a la memoria, que es una de las experiencias mentales que resulta ser vital para los seres humanos porque de ella depende la habilidad para recordar personas, eventos y experiencias del pasado.

2.3.6. Calidad de Vida del paciente diabético

Es importante que quien padece de Diabetes Mellitus se acostumbre a vivir con su enfermedad y se informe bien sobre ella, esto le ayudará a crear conciencia del rol activo que deben cumplir en su tratamiento, y de que la forma de sobrellevar mejor su enfermedad depende de cómo ellos conciban su responsabilidad en la adherencia al tratamiento.

Para lograr lo anterior, es indispensable que el paciente diabético realice un proceso que le permita aceptar la nueva condición asociada a la diabetes. Se considera que existen tres fases principales por las cuales pasa la persona luego de saber que es diabética: Negación, en esta etapa la persona está motivada y lista para cuidarse, experimenta una sensación de euforia, siente que a pesar de la noticia su estado no es tan serio. Ahora se siente bien, y cree que seguirá sintiéndose así el resto de su vida sin necesidad de angustiarse demasiado por lo que pasa, o de hacer en su vida grandes cambios. Depresión, en esta fase el paciente se da cuenta de que algo le está ocurriendo. En ese momento el paciente considera importante y le encuentra sentido a las recomendaciones e información recibida acerca de los cambios que debe realizar. No obstante, carece de la motivación suficiente para asumirlos de manera comprometida, de allí que no se sienta obli-

gado con el autocontrol de tal enfermedad. Elaboración y trabajo del duelo, durante la tercera etapa el paciente diabético acepta de manera integral la nueva condición. Asume entonces las actitudes, comportamientos, hábitos y demás elementos necesarios para procurar llevar una vida lo más sana y agradable posible.

Los pacientes diagnosticados como diabéticos se enfrentan a interrogantes ligados a aspectos específicos: el trabajo (capacidad de rendimiento, miedo al rechazo en la empresa, posible despido), la salud (posibilidad de evitar las complicaciones de la diabetes, evadiendo así el miedo a la muerte y la angustia asociada), la calidad de vida (capacidad para seguir con las actividades cotidianas) y la experiencia sexual (temor frente a la idea de perder la vitalidad, el atractivo, la capacidad de tener hijos, entre otros). En definitiva, el paciente diabético debe ser capaz de aceptar de manera consciente y responsable su estado. Lo anterior le posibilitará tener experiencias vitales que le brinden realización en el ámbito personal y social. Para mantener una buena calidad de vida, debe estar incluida la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. (Collao Cordozo y Delgado Rodrigo, 2010)

Rocío Fernández Ballesteros globaliza la participación de factores personales (estilos de vida) y socioambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo. .

Los estilos de vida saludables, se definen como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar en la vida. Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma se menciona un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al ser asumidos responsablemente, ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. .

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Poseer capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión.
- Ocupación del tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, cultura, recreación, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia principal para desarrollar estos estilos de vida saludables es el compromiso individual y social, ya que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Por otro lado la diabetes puede afectar la calidad de vida en

términos de bienestar psicológico y social, de la misma forma que en términos físicos. Un estudio español comparando diabéticos hospitalizados con la población en general evidenció una peor percepción de esos pacientes con relación a su calidad de vida. Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rutina rígida de dieta, ejercicios físicos, automonitorización y administración de medicamentos. ⁽⁵⁾

La diabetes altera el bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento.

Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar el humor y la autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad.

Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del paciente.

Algunos estudios comprobaron que, en pacientes con diabetes

tipo 2, complicaciones crónicas, como neuropatía, nefropatía, enfermedad cardíaca e infarto afectan negativamente a la calidad de vida.

En adultos mayores con este padecimiento, se han obtenido peores puntuaciones en escalas de energía, dolor y movilidad respecto a ancianos sin este diagnóstico. Sin embargo en niños y adolescentes con DM1 no se han observado diferencias en cuanto a Calidad de Vida relacionada con la Salud respecto a controles de iguales edad y sexo. Parece pues que la edad podría modular de forma distinta la salud percibida en esta enfermedad. ⁽³⁵⁾

2.4. Rol de la enfermera en la Atención del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus

La atención de enfermería al paciente adulto mayor diabético ha de basarse en la concepción integral del individuo anciano, como hombre adulto, con una historia de vida, sea cual fuere su situación en el proceso salud – enfermedad. El anciano tiene derecho a salvaguardar su autonomía en cualquier situación, a mantener su dignidad y participar en las decisiones que le afecten para poder mantener y/o mejorar su calidad de vida. ⁽³⁶⁾

El cuidado del adulto mayor diabético debe basarse en los siguientes objetivos:

- a) Identificar características individuales y colectivas de los ancianos valorando íntegramente a la persona diabética.

- b) Facilitar la participación de la persona en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del soporte preciso para superar sus pérdidas, mediante la educación diabetológica que incluye una adecuada información, interrelación contribuyendo a racionalizar e individualizar las demandas de cuidados.

- c) Planificar y ejecutar las actividades preventivo – promocionales brindando un cuidado integral, acorde con los valores propios de la persona anciana, y colaborar con este grupo etéreo en todo aquello que contribuya a mejorar la calidad de vida.⁽²³⁾

El rol principal que el enfermero desempeña en su quehacer diario en la atención del paciente diabético, es el de educador, enseñando, motivando y abriendo caminos hacia hábitos, que puedan servir para llegar a un buen autocontrol de su enfermedad.

Cuando el enfermero se encuentra frente a una persona adulta mayor diabética, tiene que tener en cuenta.

- ¿Qué actitudes tiene y que respuestas está desarrollando esa persona ante la enfermedad?
- ¿Tiene esa persona y su familia los conocimientos, la fuerza y la voluntad para satisfacer las necesidades que su situación les plantea?

Ante esto, la enfermera *Teresa Luis Rodrigo* afirma que la valoración no sólo es el registro de datos sino la puesta en marcha de un proceso sistematizado y completo que debe constar de:

1. Recogida de datos a través de la entrevista, la observación y el examen físico.
2. Validación y organización de los mismos, según el modelo enfermero adoptado.
3. Registro en un instrumento de valoración estandarizado en el cual los datos tanto objetivos como subjetivos, queden recogidos, organizados y clasificados, de forma que nos orienten hacia la obtención de diagnósticos de una forma integradora, indicándonos a su vez problemas que deban ser tratados en colaboración por otro profesional.

Educación Diabetológica

1. La enfermera, siempre que sea posible, estará presente en la comunicación del diagnóstico e indagará en las creencias acerca de la enfermedad.

2. Aspectos que debemos valorar tras la comunicación del diagnóstico: Valoración necesidades/ patrones (teniendo en cuenta las consideraciones especiales de valoración)

- Peso/talla
- Toma de T/A y realización ECG (Adultos)
- Revisión y exploración de los pies (Adultos)
- ¿Fuma? Sí: Consejo antitabaco

3. Contenidos generales a tratar en sucesivas visitas a consulta de enfermería:

- Alimentación: deberá ser personalizada atendiendo a edad, IMC, ejercicio físico, gustos y preferencias (preferentemente acompañado del familiar encargado de la elaboración de la comida o que coma con él).

