

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO**



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON
OSTEOARTRITIS DE RODILLA. CENTRO MÉDICO SALUD
PRIMAVERA, TRUJILLO - PERÚ, 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

ROCIO THAMAR CASTILLO MORILLO

ASESOR

MAGALY DEL ROSARIO CHÚ MONTENEGRO

<https://orcid.org/0000-0002-7707-1937>

Chiclayo, 2020

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA.
CENTRO MÉDICO SALUD PRIMAVERA, TRUJILLO -
PERÚ, 2018**

PRESENTADA POR:
ROCIO THAMAR CASTILLO MORILLO

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Liseth Dolores Rodríguez Cruz
PRESIDENTE

Julia Maria Nureña Montenegro
SECRETARIO

Magaly del Rosario Chú Montenegro
ASESOR

Le dedico este trabajo de investigación a Dios por guiarme día a día en mi transitar por la vida y brindarme la fuerza y fortaleza para seguir adelante y cumplir mis metas.

Agradezco a mi familia, por apoyarme siempre en cada proyecto que me propongo, por su ayuda incondicional, cariño y afecto; a mi asesora, Magaly Chú Montenegro, y al jurado de la tesis por su apoyo constante en el proceso de la presente investigación.

RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativo y diseño descriptivo tuvo como objetivo describir la calidad de vida del paciente adulto mayor con osteoartritis de rodilla que acude al centro médico Salud Primavera. La población estuvo conformada por 144 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión, a quienes se les aplicó el *Cuestionario de calidad de vida en personas mayores - Escala FUMAT* que brinda un resultado de los niveles de calidad de vida basado en ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y desarrollo. Para el análisis de los datos, se tomó como referencia el programa estadístico SSPS versión 25. En relación a los resultados, se encontró que el 34 % de adultos mayores presentaron un nivel bajo de calidad de vida, el 33.4 % un nivel de calidad de vida media y el 32.6 % un nivel de calidad de vida alta. Entre las conclusiones se determinó que factores como el sexo, tiempo de enfermedad y la edad son los que se asocian con mayor frecuencia a una percepción de una baja de calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida (D011788), osteoartritis de rodilla (D020370), adulto mayor (D000368).

ABSTRACT

The present research of quantitative type descriptive design aimed to describe the quality of life of the elderly patient with knee osteoarthritis who comes to the Primavera Health Medical Center. The population was made up of 144 patients who met the inclusion and exclusion criteria, to whom the Quality of Life Questionnaire in the elderly was applied - FUMAT Scale that provides a result of the levels of quality of life based on eight dimensions: well-being emotional, interpersonal relationships, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion and development. For the analysis of the data, the statistical program SSPS version 25 was taken as a reference. Regarding the results, it was found that 34% of older adults had a low level of quality of life, 33.4% a level of quality of half-life and 32.6% a high quality of life level. Among the conclusions it was determined that factors such as sex, disease time and age are those that are most frequently associated with a perception of a low quality of life.

Keywords: quality of life(D011788), knee osteoarthritis(D020370), elderly(D000368).

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
abstract	
Introducción	8
CAPÍTULO I. Marco Teórico	13
1.1. Antecedentes del problema	13
1.2. Bases teórico conceptual	15
1.3. Definición de términos básicos	21
CAPÍTULO II. Metodología	22
CAPÍTULO III. Resultados	30
CAPÍTULO IV. Discusión	39
Conclusiones	56
Recomendaciones	58
Referencias bibliográficas	59
Anexos	65

Introducción

En nuestro país, como alrededor del mundo se están dando cambios a nivel demográfico, económico y social, siendo el envejecimiento un fenómeno progresivo y no exclusivo. El cual durante la última década ha cobrado relevancia por el aumento en la esperanza de vida de las personas y paralelamente el porcentaje de personas en este grupo etario. “Las proyecciones de las Naciones Unidas para el próximo decenio aseguran que habrá 1.100 millones de adultos mayores, que constituirán el 13,7 % de la población mundial y para el 2025, se espera que la población de 60 años a más crezca en un 40 % en países europeos”¹.

Así también asegura que en Sudamérica se incrementara un 8 % de personas mayores de 65 años y en el nuestro país para el 2025 los adultos mayores llegarán a ser aproximadamente 4 millones 429 mil, es decir el 12,4 % de la población peruana total^{1,2}. Datos que cobran importancia para lograr garantizar las mejores condiciones de vida al adulto mayor y este logro envejecer con dignidad¹.

En su estudio, Córdova menciona que el INEI al 2007 estima una densidad poblacional peruana de 28'220.764 habitantes, de estos se estimó que 2'495.866 son personas adultas mayores, lo cual representan el 9,1% del total. Siendo los departamentos de Lima y Callao, La Libertad, Piura, Puno, Cajamarca, Arequipa, Ancash y Junín los que concentran más adultos mayores^{1,2}.

Por su lado el INEI afirma que la proporción de adultos mayores (60 años a más) en el último periodo intercensal, pasa de 9,1% en 2007 a 11,9% en el 2017. Observándose así, un incremento poblacional de este grupo etario. En donde los departamentos que albergan la mayor cantidad de adultos mayores son “Áncash (13,6%), Moquegua (13,2%), Región Lima y Huancavelica (13,1% cada uno) y Puno (13,0%). Por el contrario, con menor proporción figuran los departamentos de Madre de Dios (5,9%) y Ucayali (7,8%)”².

Si bien la esperanza de vida sigue en aumento, también lo hacen las enfermedades ligadas al envejecimiento, como la osteoartritis, patología que se encuentra dentro de los padecimientos osteoarticulares más frecuentes, y que cobran relevancia, por el impacto que tiene sobre el anciano, su familia, e incluso sobre el nivel

socio sanitario de nuestro país³.

Las patologías reumatológicas forman un grupo de alrededor de 250 padecimientos que comprometen el sistema osteomuscular, cuyas manifestaciones clínicas son las asociadas al dolor, rigidez y disminución de la función articular, lo cual condiciona de forma negativa el desempeño independiente de cada persona, pues al progresar genera cierto grado de discapacidad, limitando por tanto la calidad de vida de los pacientes^{3,4}.

La osteoartritis es la enfermedad osteoarticular con mayor prevalencia en todo el mundo. En los países industrializados el 80 % de la población mayor de 65 años la sufre, y es la afección de la rodilla o de la cadera la causa más frecuente de discapacidad para la deambulaci3n en las personas mayores. Estimándose que más del 70 % de las personas mayores de 50 años tiene signos radiológicos de artrosis en alguna localizaci3n⁵.

Datos que resultan impactantes debido a que la incidencia de osteoartritis de rodilla es actualmente es de 240/100.000 casos por a3o, sumado a esto que las patologías asociadas al envejecimiento son irreversibles, es necesario mejorar progresivamente los estilos de vida de las personas para retrasar lo más posible las consecuencias negativas de estas enfermedades y lograr así un envejecimiento exitoso.

De la misma forma en España se encontró que la prevalencia sintomática de osteoartritis de rodilla en personas que superan los 20 años es de 10,2 % (5,8 % en varones y 14 % en mujeres)⁵. Siendo en Estados Unidos el país con mayor prevalencia de artrosis de cadera 19,6 % (criterios radiográficos) y 4,2 % con (criterios clínicos)⁴.

Mientras que en Cuba las enfermedades osteomioarticular forman parte de un serio problema de salud. En donde “el 17,3 % de la poblaci3n está por encima de los 60 años y la expectativa de vida al nacer alcanza los 78 años, esperándose para el 2025 una poblaci3n de la tercera edad del 21 %”³.

Sin duda alguna, las enfermedades osteoarticulares como la osteoartritis, progresarán al mismo ritmo que se va envejeciendo, ocasionando no solo pérdida de la funci3n articular, atrofia muscular y discapacidad, sino también generará elevados costos para su atenci3n, pues al ser una patología crónica y propia del envejecimiento,

esta se asociará a la pérdida sucesiva de autonomía generando un deterioro importante de la *calidad de vida relacionada con la salud* (en adelante, CVRS)⁴.

La *calidad de vida* (en adelante, CV) encierra “un concepto muy amplio y complejo, influido por el estado del individuo respecto a su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, interacciones sociales y relación con el entorno”⁴. Existen numerosas definiciones de CV, unas siguen una posición subjetiva, pues la relacionan, por ejemplo, con la felicidad, la satisfacción con la vida, otras tienen una perspectiva más objetiva y la asocian con el bienestar físico, las condiciones de salud, etc. Autores como Verdugo, Schalock, Lawton entre otros consideran ambos puntos de vista y la considerarían como una suma de las condiciones de vida y la satisfacción que tienen las personas sobre la vida⁶.

Como se puede apreciar, no existe un concepto universal, más bien encontramos diferentes términos que se emplean para referirse a la calidad de vida, así tenemos: “bienestar, felicidad, estado funcional, valores, estado de salud, satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades material y estructural”. En pocas palabras, para valorar la calidad de vida se deben considerar tanto los componentes subjetivos como los objetivos, en clara alusión a las condiciones de vida como la satisfacción que se tenga de la misma⁷.

En investigaciones como la de Ardila, la calidad de vida debe ser valorada teniendo en cuenta el “aspecto objetivo (bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico y social, sin dejar de lado la salud objetivamente percibida) y el aspecto subjetivo (intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad y salud percibida)”⁷.

En paralelo otros autores afirman que la autonomía y la capacidad de sentirse útil dentro y fuera del hogar tiene una repercusión positiva al momento de valorar la calidad de vida en el adulto mayor, así también el sentirse competente para tomar decisiones y participar en el ejercicio y defensa de sus derechos son factores claves para sentirse satisfechos con su vida y valorar positivamente la calidad de vida⁸.

En virtud de lo ya mencionado, se diría que para comprender en que consiste la calidad de vida debemos tomar en cuenta el aspecto objetivo y subjetivo del ser humano

y no solo dejarnos llevar por las condiciones físicas y materiales; pues la calidad de vida posee un enfoque más amplio que solo el aspecto social, emocional, económico, interpersonal más bien necesita valorarse a la persona en su condición multidimensional⁸. Hay estudios previos que concluyen que la calidad de vida en las personas adultas mayores, acarrea cuestiones tan determinantes como son la salud y el bienestar, y todo esto relacionado con su entorno ambiental, social y afectivo. Y definitivamente es así, pues en esta etapa se van asumiendo nuevos retos para el desarrollo de su autonomía y el fortalecimiento de su salud⁹.

Al respecto, tenemos investigaciones realizadas en España que reportan la existencia de una alta prevalencia de personas con artrosis relacionada principalmente con la edad, sexo e índice de masa corporal (IMC), así también que pacientes con artrosis u osteoartritis (en rodilla) presentaron peor calidad de vida⁵. A nivel de Latinoamericano, también encontramos que “los pacientes con osteoartritis de las articulaciones de carga (cadera y rodilla) son los que peor percepción de calidad de vida presentan, primando como dimensión más afectada la concerniente a la exploración del dolor o de bienestar físico”³.

Es un hecho entonces que la osteoartritis en articulaciones de carga, como las rodillas, disminuye progresivamente la capacidad funcional de estas, repercutiendo negativamente en la capacidad de cumplir confortablemente con las actividades diarias de la persona mayor, incidiendo así en su nivel de CV.

En el Perú se encontró que el apoyo familiar es un factor determinante al momento de medir la calidad de vida. En donde su percepción con respecto al apoyo familiar puede ser satisfactorio al momento de evaluar la C.V. Debido a que a esta edad la mayor fuente de apoyo con la que cuenta el adulto mayor reside en su núcleo familiar¹.

Ahora bien, cabe destacar que el aumento en la esperanza de vida esta inversamente relacionada a una valoración positiva de la calidad de vida, debido a la existencia de factores estresantes como: cese laboral o jubilación, cambios en la estructura familiar por pérdida del conyugue, dependencia económica y pérdida de la autonomía por las limitaciones físicas propias de su proceso evolutivo; factores a los que se encuentran sometidos la mayoría de adultos mayores^{9,10}.

Con todo lo anteriormente mencionado y considerando la artrosis como enfermedad crónica degenerativa, y problema de salud pública, que incrementa el uso de los recursos en salud, por el grado de discapacidad que conlleva; y conocedores de los cambios demográficos, y de las enfermedades asociadas al envejecimiento, es que nace el presente estudio con el objetivo de describir cuál es la calidad de vida que presentan los adultos mayores con osteoartritis de rodilla en sus ocho dimensiones y cómo es que repercute en su nivel de calidad de vida.

La investigación se llevó a cabo en Trujillo, en el centro médico Salud Primavera (localizado en la Av. Nicolás de Piérola #872), que atiende no solo a la población específicamente trujillana sino de otras ciudades del departamento de la Libertad y zona Nor Oriente de nuestro país, debido al costo asequible, horario flexible y la diversidad de especialistas. Los resultados se obtuvieron del servicio de Reumatología, que cuenta con nueve especialistas que brindan atención de lunes a sábado.

El presente estudio de investigación se justifica en el interés de estudiar y describir la calidad de vida y sus dimensiones, que muchas veces se ven afectadas. Los resultados permitirán al profesional de la salud conocer más la problemática de las enfermedades osteoarticulares, poco estudiada por enfermería, y servirán de referente en la búsqueda de estrategias para la intervención holística y oportuna del adulto mayor, diseñadas con actividades preventivo promocionales, que buscan mejorar, restablecer y optimizar la calidad de vida de los adultos mayores.

En ese sentido es que se ha planteado resolver la siguiente pregunta de investigación: *¿cuál es el nivel de calidad de vida de los pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla que asisten al centro médico Salud Primavera, 2018?* Es así que el objetivo general será describir el nivel calidad de vida del paciente adulto mayor con osteoartritis de rodilla que acude al mencionado centro de salud. Dicha meta se logrará mediante los siguientes ocho objetivos específicos que nos hemos propuesto: 1) describir su bienestar emocional, 2) describir su bienestar físico, 3) describir su bienestar material, 4) describir su autodeterminación, 5) describir sus relaciones interpersonales, 6) describir la inclusión social, 7) describir sus derechos, y 8) describir su desarrollo personal.

CAPÍTULO I

Marco Teórico

1.1 Antecedentes del problema

Son escasos los estudios que se relacionan directamente con nuestra variable de investigación y que hayan sido desarrollados específicamente por profesionales de enfermería; sin embargo, encontramos algunos que tiene una relación más indirecta. A continuación, presentamos cada uno de ellos siguiendo una estructura cronológica (de más a menos recientes) y espacial (internacionales nacionales y locales).

En el ámbito internacional, tenemos el trabajo de Bernard et al. (2014), quienes realizaron un estudio cuantitativo de corte transversal y multicéntrico, evaluando el impacto que tiene la osteoartritis en rodilla y cadera sobre la *calidad de vida*. Se encontró que las personas que presentaban osteoartritis de rodilla y de cadera y eran de mayor edad expresaban mala calidad de vida, asimismo el personal médico y los pacientes percibieron el componente de salud mental de forma similar, aunque no ocurrió lo mismo con la percepción de la salud física, en donde el personal médico tenía una mejor percepción que la manifestada por los pacientes¹¹.

