

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA
COMUNICACION Y HUMANIDADES**

ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES

CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



**“CALIDAD DE VIDA Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD
Y HOGAR DE ANCIANOS SAN PEDRO DE LA BENEFICENCIA
PUBLICA, TACNA 2014”**

TESIS

Presentado por:

Bach. Gisell Manzur Vera

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

TACNA – PERU

2016

DEDICATORIA:

Con todo mi cariño y amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba,

Mis amados padres Juan Rafael y Gladys del Carmen

Y a las que motivaron la realización de mi tesis, mis queridas abuelas

Inés y Consuelo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que siempre ha estado presente en mi toma de decisiones y a mi centro de estudios por la oportunidad que me brindo en esta etapa de mi formación académica y profesional.

Le agradezco también a mis docentes el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Agradezco de igual forma a las instituciones donde se aplicó la tesis quienes gustosos me abrieron las puertas.

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
INDICE DE CONTENIDOS	III
INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE FIGURAS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCION	1
CAPITULO I EL PROBLEMA	4
1.1. Descripción del problema	4
1.2. Formulación del Problema	5
1.2.1. Pregunta General	5
1.2.2. Preguntas Específicas	5
1.3. Objetivos de la Investigación	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
1.4. Sistema de Hipótesis	7
1.4.1. Hipótesis General	7
1.4.2. Hipótesis Específicas	7
1.5. Justificación de la Investigación	7
1.5.1. Impacto teórico	8
1.5.2. Impacto práctico	8
1.6. Alcances y Limitaciones	8
1.6.1. Alcances	8
1.6.2. Limitaciones	9
CAPITULO II MARCO TEORICO	10
2.1. Antecedentes	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales	13
2.1.3. Antecedente Regional	14

2.2. Fundamentos Teóricos	15
2.2.1. La etapa del Adulto Mayor	15
2.2.1.1. <i>Desarrollo físico en el adulto mayor</i>	15
2.2.1.2. <i>Desarrollo psicológico en el adulto mayor</i>	19
<i>Funciones cognitivas</i>	19
<i>Funciones Afectivas</i>	21
<i>Funciones Sexuales</i>	22
2.2.1.3. <i>Desarrollo psicosocial en la adultez</i>	23
El modelo de los cinco factores: rasgos de personalidad en la vejez	24
2.2.1.4. <i>Deterioro cognitivo</i>	27
2.2.1.5. <i>Salud física y mental en el adulto mayor</i>	27
2.2.2. Calidad de vida y adulto mayor	30
2.2.2.1. <i>Definición de calidad de vida</i>	30
2.2.2.2. <i>Componentes de la calidad de vida en el adulto mayor</i>	31
2.2.2.3. <i>Determinantes de la sensación de satisfacción de vida</i>	33
2.2.2.4. <i>Principales aspectos para envejecer con calidad</i>	34
2.2.2.5. <i>Planteamiento práctico de intervención: cómo fomentar la autonomía personal y social en los adultos mayores</i>	35
2.3. Definiciones Básicas	40
CAPITULO III METODOLOGIA	42
3.1. Identificación y operacionalización de variables	42
3.2. Tipo y diseño de investigación	43
3.2.1. Tipo de investigación	43
3.2.2. Diseño de investigación	44
3.3. Ámbito de la investigación	44
3.4. Población y muestra	44
3.4.1. Población	44
3.5. Técnicas e Instrumentos	45
3.6. Procedimientos de la investigación	46
3.6.1. Trabajo de campo	46
3.6.2. Procesamiento y análisis de la información	47

CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION	49
4.1. Presentación de resultados	49
4.1.1. Resultados sobre el nivel de calidad de vida	50
4.1.2. Resultados sobre el nivel de deterioro cognitivo	59
4.1.3. Resultados comparativos entre los niveles de calidad de vida y deterioro cognitivo por lugar de aplicaciones	60
4.1.4. Resultados de la relación entre el nivel de calidad de vida y deterioro cognitivo	67
4.2. Contrastación de Hipótesis	68
4.2.1. Contrastación de la Hipótesis Específica 1	68
4.2.2. Contrastación de la Hipótesis Específica 2	68
4.2.3. Contrastación de la Hipótesis Específica 3	69
4.2.4. Contrastación de la Hipótesis Específica 4	69
4.2.5. Contrastación de la Hipótesis General	70
4.3. Discusión	70
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS	82