- Revisar habilidades sobre tratamiento farmacológico en el caso de la insulina: cambio de agujas, zonas de punción, eliminación del aire de los bolígrafos de insulina, eliminación de residuos. En caso de fármacos orales: los horarios, olvidos, situaciones especiales, como celebraciones, viajes, entre otros.
- Animar en la realización de actividades de ejercicio, salir en grupo, con familiares o amigos, práctica de algún deporte.
- La existencia de hipoglucemias tanto diurnas como nocturnas.
- Explicar cuáles son las complicaciones de la diabetes, así como las revisiones que debe seguir. Importancia de la HbA1c en su control.
- Exploración del pie como prevención de lesiones posteriores.
- Importancia de la utilización de otros fármacos en el control de la diabetes.

G. Definición Operacional de Términos

- Autopercepción: Expresión o respuesta emitida por el adulto mayor a partir de los recuerdos, presunciones, ideales y sensaciones acerca de una situación determinada en su entorno; en este caso su calidad de vida.
- Calidad de Vida: Es la valoración subjetiva que hace el adulto mayor diabético considerando aspectos físicos, sociales y psicológicos, tornándose en el conjunto de conceptos, explicaciones e interpretaciones dinámicas inherentes al sentido común, que resulta de la interacción entre los sentimientos y la satisfacción del adulto mayor por sus condiciones de vida; las actitudes y valores positivos hacia su vida y la satisfacción de sus necesidades como ser social.
- Adulto Mayor: Persona de 60 años a más, diabética, de sexo masculino o femenino, en uso de sus facultades mentales, que se encuentra hospitalizado en el HNDAC.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO Y MÉTODO DE ESTUDIO

El estudio de investigación es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, ya que nos permite obtener información tal como se encuentra en la realidad en un determinado tiempo y espacio.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en los Servicios de Hospitalización de Medicina Interna 6°B y 7°B del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, institución de salud de tercer nivel, ubicado entre la Av. Colina y la Av. Guardia Chalaca N° 2176, en la Provincia Constitucional del Callao, que pertenece al Ministerio de Salud (MINSA).

Este hospital cuenta con servicios de Consultorios Externos, Emergencia y Hospitalización. El servicio de Medicina general está distribuido en cuatro pabellones (7°A; 7°B; 6°A; 6°B), en las especialidades de Gastroenterología, Dermatología, Cardiología, Neumología, Nefrología, Reumatología, Gerontología, Neurología, Infectología, Psiquiatría, Hematología, Endocrinología e Inmunología. El número de camas asignado en el servicio de medicina general es de 30 camas por pabellón. Cada pabellón cuenta con 6 enfermeros (5 asistenciales y 1 jefe de servicio), los cuales son apoyados permanentemente en su trabajo por dos técnicos de enfermería. Realizan turnos rotativos de 12 horas (diurno y noche), sumando las 150 horas mensuales.

C. POBLACION Y MUESTRA

La población accesible del estudio estuvo constituida por 90 pacientes hospitalizados de los Servicios 6B y 7B, con un tiempo promedio de hospitalización de 9 a 10 días en ambos pabellones. La muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico intencional, la cual estuvo conformada por 50 pacientes. Para la selección de la misma se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores con edades comprendidas entre los 60 años a más.
- Adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo II que se encuentran hospitalizados en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Adultos mayores con tiempo de enfermedad mayor de 5 años.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo.
- Adultos mayores con sordera total.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en la investigación.

D. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario, tomándose en cuenta preguntas del Cuestionario Breve de Calidad de Vida – CUBRECAVI (R. Fernández-Ballesteros y D. Zamarrón) y la versión española del cuestionario EsDQOL. (Ver Anexo A). Este último consta de tres partes: Introducción

donde se consigna la presentación, el propósito y la importancia de la participación del encuestado; la segunda, corresponde a las instrucciones que deberá seguir el encuestado y la tercera; el contenido propiamente dicho.

La validez de contenido y constructo del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos. Los resultados obtenidos fueron contrastados con la prueba binomial. (Anexo B) Posteriormente se realizaron los reajustes necesarios en base a las observaciones consideradas. La validez y confiabilidad estadística para el instrumento se calculó utilizándose el coeficiente de correlación R de Pearson y el coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach. (Anexo C)

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Se realizaron los trámites establecidos por el Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, presentando el proyecto de investigación a la Dirección General, a la Oficina de Apoyo, Docencia e Investigación, así como también al Comité de Ética para obtener la aprobación y proceder a la ejecución del estudio.

La recolección de datos se efectuó a partir del 10 de Noviembre hasta el 10 de Diciembre, en horarios de 4:00 pm a 6:30 pm, los días lunes, miércoles y viernes, con una duración de 15 minutos aproximadamente para cada encuesta.

Culminada la etapa de recolección se procedió a la elaboración de la tabla de códigos. Una vez determinados los valores se realizó el procesamiento de datos en la Tabla Matriz. Se utilizó la Escala de medición de Stanones (Anexo D) a fin de obtener los intervalos de valor final de manera global y para cada dimensión:

Para autopercepción de la Calidad de Vida: 86 puntos (37 ítems)

Malo	<78
Regular	79 a 85
Bueno	>86

Para autopercepción de la Calidad de Vida en la dimensión física:

Malo	<18
Regular	19 a 20
Bueno	>21

Para autopercepción de la Calidad de Vida en la dimensión social:

Malo	<42
Regular	43 a 46
Bueno	>47

Para autopercepción de la Calidad de Vida en la dimensión psicológica:

Malo	<16
Regular	17 a 18
Bueno	>19

Los datos recolectados se procesaron a través del programa Microsoft Office Excel. La presentación de los resultados se dio por medio de tablas y/o cuadros estadísticos.

F. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Los adultos mayores que intervinieron en la investigación fueron informados de forma sencilla y clara de los objetivos de la investigación, asegurándoles el anonimato; se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente para la aplicación del instrumento.

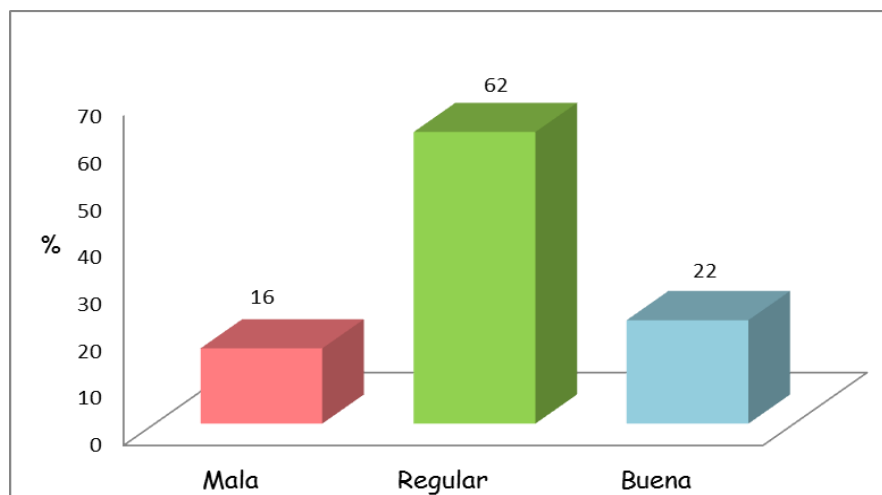
CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