También Solis et al. en el 2013 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, con el objetivo de evaluar la CVRS y artrosis en los pacientes del Centro Nacional de Reumatología en el período 2011/2012. Encontrándose predominio en: personas cuya evolución de la enfermedad se encontraba entre 1 y 5 años, adultos que superaban los 60 años de edad que presentaban comorbilidades asociadas, y el sexo femenino. Sin embargo, las condiciones que más afectaron la CVRS fueron las relacionadas al tiempo de la enfermedad, la localización en rodilla y cadera y las comorbilidades⁴.

Poley et al. en el 2010 realizaron un estudio cuantitativo descriptivo, en el cual mencionan de qué manera, patologías como la osteoartritis y el uso de recursos sanitarios impactan sobre la Calidad de Vida y el grado de autonomía de los pacientes. Comprobando estadísticamente que la enfermedad osteoarticular más prevalente fue la osteoartritis (33.6 %); y que referente a los recursos sanitarios (número de visitas y pruebas complementarias) no presentaron mayor alteración al valorar CV; y que, si bien

se vio afectada la valoración de CV, esta no condiciona algún grado de dependencia funcional¹².

Asimismo, Martin et al. en el 2010 realizaron un estudio transversal y descriptivo, a fin de determinar si la depresión, dolor crónico e intenso y el género cumplían un rol mediador sobre la CVRS en pacientes con osteoartritis. Cuyos resultados estadísticos encontraron que la mayor prevalencia de depresión se presenta en las mujeres 48,9 %, al igual que la tasa de prevalencia del dolor severo (38,9 % frente a 9,1 %). Lo cual evidencio la necesidad prestar especial a cualquier síntoma depresivo que presenten los pacientes, en especial del sexo femenino, con el fin de contribuir en la mejora de la CV¹³.

Con respecto a los antecedentes nacionales, encontramos a Carrasco (2016) y su estudio cuantitativo con método descriptivo de corte transversal, sobre el impacto negativos de enfermedades crónicas, como insuficiencia renal sobre la Calidad de Vida. Encontrando que los pacientes, en su mayoría se expresan *poco saludable* o *no saludable* en clara alusión al impacto negativo de la enfermedad en su bienestar físico y psicológico, situación que afecta la valoración de la calidad de vida¹⁴.

Navarro, en el 2013, realizó un estudio descriptivo correlacional, con el objetivo de inferir sobre los factores que intervienen al momento de valorar la calidad de vida de la persona mayor. Encontrándose predominio en la edad (60 a 74 años), y prevalencia del sexo femenino (70.5%). Siendo la edad y la función cognitiva los que revelaron significancia estadística. Y siguiendo la línea del análisis cualitativo se encontró “las siguientes categorías empíricas: aprender /re-aprender y enseñar, entre mis recuerdos y mis sentimientos, e independencia y autonomía”¹⁵.

Entre los antecedentes locales figura el de Bendezú et al. (2017). Su estudio descriptivo transversal, quienes se centraron en describir como la depresión y la capacidad funcional del paciente influía en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Los cuales, a su vez concluyeron que la calidad de vida fue satisfactoria en el 50,9 % de pacientes, un 41,8 % presentó discapacidad leve y el 37,6% presentaba síntomas depresivos. De ahí que la dimensión con mayor puntaje en calidad de vida fue “ayuda/apoyo” y en discapacidad la más afectada fue “actividades”. Por ende, se concluye que a mayor discapacidad peor calidad de vida¹⁶.

Estela et al. (2016) realizaron un estudio cuantitativo de naturaleza descriptiva, con el fin de evaluar como es que *las* personas con discapacidad física en su centro laboral, percibían la *Calidad de Vida*. En relación a los resultados obtenidos se encontraron las dimensiones que más afectaron su percepción sobre CV fueron “la dimensión bienestar emocional, físico, material y derechos, las cuales se encuentran por debajo de la media estándar esperada”¹⁷. Lo que incide en que los problemas físicos repercuten negativamente no solo en el bienestar emocional y material, sino que estos a su vez influye en la capacidad de la persona de hacer velar y/o respetar sus derechos.

Luego Olano, ya en el 2015, realizó un estudio descriptivo, comparativo, en el cual buscó determinar si en los pacientes de medicina física, como en los de hospitalización existían diferencias significativas al momento de evaluar calidad de vida por dimensiones. Encontrando que, si existían diferencias significativas en las dimensiones función física y dolor en ambas áreas (medicina física y hospitalización), siendo el grupo masculino el más afectado ¹⁸.

Por último, en el 2014, Castillo realizó un estudio descriptivo correlacional, encontrando que existe una estrecha relación entre las variables calidad de vida y depresión en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, pues de su estudio, obtuvo una valoración positiva de la calidad de vida por ausencia de sintomatología depresiva. Dicha investigación demostró entonces la importante relación existente entre los problemas emocionales (depresión) de pacientes con problemas crónicos y la percepción de los mismos sobre su CV¹⁹.

1.2 Base teórico conceptual

Verdugo y Schalock²⁴ son los autores en los que se basa el trasfondo teórico de la variable calidad de vida.

En la última década las enfermedades osteoarticulares han cobrado importancia en gran parte por el daño que ocasionan a ciertos grupos poblacionales, y donde los síntomas y cambios radiológicos hacen difícil su diagnóstico en etapas tempranas. Dentro de este grupo de enfermedades destaca la osteoartritis o artrosis, considerada una patología crónica y degenerativa, caracterizada por la pérdida gradual de cartílago

articular. “En 1994 por consenso se la definió como el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el normal acoplamiento entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso subcondral”²⁰, p.185.

La osteoartritis no tiene una etiología específica, pero es de causa multifactorial asociada tanto a factores exógenos (mecánicos) y endógenos (edad) y está asociada frecuentemente al envejecimiento, además que representa la causa más usual de dolor y discapacidad en quienes la padecen, requiriendo en casos severos cirugía de reemplazo articular²⁰.

Cuando se aborda el tema de discapacidad, las encuestas sugieren que entre el 4 y el 8 % de la población general de 16 a más años sufre alguna discapacidad debida a enfermedades del aparato locomotor, fundamentalmente artrosis. Las actividades relacionadas con la movilidad y el desplazamiento son las más afectadas, pues aproximadamente entre el 40 y 60 % de las personas con enfermedades crónicas del aparato locomotor tendrían limitada su actividad principal y alrededor del cinco por ciento tendrían limitadas sus actividades de la vida diaria más básicas²⁰.

Según la OMS la osteoartritis “está entre las cuatro primeras causas de pérdida de años de vida ajustados por calidad. Su importancia radica no solo en la carga socioeconómica de la enfermedad, sino en el impacto personal y familiar derivado de la pérdida de autonomía”²⁰.

En cuanto a la clínica, “la artrosis se caracteriza por dolor articular, rigidez matutina durante un tiempo menor a 30 minutos, limitación de la movilidad, crepitación, inestabilidad articular, incapacidad funcional, derrame ocasional y grado variable de inflamación local”. Síntomas que aparecen a medida que se utiliza la articulación después de haber estado en reposo, para luego disminuir con el ejercicio y volver reaparecer cuando la actividad se prolonga, llegando a desaparecer con el reposo¹¹.

Esto quiere decir que los síntomas suelen ser insidiosos y tienden a disminuir con el reposo, pero cuando estos progresan, el dolor puede permanecer por más tiempo. Dolor temporal que se acompaña de incapacidad funcional y limitación de la actividad

articular, por lo que, al persistir evolucionará en una incapacidad funcional permanente, y por ende pérdida gradual de la autonomía¹¹.

La artrosis se asocia a un deterioro importante de áreas asociadas a la calidad de vida relacionada con la salud (deambulación, movimiento, cuidado corporal, comportamiento emocional, descanso nocturno, actividad doméstica y trabajo) por lo que supone un impedimento para la vida cotidiana del paciente y un empeoramiento de su calidad de vida^{21p126}.

A considerarse entonces la artrosis como una de las principales razones por la cual la calidad de vida de los pacientes que la sufren disminuye. Y ser esta la artropatía de mayor prevalencia en todo el mundo, sin hacer distinción de raza o zona geográfica. Esta tiende a prevalecer en la población adulta mayor (80 % en países industrializados) y se localiza con sutil predominio en la rodilla en un 33,7 %. Habría que mencionar también, que al ser una patología que no tiene cura definitiva, las estrategias para su tratamiento se orientan principalmente a reducir el dolor y mejorar de la función articular, logrando de esta manera mejorar notablemente su calidad de vida^{11p284}.

Considerando entonces que el principal síntoma de la artrosis es el dolor y que al progresar la enfermedad el dolor aparece más precozmente y no puede ya cesar con el descanso, es cuando se podrá evidenciar el deterioro gradual de las funciones que realiza la persona y, por ende, la disminución progresiva de su calidad de vida.

Con respecto a la calidad de vida, la OMS la define “como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”^{6,20p525}. De igual manera la UNESCO, citada en Gongora²² también utiliza el término “*calidad de vida* para referirse de forma integral a las necesidades humanas y no solo a una parte de ellas”^{22p25}. Teniendo en cuenta estas dos premisas, la calidad de vida vendría a ser el estado de bienestar de la persona respecto a sus condiciones de vida, así como la percepción de satisfacción de la misma.

En este sentido la calidad de vida presenta un enfoque conceptual muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así

como su relación con los elementos esenciales de su entorno. En definitiva, lo que podemos entender por calidad de vida resulta de la interacción o conjunción equilibrada de tres facetas o pivotes diferentes, ese trípode sería el conformado por el estado físico-psíquico, la estabilidad emocional y las expectativas de desarrollo del individuo^{20p525}.

Por lo dicho, se infiere que la calidad de vida para ser evaluada se debe tener en cuenta que posee un componente objetivo (condiciones de vida) como subjetivo (sentimientos de satisfacción personal), esto quiere decir que la valoración difiere de persona a persona, va cambiando con el tiempo y se ve vinculada estrechamente con el ambiente en donde la persona se desarrolla (sociedad, cultura, y escalas de valores)²². Desde esa óptica, la calidad de vida es consecuencia del impacto percibido por el paciente de la enfermedad, es decir, la valoración que hace este de su bienestar físico, emocional y social. Específicamente, se considera como el grado en el que la persona ha alcanzado su bienestar personal²³.

Como se puede apreciar, establecer un concepto único de *calidad de vida* constituye un proceso complejo, es por ello que para Schalock y Verdugo²⁴ el término *calidad de vida* “refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida, estableciendo dimensiones e indicadores que se consideran centrales para una vida de calidad”²⁴. Estos autores definen las dimensiones básicas de calidad de vida como un conjunto de factores que componen el bienestar personal, y son las siguientes:

Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.

Bienestar material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se

necesita y se desea (tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados). los indicadores evaluados son: vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales), ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.

Autodeterminación (AU): decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.

Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos.

Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos^{25p19}.

Carmona et al. y Zhang et al. (citados por la Sociedad Española de Reumatología²⁰) consideran que “el impacto que genera la artrosis es enorme en

términos de pérdida funcional, sufrimiento y consumo de recursos sociosanitarios, pues es la séptima causa de incapacidad en la mujer y la doce en el varón”, y si consideramos a las personas mayores de 65 años en esta perspectiva, la osteoartritis sería la quinta causa de incapacidad funcional²⁰.

Así, en el campo de la artrosis las herramientas de medida de la calidad de vida deberían evaluar al menos tres aspectos clave de la enfermedad: el daño, la limitación de actividades y la restricción de participación. La visión de cómo afrontamos el problema de medir la calidad de vida se ha ido impregnando de la filosofía holística ya impresa en la propia definición de salud dada por la OMS. Actualmente, el marco referencial de cómo debemos abordar los problemas de salud del individuo y de las poblaciones ha pasado del modelo biomédico clásico de incapacidad física al modelo de función, incapacidad y salud contextual, en el cual estos tres ejes interactúan en ambas direcciones, entendiendo que las capacidades funcionales y las limitaciones de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados o condiciones de salud y los factores contextuales²⁰.

Actualmente, existe un creciente interés por medir y mejorar la calidad de vida, por esta razón han surgido múltiples estudios y escalas, todos con la finalidad de cuantificar el nivel de calidad de vida, al mismo tiempo de identificar que componente es el que influye negativamente en dicha percepción. Pues en clara alusión a lo ya mencionado con anterioridad, se debe considerar que calidad de vida no solo tiene que ver con el hecho de sentirse bien físicamente, más bien incluir también el componente emocional. “Un aspecto íntimamente relacionado con la calidad de vida es la salud mental refiriéndonos a las alteraciones como un término que engloba a diversos síntomas: depresivos, angustia-ansiedad, tristeza, falta de ánimo, alteraciones del sueño, alteración social, insatisfacción de vida, entre otras”²⁶.

En general, se concluiría que para valorar la calidad de vida es necesario incluir elementos tanto objetivos como subjetivos, pues al ser factores que interactúan de manera diferente, entenderíamos entonces “que para medir la calidad de vida se deben reflejar las dimensiones que contribuyen a una vida completa e interconectada, considerando los contextos de los ambientes físico, social y cultural”⁶.

Por lo tanto, la demanda de medir la calidad de vida en pacientes con artrosis

surge de la necesidad de entender su impacto, consiguiendo para ello herramientas válidas que permitan un razonamiento guiado para la toma de decisiones, a partir de un contexto de políticas socio sanitarias y de economía en la salud²⁰.

2.3 Definición de términos básicos

Calidad de vida: “Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. Considerándose un ampliamente como la suma de condiciones objetivas como subjetivas de, en donde se debe tener en cuenta la valoración de las condiciones de vida y la satisfacción que tiene la persona con los elementos esenciales de su entorno^{5, p.6}.

Osteoartritis: Denominada también artrosis. “Es una enfermedad crónica y degenerativa de etiología multifactorial, caracterizada por la pérdida gradual de cartílago articular”¹⁷.

Adulto mayor: Según la OPS y OMS, son aquellas personas que superan los 60 años de edad, para esta consideración se debe tener en cuenta factores demográficos como la esperanza de vida y el contexto en el que se presenta el envejecimiento en la población^{23,28}.

CAPÍTULO II

Metodología

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, pues al ser un proceso sistemático, riguroso, objetivo y formal exploró y describió fenómenos en circunstancias de la vida real, proporcionando una explicación exacta de las características de individuos, situaciones o grupos en particular. Se realizó en escenarios sin manipulación de la situación, con el objetivo de proporcionar una imagen real y natural²⁴.

El diseño de la investigación es no experimental y de corte transversal, pues se centró en el análisis de la variable que se produce de forma natural en el entorno y no en la aplicación de un tratamiento por el investigador, y además porque tuvo una dirección temporal mediante la cual se examinó la relación entre una enfermedad y la variable, en una población y tiempos determinados, la presencia de la enfermedad y la exposición se observan simultáneamente²⁵.