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Indicadores de la variable calidad de vida	42
Tabla 2	Indicadores de la variable deterioro cognitivo	43
Tabla 3	Frecuencias y porcentajes para la variable Calidad de Vida	50
Tabla 4	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Bienestar Emocional	51
Tabla 5	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Relaciones Interpersonales	52
Tabla 6	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Bienestar Material	53
Tabla 7	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Desarrollo Personal	54
Tabla 8	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Bienestar Físico	55
Tabla 9	Frecuencias y porcentajes par la dimensión Autodeterminación	56
Tabla 10	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Inclusión Social	57
Tabla 11	Frecuencias y porcentajes para la dimensión Derechos	58
Tabla 12	Estadísticos descriptivos del Minimental divididos según el sexo, la edad y el lugar de aplicación	60
Tabla 13	Medias y desviaciones estándar de las dimensiones del Fumat divididos según sexo, edad y lugar de aplicación	65
Tabla 14	Tabla de contingencia para los niveles de calidad de vida y deterioro cognitivo	67
Tabla 15	Alfa de Cronbach para las dimensiones y puntaje total del FUMAT	83

INDICE DE FIGURAS

Figura 1		
	Niveles de calidad de vida	50
Figura 2		
	Niveles de la dimensión Bienestar Emocional	51
Figura 3		
	Niveles de la dimensión Relaciones Interpersonales	52
Figura 4		
	Niveles de la dimensión Bienestar Material	53
Figura 5		
	Niveles de la dimensión Desarrollo Personal	54
Figura 6		
	Niveles de la dimensión Bienestar Físico	55
Figura 7		
	Niveles de la dimensión Autodeterminación	56
Figura 8		
	Niveles de la dimensión Inclusión Social	57
Figura 9		
	Niveles de la dimensión Derechos	58
Figura 10		
	Niveles de la categoría del Minimental	59
Figura 11		
	Gráfico de líneas para los puntajes del MMSE y el sexo	61
Figura 12		
	Gráfico de líneas para los puntajes del MMSE y la edad recodificada	62
Figura 13		
	Gráfico de líneas para los puntajes del MMSE y lugar de aplicación	63
Figura 14		
	Categorías del Minimental según el lugar de aplicación	64

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito estudiar la relación entre calidad de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor y Asilo de ancianos de Beneficencia Pública. El tipo de investigación por su finalidad es básica y por el nivel de conocimientos es de tipo descriptivo - correlacional. El diseño utilizado es no experimental. Se aplicó la técnica de encuesta tipo test, mediante los instrumentos: Escala Fumat y el Test Mini mental. La muestra estuvo constituida por 168 adultos mayores, 18 residentes en el asilo de ancianos y 150 del Centro del Adulto Mayor (CAM), siendo 43 varones y 125 mujeres, donde la edad más frecuente es de 71 a 80 años. Entre los resultados se encontró que el nivel de calidad de vida es alto siendo mejor en el CAM que en el asilo, también se halló que el nivel de deterioro cognitivo es mayormente normal. Se empleó el chi cuadrado, dando como resultado que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, en conclusión existe una relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo, a mayor calidad de vida existe un menor deterioro cognitivo.

Palabras Clave: Calidad de vida, deterioro cognitivo, mini mental, fumat

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the relationship between quality of life and cognitive impairment in older adult of the Elderly and Nursing Center of Public Werlfare. The kind of Research for its purpose it is pure basic and for the level of knowlwdge is descriptive – correlational type. The experimental design used is non experimental. The Technique type is the test survey and was conducted through the instruments: Fumat and Mini Mental. The sample consisted of 168 older adults, 18 residents in the nursing home and 150 from the center of the elderly, being 43 Men and 125 Women, where the most Common age is from 71 to 80 years old. Among the results it was found that the level of quality of life is high being better in the ENC than in the asylum, also it found that the level of cognitive impairment is mostly standard. It is used the Chi square test, resulting that there is a statistically significant relationship between the variables, in conclusion there is a relationship between quality of life and cognitive impairment, a mayor quality of life there is less cognitive impairment.

Keywords : Quality of life , cognitive impairment , mini mental fumat

INTRODUCCION

El proceso de envejecimiento forma parte del desarrollo normal y natural de cada especie, siendo parte del plan genético. A medida que una persona envejece, experimenta muchos cambios que van desde los más superficiales, como la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal, hasta los más complejos, como la disminución en el contacto y desarrollo social, así como la pérdida de destrezas y capacidades que hasta cierto momento se sentían como propias (Del Risco, 2007).

El deterioro cognitivo es toda alteración o pérdida de las capacidades mentales superiores, siendo un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados. El concepto de calidad de vida ha presentado consideraciones variables a lo largo del tiempo, actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, trabajo, educación, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, en términos generales puede ser definido como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Oblitas, 2004).

Desde esta perspectiva, y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de esta. Al igual el deterioro cognitivo depende de factores fisiológicos como ambientales y esa sujeto a una gran variabilidad interindividual.