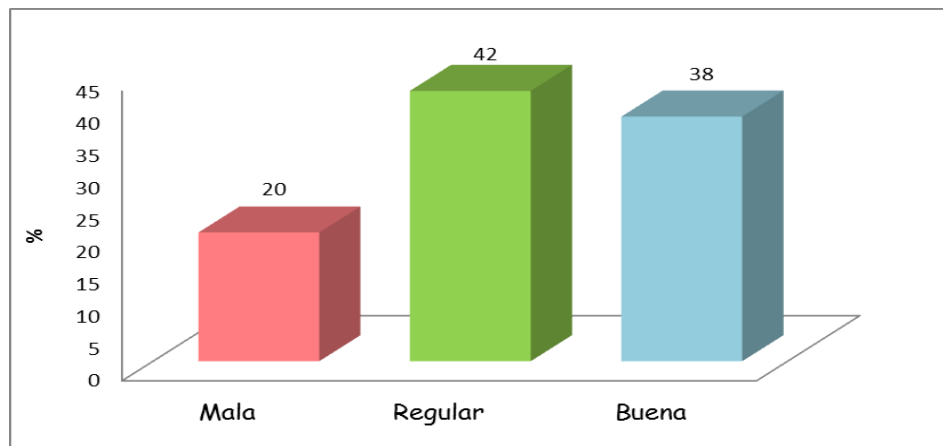
Se estudiaron 50 adultos mayores (AM) con Diabetes Mellitus cuyas edades oscilaron entre los 60 y 85 años. El 36% (18) de ellos fueron mujeres con edad promedio de 74 años y el 64% (32) fueron hombres con edad promedio de 71 años. El estado civil que predominó en el total de encuestados fue casado en un 56%, siguiendo los viudos en un 16%. En lo que respecta al nivel de instrucción, el 62% (31) del total alcanza el nivel secundario, seguido del nivel primario con un 22% (11); y nivel superior con un 10% (5). La ocupación de “casa” fue la que predominó 58% (29), seguido de comerciante 12% (6). (Ver Anexo F)

GRAFICO 1
Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con
Diabetes Mellitus en el “Hospital Nacional
Daniel Alcides Carrión”
Lima – Perú
2010



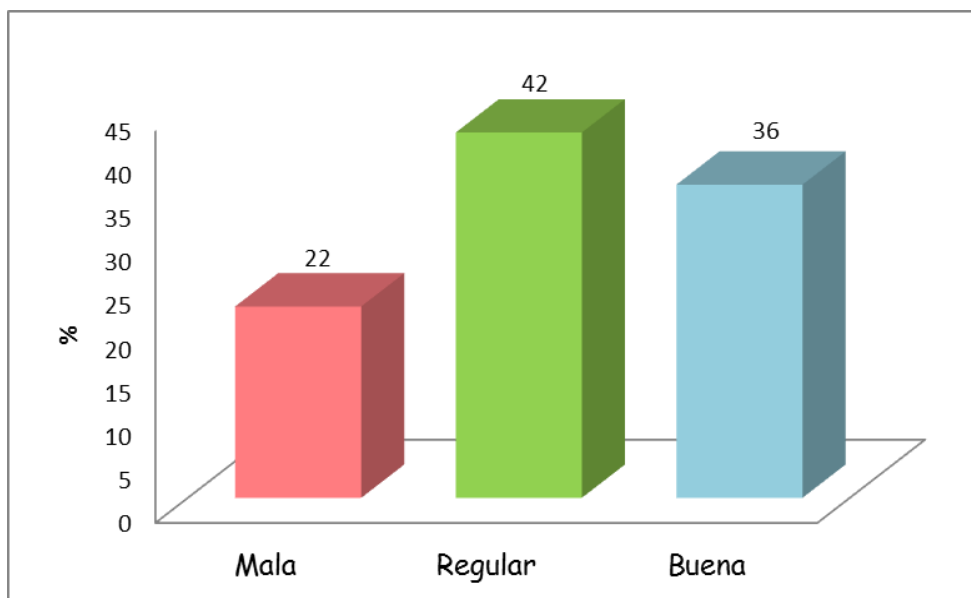
Del 100% (50) de Adultos mayores, el 62% (31) autoperciben como regular su calidad de vida, el 22% (11) como buena y el 16% (8) como mala. (Gráfico 1)

GRAFICO 2
Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con
Diabetes Mellitus según la dimensión física
en el “Hospital Nacional Daniel
Alcides Carrión”
Lima – Perú
2010



El 42% (21) de adultos mayores consideran regular su calidad de vida en la dimensión física, este grupo afirma que “a veces” presenta insomnio, que la diabetes afecta su vida sexual, que tienen dificultad para cuidar de su aspecto físico, para realizar tareas domésticas y dificultad para caminar (Ver Anexos G, H, K, I, J) (Gráfico 2)

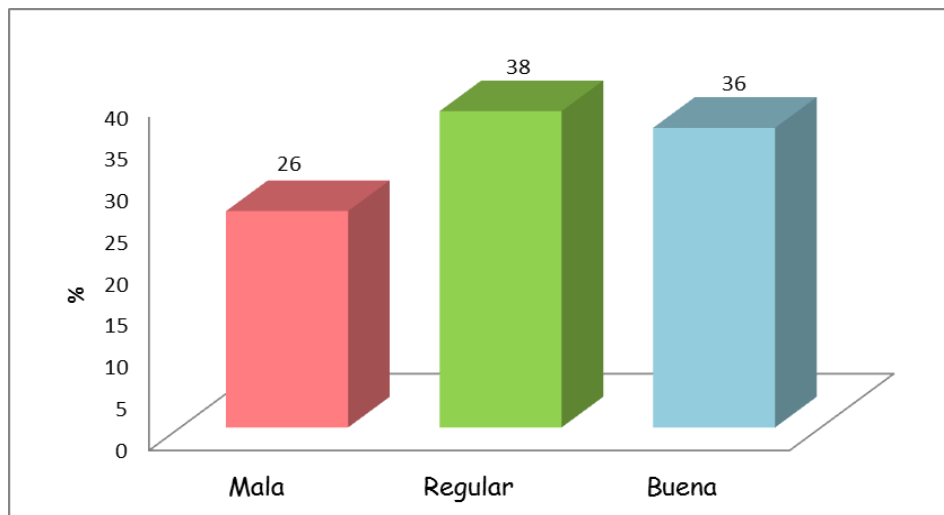
GRAFICO 3
Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con
Diabetes Mellitus según la dimensión social
en el “Hospital Nacional Daniel
Alcides Carrión”
Lima – Perú
2010



El 38% (21) de AM consideran “buena” su calidad de vida en la dimensión física, este grupo afirma que nunca padece de insomnio, que la diabetes no afecta su vida sexual, que no tienen dificultad para cuidar de

su aspecto físico, ni para realizar tareas domésticas y no presentan ninguna dificultad para caminar (Ver Anexos G, H, K, I, J) (Gráfico 2)

GRAFICO 4
Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con
Diabetes Mellitus según la dimensión psicológica
en el “Hospital Nacional Daniel
Alcides Carrión”
Lima – Perú
2010



El 20% (10) de AM consideran “mala” su calidad de vida en la dimensión física, este grupo afirma que siempre padece de insomnio, que la

diabetes afecta su vida sexual, que tienen demasiada dificultad para cuidar de su aspecto físico, para realizar tareas domésticas y dificultad para caminar (Ver Anexos G, H, K, I, J) (Gráfico 2)

El 42% (21) de adultos mayores consideran “regular” su calidad de vida en la dimensión social, este grupo afirma que su ingreso económico mensual le alcanza para sobrevivir. (Ver Anexo P) (Gráfico 3)

El 38% (19) de AM consideran “buena” su calidad de vida en la dimensión social, este grupo afirma que vive acompañado, que su ingreso económico mensual le alcanza para vivir con comodidades; que está satisfecho con sus relaciones familiares y sociales, con sus actividades que realiza en su tiempo libre y con su vivienda (Ver Anexos L, M, N, O, P) (Gráfico 3)