La población estuvo constituida por 463 pacientes que asistieron al servicio de consultorio externo Reumatología del centro médico Salud Primavera, durante los meses de setiembre a octubre de 2017*. La muestra de pacientes se calculó por fórmula finita, y se obtuvo 144 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

$$n_o = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{(N - 1) * E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$: Valor tabulado de la Distribución Normal Estandarizada
($Z_{\alpha/2}=Z_{0.975}=1.96$)

α : Nivel de significancia del 5 % ($\alpha=0.05$)

* Dato referencial en base al ingreso de pacientes al servicio de consultorio externo Reumatología del Centro Médico Salud Primavera.

d : Precisión o error de muestreo del $\pm 5\%$ ($d = \pm 0.05$)

p : Proporción de pacientes con adecuada calidad de vida de 50% ($p = 0.50$)

q : Proporción de pacientes con inadecuada calidad de vida de 50% ($q = 0.50$)

pq : Varianza de 25% ($p \cdot q = 0.125$)

N : Población de 463 pacientes ($N = 463$)

n_o : Tamaño de muestra inicial

n_f : Tamaño de muestra final

Reemplazando valores, obtenemos el tamaño de muestra inicial:

$$n_o = \frac{463 \cdot 1.96^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50}{(463 - 1) \cdot 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50} = 210$$

Comprobando con el factor de corrección del muestro, tenemos:

$$f = \frac{n_o}{N} = \frac{210}{463} = 0.453 > 0.05 \quad (5\%)$$

Como el factor de muestreo es mayor al 5% , se corrige el tamaño de muestra inicial, mediante la fórmula del tamaño de muestra final:

$$n_f = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{210}{1 + \frac{210}{463}} = 144$$

Se utilizó el muestreo sistemático, a través del cual se eligieron los adultos mayores con osteoartritis, verificando siempre el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, de tal manera que todos han tenido la misma probabilidad de participar. Luego de la verificación, se hizo una selección aleatoria del primer adulto mayor que acudió al Centro Medico para que forme parte de la muestra, realizado la encuesta en una sala contigua al consultorio de Reumatología, garantizando la privacidad y su derecho a la intimidad. Posteriormente con ayuda de la lista de citados, se seleccionó a los participantes posteriores, utilizando intervalos fijos, cada tres individuos hasta alcanzar el tamaño de la muestra deseada.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodilla.
- Pacientes en condición de continuadores que asisten al Centro Médico Salud Primavera.
- Pacientes que acepten participar del presente estudio previa firma de consentimiento informado.
- Pacientes de ambos sexos que se encuentren entre el rango de edad: 60 a más (según OPS, OMS)^{23,28}.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de osteoartritis de rodilla con tiempo de enfermedad no menor a 6 meses.
- Pacientes con alteraciones mentales o que no se encuentren orientados en tiempo, espacio, persona al momento de la entrevista.
- Pacientes que padezcan alguna patología adicional que cause algún grado de discapacidad.
- Pacientes que hayan tenido una pérdida familiar (muerte de un hijo) en un periodo no menor a 2 años.

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

El presente trabajo de investigación utilizó como técnica de recolección de datos, la encuesta, y como instrumento el *Cuestionario de calidad de vida en personas mayores - Escala FUMAT*²⁵.

Dicho instrumento Anexo (1) “es un instrumento específico, aplicable a personas mayores (más de 50 años) y personas con discapacidad (con una edad mínima de 18 años)”. Se trata de un cuestionario con entrevista personal, en donde el investigador aplica el cuestionario a los participantes, en donde el investigador hará las preguntas y anotará las respuestas de cada entrevistado. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 15 a 20 minutos²⁵.

La calidad de vida es evaluada a través de 57 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo²⁵: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo, y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones (‘nunca o casi nunca’, ‘algunas veces’, ‘frecuentemente’ y ‘siempre o casi siempre’). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos (‘totalmente en desacuerdo’, ‘en desacuerdo’, ‘acuerdo’ y ‘totalmente de acuerdo’) ^{25, 27p67}.

El entrevistador debe completar todos los ítems, y considerar que la información que se requiere consiste en determinar si la persona lleva a cabo o no una determinada actividad, si tiene o no oportunidades para hacer una actividad clave, o si tiene o no una capacidad concreta. El entrevistador no debe tener en cuenta los motivos por los que la persona no realiza una actividad²⁵.

Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se haya dejado ninguna pregunta en blanco, el entrevistador (investigador) ingreso los datos de toda la muestra (144 adultos mayores) a un archivo de Excel, donde se sumó e interpretó los resultados obtenidos. Para obtener la puntuación directa total en cada subescala o dimensión, se sumaron las respuestas (1-2-3-4) de la primera fila y así sucesivamente a cada uno de los ítems que la componen, posteriormente se sumó la puntuación obtenida en cada ítem, del cual se obtuvo la puntuación total de la dimensión Anexo (2), procedimiento se repitió en cada una de las ocho dimensiones ya mencionadas²⁵.

La Escala FUMAT es un instrumento utilizado ya en investigaciones previas por su alta confiabilidad (0,82), pues permite obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios adultos mayores (que en este caso presentan osteoartrosis de rodilla) y a las condiciones que influyen en su funcionamiento. “Toda la información obtenida es en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida

(bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos)”^{25,27}.

Bienestar emocional: estabilidad emocional (salud mental), ausencia de estrés y sentimientos negativos, autoconcepto, satisfacción.

Bienestar material: ingresos, posesiones, condiciones de vivienda, condiciones del lugar de trabajo, servicio, empleo, jubilación, ahorros.

Desarrollo personal: educación, oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales, habilidades académicas.

Bienestar físico: salud general, atención sanitaria, memoria, dolor, sueño, visión, audición, movilidad, mediación, acceso a ayudas técnicas, actividades de la vida diaria.

Autodeterminación: autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales.

Inclusión social: integración, participación, apoyos.

Relaciones interpersonales: relaciones de pareja, relaciones familiares, relaciones sociales, tiene amigos claramente identificados, contactos sociales positivos y gratificantes.

Derechos: conocimiento de derechos, defensa de derechos, información, respeto, intimidad, responsabilidades, dignidad, derechos legales^{25p19}.

Posteriormente se valoró el instrumento específico (FUMAT), por parte de los jueces expertos, comprobando así la consistencia del juicio de expertos, a través del *coeficiente alfa de Cronbach* para la idoneidad, importancia y observabilidad de todos los ítems.

En nuestro medio actualmente no existen muchos instrumentos que se orienten por la valoración específica de un grupo poblacional o patología específica y ahí radica la importancia del presente instrumento. Cuya orientación radica básicamente en medir la calidad de vida en población de adultos mayores.

Escala de Calidad de vida	Ítems	Calidad de vida Alta	Calidad de vida Media	Calidad de vida Baja
Bienestar emocional	8	21-+	15-20	<=14
Bienestar físico	6	15-+	11-14	<=10
Bienestar material	7	18-+	14-17	<=13
Relaciones interpersonales	6	18-+	14-17	<=13
Inclusión social	9	19-+	14-18	<=13
Desarrollo personal	8	25-+	20-24	<=19
Autodeterminación	8	26-+	20-25	<=19
Derechos	5	14-+	11-13	<=10
Total	57	145-+	115-144	<=114

La información recolectada por el instrumento descrito (Escala FUMAT) fue ingresado y procesado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 25. Cuyos resultados se presentan en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual.

Principios éticos

Para el presente estudio se tuvieron en cuenta los principios propuestos por Elio Sgreccia, citado en García²⁹, desde la óptica de la ética personalista.

Principio de defensa de la vida física; en el presente estudio consideramos vida humana como un principio inviolable, y a los participantes de la investigación (adultos mayores) como personas dignas, con derechos y merecedoras de respeto. Por lo que su intervención en la investigación fue voluntaria previa firma de consentimiento informado. Y considerando que no se debe vulnerar la libertad o autonomía, la encuesta aplicada fue de carácter anónimo²⁹.

Principio de libertad – responsabilidad; en la presente investigación se respetó el libre albedrío de cada participante; primando el deseo y voluntad del entrevistado a participar, informando así meticulosamente a cada uno, sobre el objetivo de la investigación, sin coacción alguna²⁹. Anexo (4).

Principio de sociabilidad – subsidiariedad; considerando que cada persona participa y pertenece a una sociedad, estos deben orientar su quehacer en busca del bien común²⁹. Con esta investigación se buscó describir la calidad de vida de las personas adultas mayores según las ocho dimensiones que conforman la escala FUMAT, esperando que los resultados del estudio sirvan de precedente y motiven a posteriores investigaciones. Los que estarán a disposición del público y comunidad educativa, buscando con ello lograr que se le dé la importancia a las consecuencias negativas que causa esta patología sobre la calidad de vida del adulto mayor, muchas veces ignorada o no tomada en cuenta como prioridad al momento de implementar políticas públicas.

Criterios de rigor científico

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de rigor científico según Hernández Sampieri³⁰.

La confiabilidad: El cual hace referencia a la aplicación del instrumento en una población con los mismos rasgos y condiciones, con el objetivo de avalar la precisión del mismo, antes de usarlo en un estudio de investigación³⁰. En el presente trabajo de investigación vemos reflejado dicho criterio al realizar la prueba piloto y obtener el *alpha de Cronbach*.

La cual se realizó a 25 pacientes en el mismo centro médico, pero en fechas diferentes, teniendo la precaución de no utilizar a los adultos mayores de la prueba piloto para la muestra final del presente estudio de investigación y

Prueba piloto: el instrumento de la presente investigación se aplicó a 25 pacientes adultos mayores que asistieron al servicio de Reumatología del Centro Médico Salud Primavera durante el mes de junio del 2018, los cuales cumplieron con las características y condiciones que requirió el presente estudio (los cuales no volverán a ser incluidos como muestra de la investigación), con la finalidad: contrastar su efectividad y fiabilidad para el presente estudio. La confiabilidad se estableció por medio de la prueba estadística del coeficiente *alpha de Cronbach*, obteniéndose el siguiente resultado: *alpha de Cronbach* 0.82. considerando al instrumento Escala FUMAT – como muy fiable para valorar la Calidad de Vida en el adulto mayor³⁰.

Validez: La presente investigación fue sometida a juicio de expertos en el tema, los cuales emitieron la validación del instrumento como: *aceptado para realizarse*, pues en consenso consideraron que el instrumento a utilizar sí contemplaba en su estructura las variables en estudio para su medición³⁰.

Objetividad: En el presente estudio no existieron sesgos ni tendencias de personas ajenas a la investigación, pues como investigadora cumplí con el rol de entrevistadora y me encargué de aplicar con objetividad la encuesta a cada participante que cumpliera con los criterios de inclusión³⁰.

CAPÍTULO III

Resultados

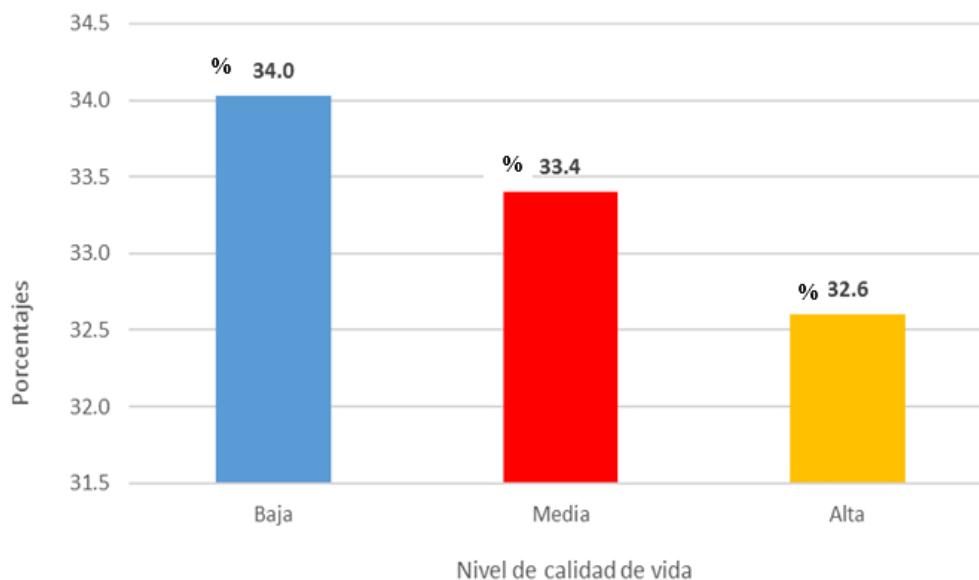


Figura 1. Nivel de calidad de vida en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 1* se observa la distribución de pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla según nivel de Calidad de Vida, en donde el 34.0 % de adultos mayores presentan nivel de calidad de vida baja, el 33.4 % media, y el 32.6 % alta.

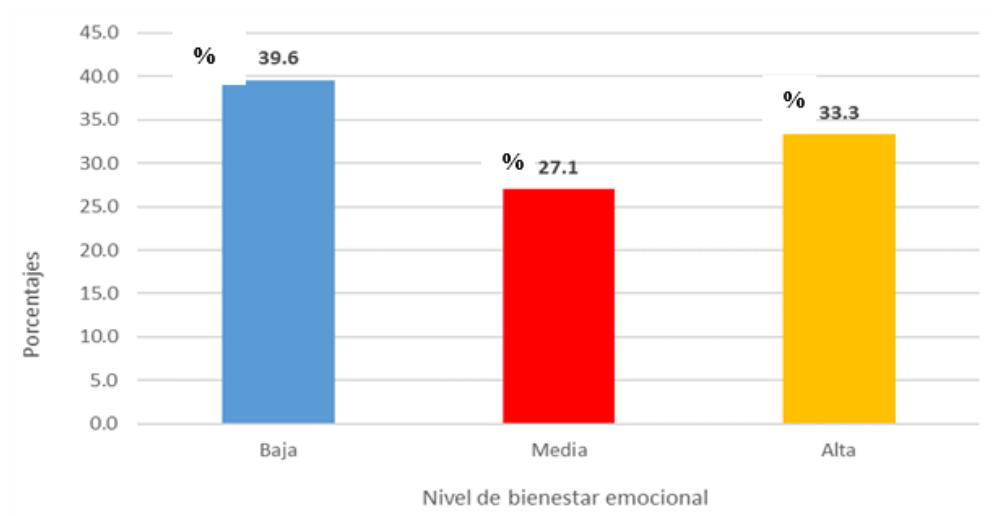


Figura 2. Nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar emocional en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 2* se muestra que el 39.6 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de bienestar emocional bajo, 27.1 % medio, y el 33.3 % alto.