Cabe resaltar que la incidencia y prevalencia de demencia en los países desarrollados y en vías de desarrollo ha aumentado significativamente. Se calcula

que más de 35.6 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de demencia, estimándose que este número tenderá a duplicarse cada 20 años, llegando a más de 115.4 millones en el año 2050. En Perú se encontró que la prevalencia de demencia en personas mayores de 65 años es del 6.8% y, al igual que en otros estudios latinoamericanos, estos datos se ven influenciados por la edad, el género y el nivel cultural de la población. Esta estrecha relación entre envejecimiento, nivel educativo y deterioro cognitivo nos muestra que la educación podría actuar como factor modulador del rendimiento cognitivo tanto en el envejecimiento normal como patológico. El analfabetismo es un factor de riesgo claro para el desarrollo de demencia, y que se asociaría, entre otras cosas, a los bajos niveles de reserva cognitiva (Soto, Flores & Fernández, 2013).

Es por eso que los adultos mayores se han transformado en un tema central a nivel mundial. Hoy en día presentan gran relevancia a causa del aumento de su expectativa de vida, del costo adicional que significa al Gobierno, de la falta de recursos necesarios para hacerse cargo de ellos y de la toma de conciencia respecto de su calidad de vida (Bastos, 2009).

La presente investigación tiene como objetivo analizar la calidad de vida en el adulto mayor en el contexto actual pudiendo así relacionarlo con el deterioro cognitivo del adulto mayor de 65 años. Del contacto cotidiano con los Adultos Mayores y sus problemáticas, surge la inquietud por investigar las condiciones de vida de los ancianos, desde sus propias perspectivas, así como, la visión que poseen las familias y los profesionales que les brindan servicios, sobre la vejez y cómo ésta se relaciona en su deterioro cognitivo.

En el desarrollo de la tesis se encuentran cuatro capítulos, los cuales son: El Capítulo I: El problema, esta parte inicial de toda investigación comienza al poner por escrito las razones por las que se realizó la presente investigación. El Capítulo II: El marco teórico, donde se dará realce a los fundamentos teóricos de diferentes autores sobre el tema, principalmente lo que es la calidad de vida y el deterioro cognitivo. Éste proporciona conceptos y categorías de análisis que permitan, abordar el problema que interesa. El marco teórico es aquel conjunto de categorías que se va construir y que sirva como punto de partida, para que posteriormente se pueda

emplear en el análisis de los datos recolectados. El Capítulo III: La metodología, orienta el proceso de investigación del estudio desarrollado, la manera en que se va a enfocar una investigación y la forma en que se ha recolectado, analizar y clasificar los datos, con el objetivo de que los resultados tengan validez y pertinencia, y cumplan con los estándares de exigencia científica. Por último El Capítulo IV: Resultados, se presentan los hallazgos de la investigación, mostrar si los datos obtenidos apoyan o no el objetivo de la investigación. La primera tarea que debe realizarse en este capítulo es precisamente la de discutir, comentar y/o interpretar los hallazgos expuestos en los resultados.

La presente investigación titulada “Calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro del Adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos San Pedro de la Beneficencia Pública, Tacna 2014”, espera dar a conocer la relación que existe entre deterioro cognitivo y calidad de vida, haciendo asimismo una comparación en sujetos mayores de 60 años de realidades diferentes, contribuyendo de esta manera a la toma de conciencia sobre la importancia de vivir con calidad de vida en cada etapa de desarrollo para así poder llegar con un menor deterioro cognitivo.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El deterioro cognitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que generalmente aqueja a un adulto mayor. El más común es el trastorno de memoria, múltiples causas pueden ser las que provocan este tipo de problema; el deterioro cognitivo en términos generales se define como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo.

El estado mental influye en forma importante las capacidades físicas de un sujeto, o bien, interfiere con la prevalencia de las incapacidades; ante un sujeto con deterioro cognitivo la evaluación funcional es capital para poder establecer las medidas de prevención o psicoterapéuticas necesarias, además permite conocer las capacidades del sujeto, ya que si el deterioro se presenta, no será capaz de realizar las actividades de la vida diaria por sí solo.

La edad en los adultos mayores junto a la calidad de vida pueden ser un factor determinante para ocasionar deterioro cognitivo, y este, de manera proporcional es probable que genere disminución en la capacidad funcional de las personas, sin dejar a un lado la presencia de otros trastornos agregados que alteren su estado cognitivo y funcional en este grupo etario, situación que puede pasar desapercibida, condicionando mayor grado de deterioro, ocasionando no solo problemas a ellos mismos sino también a su entorno familiar (Melgar & Montenegro, 2012).

La calidad de vida de una persona es muy importante, indica el estado de bienestar, recibe la influencia de factores como, el empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del

ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano en una comunidad (Velarde Jurado & Ávila, 2002).

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha definido la calidad de vida de manera incluyente: “La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Botero & Pico, 2007).

La presente investigación trata de comprobar la relación que existe entre deterioro cognitivo y calidad de vida, haciendo una comparación en sujetos mayores de 60 años de realidades diferentes.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Pregunta General

¿Existe relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014?

1.2.2. Preguntas Específicas

P1: ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014?

P2: ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014?