El 22% (11) de AM consideran “mala” su calidad de vida en la dimensión social, este grupo afirma que vive solo, que su ingreso económico mensual no le alcanza; que está insatisfecho con sus relaciones familiares y sociales, con sus actividades que realiza en su tiempo libre y con su vivienda (Ver Anexos L, M, N, O, P) (Gráfico 3)

El 38% (19) de adultos mayores consideran “regular” su calidad de vida en la dimensión psicológica, este grupo afirma que “a veces” se siente deprimido y con problemas de memoria. (Ver Anexos S, T) (Gráfico 4)

El 36% (18) de AM consideran “buena” su calidad de vida en la dimensión psicológica, este grupo afirma que se siente satisfecho con su vida en general, capaz de aprender cosas nuevas y nunca presenta problemas de memoria y ni está deprimido (Ver Anexos Q, R, S, T)

El 26% (13) de AM consideran “mala” su calidad de vida en la dimensión psicológica, este grupo afirma que se siente insatisfecho con su vida en general, incapaz de aprender cosas nuevas y siempre presenta problemas de memoria y depresión. (Ver Anexos Q, R, S, T) (Gráfico 4)

B. DISCUSION

El proceso de envejecimiento trae consigo diversos cambios, que pueden ser físicos, psicológicos y sociales. Estos en su conjunto caracterizarán el perfil del adulto mayor e influirán en la satisfacción de sus necesidades más aún si padece de una enfermedad crónica, como la diabetes.

⁽¹⁹⁾. La diabetes en el adulto mayor puede afectar negativamente el bien-

tar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento. ⁽¹⁸⁾ Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por cambios en el estado de ánimo, tratamiento médico, entre otros. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo a disminuir el bienestar del paciente. Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar el humor y la autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad.

Los resultados de esta investigación indican que la mayoría de adultos mayores diabéticos tienen una autopercepción “regular” sobre su calidad de vida, ello se explica en afirmaciones relacionados a: que aún realiza actividades cotidianas normalmente pudiendo valerse por sí mismo, se siente capaz de aprender cosas nuevas, disfruta de la participación en eventos familiares y sociales lo cual favorece su bienestar, manejo adecuado de la enfermedad y una mayor sobrevida. Es preocupante que un porcentaje 16% de AM tiene una autopercepción “mala” sobre su calidad de vida ello se explica en afirmaciones relacionados a: pérdida de las habilidades funcionales, pérdida del rol social, problemas de memoria y depresión; quienes se encontrarían en riesgo de presentar en el futuro un

mayor deterioro mental, físico y en sus relaciones sociales en relación a los que poseen una autopercepción buena.

Los resultados de esta investigación coinciden con los encontrados por Yulisa Molina quien reportó regular nivel de CV en el 79,5% de los entrevistados. Los resultados anteriores difieren por lo encontrado por Gabriela Maldonado quien observa mala calidad de vida en una mayor proporción (36,7%), seguido del nivel medio de calidad de vida con 33,3%.

Los cambios físicos que se producen durante el envejecimiento afectan células, tejido y órganos. Éstos al envejecer pierden su función de manera progresiva y hay una disminución de la máxima capacidad funcional ⁽¹⁹⁾. El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. Un estado de salud pobre convierte a los individuos en dependientes, como lo es con la pérdida de visión y motricidad en diversos grados. ⁽³⁰⁾ El anciano sano y su autoestima e imagen general no difieren grandemente de otros grupos de edad a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual, que sólo se verá resentido si se compara con franjas de edad más jóvenes. El envejecimiento pues puede ser autopercebido como positivo cuando existe autonomía personal y funcional, relaciones agradables, estabilidad

económica, estimulación física, mental y de responsabilidad con su propia existencia. ⁽³³⁾ La autonomía funcional del paciente no se encuentran afectada en esta investigación, resultados que coinciden con los reportados por Gabriela Maldonado que encontró que 83.3% refieren ser capaces de atenderse a sí mismos y cuidar de su persona; la actividad física o deportiva ocasional se realiza muy poco.

En cuanto a la dimensión física los adultos mayores revelan en su mayoría una autopercepción de regular a buena ya que refieren seguir desarrollando actividades de la vida diaria, tener poca dificultad para cuidar de sí mismos, aceptar los cambios en la capacidad sexual y el sueño lo cual genera una mejor autoestima y capacidad de adaptación para hacer frente a las agresiones y requerimientos del medio en el que vive.

Al adulto mayor no se le adjudica ninguna tarea específica y, por tanto, tiende a ser considerado como “elemento improductivo” del grupo al que pertenece. El individuo puede sentirse solo, sin actividad laboral, poco integrado en la vida social y familiar e incluso inútil. Según la OMS los adultos mayores que viven solos en su vivienda son los grupos más vulnerables y con riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida. Pero

contrasta con lo observado en el presente estudio, ya que una pequeña proporción de encuestados refirió vivir solo. En general, el anciano es más precavido, más rígido y siente el medio ambiente como más amenazante y hostil que las personas de menos edad. ⁽¹⁸⁾ El medio ambiente incluye problemas relacionados con los aspectos de la vivienda que pueden alterar el bienestar, como: ruido, temperatura, iluminación, limpieza y comodidades materiales. La mayoría de encuestados se encuentra satisfecho con los aspectos de su casa ya descritos.

La mayoría de encuestados refiere que la enfermedad no afectó sus relaciones interpersonales, resultados que difieren con los de Bélem Peña que concluyó que la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. Sin embargo hay un grupo reducido que refiere vivir solo y aislarse de su entorno social. Esto puede deberse principalmente a dos aspectos penosos de la vida, el tedio y la soledad, lo que produce un empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales y familiares. La recreación en la tercera edad se le considera un recurso potenciador, ya que elevan el bienestar y la calidad de vida, ya que los hace sentir motivados y orgullosos. En el presente estudio, este aspecto estuvo presente en casi todos los participantes. ⁽³³⁾

La mayoría de los adultos mayores tiene una autopercepción regular en cuanto a la dimensión social ello gracias a mecanismos de respuesta que desarrolla el AM ante la situación de vejez, los cuales pueden ser de integración, aceptando el envejecimiento con cierta resignación, y mecanismos de actividad, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad, buscando alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayudan a sentirse útil y potenciando su autoestima.

La enfermedad suele acompañarse no sólo con problemas sociales y déficit físico, sino también de déficit cognitivo, como problemas de aprendizaje y memoria, trastornos psicológicos, como la depresión, y trastornos afectivos que afecta directamente el bienestar del individuo. El aprendizaje incluye todas las actividades, actitudes, conductas, entre otros, que según los sujetos promueven su desarrollo personal. Por ejemplo, estudiar, graduarse, ser autosuficiente, alcanzar metas que se propone, aprender cosas nuevas, realizar cambios para que su vida mejore, entre otras.⁽³⁴⁾ Un déficit en el estado mental empobrece la calidad de vida del adulto mayor como afecciones a la memoria, que es una de las experiencias mentales que resulta ser vital para los seres humanos porque de ella depende la habilidad para recordar personas, eventos y experiencias del pasado. Su afección provoca preocupación y quejas del

individuo. Es frecuente la disminución de la autoestima relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socioeconómicas, pérdida de seres queridos, entre otros. ⁽¹⁸⁾

Una gran proporción de los entrevistados poseen una autopercepción regular respecto a la dimensión psicológica, ya que refieren sentirse satisfechos con su vida en general, se sienten capaces de aprender cosas nuevas y a veces tiene problemas de memoria, todo ello promueve su desarrollo personal haciéndolo sentirse útil e importante. Sin embargo también existe un porcentaje significativo de la muestra que posee una autopercepción mala en la dimensión psicológica relacionada principalmente a la pérdida progresiva de memoria, depresión e insatisfacción con la vida.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- La mayoría de adultos mayores con Diabetes Mellitus presentan una autopercepción regular sobre su calidad de vida, lo que indica que aspectos como la disfunción sexual, el insomnio, la depresión y déficit de memoria afectan la percepción del individuo sobre su calidad de vida, no considerándola buena. Para que esto sea posible es importante que el adulto mayor aprenda a convivir con su enfermedad, manteniendo una buena autoestima, estar satisfecho con su vida, disfrutar del tiempo libre, mantener buenas relaciones sociales y familiares y tener seguridad económica.
- Los adultos mayores revelan en su mayoría una autopercepción de regular a buena respecto a la dimensión física de su calidad de vida,

ello genera una mejor autoestima y capacidad de adaptación para hacer frente a las agresiones y requerimientos del medio en el que vive.