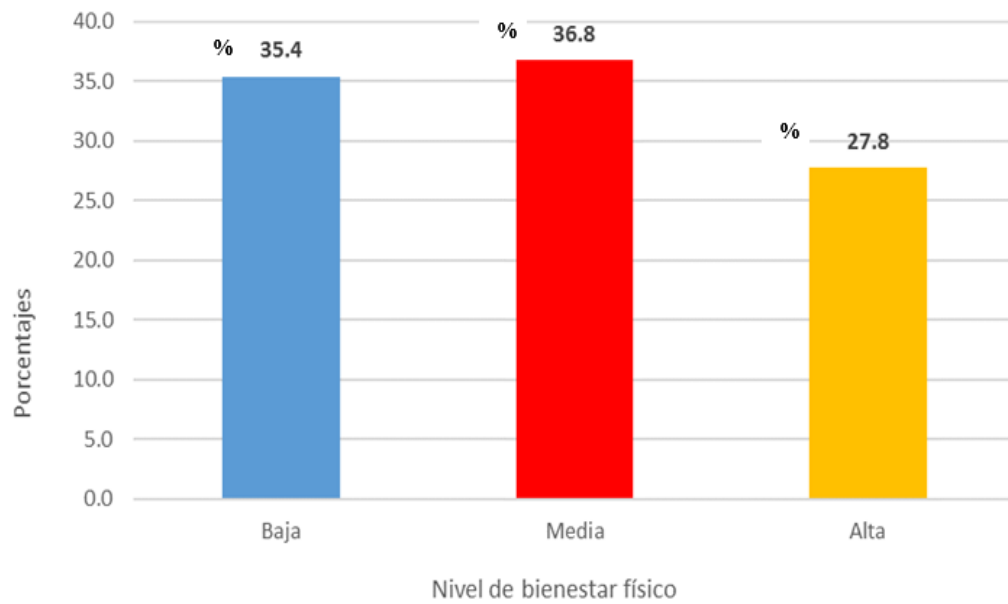


Figura 3. Nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar físico en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 3* se muestra que el 35.4 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de bienestar físico bajo, 36.8 % medio, y el 27.8 % alto.

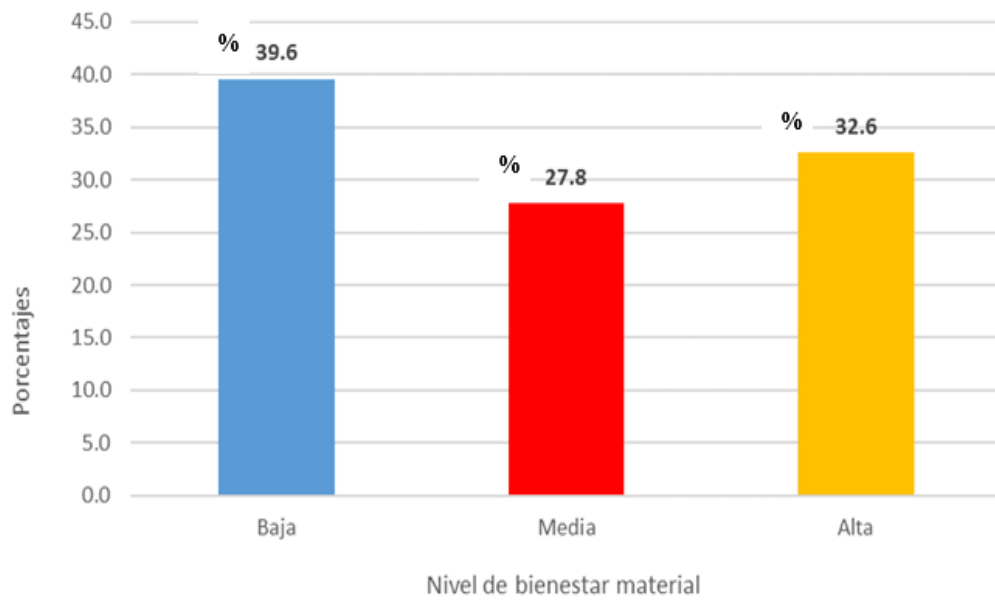


Figura 4. Nivel de calidad de vida en la dimensión bienestar material en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 4* se muestra que el 39.6 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de bienestar material bajo, 27.8 % medio, y el 32.6 % alto.

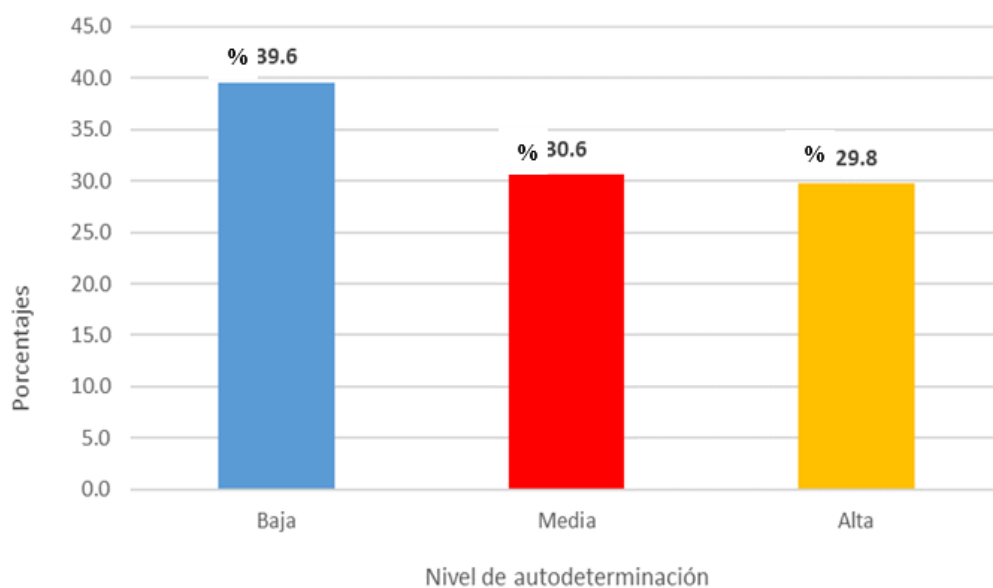


Figura 5. Nivel de calidad de vida en la dimensión autodeterminación en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 5* muestra que el 39.6 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de autodeterminación bajo, 30.6 % medio, y el 29.8 % alto.

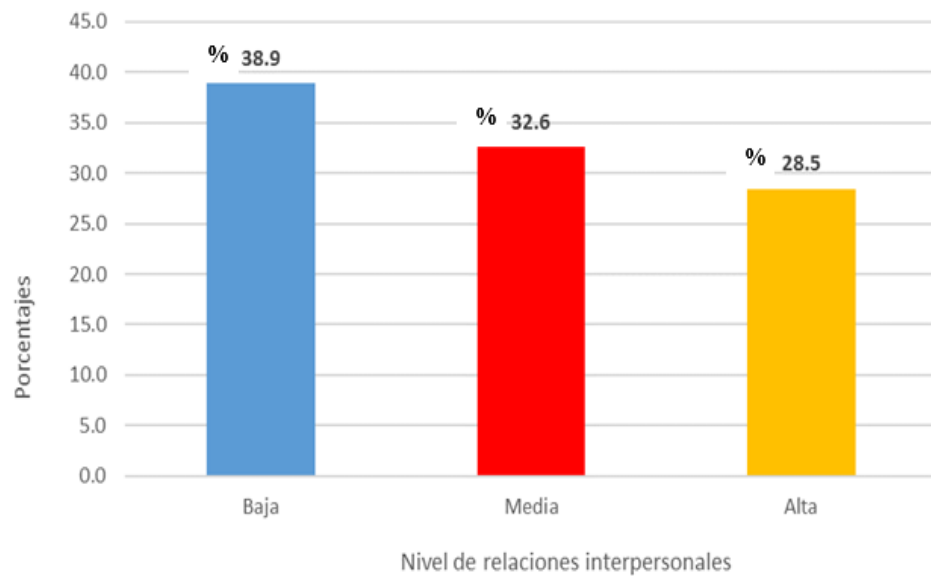


Figura 6. Nivel de calidad de vida en la dimensión relaciones interpersonales en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 6* se muestra que el 38.9 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de relaciones interpersonales baja, 32.6 % medio, y el 28.5 % alta.

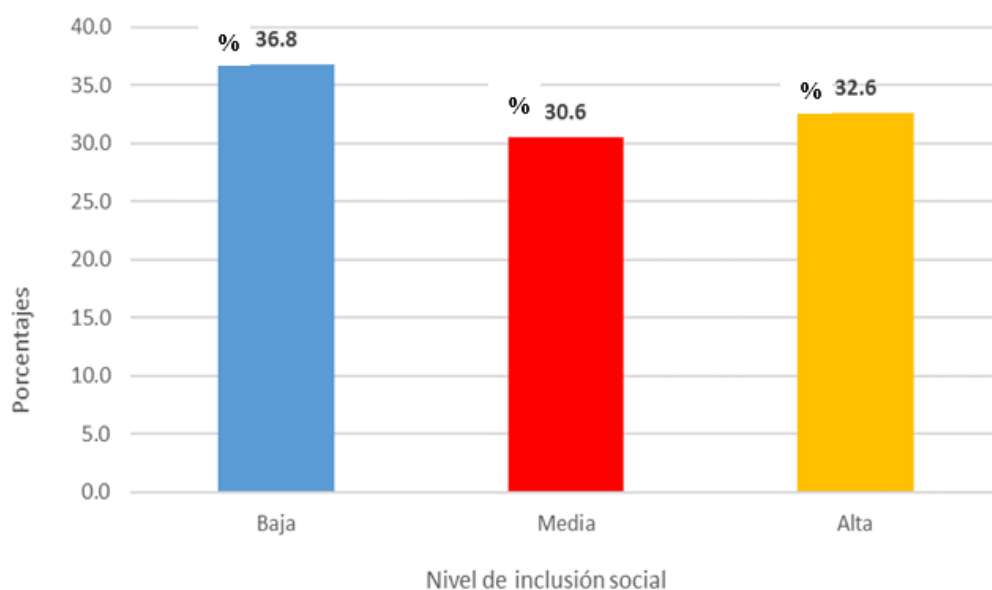


Figura 7. Nivel de calidad de vida en la dimensión inclusión social en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 7* se muestra que el 36.8 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de inclusión social bajo, 30.6 % medio, y el 32.6 % alto.

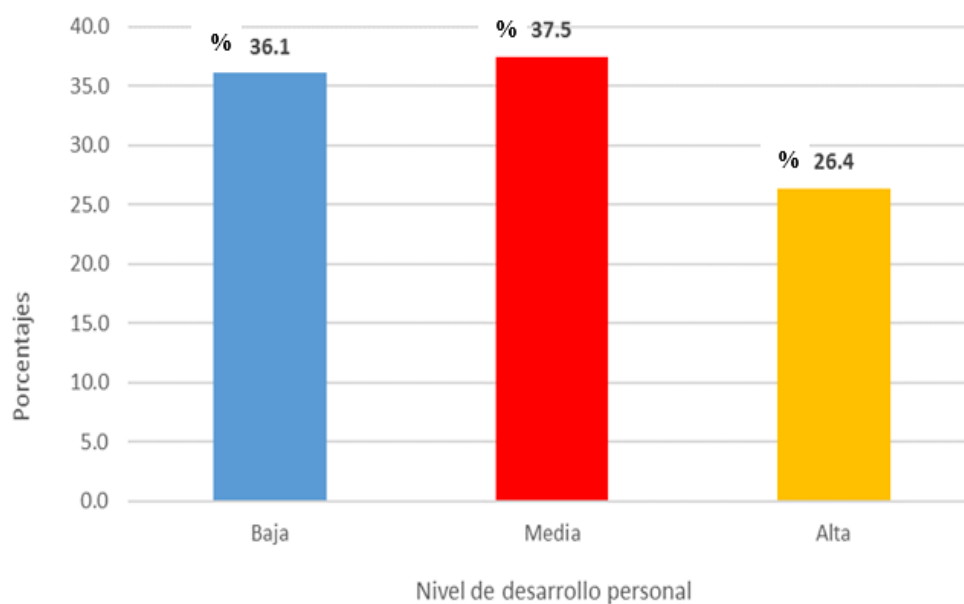


Figura 8. Nivel de calidad de vida en la dimensión desarrollo personal en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 8* se muestra que el 36.1 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de desarrollo personal bajo, 37.5 % medio, y el 26.4 % alto.

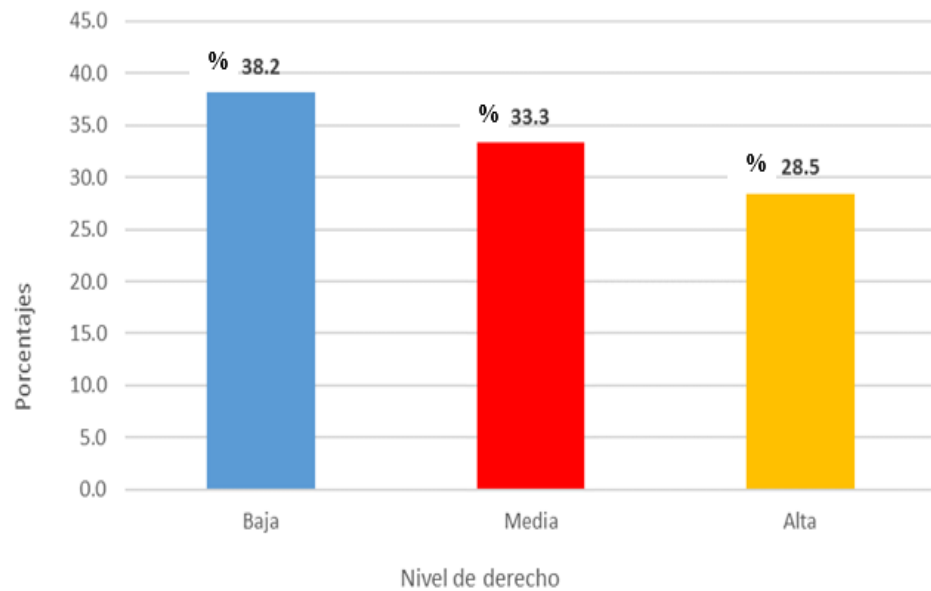


Figura 9. Nivel de calidad de vida en la dimensión derecho en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo – Perú, 2018. Información obtenida de la escala FUMAT – aplicada 2018

En la *Figura 9* se muestra que el 38.2 % de pacientes adultos mayores presentan nivel de derecho baja, 33.3 % medio, y el 28.5 % alto.

CAPÍTULO IV

Discusión

En la presente investigación se evidencia que más del 60 % de adultos mayores tienen una calidad de vida media (34 %) y baja (33,4 %), y 32,6% de calidad de vida alta. Resultados casi homogéneos con un sutil predominio a la percepción baja del nivel de calidad de vida, el cual se encuentra asociado a factores demográficos como la edad (con dominio al rango de 60 a 69 años) y el sexo, pues existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino. Datos similares fueron encontrados en una investigación de Martín (2010) y Solís (2013), donde el factor que también hallaron más asociado con la calidad de vida fue el sexo: las mujeres puntuaron más bajo en el valor promedio de calidad de vida³¹.

La razón por la que el sexo femenino presenta mayor deterioro en su calidad de vida nos orienta a pensar en la existencia de factores intrínsecos o extrínsecos que empeoran dicha percepción. Es posible al hecho que este sexo involucra más el aspecto emocional en su vida, incluso dentro de nuestra sociedad, el sexo femenino cumple un rol más pasivo con predominio emocional y sensible³¹.