P3: ¿Existe diferencia en el nivel de calidad de vida y deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014?

P4: ¿Cuál es el grado de relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

O1: Determinar el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014

O2: Determinar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014

O3: Comparar el nivel de calidad de vida y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y del Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014.

O4: Determinar el grado de relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y del Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014.

1.4. Sistema de Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

Existe relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014.

1.4.2. Hipótesis Específicas

H1: El nivel de calidad de vida de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014 es medio.

H2: El nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014 es mayormente normal.

H3: Las medias de calidad de vida y de deterioro cognitivo en el adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014 comparativamente son diferentes.

H4: El grado de relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública, Tacna 2014 es alto y significativo.

1.5. Justificación de la Investigación

La presente investigación, lleva como fin detectar la relación de calidad de vida y deterioro cognitivo de las personas mayores del centro del adulto mayor EsSalud y del hogar de ancianos San Pedro de la beneficencia pública de Tacna. Para así, describir y orientar la calidad de vida, determinar las características del medio más favorable que puedan ser de utilidad para las personas mayores y así prevenir el deterioro cognitivo en el adulto mayor.

1.5.1. Impacto teórico

El presente trabajo identifica, observa y evalúa las características de las personas adultas mayores en dos realidades diferentes, así mismo identifica las características asociadas a la calidad de vida y el deterioro cognitivo a partir de la aplicación de dos instrumentos de evaluación, los resultados permiten determinar el grado de relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores, de esta manera se podrá ampliar conceptos sobre la relación.

1.5.2. Impacto práctico

Los aportes prácticos de la investigación, se presentan en torno a la elaboración objetiva de un plan de intervención el cual busca lograr una calidad de vida óptima en el transcurso de los años y que ésta repercuta en la edad adulta, de esta manera evitar consecuencias negativas desde temprana edad, a través de esta investigación se quiere descubrir una forma adecuada de llevar la vida para tener en la edad adulta un mayor manejo de las capacidades cognitivas. Los resultados permiten proponer nuevas formas creativas de prevenir el deterioro cognitivo a partir del establecimiento de condiciones que mejoren la calidad de vida.

1.6. Alcances y Limitaciones

1.6.1. Alcances

Los resultados del estudio beneficiaron de manera directa a las instituciones en donde se realizaron, a los propios sujetos y a los profesionales en psicología, al brindar aportes actuales de la relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en el adulto mayor.

1.6.2. Limitaciones

Se consideró una limitación en el desarrollo del presente trabajo, el acceso a la información ya que se trata de ingresar al ámbito íntimo como es la familia y el pasado de sus vivencias de las personas adultas mayores.

Existió desinterés por parte de algunos adultos mayores en la realización de los cuestionarios, para lo cual se procedió a motivarlos al inicio de la prueba a fin de que contestaran con veracidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

La búsqueda de antecedentes en los diversos documentos, llevó a identificar trabajos, que sirven de guía para la investigación.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

En el ámbito internacional se encontró las siguientes investigaciones:

- Ramírez, (2008). *“Calidad de vida en la Tercera Edad” ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?* Universidad nacional de Cuyo. Argentina

La presente investigación llega a la conclusión que el concepto de calidad de vida en la tercera edad, eje central de esta investigación, no sólo se compone de aquellos aspectos objetivos, que tienen que ver con un ingreso adecuado para cubrir las necesidades básicas.

También se relaciona con aquellos aspectos subjetivos, como las percepciones de los adultos mayores, intereses, necesidades de participación, edad, género, condición socioeconómica y cultural, etc.; que apuntan a una vida de calidad y bienestar, tanto físico como social, diferenciándose de la presente investigación solo hace referencia a la variable uno (calidad de vida) , no incluyendo las dos variables

- Nela, (2011). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Universidad la Salle. México.

La presente investigación llega a la conclusión que la prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con factores sociodemográficos y de salud en la población mexicana han aumentado, siendo este crecimiento en todo Latinoamérica, De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir que existen adultos mayores en el área metropolitana de Monterrey con independencia funcional, bajo o nulo deterioro cognitivo y una alta presencia de metas y sentido de vida, del cual uno no es consciente y, que por otro lado, constituyen un enorme capital humano valioso para hacer frente a los nuevos retos que demanda el envejecimiento poblacional. Diferenciándose del trabajo realizado que solo hace referencia a la variable dos (deterioro cognitivo) y de modo indirecto a la variable uno (calidad de vida).

- Hernández, Avilés & Castillo, (2008) Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México

La presente investigación busca determinar la frecuencia de deterioro cognitivo y asociarla a la calidad de vida relacionada con la salud, los pacientes mayores de 60 años derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar que acudieron a consulta al módulo gerontológico. Se estudiaron 140 pacientes, con un promedio de edad de 74.2 años. La frecuencia de deterioro cognitivo fue de 12.1%, asociándose con la edad, el nivel de escolaridad y la actividad laboral. Para todas las dimensiones del Perfil de salud de Nottingham, se relaciona entre la presencia de deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida llegando a la conclusión que la frecuencia de deterioro cognitivo leve fue similar a lo reportado por otros autores.