- La mayoría de los adultos mayores respecto a la dimensión social sobre su calidad de vida mantienen una autopercepción de regular a buena, ello gracias a mecanismos de integración, aceptando el envejecimiento, reaccionando ante el sentimiento de inutilidad, buscando alternativas y actividades provechosas para él y para la sociedad que le ayudan a sentirse útil y potenciando así su autoestima.

- Una gran mayoría de los entrevistados, poseen una autopercepción regular en cuanto a la dimensión psicológica de su calidad de vida, ya que refieren sentirse satisfechos con su vida en general, se sienten capaces de aprender cosas nuevas y a veces tienen problemas de memoria, todo ello promueve su desarrollo personal haciéndolo sentirse útil e importante.

B. LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos sólo son generalizables para poblaciones con características similares.

C. RECOMENDACIONES

- Implementar talleres en los que participen los adultos mayores según sus preferencias a fin de fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual. Así como capacitaciones respecto a habilidades sociales y mecanismos de adaptación de adulto mayor frente a las pérdidas en los aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- Efectivizar un programa a fin que puedan participar según su estado de salud los adultos mayores que tengan disposición a hacerlo.
- Realizar estudios de tipo cualitativos al respecto a fin de obtener testimonios acerca de la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor diabético.

- Fomentar acciones que mejoran la salud de la población adulta mayor y por ende del individuo en general, mediante el incremento de información y la promoción de hábitos sanos a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Revista Salud Pública y Nutrición RESPYN. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. México. [En línea]. Disponible en:
http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm [Consulta abril 2010]
- (2) OMS. Diabetes [En línea]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
[Consulta abril 2010]
- (3) Revista Médica Herediana Scielo Perú. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Es salud – Cañete: aspectos demográficos y clínicos. Perú. [En línea]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100005&script=sci_arttext. [Consulta mayo 2010]
- (4) Fundación Asilo 03/02/09. [En línea]. Disponible en:
<http://www.fundacionasilo.com/fotos/noticias/noticia3/ramon/Diab>

etes%20Mellitus%20en%20el%20Anciano.ppt. [Consulta mayo 2010]

- (5) LEAL QUEVEDO, MENDOZA VEGA. Hacia una Medicina más humana. Colombia. Ed. Médica Internacional Panamericana. 1997. p. 204 – 205; 210 – 211.
- (6) RIVERA CASADO Y CRUZ JENTOFF. Geriatría. Madrid - España. Ed. Idepsa. 2001. Pág. 88 – 91, 94 - 95.
- (7) MOLINA GARCÍA. “Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo”. Tesis (Licenciatura en Enfermería) UNMSM. Perú – Lima. p. 58
- (8) VERA MENDOZA. “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Ibérico”. Tesis (Doctorado en Enfermería) UNMSM. Perú - Lima. p. 112

- (9) PEÑA PÉREZ, TERÁN TRILLO, MORENO AGUILERA, BAZÁN CASTRO. "Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE México 2009"
- (10) MALDONADO GUZMÁN Y MENDIOLA INFANTE. "Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores México 2009"
- (11) GARAY VILLEGAS Y AVALOS PÉREZ. "Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez México 2009"
- (12) HERVÁS, A. ZABALETA, G. DE MIGUEL, O. BELDARRAIN, J. DÍEZEN. "Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 España 2006"
- (13) MARVIN ELISEO; ARDÓN GUTIERREZ. "Factores sociales y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus que asiste a la consulta externa especializada del Hospital Nacional Doctor Luis Edmundo Vásquez del departamento de Chalatenango en el período 2005 a 2006"

- (14) LAURO DE LOS RÍOS, SÁNCHEZ, BARRIOS Y GUERRERO.
“Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
México 2003”.
- (15) SALVADOR GIMENEZ. Larousse de los Mayores. Madrid. Ed.
Larousse. 2002. p. 16, 232 – 234.
- (16) RODRIGUEZ GARCIA. Práctica de la Geriátría. México. 2da Ed.
Mc Graw Hill Interamericana. 2007. p. 72
- (17) MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral
de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 19
- (18) GARCIA HERNANDEZ. Enfermería Geriátrica. España. 2da Ed.
Elsevier Masson. 2006. p. 27, 82 – 84.
- (19) VARIOS. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales. España.
2006. Ed. Mad. 2006. p. 21

- (20) GOMIS DE BARBARA. Tratado SED de Diabetes Mellitus. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2007. p. 500, 503 – 504.
- (21) BRUNNER Y SUDDART. Enfermería Médico Quirúrgica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2005. p. 1297 – 1302.
- (22) FRANK BARON. Diabetes en el Adulto Mayor. [En línea].
Disponible en:
<http://www.ganarsalud.com/news2/news.php?newsid=21>.
[Consulta junio 2010].
- (23) PALOMINO. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf. [Consulta julio 2010].
- (24) ROSELLA PALOMBA. Calidad de Vida, Conceptos y Medidas. Chile. Taller sobre Calidad de Vida y Redes de Apoyo de las Personas Adultas Mayores. Chile. 2002.
- (25) PIÉDROLA GIL. Medicina Preventiva y Salud Pública. España. 10ª Ed. Masson. 2001. p. 25

- (26) GOMEZ MENGELBERG. Un recorrido Histórico del Concepto de Salud y Calidad de Vida a través de los Documentos de la OMS. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>. [Consulta julio 2010].
- (27) CASTRO RAMÍREZ. Promoción de la Salud: Como construir Vida Saludable. Colombia. Ed. Médica Panamericana. 2001. p. 57.
- (28) ARANIBAR MURITA. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc. [Consulta julio 2010].
- (29) FERNÁNDEZ BALLESTEROS, IZAL, M, MONTORIO, GONZALEZ, Y DÍAZ. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España. Ed. Martinez Roca. 2002. p. 84-97
- (30) ANDRES MARIN AGUDELO. Trastornos del Sueño, Salud y Calidad de Vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Colombia. Ed. Suma Psicológica. 2008. p. 225 – 226.

- (31) KRISTEN L. MAUK. Enfermería Geriátrica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2008. p. 556 – 558.
- (32) CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y OPS. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. Costa Rica. 2º Edición. 2007. p. 36 – 37.
- (33) ZEA WELLMANN. Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el asilo “Santo Domingo” Guatemala, septiembre de 2009.
- (34) GARDUÑO ESTRADA, SALINAS AMESCUA, ROJAS HERRERA. Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México. México. Ed. Plaza y Valdéz. 2005. p. 120, 121.
- (35) GARCIA Y SUAREZ. La Educación Terapéutica: Programa Cubano de Educación en diabetes. 17ª Ed. OPS. 2007. p. 26.