Otro factor que determinó el nivel de calidad de vida fue la condición de salud de la muestra y el tiempo de enfermedad, en este caso hubo un predominio del 31.9 % de pacientes que presentaron la enfermedad en un rango de 2 a 5 años. Esto tiene relación con lo reportado por Poley, Solís, Olano, Carrasco, Bendejú y Huamanchuro quienes han evidenciado que los adultos mayores con problemas de salud osteoarticulares presentan menores puntajes de calidad de vida³¹.

Una investigación desarrollada con adultos mayores obtuvo datos similares a los obtenidos en la presente investigación. Revelándose un predominio de calidad de vida baja (43,3 %), seguida de la media (36,4 %) y finalmente alta (20,2 %). En donde la edad y escolaridad resultaron importantes para valorar la calidad de vida, teniendo a empeorar a medida que se incrementa la edad, como en este estudio. Debido en gran parte a que, con el avance progresivo de la edad, aumentan paralelamente las enfermedades crónicas y discapacitantes³².

Lo mismo se presenta en los pacientes que padecen de osteoartritis de rodilla, pues al ser un padecimiento con mayor incidencia en adultos mayores llega a ocasionar con el tiempo cierto grado de discapacidad y restricción de actividades, que terminan afectando la autonomía (factor clave para lograr un envejecimiento exitoso) y la percepción de su calidad de vida³².

Las dimensiones que obtuvieron resultados desfavorables fueron: el bienestar emocional, lo cual se explica en este estudio por el predominio del sexo femenino, grupo que involucra mucho el aspecto emocional en su vida; el bienestar material, pues las mujeres en su mayoría son cesantes laboralmente o no pueden generar ingresos propios debido a la discapacidad que ocasiona la artrosis por lo que viven de una pensión, que no cubre en su mayoría las necesidades básicas; y por último, la autodeterminación.

Un estudio realizado en España refleja que su población mayor de 65 años posee buena calidad de vida, así como una autopercepción positiva del estado general de salud; menciona también algunos factores que influyen en la calidad de vida, estos son: sexo, edad, fuerza muscular, dolor y consumo de fármacos. Concluyendo que el dolor tiene un impacto negativo en la independencia funcional y la percepción de calidad de vida³³.

En México se realizó un estudio sobre la relación existente entre las “condiciones sociodemográficas, económicas y de salud con la calidad de vida de los adultos mayores”. Encontrándose que el 42.6 % tiene calidad de vida de *alta a muy alta*, cifra aparentemente alentadora; sin embargo, un 25 % caen en la categoría de nivel *medio*, y el 32.4 % a niveles bajo y muy bajo, cifras que evidencian una relación marcada entre las condiciones de vida del adulto mayor (económicas, psicoafectivas y materiales) y su calidad de vida³⁴.

En una investigación realizada en Soria, también predominó el sexo femenino (63,4 %), con edades entre 60 y 69 años (48 %) y en donde los varones 45.45 % perciben una calidad de vida alta y *muy alta*, mientras que el porcentaje es menor en las mujeres, con 39.88 %. Dicho estudio afirma que el nivel de calidad de vida se relaciona con la autopercepción del estado de salud haciendo clara alusión al dolor crónico que ocasionan las enfermedades articulares y el impacto negativo sobre la independencia

funcional y la limitación para realizar actividades básicas de la vida diaria como: el aseo del hogar, hacer compras, entre otras. Actividades realizadas en su gran mayoría por mujeres, por lo que se concluiría que el sexo tiene cierta influencia sobre la calidad de vida³³.

Es difícil para algunos adultos mayores aceptar y afrontar todo lo que comprende el proceso de envejecimiento: disminución de la autonomía, el aislamiento social, pérdida de la salud progresivamente, etc. Lo cual tiene cierta influencia negativa en la percepción de la calidad de vida, debido a que genera sentimientos de soledad y desamparo, que culmina muchas veces en un cuadro de depresión o ansiedad, impidiéndoles así sacar a la luz la actitud positiva necesaria para enfrentar la vida³³.

Sumado a esta situación, es importante mencionar que otra variable que disminuye dicha percepción son las patologías asociadas a este grupo etario, como la osteoartritis de rodilla, enfermedad degenerativa y progresiva que deteriora la calidad de vida de los adultos mayores, limitando su movilidad y desplazamiento necesarias para realizar múltiples actividades en la vida diaria, generando como consecuencia un deterioro de su autonomía y una percepción baja de la calidad de vida.

Datos relevantes para comprender él porque en la presente investigación existe un sutil predominio a la percepción baja de la calidad de vida, pues no existe homogeneidad entre el sexo femenino (84 %) y masculino (16%), el tiempo de enfermedad también es un factor importante que determinaría una percepción buena de calidad de vida, pues un 56,9 % no supera los 5 años, por lo que no se evidencia un deterioro significativo de su independencia y la capacidad de realizar actividades cotidianas de manera normal.

Por otro lado, en nuestro estudio observamos que los adultos mayores tienen una calidad de vida media de 27.1 %, baja 39,6 % y 33,3 % de calidad de vida alta en la dimensión bienestar emocional. En donde casi la mitad de adultos mayores (40,3 %) presentan sentimientos de tristeza y depresión, un 22,9 % manifiestan estar insatisfechos con su vida presente y el 36,1 % refieren sentimientos de incapacidad e inseguridad. Lo cual indica que en muchas ocasiones afrontar los desafíos propios de su proceso evolutivo: cómo enfrentar una pérdida o vivir una experiencia de amenaza a su bienestar físico y emocional, conlleva a un deterioro considerable de su calidad de vida³⁵.

También observamos que esta dimensión obtuvo el puntaje más desfavorable para valorar la calidad de vida general, ya que está relacionada con satisfacción consigo mismo evaluado a través de “ausencia de niveles altos de estrés, experiencias positivas, seguridad, protección para las personas mayores y satisfacción”. Y como observamos dichos indicadores se ven influenciados negativamente por las condiciones de vida que presentan un buen número de adultos mayores³⁵.

Los resultados se aproximan a los encontrados en Cuba, donde se determinó que la dimensión más afectada fue la referente a la *satisfacción por la vida*, en donde el 82,1 % posee una baja percepción de la misma debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos³⁶. En México también se realizó un estudio de calidad de vida en donde “el grado de depresión se relaciona con la percepción general que tiene el paciente de su salud”. Dichos estudios sostienen que las dimensiones relacionadas con la percepción de su estado de salud físico y mental afectaron notablemente la evaluación de calidad de vida³⁷.

Por otro lado, un estudio realizado en Colombia puso en evidencia que la calidad de vida, al seguir una medición multidimensional, tiene aspectos como el bienestar físico, el emocional y la independencia que se encuentran altamente comprometidos en pacientes que padecen dolor. “Se encontró de igual manera que las comorbilidades más frecuentes en el estudio fueron la HTA (Hipertensión Arterial), seguida de las enfermedades articulares (31,65 %), mostrando así que el 19,5 % de las personas están en rangos indicativos de depresión leve y el 6,2 %, en depresión severa”. Lo cual indica que el dolor relacionado a enfermedades crónicas como la osteoartritis constituye un factor importante para predisponer al adulto mayor a presentar sentimientos negativos de tristeza, angustia, desgano de vivir, frustración, sentimientos de sufrimiento asociados a la depresión, mermando así la calidad de vida³⁸.

Similares resultados se encontraron en la presente investigación pues al padecer una enfermedad crónica como la osteoartritis, cuya característica principal es el dolor crónico, ocasiona en quienes lo padecen elevados niveles de estrés, angustia y sufrimiento relacionado no solo al dolor, sino a la discapacidad. Esta situación desemboca en la generación de experiencias negativas cargados de inseguridad, estrés y sentimientos negativos como la tristeza, que como se ha mencionado son indicadores relacionados al bienestar emocional.

En la dimensión bienestar físico se refleja que más del 60 % de adultos mayores tienen una calidad de vida entre media (35,4%), baja (36,8 %), y el 27,8 % una calidad de vida alta. Asumiendo así que solo un pequeño porcentaje presenta cierto grado de confort para el desarrollo de sus actividades. “La segunda dimensión corresponde al bienestar físico que está relacionado, sin duda, con el concepto de salud, asumido desde una concepción que va más allá de la ausencia de enfermedad”. Y cobra importancia de manera especial en el adulto mayor, en los que el deterioro físico por la presencia de enfermedades crónicas se encuentra vinculada a la percepción de la misma salud³.

Como se ha dicho con anterioridad, una de las enfermedades crónicas más prevalentes en los adultos mayores que ocasiona pérdida de la capacidad funcional es la osteoartritis, caracterizada por generar un dolor mecánico, que conduce progresivamente a una pérdida o disminución de la función articular, ocasionando distintos grados de discapacidad que afectan progresivamente la calidad de vida. Y como hemos observado anteriormente el dolor no solo influye negativamente en la percepción del bienestar físico sino tiene una influencia negativa en más de una dimensión^{3,39}.

En los resultados del presente estudio podemos observar que fue la segunda dimensión la que obtuvo desfavorables niveles calidad de vida en relación a las otras dimensiones, pues el 68.1 % de la muestra se encontraba entre los 60 a 69 años, rango de edad que constituye un factor de riesgo para el debut de enfermedades asociadas al envejecimiento como la osteoartritis, enfermedad cuya característica principal es el dolor progresivo e incapacitante, los cuales están relacionados directamente al tiempo de enfermedad.

Otro aspecto a considerar es el tiempo de la enfermedad que interviene negativamente en el grado de discapacidad del adulto mayor. Algunos estudios como los desarrollados por Solis et al. encuentran que los pacientes con osteoartritis, con tiempo de evolución menor de 1 año, y entre 1 y 5 años, presentan discapacidad ligera, en mayores de 5 años discapacidad moderada y de 10 años a más destacó la discapacidad severa³.

La presente investigación encuentra en el trabajo antes mencionado un aporte significativo porque confirma los resultados obtenidos, donde el 24,3 % presentó un

tiempo de evolución de la enfermedad menor a un año, por lo que afirmaríamos que por el tiempo no genera algún grado de discapacidad considerable, reflejándose en la percepción de calidad de vida alta (27, 8 %) en la dimensión bienestar físico^{3,4}.

Estudios como los desarrollados por Solís (2013, 2014) y Campos respaldan los resultados obtenidos, en donde se logra deducir que el tiempo de enfermedad se relaciona inversamente con la calidad de vida, además evidencia que los cambios físicos ocasionados por el proceso de envejecimiento impactan negativamente el grado de satisfacción con la vida en el adulto mayor^{3,4,33}.

Resultados que a su vez difieren con los encontrados por Navarro, quien encontró que las dimensiones que tienen mejor calidad de vida son el rol físico y función física, similares a los encontrados por Bendezu et al. en donde la calidad de vida fue satisfactoria en más de la mitad de los encuestados, resultados que difieren en algunos aspectos con los encontrados en la presente investigación, debido a que el uso del instrumento para la recolección de datos que utilizaron los autores (encuesta SF-36, QOL-RA y HAQ – P) son instrumentos genéricos para valorar la calidad de vida, pudiéndose aplicar a la población en general y que son utilizados frecuentemente en la práctica médica para evaluar fundamentalmente la capacidad funcional^{15,16,20}.

En el presente trabajo de investigación se optó por utilizar un instrumento específico cuyo diseño se orienta a una condición específica, como la Escala FUMAT de fácil administración y que evalúa la calidad de vida de los adultos mayores e incluye en su estructura el aspecto multidimensional del ser humano. Escala que poco a poco viene siendo tomada en cuenta en el área de enfermería pues considera factores objetivos y subjetivos para evaluar calidad de vida^{20,27}.

Actualmente hay enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento y una de ellas es la osteoartritis, pero también están los problemas visuales, de hipoacusia, demencia, incontinencia etc. Enfermedades que generan cierto grado de discapacidad y que contribuirán a disminuir la calidad de vida. En la investigación observamos que los problemas de movilidad son los más frecuentes, debido al dolor que causa la osteoartritis, seguido por problemas de memoria y déficit visual directamente relacionado con los cambios biológicos que presentan los adultos de la tercera edad³⁴.

En la presente investigación se muestra que más del 67 % de adultos mayores tienen una calidad de vida entre media (39,6 %) y baja (27,8 %) en la dimensión bienestar material, y solo el 32,6 % de calidad de vida alta. Dimensión que fue de las más afectadas por los cambios que sufre el adulto mayor en relación a su condición laboral. Razón por la cual la mayoría de adultos mayores pasa a jubilarse y a percibir una remuneración muchas veces irrisoria e insuficiente para cubrir sus necesidades básicas. Concluyendo entonces que en su gran mayoría no se encuentran totalmente satisfechos con las condiciones físicas de su vivienda y el ingreso mensual que perciben.

Mencionan diversos estudios, como los de Estrada et al. Varela y Rubio et al. que la calidad de vida se relaciona al proceso de envejecimiento, el cual, al ser un fenómeno inclusivo, involucra muchas variables, como la satisfacción, la felicidad, y la capacidad adquisitiva, relacionada de esta manera con el factor económico, social y cultural. Concluyendo de esta manera que las condiciones económicas juegan un papel importante al momento de valorar la calidad de vida ^{31,40, 41}.

Datos de un estudio realizado en nuestro país apoya la postura antes mencionada, opinando que una de las limitantes que presentan los adultos mayores para recibir atención médica era los escasos recursos económicos que percibía, situación que ha ido mejorando gracias al acceso de la población más vulnerable al SIS (Seguro Integral de Salud) , situación que si bien ha sido de gran ayuda, aún existen una buena brecha para lograr que todos los adultos mayores que no tengan un seguro social sean beneficiarios⁴⁰.

Postura que coincide con la encontrada en la presente investigación en donde un 46.5 % refiere no disponer de cosas materiales que necesita, debido a los escasos recursos económicos que percibe, pues del total de entrevistados el 61.8 % no tiene ninguna fuente de ingreso económico, pues el 34 % se dedica a labores del hogar, el 27,8 % simplemente no puede trabajar debido a la pérdida funcional que ocasiona la osteoartritis.

Otro indicador de la dimensión bienestar material está relacionado a las condiciones de la vivienda: la existencia de escaleras en el hogar, pisos desnivelados llegan a tener un impacto negativo en la intensidad del dolor por el sobre esfuerzo a la articulación afectada. Por si fuera poco, otro aspecto a considerar es la iluminación y

ventilación limitada, y considerando que la disminución de agudeza visual es marcada en este grupo etario (76,3 %), concluyendo que la mala condición de su vivienda interviene de manera negativa su calidad de vida³⁵.

En el estudio, los pacientes presentan osteoartritis de rodilla que, si bien ocasiona cierta limitación de movimientos y mayor esfuerzo en las articulaciones, el hecho de subir y bajar escaleras o desplazarse por pisos desnivelados, genera dolor. Dolor que incrementa al no modificar factores externos como las condiciones físicas de su casa, lo que derivaría en una mala adaptación y por consiguiente una baja percepción de calidad de vida.