- García, Sánchez. , Liébana , Pérez , Pérez del barrio, Viedma , Borrego , Gil, (2003), calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis

El análisis multivariante mostró que la calidad de vida está relacionada principalmente con el sexo, la depresión, el deterioro cognitivo y en nivel de autosuficiencia. Tras estandarizar las puntuaciones por sexo y edad, la población mostró un nivel de calidad de vida inferior a la población general, más acusado en el sexo femenino. En la población de la investigación las mujeres muestran menor calidad que los hombres. La calidad de vida de los ancianos es inferior a la de la población general de igual sexo y edad y no se modificó con factores relacionados con la insuficiencia renal crónica terminal y su tratamiento. La presencia de deterioro cognitivo o depresión tuvo una importante repercusión sobre el bienestar de nuestros pacientes, lo cual justificaría un abordaje diagnóstico y terapéutico más amplio en estos pacientes

- Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García, Valero de Bernabé, (2002) Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años.

El presente trabajo tiene como objetivos, contribuir a un mejor conocimiento de los principales factores que influyen en la calidad de vida y la percepción de la salud de los mayores de 65 años, así como determinar qué ventajas y desventajas presenta cada uno de los tres instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida frente a los otros dos instrumentos utilizados. Los resultados indican que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores. En el análisis multivariado los factores que se asocian casi constantemente con la detección de problemas de la calidad de vida o del estado autopercebido de salud son la presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión, la falta de ejercicio y la dependencia para las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

A nivel nacional se destacan los estudios presentados por:

- Manrique, (2014) Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de lima metropolitana

La presente investigación estudia la relación entre la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la esperanza en adulto mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana, los resultados indican que existe una mayor CVRS en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. Asimismo, resulta que el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, existen relaciones significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental.

- Del Risco, (2007) Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor

La investigación estudió la relación existente entre el soporte social y la satisfacción vital en un grupo de individuos que asisten a un programa dirigido al adulto mayor, llevado a cabo por el municipio de un distrito de Lima Metropolitana. Asimismo, con el objetivo de enriquecer el conocimiento acerca de lo que implica una vida satisfactoria en edades avanzadas, se busca evaluar la satisfacción del adulto mayor respecto a áreas específicas e identificadas como relevantes dentro de esta etapa de vida.

Los resultados indican que las personas que tienen menores recursos económicos, menor status, menor educación y menor ingresos tienen una red social más pequeña, menores contactos con las amistades y mayores sentimientos de soledad en comparación a aquellos que cuentan con mayor status, educación e ingresos. Los resultados indican que la integración de estos individuos en su red social reducía los síntomas depresivos, lo cual no ocurría cuando la variable

estudiada era la ayuda esperada (soporte percibido) En primer lugar, en cuanto a la edad, los resultados indicaron que la satisfacción de vida no declina con el paso de los años. Incluso, se encontró que los adultos de 50 y 60 años mostraron mayores niveles de bienestar que los menores. Según el autor, estos resultados son importantes pues indican que si bien el adulto mayor debe afrontar muchos cambios durante el proceso de envejecimiento, ello no reduce necesariamente sus niveles de satisfacción.

2.1.3. Antecedente Regional

A nivel regional se destaca el estudio presentado por:

- Escobar, Ramos, Rodríguez, Montero., Peñalva, Valencia, (2013) Deterioro cognitivo leve en adultos mayores pertenecientes a clubes y albergues de la tercera edad de la ciudad de Tacna

La investigación relacionó el deterioro cognitivo leve y las siguientes variables: edad, procedencia, estado civil, nivel educativo y género. La información recolectada provino de 58 adultos mayores entre mujeres y hombres de 60 años de edad a más, miembros de diferentes clubes del adulto mayor de la ciudad de Tacna. El principal hallazgo es la relación significativa entre el grado de instrucción y el deterioro cognitivo leve. Las personas que tienen niveles altos de instrucción tienen mayor preferencia por realizar actividades cognitivamente estimulantes, como la lectura, la escritura y otros juegos. Por otro lado diversos estudios mencionan que la actividad mental ayuda a la adquisición de la reserva neuronal y reserva cognitiva, lo que previene los estragos de la muerte neuronal ya sea por envejecimiento normal, por deterioro cognitivo leve y por demencias.

2.2. Fundamentos Teóricos

2.2.1. La etapa del Adulto Mayor

Como en otras ciencias sociales y biológicas, los expertos han convenido en establecer distintas etapas evolutivas que ocurren a lo largo de la vida. Éstas varían de unos autores a otros pero, en síntesis, los expertos son coincidentes en que la evolución del comportamiento humano cuenta con cuatro esenciales periodos: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez (Fernández - Ballesteros, 1992).