- (36) DURAN, ORBEGOZ, URIBE. Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores. Colombia. Red de revistas Científicas de América latina y El Caribe, España y Portugal. 2007. 264, 265.

BIBLIOGRAFIA

- ARANIBAR MURITA. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc. [Consulta julio 2010].
- ANDRES MARIN AGUDELO. Trastornos del Sueño, Salud y Calidad de Vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Colombia. Ed. Suma Psicológica. 2008. p. 225 – 226.
- BRUNNER Y SUDDART. Enfermería Médico Quirúrgica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2005. p. 1297 – 1302.
- CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y OPS. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. Costa Rica. 2º Edición. 2007. p. 36 – 37.
- CASTRO RAMÍREZ. Promoción de la Salud: Como construir Vida Saludable. Colombia. Ed. Médica Panamericana. 2001. p. 57.

- DURAN, ORBEGOZ, URIBE. Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores. Colombia. Red de revistas Científicas de América latina y El Caribe, España y Portugal. 2007. 264, 265.
- ENGLER Y PELAEZ. Más vale por viejo. Washington. Ed. Banco Interamericano OPS. 2002. p. 89,91.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, IZAL, M, MONTORIO, GONZALEZ, Y DÍAZ. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España. Ed. Martinez Roca. 2002. p. 84-97
- FRANK BARON. Diabetes en el Adulto Mayor. [En línea]. Disponible en: <http://www.ganarsalud.com/news2/news.php?newsid=21>. [Consulta junio 2010].
- FUNDACIÓN ASILO 03/02/09. [En línea]. Disponible en: <http://www.fundacionasilo.com/fotos/noticias/noticia3/ramon/Diabetes%20Mellitus%20en%20el%20Anciano.ppt>. [Consulta mayo 2010]

- GARAY VILLEGAS Y AVALOS PÉREZ. “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez México 2009”
- GARCIA HERNANDEZ. Enfermería Geriátrica. España. 2da Ed. Elsevier Masson. 2006. p. 27, 82 – 84.
- GARCIA Y SUAREZ. La Educación Terapéutica: Programa Cubano de Educación en diabetes. 17ª Ed. OPS. 2007. p. 26.
- GARDUÑO ESTRADA, SALINAS AMESCUA, ROJAS HERRERA. Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México. México. Ed. Plaza y Valdéz. 2005. p. 120, 121.
- GOMEZ MENGELBERG. Un recorrido Histórico del Concepto de Salud y Calidad de Vida a través de los Documentos de la OMS. [En línea]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>. [Consulta julio 2010].
- GOMIS DE BARBARA. Tratado SED de Diabetes Mellitus. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2007. p. 500, 503 – 504.

- HERVÁS, A. ZABALETA, G. DE MIGUEL, O. BELDARRAIN, J. DÍEZEN. “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 España 2006”

- KRISTEN L. MAUK. Enfermería Geriátrica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2008. p. 556 – 558.

- LAURO DE LOS RÍOS, SÁNCHEZ, BARRIOS Y GUERRERO. “Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 México 2003”.

- LEAL QUEVEDO, MENDOZA VEGA. Hacia una Medicina más humana. Colombia. Ed. Médica Internacional Panamericana. 1997. p. 204 – 205; 210 – 211.

- MALDONADO GUZMÁN Y MENDIOLA INFANTE. “Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores México 2009”

- MARVIN ELISEO; ARDÓN GUTIERREZ. "Factores sociales y culturales que influyen en el autocuidado del adulto mayor con

Diabetes Mellitus que asiste a la consulta externa especializada del Hospital Nacional Doctor Luis Edmundo Vásquez del departamento de Chalatenango en el período de noviembre 2005 a enero 2006"

- MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 19
- MOLINA GARCÍA. "Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo". Tesis (Licenciatura en Enfermería) UNMSM. Perú – Lima. p. 58
- OMS. Diabetes [En línea]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
[Consulta abril 2010]
PALOMINO. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lid/bonilla_h_s/capitulo6.pdf. [Consulta julio 2010].
- PEÑA PÉREZ, TERÁN TRILLO, MORENO AGUILERA, BAZÁN CASTRO. "Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor

en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE México 2009”

- PIÉDROLA GIL. Medicina Preventiva y Salud Pública. España. 10ª Ed. Masson. 2001. p. 25
- REVISTA MÉDICA HEREDIANA SCIELO PERÚ. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Es salud – Cañete: aspectos demográficos y clínicos. Perú. [En línea]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100005&script=sci_arttext. [Consulta mayo 2010]
- REVISTA SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN RESPYN. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. México. [En línea]. Disponible en:
http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm [Consulta abril 2010]
- RIVERA CASADO Y CRUZ JENTOFF. Geriatria. Madrid - España. 2001. Pág. 88 – 91; 94 - 95.

- RODRIGUEZ GARCIA. Práctica de la Geriatria. México. 2da Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2007. p. 72

- ROSELLA PALOMBA. Calidad de Vida, Conceptos y Medidas. Chile. Taller sobre Calidad de Vida y Redes de Apoyo de las Personas Adultas Mayores. Chile. 2002.

- SALVADOR GIMENEZ. Larousse de los Mayores. Madrid. Ed. Larousse. 2002. p. 16, 232 – 234.

- VARIOS. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales. España. Ed. Mad. 2006. p. 21

- VERA MENDOZA. “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Laura Caller Ibérico”. Tesis (Doctorado en Enfermería) UNMSM. Perú - Lima. p. 112

- ZEA WELLMANN. Recuperación de autoestima, motivación y creatividad, de personas de la tercera edad que se encuentran internadas en el asilo “Santo Domingo” Guatemala, septiembre de 2009.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

<i>N°</i>		<i>Pág.</i>
A	INSTRUMENTO: CUESTIONARIO	i
B	PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTO	vi
C	DETERMINACION DE LA VALIDEZ ESTADISTICA Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	vii
D	MEDICION DE LA VARIABLE – ESCALA DE STANONES	xi
E	OPERACIONALIACION DE LA VARIABLE	xv
F	DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HNDAC	xvii
G	FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES PADECEN DE INSOMNIO	xviii
H	FRECUENCIA CON QUE LA DIEBETES AFECTA LA VIDA SEXUAL DE LOS ADULTOS MAYORES	xviii
I	FRECUENCIA DE LA DIFICULTAD QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	xix

J	FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES SIENTEN QUE PUEDEN VALERSE POR SI MISMO	xx
K	NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES	xxi
L	SITUACION DE CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES	xxii
M	SATISFACCION DE LOS ADULTOS MAYORES CON RESPECTO A SUS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES	xxii
N	SATISFACCION DE LOS ADULTO MAYORES CON RESPECTO A LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE	xxiii
O	SATISFACCION DE LOS ADULTOS MAYORES CON RESPECTO A LA VIVIENDA EN QUE RESIDE	xxiii
P	CALIFICACION DEL ADULTO MAYOR CON RESPECTO A SU INGRESO ECONOMICO MENSUAL	xxiv
Q	SATISFACCION DEL ADULTO MAYOR CON RESPECTO A SU VIDA EN GENERAL	xxv

R	NUMERO DE ADULTOS MAYORES QUE AFIRMAN SENTIRSE CAPACES DE SEGUIR APRENDIENDO COSAS NUEVAS	xxvi
S	FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES SE SIENTEN DEPRIMIDOS	xxvii
T	FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES TIENEN PROBLEMAS DE MEMORIA	xxvii

ANEXO A



CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Estimado (a) señor (a), mi nombre es Gemma Fenco soy interna de enfermería de la U.N.M.S.M, en coordinación con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión estoy realizando un estudio sobre la “Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus” con el objetivo de describir como el paciente percibe su calidad de vida en los aspectos físico, psicológico y social. Por lo que se solicita responder sinceramente todas las preguntas para poder orientar o formular estrategias que permitan mejorar su calidad de vida. Dicha información será de carácter confidencial por lo cual se agradece de antemano su colaboración.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta, marque con un aspa (X) según crea conveniente. Elija solo una alternativa. Use lapicero azul o negro.