Un estudio realizado en Colombia menciona que las malas condiciones que presentan las viviendas repercuten negativamente en los adultos mayores con problemas crónicos degenerativos, siendo estos los más vulnerables, debido a que por su condición limitante permanecen prolongados periodos de tiempo en su vivienda. A esto se añade que a medida que aumenta la edad, también se agravan las condiciones de la vivienda y se reducen los recursos económicos³⁵. Datos similares a los encontrados en Guatemala, en donde el grado de independencia del adulto mayor guarda relación con su estado salud, seguridad económica y condiciones de su vivienda³⁶.

Otro estudio realizado en España afirma que contar con barreras arquitectónicas en el hogar, en pacientes con patologías articulares de cadera y rodilla: ocasionan dolor, rigidez, limitación de movimiento, que se incrementa al realizar actividades rutinarias como es el subir escaleras o caminar en piso no llano, limitando progresivamente su independencia y disminuyendo su calidad de vida⁴².

Se podría afirmar entonces que las condiciones de la vivienda constituyen un factor a tomar en cuenta para mejorar la percepción de bienestar del adulto mayor; pues al ser la vivienda un espacio donde se provee seguridad, comodidad, privacidad, confort. Si esta no llegara a contar con buenas condiciones estructurales y estándares básicos de seguridad, podría ocasionar en sus miembros insatisfacción, pues no podrían realizar sus actividades cotidianas confortablemente, lo cual conduciría a una mala percepción de calidad de vida³⁴.

Otro aspecto a considerar es el ingreso económico, importante para satisfacer las necesidades básicas del adulto mayor (salud, alimentación, ocio, etc)³⁴. Aspecto que en esta etapa se ve afectado, debido al cese de actividades remunerativas y el acceso a un sistema de pensiones inviable financieramente para la mayoría de pensionistas, factores que inciden de manera negativa para la satisfacción de necesidades básicas, mucho más en un sistema como el nuestro, altamente cuestionado por estar congestionado y hasta colapsado muchas veces, por la alta demanda al sistema de salud.

En un estudio realizado en México sus resultados se asemejan a los datos antes mencionados, pues al “no tener derechohabencia y viviendas en malas condiciones, estas se asociaron a niveles bajos de calidad de vida”³⁴. En definitiva, dichos datos no difieren mucho de los encontrados en la presente investigación, pues 58,4 % manifiesta que sus condiciones de vivienda son poco confortables, el 56 % y el 59,7 % relata que presenta barreras arquitectónicas que dificultan algunas de sus actividades cotidianas y el 86,2 % no está satisfecho con su jubilación. Situación preocupante debido al incremento de este grupo etario y de la incidencia de problemas degenerativos ligados al envejecimiento.

En la dimensión autodeterminación se evidencia que más del 60 % de adultos mayores tienen una calidad de vida entre media (39,6 %) y baja (30,6 %), y solo el (29,8 %) una calidad de vida alta. Dimensión vinculada a la independencia de la persona para realizar y tomar sus propias decisiones; cuyo principal componente es la autonomía, que para el adulto mayor supone un componente decisivo para seguir creyéndose útil³⁵.

En la investigación esta dimensión fue una de las tres que obtuvieron puntajes más desfavorables, en clara referencia a que la mayoría de entrevistados no hacen proyecciones a futuro y van perdiendo progresivamente su independencia, debido a lo ya mencionado por algunos autores, quienes manifiestan que el dolor crónico en articulaciones como la rodilla conlleva a la pérdida progresiva de las funciones físicas, limitando así el realizar sus actividades de autocuidado confortablemente²⁰.

Y una de las patologías que causan un dolor crónico progresivo es la osteoartritis, afirmando entonces que los pacientes que presentan esta patología pierden fuerza muscular, y limitan la actividad física por afectación en rodilla, causando dolor y rigidez y, por ende, una gran discapacidad, manifestada en la restricción para la marcha

en llano, subir y bajar escaleras, levantarse y demás acciones necesarias para gozar de independencia funcional⁴³.

Esta investigación encuentra en el trabajo de Aguilar et al. Ciertas similitudes a los datos encontrados, ya que para dichos autores sigue siendo la percepción de bienestar físico y la autonomía los factores influyentes para determinar un bajo nivel de calidad de vida⁴⁴. La obtención de estos resultados es lógicamente esperada, por lo que afirmaríamos que, a mayor dolor, mayor pérdida de autonomía y por ende una, valoración negativa de la calidad de vida.

En un estudio de Borda et al. reportaron que “el dolor tiene un impacto negativo en la independencia funcional y la percepción de la calidad de vida de las personas mayores”, y si bien esta investigación aporta un aspecto importante relacionado al dolor y la autonomía, sus resultados en referencia al grado de autonomía difieren tenuemente de los encontrados en la presente investigación, por lo que podríamos afirmar que se debería al instrumento utilizado (EQ-5D) cuya finalidad se centra en la autopercepción del estado de salud, más que valorar al adulto mayor en su aspecto multidimensional, como lo hace la escala FUMAT^{20,38}.

Pues son poco los estudios en nuestro medio, en donde consideren la escala FUMAT como instrumento, debido quizá a que es de las pocas escalas que evalúan 8 dimensiones con enfoque específico y centrado en las necesidades de la persona adulta mayor, sumado a esto, el personal que más estudios realiza para valorar la repercusión de las enfermedades osteoarticulares en la calidad de vida de los adultos mayores son los médicos, que por la naturaleza de su carrera, utilizan instrumentos genéricos enfocados más al aspecto funcional que dimensional.

Y si bien como dice Rubio et al. y Aguilar et al. el bienestar físico determina en gran medida la calidad de vida de las personas mayores, también recordemos que la autonomía cumple un rol esencial, pues al verse afectada, genera en la persona mayor, sentimientos de dependencia y sufrimiento, los cuales tienen influencia negativa a la percepción de bienestar y calidad de vida^{41,44}.

Una recomendación que se va desprendiendo y debemos valorar es que la autonomía debe promoverse desde el propio núcleo familiar o amical para fortalecer la

independencia y así el adulto mayor pueda tomar decisiones responsables sobre todo referentes a su bienestar físico, emocional, material, social, y así logre mejorar su calidad de vida³⁵. Pues hay que considerar que este grupo etario es vulnerable y no solo por la exposición a enfermedades propias de su desarrollo evolutivo, sino que muchos se encuentran en condición de pobreza y/o dependencia económica debido a un bajo ingreso por jubilación³⁴.

Como ha mencionado Martínez y Fernández 2008 p4 citado en Campos anteriormente; la salud para este grupo etario se enfoca a las actividades de autocuidado personal y la inclusión a la toma de decisiones en el seno familiar, así como la participación social, que le permita sentirse útil para participar dinámicamente. Y es esto lo que se debe promover para lograr un envejecimiento saludable, y retardar lo mejor posible la codependencia³³.

Pues el hecho de participar en la toma de decisiones y no sentir limitación al realizar sus prácticas de autocuidado y el sostenimiento de su hogar, genera en ellos, sentimientos de satisfacción, felicidad e independencia que mejora ampliamente de calidad de vida^{33,35}. Por lo que concluiríamos que la dependencia, la incapacidad de tomar decisiones sobre su futuro y el no elegir como pasar su tiempo libre, etc., indicadores en el presente estudio que presentaron los puntajes más bajos al evaluar la dimensión determinación, influyeron mal, en la apreciación de la calidad de vida.

Así también en la dimensión relaciones interpersonales más del 70 % de adultos mayores tienen una calidad de vida entre media (38,6 %) y baja (32,6 %); y solo el 28,5% una calidad de vida alta. Datos que llaman la atención debido que, a esta edad, la gran mayoría de adultos mayores son cesantes y gozan de mayor tiempo libre para poder realizar actividades de ocio y distracción con su círculo social. Por lo que concluiríamos que el 71,6 % manifiesta tener una pobre interacción en su círculo social y una pobre relación con su entorno cercano.

Datos que se justifican debido a que solo el 29,9 % está gozando de una pensión por jubilación, además que al presentar una enfermedad degenerativa que a mediano y largo plazo ocasionaran limitación para deambulación, dificultaría el fortalecimiento de lazos amicales o de camaradería e incluso con su familia, como se evidencia en el presente trabajo, ya que más del 50 % manifiesta no sentirse querido por personas

importantes para ellos, de igual manera al consultarles por compañía de un familiar cercano, el 51,4 % refiere carecer de dicha compañía.

Datos que difieren de un estudio realizado en Inglaterra, el cual reportó que los adultos mayores, valoraron la dimensión antes mencionada como la más importante para evaluar la calidad de vida, ya que el contacto constante con familiares, amigos, vecinos, compañeros y otras, eran importantes para sentirse bien. Siguiendo la misma línea, en Colombia un estudio demuestra que una de las características importantes del bienestar subjetivo era mantener relaciones positivas, y destaca que la calidez y confianza en las relaciones entre pares incrementarían la calidad de vida del adulto mayor ^{44, 35}.

Si comparamos los resultados obtenidos de la investigación con el estudio de Varela quien hace mención a que “para lograr un envejecimiento exitoso, el adulto mayor necesita invocar mecanismos adaptativos, psicológicos y sociales para compensar las limitaciones físicas”, podremos deducir cuan importantes son las relaciones interpersonales y /o sociales para valorar la calidad de vida, pues el tener contacto con otras personas dentro y fuera de su esfera familiar ayuda a mejorar sus condiciones de vida, factor importante para valorar la calidad de vida ^{34, 35, 40}.

Resultado que resulta lógico y esperado, pues al ser el envejecimiento un proceso individual e irreversible y al ser el hombre un ser social por naturaleza, podríamos afirmar que envejecer en compañía es valioso y si es a lado de tu conyugue sería sumamente gratificante, pues no solo representa satisfacción sentimental y psicológica, sino que también brinda ese apoyo moral y hasta material que se requiere a esta edad ³⁴.

Observando así en la investigación que el 65.3 % cuenta con la compañía de un conyugue, que además de ser su soporte emocional y sentimental, los ayuda en aspectos referentes al cuidado de su salud, ya que al momento de la entrevista fueron estos los que muchas veces los acompañaban y compartían la responsabilidad del cuidado; deduciendo así que la compañía de un ser apreciado influyó en la valoración positiva de la calidad de vida.

Complementando la idea tenemos a Alvarado y Salazar, citados en Campos quienes manifiestan que, para lograr un envejecimiento exitoso y saludable, es necesario mejorar las habilidades del adulto mayor en torno a adoptar buenos estilos de vida, manteniendo complementariamente buenas relaciones interpersonales al demostrar una actitud participativa y colaborativa con sus pares³³.

Por otro lado, en la presente investigación se evidencia que en la dimensión inclusión social el (36,8 %) presentan calidad de vida media, (30,6 %) baja; y el (32,6%) una calidad de vida alta. Datos casi homogéneos al valorar dicha dimensión, la cual contempla la participación social, integración, participación comunitaria y apoyo. En el presente estudio la patología osteoarticular, más allá de la limitación funcional que produce en el adulto mayor, origina cambios progresivos en el rol social que desempeña, dificultando así la participación activa.

Un estudio realizado por García y Viniegas (2008) citados en Lambiase et al. consideran que, para poder valorar bien la calidad de vida, se debe incluir a esta valoración, las redes de apoyo con las que cuenta el adulto mayor, indicador que está incluido en la escala FUMAT, evidenciando que el 75.7 % consideró que sus redes de apoyo no satisfacen sus necesidades. Debido en gran parte a que actualmente no contamos con una buena red de apoyo del Sistema de Salud, evidenciado por un colapsado Sistema de Salud y no solo para atención recuperativa, sino realizar actividades preventivo promocionales, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de este grupo etario muchas veces descuidado y poco valorado⁴⁵.

Apoyando a esta premisa tenemos a Huechuan y Sosa quienes afirman que el adulto de la tercera edad, es más propenso a presentar problemas de índole económico, porque su pensión de jubilación no satisface muchas veces sus necesidades básicas de salud y sumado a esto, el no contar con un buen sistema de protección social en el área de salud, lo coloca en una posición de vulnerabilidad y por ende a percibir una mala calidad de vida⁴⁵.

Investigaciones que son un precedente directo a nuestro, debido a que en el presente estudio encontramos que el 76,4 % de adultos mayores manifiesta no participar de ningún programa de apoyo, sea esta ofertada por su comunidad, iglesia, Centro Asistencial etc. Datos que guardan cierta relación con el estudio de Lambiase y col.

quienes encontraron que los adultos mayores de su estudio presentaron pocas redes de apoyo y que básicamente su red de apoyo percibido lo conformaban familiares directos⁴⁵.

Por otro lado, Mauricio reporto en su estudio sobre calidad de vida y adulto mayor, que una de las dimensiones más afectadas fue la que hace referencia a las Relaciones Sociales, en donde el 48,9 % la considera de regular a mala la Calidad de Vida en la dimensión Social, debido en gran parte a que al existir cambios biológicos y psicosociales en la tercera edad estos originarían una transformación de su rol dentro de la sociedad⁴⁶.

Dentro de nuestra investigación encontramos que el 63,2 % de adultos mayores refieren no contar con amigos que los apoyen, posición que apoya la postura anterior, la cual afirma que con el proceso de envejecimiento va cambiando nuestras relaciones interpersonales, así como los roles dentro de la sociedad. Datos que a su vez están en relación directa con los encontrados por Lambiase y col. en donde las redes de apoyo de los ancianos la constituyen los integrantes de su núcleo familiar (cónyuge, hijos)^{45,46}.

Otro estudio realizado por Figueroa et al⁴⁷. afirma que los adultos de la tercera edad con patologías propias de su proceso evolutivo, como la osteoartritis van presentando serias limitaciones físicas, importantes para el desarrollo de actividades diarias y de ocio, ocasionando en muchos de ellos sentimientos de tristeza y desánimo, lo cual generaría un aislamiento progresivo de su rol social. Como lo evidenciamos en el presente estudio, pues el 74,3 % manifiesta estar excluido de actividades de su comunidad, dato preocupante si consideramos lo que dice Gallardo y Peralta en clara alusión al apoyo social durante la tercera edad, y considerándolo una fuente de bienestar en este grupo etario, lo que ayudaría a mejorar la percepción de calidad de vida⁴⁵.

Debiendo de esta manera integrar la participación constante del adulto mayor en su comunidad, vecindario, con amistades, familiares, vecinos, miembros de su iglesia etc. Pues como lo menciona un estudio en España, el participar de actividades sociales e integrarse a grupos de apoyo de la tercera edad tendrán un impacto positivo no solo en su bienestar físico y psicosocial, sino que mejorara notablemente la calidad de vida^{33,44}

En la presente investigación se evidencia que en la dimensión desarrollo personal más del 70 % de adultos mayores tienen una calidad de vida entre media (36,1 %) y baja (37,5 %), y solo el 26,4 % calidad de vida alta. Dimensión que valora la calidad de vida referente a educación, oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales, habilidades académicas, afirmando entonces que un buen porcentaje de estos adultos muestra competencias que lo ayudan a resolver problemas en su diario vivir, mermando así la posibilidad de dependencia completa a cargo de su círculo familiar.