El periodo de envejecimiento se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento, los momentos críticos más importante por los que tiene que pasar todo adulto mayor son: pérdidas de relaciones afectivas significativas, especialmente la pérdida de la pareja, la aparición de una o más enfermedades que constituyen una amenaza para la vida o una limitación de la capacidad de autonomía. No cabe duda de que a pesar de que la vejez tiene elementos positivos y de que se puede vivir de forma satisfactoria, es una edad de pérdida. El adulto mayor vive con la esperanza de perder lo menos posible, de conservar los logros obtenidos. Un buen aprendizaje en la frustración y en la aceptación de los impedimentos que se van a encontrar a lo largo de la vida supone, indudablemente, la mejor forma para prepararse para la edad adulta mayor. (Núñez & Barboza, 2013).

2.2.1.1. Desarrollo físico en el adulto mayor

Cambios físicos

Algunos cambios físicos que por lo general se asocian con el envejecimiento resultan evidentes para un observador casual, aunque afectan más a algunos adultos mayores que a otros. La piel envejecida tiende a palidecer y a perder elasticidad, y puede arrugarse a medida que se reducen la grasa y la masa muscular. Tal vez aparezcan venas varicosas en las piernas; el cabello de la cabeza se adelgaza y se torna gris y luego blanco, y el vello corporal comienza a escasear.

La estatura de los adultos mayores se reduce a medida que se atrofian los discos entre las vértebras espinales. En especial entre las mujeres con osteoporosis, el adelgazamiento de los huesos puede ocasionar cifosis, llamada comúnmente "joroba de la viuda", una curvatura exagerada de la columna vertebral. Además, la composición química de los huesos cambia, lo que crea un mayor riesgo de fracturas. Otros cambios, menos visibles pero igual de importantes, afectan a los órganos internos y los sistemas corporales, el cerebro y el funcionamiento sensorial, motor y sexual (Papalia, Sally Wendkos & Duskin, 2009).

Cambios orgánicos y sistemáticos

Los cambios en el funcionamiento orgánico y sistémico son muy variables, entre los individuos. Algunos sistemas corporales se deterioran con mucha rapidez mientras que otros permanecen intactos. El envejecimiento, aunado al estrés crónico, puede deprimir el funcionamiento inmunológico, lo que hace a los adultos mayores más susceptibles a las infecciones respiratorias y disminuye la probabilidad de prevenirlas. Por otro lado, el sistema digestivo permanece relativamente eficiente. El ritmo cardíaco suele hacerse más lento e irregular. Los depósitos de grasa se acumulan alrededor del corazón y pueden interferir con su funcionamiento, y a menudo se eleva la presión sanguínea.

La capacidad de reserva, o reserva del organismo, es una capacidad de apoyo que ayuda a los sistemas del cuerpo a funcionar hasta el límite extremo en momentos de estrés. Con la edad, los niveles de reserva suelen caer y muchos adultos mayores no pueden responder a las exigencias físicas adicionales tan bien como alguna vez lo hicieron (Guerra, 2008).

Envejecimiento del cerebro

En las personas normales saludables, los cambios en el cerebro durante la vejez suelen ser sutiles, hacen poca diferencia en el funcionamiento y varían de manera considerable de una persona a otra, de una región del cerebro a otra y de un tipo de tarea a otro. Los deterioros en la memoria de largo plazo suelen empezar a los

58 o 59 años, mientras que la capacidad para entender las palabras no familiares a partir del contexto se mantiene hasta los 78 o 79 años. Además, la plasticidad del cerebro puede "reorganizar los circuitos neuronales para responder al desafío del envejecimiento neurobiológico" (Park, Gutchess, 2006).

En la edad adulta mayor se observan disminuciones graduales del volumen y peso del cerebro, sobre todo en la corteza frontal, la cual controla las funciones ejecutivas. Este encogimiento gradual se atribuía antes a la pérdida de neuronas (o células nerviosas). Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden ahora en que, salvo en ciertas áreas específicas del cerebro como el cerebelo, que coordina la actividad sensorial y motora la pérdida neuronal no es importante y no afecta la cognición, sin embargo cuando se incrementa el ritmo de los cambios en el cerebelo el deterioro es cada vez más probable.

Otro cambio típico es la disminución del número, o densidad, de los neurotransmisores dopamínicos debido a las pérdidas de sinapsis (conexiones neuronales). Por lo general, este cambio tiene como resultado un tiempo de respuesta más lento, aunque en algunas tareas complejas como la destreza para la mecanografía los adultos mayores responden con mayor rapidez que los más jóvenes. A partir de los 55 años, empieza a adelgazarse la capa de mielina que permite que los impulsos neuronales viajen con rapidez entre las regiones del cerebro. Este deterioro de la mielina del cerebro se asocia con una decadencia cognoscitiva y motora (Papalia et al., 2009).