Responda todas las preguntas.

Datos generales:

1) Edad: _____ Años

4) Sexo: M F

2) Ocupación: _____

5) Religión: _____

3) Estado Civil

a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo

6) Grado de Instrucción: _____

PREGUNTAS:

Nº	Ítems	Siempre	A veces	Nunca
1	¿Con qué frecuencia padece de insomnio?			
2	¿Con qué frecuencia la diabetes afecta su vida sexual?			
3	¿Se siente deprimido, triste, desesperado o nervioso?			
4	¿Tiene problemas de memoria?			

5) ¿Cómo considera su actual estado de salud?

Buena

Regular

Mala

6) ¿Con quién vive usted?

Solo

Acompañado: (Especifique con quién) _____

7) ¿En qué medida está satisfecho con la relación que mantiene con...?

Ítems	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No tengo
Familia				
Amigos, vecinos				

8) ¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades?

Ítems	Ninguna	Poca	Demasiada
Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse,...)			
Realizar tareas domésticas			
Caminar			

9) ¿Usted puede valerse por sí mismo?

- Siempre
 A veces
 Nunca

10) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

- Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.)
- Realizo algunas actividades cotidianas normales (voy a hacer

compras o al cine)

Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.)

11) ¿Con qué frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

Ítems	Siempre	A veces	Nunca
Leer un libro o un periódico.			
Visitar a parientes o amigos.			
Ver la televisión, escuchar radio			
Caminar, ir de compras			
Realizar actividades recreativas con otras personas			
Cuidar niños			
Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto)			

12) ¿Qué tan satisfecho está con las actividades que realiza en su tiempo libre?

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

13) ¿En qué medida está satisfecho con los siguientes aspectos de la casa donde vive?

Ítems	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho
El ruido/ silencio			
La temperatura, iluminación			
El orden y la limpieza			
Las comodidades (electrodomésticos, etc)			

14) ¿Qué tan satisfecho está con la vivienda que tiene?

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

15) ¿Qué tan satisfecho esta con...?

Ítems	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho
¿El tiempo que gasta en hacerse chequeos?			
¿Su tratamiento actual?			
¿Sus conocimientos sobre su diabetes?			
¿La apariencia de su cuerpo?			
¿Su vida en general?			

16) ¿Cómo califica el ingreso económico mensual que ingresa a su hogar?

- No le alcanza
- Le alcanza para sobrevivir
- Le alcanza para vivir con comodidades
- Es suficiente

17) ¿Considera que usted está en la capacidad de seguir aprendiendo cosas nuevas?

- Sí
- No

18) Para usted. ¿Qué es más importante para tener una buena calidad de vida?

- Tener buena salud
- Mantener buenas relaciones familiares y sociales
- Poder valerme por mí mismo.
- Tener una vivienda buena y cómoda.
- Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
- Tener una buena pensión o renta.
- Otras. ¿Cuáles? _____

19) ¿Cómo valora usted su propia calidad de vida?

- Buena
- Regular
- Mala

ANEXO B
TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	Número de Jueces						
	1	2	3	4	5	6	P
1	1	1	1	1	1	1	0.01
2	1	1	1	1	1	1	0.01
3	1	1	1	1	1	1	0.01
4	1	1	1	1	1	1	0.01
5	1	1	1	1	1	1	0.01
6	1	1	1	1	1	1	0.01
7	1	1	1	1	1	1	0.01

Positiva = 1 (Si)

Negativa = 0 (No)

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Como conclusión del análisis que realizaron los expertos, sugirieron algunos cambios del texto de las preguntas dándole mayor disposición y dirección hacia el objetivo del indicador correspondiente

ANEXO C

DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ ESTADÍSTICA Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se calculó la validez y confiabilidad del instrumento en la población aplicada usándose los siguientes coeficientes:

1) VALIDEZ:

Para la aplicación del de los coeficientes de validez de contenido se aplicó el coeficiente de Correlación R de Pearson que nos permitió encontrar las correlaciones ítem –total

$$r = \frac{N\sum xy - (\sum x) (\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2] [N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Dónde:

x: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

y: Puntaje total del individuo.

N: Tamaño del conjunto x e y

$\sum x$: Sumatoria de puntajes simples de la variable x.

Σy : Sumatoria de puntajes simples de la variable y.

Σy^2 : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y

Σx^2 : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x

r_{xy} : Coeficiente de regresión el conjunto x é y

Item 1: $r = 0.56$

Item 2: $r = 0.42$

Item 3: $r = 0.32$

Item 4: $r = 0.24$

Item 5: $r = 0.67$

Item 6: $r = 0.78$

Item 7: $r = 0.32$

Item 8: $r = 0.76$

Item 9: $r = 0.65$

Item 10: $r = 0.98$

Item 11: $r = 0.62$

Item 12: $r = 0.98$

Item 13: $r = 0.33$

Item 14: $r = 0.49$

Item 15: $r = 0.96$

Item 16: $r = 0.38$

Item 17:	$r = 0.25$
Item 18:	$r = 32$
Item 19:	$r = 29$
Item 20:	$r = 0.33$
Item 21:	$r = 0.39$
Item 22:	$r = 0.76$
Item 23:	$r = 0.34$
Item 24:	$r = 0.53$
Item 25:	$r = 0.53$
Ítem 26:	$r = 0.29$
Item 27:	$r = 0.47$
Item 28:	$r = 0.69$
Item 29:	$r = 0.45$
Item 30:	$r = 0.43$
Item 31:	$r = 0.65$
Item 32:	$r = 0.87$
Ítem 33:	$r = 0.54$
Item 34:	$r = 0.34$
Item 35:	$r = 0.54$
Item 36:	$r = 0.54$
Ítem 37:	$r = 0.56$

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems.

Se observa que la correlación de los ítems propuestos tiene una interacción consistente, dado que los coeficientes son mayores de 0.20.

2) CONFIABILIDAD:

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 30 adultos mayores y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítems

S_T^2 : Varianza del total de puntaje de los ítems

Remplazando valores donde $K=30$ y $\sum (S_i)^2 = 19,4$, $S_T^2 = 351$

$$\alpha = \frac{37}{37 - 1} \left(1 - \frac{19,4}{351} \right) = \frac{37}{36} (1 - 0.06) = 1.03 (0.94) = 0.97$$

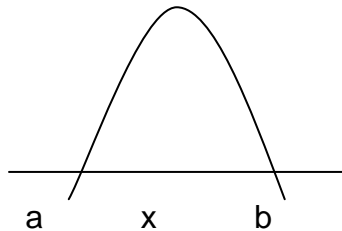
Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 30 adultos mayores .El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.97 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar.

ANEXO D

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES

Se utilizó la Escala de Stanones a fin de obtener los intervalos para las categorías de valor final tanto de forma global como por dimensiones.