Resultados que coinciden con la investigación realizada por Levis et al. quienes encontraron que el 77 % de adultos mayores residentes en Centros del Adulto mayor presentan calidad de vida media en relación a la dimensión antes mencionada asociada en gran parte al grado de instrucción que presentaban, pues el 77,7 % de su muestra contaba con estudios primarios y secundarios, factor que influiría para que los adultos mayores posean competencias para la resolución de problemas básicos⁴⁸.

Investigación que encuentra en el trabajo antes mencionado un aporte significativo en relación a la percepción de desarrollo personal del adulto mayor, afirmando que, pese a encontrarse en una etapa de su vida en donde se suscitan problemas propios de su desarrollo biológico, como problemas de memoria, visión, audición y muchas veces llegan a depender de terceros, estos aún están en la capacidad de dar solución a problemas cotidianos^{47,48}.

Datos que guardan relación estrecha, debido a que ambos estudios utilizaron como instrumento para recolección de datos la escala específica FUMAT y al ser evaluados valora los indicadores de calidad de vida referente a educación, oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales, habilidades académicas en ambas muestras de estudio, con la única diferencia que el presente trabajo de investigación se orienta a evaluar a un grupo poblacional con una patología específica (osteoartritis de rodilla).

Para León, citado en Levis et al. refiere que, para vivir con éxito, el ser humano en cualquier etapa de desarrollo que se encuentre, debe considerar “cuatro ejes primordiales: lo espiritual, la salud, lo económico, la relación familiar y el entorno, para

lograr el desarrollo personal exitoso”, lo cual a largo plazo ayudará a adquirir de buenas prácticas y costumbres para vivir plenamente satisfecho con nuestra vida⁴⁸.

Información lógica y esperada, afirmando de esta manera que, para valorar la calidad de vida en cualquier grupo etario, es necesario considerar al ser humano como un ser complejo, precisando conocer, que no solo se conforma de un componente relacionado a sus condiciones de vida (componente objetivo), sino abarca un componente subjetivo, difícil de valorar colectivamente, pues se refiere a la satisfacción que se tiene de la vida^{20,27,40}.

Por su parte Varela también aborda la calidad de vida con carácter multidimensional, incluyendo los componentes objetivos y subjetivos, concluyendo así que esta variable se “relaciona tanto con factores económicos, sociales y culturales, y que, para lograr un envejecimiento exitoso, el adulto mayor debe invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar muchas veces las limitaciones físicas” provocadas en su gran mayoría por el deterioro biológico, logrando con ello el desarrollo personal que se espera en esta edad⁴⁰.

Estos aportes: la adaptación a los cambios de la tercera edad y el desarrollo personal esperado, nos permite comprender que el “envejecimiento es un fenómeno no exclusivo” y constituye un desafío para la sociedad, la implementación de políticas públicas enfocadas a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, así como garantizar estrategias de mejora en la atención primaria, que pese a que en los últimos años ha mejorado con la incorporación al Seguro Integral de Salud (SIS) es aún es insuficiente⁴⁰.

Y lo corroboramos en el presente estudio, donde el 70,1 % de los entrevistados no contaba con ningún tipo seguro y el 29,9 % de los que tenían acceso al seguro social se mostraban insatisfechos y renuentes a recurrir al seguro social, por los inconvenientes de conocimiento público en nuestro país (citas espaciadas y limitación de medicamentos para las enfermedades osteoarticulares).

En la presente investigación se evidencia que en la dimensión derechos los adultos mayores tienen una calidad de vida media (38,2 %), baja (33,3 %), y solo el 28,5 % con una calidad de vida alta. Dimensión que evalúa los indicadores: intimidad,

respeto, conocimiento y ejercicio de derechos, en donde se obtuvieron los puntajes más bajos en referencia a la dificultad de defender sus derechos y el no contar con asistencia legal. Por lo que podríamos afirmar que más de la mitad percibe que se respetan sus derechos²⁷.

Por lo que la continuidad en la participación y ejercicio de sus derechos es un aspecto primordial para el adulto mayor, pues el acceso a servicios básicos, a programas educativos, oportunidad de laboral, un entorno seguro, integración social, participación activa en derechos cívicos y legales como el voto, el derecho a recibir cuidado y protección oportuna y el acceso a servicios sociales para garantizar el cumplimiento de los derechos esenciales, permitirán a las personas mayores gozar de una vida digna⁴⁹.

En su estudio Levis et al. encontraron que el 79 % de su muestra percibe una calidad de vida promedio en la dimensión derechos, y 61,6 % en la dimensión autodeterminación “en donde hay cierta discrepancia pues pese a que la mayoría percibe que se respetan sus derechos, también considera que su voluntad no se toma en cuenta”. Datos similares los obtenidos en el presente estudio de investigación en donde el 66,4 % percibe calidad de vida promedio en la dimensión derechos y 60,4 % en la dimensión autodeterminación⁴⁸.

Según Verdugo, Gómez y Arias citado en Levis et al y Balbuena, “la autodeterminación es un indicador clave de la calidad de vida, pues al estar relacionada con la autonomía, constituye la base fundamental de los derechos humanos y legales de las personas mayores”^{48,49}. Por lo que concluiríamos que, pese a que los adultos mayores sienten que sus derechos no son vulnerados, estos presentan cierto conflicto al momento de buscar asistencia legal para defender de los mismos.

Este estudio aborda la premisa del respeto a los derechos del adulto mayor para lograr un envejecimiento saludable, ya que resulta difícil ser indiferente ante innumerables casos de abandono, violencia y discriminación que sufren actualmente los adultos mayores, por lo que sería vital que el estado fomente políticas que garanticen el respeto de sus derechos. Fomentando de esta manera una cultura de buen trato y ayuda para mejorar la calidad de vida^{33,49}.

Conclusiones

En la investigación realizada el 34 % de adultos mayores presentan una baja calidad de vida, el 33.4 % calidad de vida media, y el 32.6 % calidad de vida alta. Lo que nos invita a reflexionar sobre el impacto de las enfermedades crónico degenerativas en la calidad de vida en este grupo etario, y donde factores como el sexo, tiempo de enfermedad y la edad son los que se asocian con mayor frecuencia a una percepción baja de calidad de vida.

En la dimensión bienestar emocional, el 39.6 % de adultos mayores presentan nivel de bienestar emocional bajo, 27.1 % medio, y el 33.3 % bienestar emocional alto. Donde el estrés, angustia, discapacidad y el sufrimiento que ocasiona la osteoartritis genera en adultos mayores experiencias y sentimientos negativos.

En la dimensión bienestar físico, el 35.4 % de adultos mayores la perciben con nivel de bajo, el 36.8 % nivel de bienestar físico medio, y solo el 27.8 % de alto. Tal dimensión que se encuentra estrechamente vinculada a la capacidad funcional está mermada de manera significativa por patologías degenerativas como la osteoartritis.

En la dimensión bienestar material se muestra que el 39.6 % de adultos mayores presentan nivel bajo, 27.8 % medio, y el 32.6 % nivel de bienestar material alto. Teniendo en cuenta que la causa que más interviene tiene que ver con el cese de sus actividades laborales y por ende menor ingreso para cubrir sus necesidades básicas.

En la dimensión determinación el 39.6 % de adultos mayores presentan nivel bajo, 30.6 % nivel medio, y el 29.8 % nivel de autodeterminación alto. Dimensión que se ve afectada principalmente por la pérdida de autonomía, independencia y el grado de discapacidad que presente el adulto mayor.

En la dimensión relaciones interpersonales el 38.9 % de adultos mayores presentan nivel bajo, 32.6 % nivel medio, y el 28.5 % presentan nivel de relaciones interpersonales alta. Se asocia no solo a la relación con sus pares sino a la participación y apoyo social, pues el contacto y la interacción que desarrolle es un factor esencial para mejorar la calidad de vida.

En la dimensión inclusión social el 36.8 % de pacientes adultos mayores presentan un nivel de bajo, 30.6 % medio, y el 32.6 % de un nivel de inclusión social alta. Así pues, la inclusión a grupos sociales y de apoyo, cumple un papel fundamental al momento de evaluar la satisfacción y calidad de vida del adulto mayor.

En la dimensión desarrollo personal el 36.1 % de adultos mayores presentan nivel bajo, 37.5 % nivel medio, y el 26.4 % presentan un nivel de desarrollo personal alto. Dimensión que es el resultado de las experiencias vividas y creencias inculcadas, la cual se ve frenada de cierta manera por el grado dependencia que presente el adulto mayor.

En la dimensión derechos el 38.2 % de adultos mayores presentan nivel bajo, 33.3 % nivel medio, y el 28.5 % presentan nivel de derecho alto. En ella la continuidad en la participación y el ejercicio de derechos es esencial para lograr un envejecimiento digno, logrando de esta manera el respeto y cumplimiento de sus derechos esenciales.

Recomendaciones

A las instituciones formadoras, clínicas: motivar el estudio de las enfermedades crónico degenerativas como la osteoartritis y sus consecuencias sobre la calidad de vida de los adultos mayores, fenómeno poco estudiado por el personal de enfermería, y de suma importancia para nuestro desarrollo como profesión, el cual tiene como razón de ser al cuidado del ser humano en cada etapa de su vida.

A las instituciones de salud: difundir los resultados de la presente investigación, y sirvan como antecedente para fortalecimiento en los procesos de atención, recuperación, y adaptación psicosocial de la población adulta mayor, con énfasis en la detección temprana de síntomas de depresión y abandono.

A los profesionales de enfermería: que hagan uso de los resultados de la investigación para implementar actividades preventivo promocionales: sobre el proceso de envejecimiento, patologías asociadas, evaluación por dimensiones de la calidad de vida. Con el objetivo de lograr un envejecimiento saludable y productivo.

Referencias bibliográficas

1. Córdova N. Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú, Chiclayo 2010 [tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. 108p.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Página Oficial INEI [Internet]. Lima: censos 2017 XII población VII de vivienda; 2018 [consultada 16 diciembre 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf
3. Solis U, De Armas A, Bacallao A. Osteoartritis. características sociodemográficas. Revista Cubana de Reumatología. 2014; 16(2): 97- 103.
4. Solis U, Hernández I, Prada D, de Armas A, Ulloa A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis. Revista Cubana de Reumatología. 2013; 15(3): 153- 59.
5. Rodríguez D. Prevalencia de artrosis, calidad de vida y dependencia en una muestra aleatoria poblacional en personas de 40 y más años de edad [tesis doctoral en internet]. La Coruña: Universidad da Coruña; 2017 [consultada 15 de octubre 2017]. 176p. Disponible en <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19441>
6. Sanabria M. Calidad de vida e instrumentos de medición [tesis de titulación]. [Santa Cruz de Tenerife]: Universidad de la Laguna. 2016. 81p.
7. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. 2003; 35 (2): 161 – 64.
8. Chafio P, Gallo G. Calidad de vida del adulto mayor con *diabetes mellitus* que se atiende en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo – 2015 [tesis de titulación]. [Lambayeque]: Universidad de Universidad Señor de Sipán. 2016. 174p.
9. Rodríguez J. Efectos del programa Kusi Yaya en la calidad de vida de los usuarios del club del adulto mayor Medalla Milagrosa San Juan de Lurigancho 2017 [tesis de maestría]. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo 2017. 141p.
10. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería [Internet]. 2003 [consultado 10 octubre 2017]; 8 (2): 9 – 21. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/262590501> Calidad de vida relacionada con la salud Aspectos conceptuales

11. Bernard M, De las Heras J, Garcés M. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. ELSEVIER [Internet]. 2014 [consultado 31 octubre 2017]; 58 (5): 283 – 89. Disponible en <https://medes.com/publication/92916>
12. Poley A, Ortega J, Pedregal M, Martin M, Hermosilla, Mora F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. SEMERGEN [Internet]. Marzo 2010 [consultado 28 octubre 2017]; 37 (9): 462 -67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-prevalencia-enfermedades-osteoarticulares-consumo-recursos--S113835931100147X>
13. Martin A. Depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis: diferencias de género. Revista de psicopatología y psicología clínica [Internet]. 2010 [consultado 20 octubre del 2017]; 15 (2): 125 - 32. Disponible en <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4091/3945>
14. Carrasco F. Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2015 [tesis de especialidad]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. 100p.
15. Navarro M. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el área urbana-México [tesis doctoral]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2013. 224p.
16. Bendezú D, Huamanchumo J. Estado de salud en pacientes con artritis reumatoide de un hospital al norte del Perú, 2015 [tesis de titulación]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. 41p.
17. Estela C, Mundaca E. Calidad de vida de las personas con discapacidad física en su Centro Laboral. Chiclayo 2015 [tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016.
18. Olano R. Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un Hospital Estatal, Chiclayo 2014 [tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. 48p.

19. Castillo D. Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un Centro Hospitalario, Chiclayo 2012 [tesis de licenciatura]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014. 66p.
20. Sociedad Española de Reumatología. Artrosis fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Panamericana; 2010. 560p.
21. Martín A, Vicente P, Vicente E, Sánchez M, Galindo P, Martín M. Depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis: diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2010; 15 (2): 125-32.
22. Góngora Y, Friol J, Rodríguez E, Gonzales J, Castellanos M, Alvarez R. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. *Revista Cubana de Reumatología*. 2006; 8(9): 23-42.
23. Alarcón E. Calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015 [tesis de especialidad]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. 71p.
24. Maños F, Castillo M. Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. Madrid: IMSERSO; 2011. 125p.
25. Verdugo M, Arias B, Gómez L, Schalock R. Manual de aplicación de la escala GENCAT de la calidad de vida [Internet]. Barcelona: Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales; 2009 [consultado 29 octubre 2017]. Disponible en <http://inico.usal.es/documentos/EscalaGencatManualCAST.pdf>
26. Gonzales S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, Fristch R, et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev. chil. neuro-psiquiatr* [Internet]. 2012 [consultado 27 octubre 2017]; 50 (1): 23-34. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100003
27. Verdugo M, Gómez L, Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores - la escala FUMAT. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2008 [consultado 10 abril 2018]; 17 (2):189 – 99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179814018007.pdf>
28. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010 [Internet]. Lima: Dirección de Personas Adultas

- Mayores. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; 2006 [consultado 29 diciembre 2017]. Disponible en https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/PERU_PlanNacPAM2006_2010.pdf
29. García, JJ. Bioética personalista y bioética principialista. perspectivas. Cuadernos de Bioética [Internet]. Enero- abril 2013 [consultado 13 abril 2018]; 14(1):67-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87527461008>
 30. Hernández S R, Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGraw – Hill; 2014. 600p.
 31. Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordoñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores en Medellín. Revista Biomédica. 2011; 31 (4): 492 – 502.
 32. Dueñas D, Bayarre H, Trina E, Rodríguez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(2): 1-15.
 33. Campos M. Calidad de vida en la población mayor de 65 años no institucionalizada de la provincia de Soria, Soria 2018 [tesis de grado]. [Soria]: Universidad de Valladolid; 2018. 23p.
 34. Soria Z, Montoya B. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Revista Papeles de Población. 2017; 23(93): 1- 23.
 35. Fajardo E, Córdoba L, Enciso J. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de schalock y verdugo. Revista Comunidad y Salud. 2016; 14(2): 33 -42.
 36. Corugedo M, Garcia D, Gonzales V, Crespo G, Gonzales G, Calderón M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30 (2): 208- 216.
 37. Ambriz Y, Menor R, Campos I, Cardiel M. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Revista de Reumatología Clínica. 2015; 11 (2): 68-72.
 38. Borda M, Acevedo J, Gabriel D, Morros E. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Revista de Geriátrica y Gerontología. 2016; 51 (3): 140 -145.