Los exámenes después de la muerte del tejido cerebral que se realizaron a 30 personas de 26 a 106 años encontró un daño significativo del ADN en ciertos genes que afectan el aprendizaje y la memoria en la mayoría de las personas adultas mayores y en algunas de mediana edad, sin embargo, ese deterioro no es inevitable. Un examen post mortem del cerebro de una mujer holandesa que murió a los 115 años no encontró evidencia de demencia. Dos o tres años antes de su muerte, su desempeño neurológico y cognoscitivo demostró ser mejor que el de la persona promedio de 60 a 75 años.

No todos los cambios en el cerebro son destructivos. Algunos investigadores han descubierto que los cerebros viejos pueden desarrollar nuevas células nerviosas a partir de las células madre, algo que alguna vez se consideró imposible. Se ha encontrado evidencia de división celular en el hipocampo, una parte del cerebro involucrada en el aprendizaje y la memoria (Papalia et al., 2009).

Von Hippel (2007) afirma que los cambios en el cerebro pueden tener consecuencias sociales y cognoscitivas. La pérdida de la función ejecutiva de la corteza frontal puede disminuir la capacidad para inhibir pensamientos irrelevantes o no deseados; de ahí que en ocasiones los adultos mayores hablan demasiado acerca de cuestiones al parecer no relacionadas con el tema de conversación. Por el lado positivo, la amígdala, la sede de las emociones, muestra menor respuesta a los eventos negativos, pero no a los positivos; por consiguiente, los adultos mayores suelen ser más constructivos en la solución de los conflictos que los adultos más jóvenes.

Funcionamiento sensorial y psicomotor

Las diferencias individuales en el funcionamiento sensorial y motor se incrementan con la edad. Algunos adultos mayores experimentan deterioros notables, pero otros prácticamente no presentan cambios en sus habilidades. Un hombre de 80 años puede escuchar cada palabra de una conversación susurrada mientras que otro no escucha el timbre.

Una mujer de 70 años corre ocho kilómetros al día, otra no puede caminar alrededor de la cuadra. El deterioro suele ser más severo entre las personas mayores. Los problemas visuales y auditivos pueden privarlos de las relaciones sociales y de su independencia, a la vez que las discapacidades motoras pueden limitar sus actividades diarias. En general, se encuentran dificultades en la visión y audición, sueño y en el funcionamiento sexual (Guerra, 2008).

2.2.1.2. Desarrollo psicológico en el adulto mayor

Funciones cognitivas

El ser humano, puede ser entendido como un procesador activo de información, a través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada y, finalmente, el ser humano responde a esa información, en ese sentido, el individuo debe atender y percibir esa información, procesarla y retenerla, en realidad, cualquier comportamiento humano está dependiendo tanto de los estímulos y circunstancia externas como de esas funciones psicológicas aprendidos a su vez a lo largo del proceso de aprendizaje.

Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, se puede decir que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el adulto mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales.

No obstante, conviene también resaltar que esos cambios o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida. Sin embargo, no cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información, tras el examen de los distintos tipos de aprendizaje, los autores ponen de relieve que, de requerir un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, las personas mayores (en comparación con las más jóvenes) tienen una amplia capacidad de aprendizaje, un alto porcentaje de personas adultas mayores afirman tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana (Arbelaez, 2010).

Existen recursos para mejorar aquellos sistemas de memoria que han declinado, estos recursos que pueden ponerse a contribución para la mejora de la memoria cuando se es adulto mayor:

- Estar muy motivado
- Jugar a recordar en forma deliberada: ¡recordar por recordar!
- Prestar mucha atención
- Repetir, repetir y repetir
- Dedicar mucho tiempo al aprendizaje y la memoria
- Organizar mentalmente la información a recordar
- Buscar y establecer asociaciones entre la información que se quiere recordar y otros eventos cotidianos
- Crear imágenes mentales de lo que se quiere recordar, y finalmente,
- Utilizar ayudas externas como agendas, libretas, etc.

Las funciones cognitivas o intelectuales se expresan en una estructura psicológica, la inteligencia puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Por supuesto, la inteligencia es también el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales.

Hay patrones de cambio y estabilidad del funcionamiento intelectual a lo largo del ciclo de la vida. Así, por lo que se refiere a la inteligencia fluida, que aglutina aptitudes como la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento o la aptitud espacial, ésta se desarrolla exponencialmente en las primeras etapas de la vida para declinar muy tempranamente, a partir de los 30 años. Sin embargo, la inteligencia cristalizada que abarca aptitudes de información, comprensión, vocabulario, etc., una vez alcanzada una cierta meseta, se mantiene constante o, incluso, puede ser incrementada hasta edades avanzadas de la vida.