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Stanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Media: 81,82

Promedio:
$$X = \frac{\sum x}{n}$$

Desv. típ.: 5,11

$a = x - 0.75 (S)$

$a = 81,82 - 0.75 (5,11) = 78$

$b = x + 0.75 (S)$

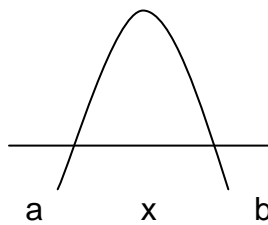
$b = 81,82 + 0.75 (5,11) = 86$

- Malo <78
- Regular 79 a 85
- Bueno >86

CATEGORIZACIÓN POR DIMENSIONES

Dimensión Física

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Stanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$ Media: 19,6

Promedio: $X = \frac{\sum x}{n}$ Desv. típ.: 1,98

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$a = 19,6 - 0.75 (1,98) = 18$$

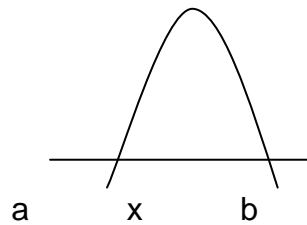
$$b = x + 0.75 (S)$$

$$b = 19,6 + 0.75 (1,98) = 21$$

- Malo <18
- Regular 19 a 20
- Bueno >21

Dimensión Social

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio:	$X = \frac{\sum x}{n}$	Media:	44,64
		Desv. típ.:	3,01

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$a = 44,64 - 0.75 (3,01) = 42$$

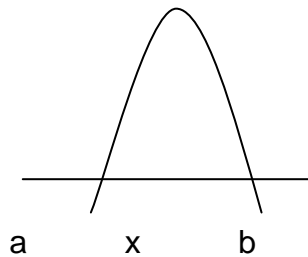
$$b = x + 0.75 (S)$$

$$b = 44,64 + 0.75 (3,01) = 47$$

- Malo <42
- Regular 43 a 46
- Bueno >47

Dimensión Psicológica

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio:
$$X = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media: 17,58

Desv. típ.: 2,32

$$a = 17,58 - 0,75 (2,32) = 16$$

$$b = 17,58 + 0,75 (2,32) = 19$$

- Malo <16
- Regular 17 a 18
- Bueno >19

	<p>vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Está influido por su salud física, su estado psicológico, su nivel de dependencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.</p>	<p>- Psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción con las relaciones sociales - Recreación - Satisfacción general de la vivienda. - Ingresos - Satisfacción con la vida - Depresión - Aprendizaje - Memoria 	<p>el adulto mayor.</p>	
--	--	----------------------	---	-------------------------	--

ANEXO F
DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HNDAC

DATOS GENERALES	FRECUENCIA	%
Edad		
60 a 74	32	64
75 a más	18	36
Ocupación		
Su casa	29	58
Comerciante	6	12
Empleado	5	10
Chofer	3	6
Otros	7	14
Estado civil		
Casado	28	56
Viudo	8	16
Soltero	6	12
Conviviente	6	12
Divorciado	2	4
Sexo		
Masculino	32	64
Femenino	18	36
Grado de instrucción		
Secundaria	31	62
Primaria	11	22
Superior	5	10
Técnico	2	4
Analfabeto	1	2
TOTAL	50	100

ANEXO G

FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES PADECEN DE INSOMNIO

PREGUNTA	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿Con que frecuencia padece de insomnio?	Nunca	16	32
	A veces	28	56
	Siempre	6	12
TOTAL		50	100

ANEXO H

FRECUENCIA CON QUE LA DIABETES AFECTA LA VIDA SEXUAL DE LOS ADULTOS MAYORES

PREGUNTA	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿Con que frecuencia la diabetes afecta su vida sexual?	Nunca	12	24
	A veces	27	54
	Siempre	11	22
TOTAL		50	100

ANEXO I

FRECUENCIA DE LA DIFICULTAD QUE PRESENTAN LOS ADULTOS MAYORES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuidar de su aspecto físico (peinarse; lavarse, vestirse, ducharse)	Demasiada	3	6
	Poca	2	4
	Ninguna	45	90
Realizar tareas domesticas	Demasiado	2	4
	Poca	8	16
	Ninguna	40	80
Caminar	Demasiado	4	8
	Poca	13	26
	Ninguna	33	66
TOTAL		50	100

ANEXO J

FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES SIENTEN QUE PUEDEN VALERSE POR SI MISMOS

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	1	2
A veces	1	2
Siempre	48	96
TOTAL	50	100

ANEXO K

NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA QUE REALIZAN LOS ADULTOS MAYORES

NIVEL DE ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Realizo algunas actividades cotidianas normales	37	74
Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional	13	26
TOTAL	50	100

ANEXO L

SITUACION DE CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES

SITUACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sólo	3	6
Acompañado	47	94
TOTAL	50	100

ANEXO M

SATISFACCION DE LOS ADULTOS MAYORES CON RESPECTO A SUS RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

NIVEL DE SATISFACCION		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familia	insatisfecho	3	6
	Indiferente	1	2
	Satisfecho	46	92
Amigos, vecinos	insatisfecho	4	8
	Indiferente	1	2
	Satisfecho	45	90
TOTAL		50	100

ANEXO N

SATISFACCION DEL ADULTO MAYOR CON RESPECTO A LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE

NIVEL DE SATISFACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insatisfecho	1	2
Indiferente	2	4
Satisfecho	47	94
TOTAL	50	100

ANEXO O

SATISFACCION DEL ADULTO MAYOR CON RESPECTO A LA VIVIENDA EN QUE RESIDE

NIVEL DE SATISFACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insatisfecho	1	2
Indiferente	1	2
Satisfecho	48	96
TOTAL	50	100

ANEXO P

CALIFICACION DEL ADULTO MAYOR CON RESPECTO A SU INGRESO ECONOMICO MENSUAL

CALIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No le alcanza	20	40
Le alcanza para sobrevivir	14	28
Le alcanza para vivir con comodidades	8	16
Es suficiente	8	16
TOTAL	50	100

ANEXO Q

SATISFACCION DEL ADULTO MAYOR CON RESPECTO A SU VIDA EN GENERAL

PREGUNTA	NIVEL DE SATISFACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿El tiempo que gastan en hacerse chequeos?	Insatisfecho	11	22
	Satisfecho	39	78
¿Su tratamiento actual?	Insatisfecho	1	2
	Indiferente	1	2
	Satisfecho	48	96
¿Sus conocimientos sobre diabetes?	Insatisfecho	8	16
	Indiferente	3	6
	Satisfecho	39	78
¿La apariencia de su cuerpo?	Insatisfecho	12	24
	Satisfecho	38	76
¿Su vida en general?	Insatisfecho	6	12
	Indiferente	1	2
	Satisfecho	43	86
TOTAL		50	100

ANEXO R

NUMERO DE ADULTOS MAYORES QUE AFIRMAN SENTIRSE CAPACES DE SEGUIR APRENDIENDO COSAS NUEVAS

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	48	96
No	2	4
TOTAL	50	100

ANEXO S

FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES SE SIENTEN DEPRIMIDOS

PREGUNTA	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿se siente deprimido , triste, desaparecido o nervioso	Nunca	17	34
	A veces	31	62
	Siempre	2	4
TOTAL		50	100

ANEXO T

FRECUENCIA CON QUE LOS ADULTOS MAYORES TIENEN PROBLEMAS DE MEMORIA

PREGUNTA	CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
¿Tiene problemas de memoria?	Nunca	31	62
	A veces	17	34
	Siempre	2	4
TOTAL		50	100