39. Solis U, Garcia V, De Armas A. Rasgos demográficos en la osteoartritis de manos. *Revista Cubana de Reumatología*. 2014; 16(3): 268-75.
40. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2016 [consultado 8 octubre del 2018];33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001
41. Rubio D, Rivera L, Bordes L, Gonzales F. Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico – Metodologica*. 2015 [consultado 9 octubre del 2018]; 61(1): 1-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
42. Elousa P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. 2010; 45(2): 67-71.
43. Peña A. Papel del ejercicio físico en el paciente con artrosis. 2003. *Revista de Rehabilitación*; 37 (6): 307-22.
44. Aguilar J, Alvarez J, Lorenzo J. Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2011; 4(1): 161 – 168.
45. Lambiase S, Tolli M, Gonzáles T, Majul E, Pezzola F, Requejo N, et al. Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los adultos mayores del Gran Mendoza. *Revista de Psicología* [Internet]. 2020[consultado 10 octubre del 2020]; 6(1): 1-16. Disponible en: <https://www.ucongreso.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Redes-de-apoyo-social-y-calidad-de-vida-percibida-de-los-adultos-mayores-del-Gran-Mendoza.pdf>
46. Mauricio P. Calidad de vida de los Adultos Mayores que acuden al Centro de Salud Santa Maria - Huacho 2019 – 2020[tesis de grado]. [Huacho]: Universidad José Faustino Sánchez Carrión; 2020. 68p.
47. Figueroa K, Gafas C, Pérez M, Brossard E, García C, Valdiviezo M. Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2020 [consultado 10 octubre del 2020]; 36(1): 1-16. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2610>
48. Levis J, Castillo F y Villa E. Perfil de Calidad de Vida del adulto mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. *Revista de Investigación Universitaria* [Internet]. 2015 [consultado 08 octubre del 2020]; 4(2): 57-63. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/741-Texto%20del%20art%C3%ADculo-979-1-10-20180524.pdf>

49. Balbuena J. Adultos mayores: los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de tercera edad. Revista Población y Desarrollo [Internet]. 2005[consultado 10 octubre del 2018]; 1(30): 127-133. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5654245>

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. Escala FUMAT – Ponderado

Gómez L (2009)

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida. Por favor, responda la opción de respuesta que MEJOR describa la situación en la que usted se encuentre. No deje de responder ninguna pregunta.

Este instrumento consta de varias preguntas en forma de oraciones cortas y hay cuatro posibles respuestas a cada oración:

(1): Nunca o casi nunca

(2): Algunas veces

(3): Frecuentemente

(4): Siempre o casi siempre

Fecha de Aplicación: _____

DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____ tiempo de enfermedad: _____
 Jubilado: _____ Trabaja: _____ Estado civil: _____

	Bienestar emocional	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
En general, se muestra satisfecho con su vida presente.					
Manifiesta sentirse útil.					
Se muestra intranquilo o nervioso.					
Se muestra satisfecho consigo mismo.					
Presenta algún problema de comportamiento.					
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que le brindan.					
Manifiesta sentirse triste o deprimido.					
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.					
Puntuación directa TOTAL:					
	Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
Realiza actividades que le gustan con otras personas.					
Mantiene buena relación con los profesionales que le brindan atención.					
Mantiene buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.					
Carece de la compañía de un familiar cercano.					
Valora negativamente sus relaciones de amistad.					
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para usted.					
Puntuación directa TOTAL:					
	Bienestar Material	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
El lugar donde vive es confortable.					
Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual).					

	Está contento con el salario que percibe (pensión).				
	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades (cuenta con rampas, ascensor para desarrollar sus actividades).				
	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades (no cuenta con ascensor, rampas, etc.).				
	Dispone de las cosas materiales que necesita.				
	El lugar donde vive necesita ser remodelado para adaptarse a sus necesidades.				
Puntuación directa TOTAL:					
Desarrollo personal		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.).				
	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le planteen				
	Tiene dificultades para expresar sus ideas, información.				
	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan				
	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar. Resta)				
	Tiene dificultades para comprender información que recibe				
	Usted es responsable de la toma de su medicación				
	Olvida las cosas, confunde los días, semanas, fechas, etc.				
Puntuación directa TOTAL:					
Bienestar físico		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	Tiene problemas de movilidad				
	Tiene problemas de incontinencia urinaria				
	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal				
	Su estado de salud le permite salir a la calle				
	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras, familiares. Nombres, etc.)				
	Tiene dificultad de visión que le impide realizar sus tareas habituales				
Puntuación directa TOTAL:					
Autodeterminación		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	Hace planes sobre su futuro.				
	Muestra dificultades para manejar dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.).				
	Otras personas organizan su vida.				
	Elige como pasar su tiempo libre.				
	Ha elegido el lugar donde vive actualmente.				
	Su familia respeta sus decisiones.				
	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.				

	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.				
Puntuación directa TOTAL:					
Inclusión Social		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.				
	Vive excluido en su comunidad.				
	En el servicio al que acude, tiene dificultades para encontrar apoyos cuando los necesita.				
	Tiene amigos que le apoyan cuando los necesita				
	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro / comunidad al que acude.				
	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.				
	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude				
	Su red de apoyo no satisface sus necesidades.				
	Tiene dificultad para participar en su comunidad.				
Puntuación directa TOTAL:					
Derechos		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos.				
	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.				
	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.				
	Cuenta con asistencia legal o acceso a servicios de asesoría legal				
	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanos, voto, procesos legales, etc.).				
Puntuación directa TOTAL:					

Gracias por su participación

Escala de calidad de vida	Ítems	Calidad de vida alta	Calidad de vida media	Calidad de vida baja
Bienestar emocional	8	21-+	15-20	<=14
Bienestar físico	6	15-+	11-14	<=10
Bienestar material	7	18-+	14-17	<=13
Relaciones interpersonales	6	18-+	14-17	<=13
Inclusión social	9	19-+	14-18	<=13
Desarrollo personal	8	25-+	20-24	<=19
Autodeterminación	8	26-+	20-25	<=19
Derechos	5	14-+	11-13	<=10
Total	57	145-+	115-144	<=114

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

POSTGRADO

Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Mayores. Escala FUMAT – Ponderado

Autor: Verdugo M, Arias B,

Gómez L (2009)

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida. Por favor, responda la opción de respuesta que MEJOR describa la situación en la que usted se encuentre, no deje de responder ninguna pregunta.

Este instrumento consta de varias preguntas en forma de oraciones cortas y hay cuatro posibles respuestas a cada oración:

- (1): Nunca o casi nunca
- (2): Algunas veces
- (3): Frecuentemente
- (4): Siempre o casi siempre

Fecha de Aplicación: _____

DATOS PERSONALES:

Edad: _____ Sexo: _____ Tiempo de enfermedad: _____
Jubilado _____ Trabaja _____ Estado

	Bienestar emocional	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse útil.	4	3	2	1
3	Se muestra intranquilo o nervioso.	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
5	Presenta algún problema de comportamiento.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que le brindan.	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido.	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:.....					

Relaciones interpersonales		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene buena relación con los profesionales que le brindan atención.	4	3	2	1
11	Mantiene buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
12	Carece de la compañía de un familiar cercano.	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para usted.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:.....					

Bienestar material		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable.	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual).	1	2	3	4
17	Está contento con el salario que percibe (pensión).	4	3	2	1
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades (cuenta con rampas, ascensor para desarrollar sus actividades).	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades (no cuenta con ascensor, rampas, etc.).	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita.	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita ser remodelado para adaptarse a sus necesidades.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:.....					

Desarrollo personal		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.).	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le planteen.	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar sus ideas, información.	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan.	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar).	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender información que recibe.	1	2	3	4
28	Usted es responsable de la toma de su medicación.	4	3	2	1
29	Olvida las cosas, confunde los días, semanas, fechas, etc.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:.....					

Bienestar físico		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30	Tiene problemas de movilidad.	1	2	3	4
31	Tiene problemas de incontinencia urinaria.	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.	1	2	3	4
33	Su estado de salud de permite salir a la calle.	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras, familiares, nombres, etc.).	1	2	3	4
35	Tiene dificultad de visión que le impide realizar sus tareas habituales.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:.....					

Autodeterminación		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro.	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.).	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida.	1	2	3	4
39	Elige como pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente.	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones.	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:.....					

Inclusión social		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan.	4	3	2	1
45	Vive excluido en su comunidad.	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultades para encontrar apoyos cuando los necesita.	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando los necesita.	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro / comunidad al que acude.	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude.	4	3	2	1
51	Su red de apoyo no satisface sus necesidades.	1	2	3	4
52	Tiene dificultad para participar en su comunidad.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:.....					

Derechos		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos.	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe.	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados.	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal o acceso a servicios de asesoría legal.	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanos, voto, procesos legales, etc.).	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:.....					

Escala de Calidad de vida	Ítems	Calidad de vida Alta	Calidad de vida Media	Calidad de vida Baja
Bienestar Emocional	8	21-+	15-20	<=14
Bienestar Físico	6	15-+	11-14	<=10
Bienestar Material	7	18-+	14-17	<=13
Relaciones Interpersonales	6	18-+	14-17	<=13
Inclusión Social	9	19-+	14-18	<=13
Desarrollo Personal	8	25-+	20-24	<=19
Autodeterminación	8	26-+	20-25	<=19
Derechos	5	14-+	11-13	<=10
Total	57	145-+	115-144	<=114

ANEXO 3. VARIABLES - OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	OPERACIONALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ÍNDICE
Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.	Se obtendrán datos de los pacientes con osteoartritis de rodilla a través del cuestionario de <i>Calidad de vida en personas mayores - Escala FUMAT</i>	Bienestar emocional (BE)	Estabilidad emocional (salud mental), ausencia de estrés y sentimientos negativos, autoconcepto, satisfacción	Ordinal	Calidad de vida alta: 21 a más pts. Calidad de vida media: 15 – 20 pts. Calidad de vida baja: <14 pts.
			Relaciones interpersonales (RI)	Relaciones de pareja, relaciones familiares, relaciones sociales, tiene amigos claramente identificados, contactos sociales positivos y gratificantes	Ordinal	Calidad de vida alta: 18 a más pts. Calidad de vida media: 14 – 17 pts. Calidad de vida baja: <13 pts.
			Bienestar material (BM)	Ingresos, posesiones; condiciones de vivienda, condiciones del lugar de trabajo, servicio, empleo, jubilación, ahorros	Ordinal	Calidad de vida buena: 21 -28 pts. Calidad de vida media: 13 – 20 pts. Calidad de vida baja/mala: <13 pts.
			Desarrollo personal (DP)	Educación, oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales, habilidades académicas	Ordinal	Calidad de vida alta: 25ª más pts. Calidad de vida media: 20 – 24 pts. Calidad de vida baja: <19 pts.
				Salud general, atención sanitaria,		Calidad de vida alta:

			Bienestar físico (BF)	memoria, dolor, sueño, visión, audición, movilidad, mediación, acceso a ayudas técnicas, actividades de la vida diaria.	Ordinal	15 a más pts. Calidad de vida media: 11 – 14 pts. Calidad de vida baja: <10 pts.
			Autodeterminación (AU)	Autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales	Ordinal	Calidad de vida alta: 26 a más pts. Calidad de vida media: 20 – 25pts Calidad de vida baja: <19 pts.
			Inclusión social (IS)	Integración, participación, apoyos	Ordinal	Calidad de vida alta: 19 a más pts. Calidad de vida media: 14 – 18 pts. Calidad de vida baja: <13 pts.
			Derechos (DE)	Conocimiento de derechos, defensa de derechos, información, respeto, intimidad, responsabilidades, dignidad, derechos legales.	Ordinal	Calidad de vida alta: 14 a más pts. Calidad de vida media: 11 – 13 pts. Calidad de vida baja: <10 pts.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Datos informativos

Institución: Centro Medico Salud Primavera

Investigador: Rocío Castillo Morillo

Título: “Calidad de vida en pacientes Adultos Mayores con Osteoartritis de Rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo - Perú, 2018”

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: Calidad de vida en pacientes Adultos Mayores con Osteoartritis de Rodilla. Centro Médico Salud Primavera, Trujillo - Perú, 2018”, para realizar estudios de postgrado.

Cuyo Objetivo es: describir la calidad de vida del paciente adulto mayor con osteoartritis de rodilla.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, para proteger su identidad colocaremos las iniciales de su nombre, realizándose en un tiempo estimado de 30 minutos.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución en donde usted ha sido atendido.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica y presentada en congresos Internacionales y nacionales.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en el estudio.

Beneficios:

El resultado de la investigación permitirá conocer como es la calidad de vida del adulto mayor con enfermedades crónicas como la osteoartritis de rodilla.

Costos e incentivos:

Usted no pagará nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con un estudio de investigación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su identidad con siglas en la encuesta. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron.

Autorizo participar del estudio: SI NO.....

.....
Firma o huella digital del participante

ANEXO 5

DISTRIBUCION DE 144 PACIENTES SEGUN CARACTERÍSTICAS GENERALES EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON OSTEOARTRITIS DE RODILLA. CENTRO MÉDICO SALUD PRIMAVERA, TRUJILLO - PERU, 2018

Características generales	n _o	%	
Edad	60 a 69 años	98	68.1
	70 a 79 años	34	23.6
	80 a mas años	12	8.3
Sexo	Femenino	121	84.0
	Masculino	23	16.0
Tiempo de enfermedad	Menor o igual a 1 año	35	24.3
	2 a 5 años	46	31.9
	6 a 10 años	31	21.5
	Mas o igual a 10 años	32	22.2
Jubilado	No	101	70.1
	Si	43	29.9
Trabaja	Ama de casa	49	34.0
	Chef	1	0.7
	Chofer	1	0.7
	Docente	2	1.4
	Niñera	1	0.7
	No trabaja	40	27.8
	Si trabaja	48	33.3
	Técnico en enfermería	1	0.7
	Vendedora	1	0.7
Estado civil	Casado	79	54.9
	Conviviente	15	10.4
	Divorciado	14	9.7
	Soltero	13	9.0
	Viudo	23	16.0
Total	144	100.0	

FUENTE: INFORMACION OBRTENIDA DEL TEST: ESCALA FUMAT