Sin embargo, el funcionamiento intelectual también se puede compensar, existe importante evidencia de que la actividad intelectual (desde hacer crucigramas a jugar al ajedrez) mejora el funcionamiento intelectual en el adulto mayor e, incluso, existe también datos experimentales de que las personas que realizan actividad intelectual en su vida cotidiana son menos propensas a presentar demencia (Fernández- Ballesteros, 1992).

Existen entonces funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez (Fernández-Ballesteros, 1992).

Funciones Afectivas

Este procesador de información como así puede ser conceptualizado el ser humano no parece atender, percibir, aprender o memorizar como si fuera una máquina, el ser humano es un organismo emocional en el que la inteligencia se entremezcla con el sentimiento y la pasión a la hora de comportarse inteligentemente, los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como importante ámbito psicológico, así pues, a continuación va a presentarse una síntesis de los esenciales cambios que ocurren en el adulto mayor en el ámbito de la afectividad y el mundo emocional (López & Noriega, 2012).

El adulto mayor conlleva una serie de situaciones conflictivas: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, con frecuencia la enfermedad crónica y lo que es peor, en ocasiones discapacidad y dependencia y, desde luego, mayor proximidad a la muerte, y todo ello junto a otros más eventos negativos que ocurren casi inevitablemente, es lógico pensar que todos esos eventos producirán en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas: depresión, soledad, malestar, en definitiva, sufrimiento, examinada la cuestión “fríamente”, habría que concluir que las personas adultas mayores con alta probabilidad tienen que experimentar una afectividad displacentera, , las personas adultas mayores no expresan una menor felicidad, bienestar o satisfacción con la vida cuando se las compara con las más jóvenes, muy al contrario, las investigaciones existentes ponen de manifiesto que no existe influencia de la edad en la expresión verbal de la experiencia de la felicidad. A este hecho la falta de incidencia de la edad en la percepción de bienestar- se le ha llamado la “paradoja de la felicidad”, si hablamos de los afectos en el adulto mayor se puede llegar a tres hallazgos (López & Noriega, 2012).

1. Cuando se es mayor, se experimentan emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y los mayores sienten emociones positivas con igual frecuencia que la gente más joven.
2. Existe una fuerte evidencia de que la experiencia emocional negativa se da en mucha menor frecuencia a partir de los 60 años. Así, a esas edades, existe más expresión de “felicidad”, “gratitud”, “contento” que de “frustración”, “tristeza” o “rabia”.
3. La conclusión de la mayor parte de autores que investigan el mundo afectivo de los adultos mayores es que existe una mayor complejidad y riqueza emocional.

En otras palabras, que en el adulto mayor se incrementa el manejo adecuado de los afectos y que, por tanto, existe una mayor “madurez” afectiva.

Los autores han examinado minuciosamente en qué medida el contexto (la condición socioeconómica, el estado civil, etc.), la salud y la situación funcional y las relaciones interpersonales influyen en la afectividad (positiva y negativa) en el adulto mayor y en qué medida esos factores son más importantes que la edad, nuevamente la conclusión parece ser bastante contundente, no se encuentran efectos de la edad en la afectividad positiva cuando se controlan otras variables, en otras palabras, la edad es una variable vacía y tan sólo conlleva los efectos de otros covariantes, de entre ellos, no es precisamente la salud o el estado funcional los mejores predictores de la afectividad sino la personalidad y el funcionamiento intelectual (López & Noriega, 2012).

Funciones Sexuales

Los adultos mayores tienen el mismo derecho a vivir y ejercer su sexualidad plenamente que cualquier individuo en edad joven. Referimos a la capacidad y potencialidad, de acuerdo a sus posibilidades físicas y psíquicas. La sexualidad es un derecho que tiene todo ser humano, sin importar edad o condición, por lo tanto, omitir este derecho a un adulto mayor, es una violación a su integridad (Papalia et al., 2009).

Un ser humano lo es desde que nace hasta que muere, de igual forma la sexualidad se lleva con nosotros desde nuestro nacimiento hasta que expiramos, y ocultarla o no ejercerla, es como pretender negar que se ha nacido con esta dimensión humana (Papalia et al., 2009).

Socialmente contribuimos a formar una idea falsa en los adultos mayores que han buscado por algún medio darle continuidad a este ejercicio. Si bien es cierto que ya no abarca, por condiciones físicas y fisiológicas la reproductividad, existen vínculos afectivos y la forma de expresar estas necesidades como el erotismo, la autoexploración, así como la cuestión de género e identidad.

Tal parece que entre más se acerca a ser adulto mayor, se presentan enfermedades, soledad, inclusive muerte, se va vetando espacios de desarrollo emocional e integral, en total negación con esta realidad que tarde o temprano pasa factura, pero no es necesario que los adultos mayores tengan encuentros donde se llegue al clímax, primero hay que saber que existen cambios en la autoimagen, tanto de la mujer como del hombre, factores de tipo hormonal y fisiológico (menopausia, andropausia), enfermedades que merman las funciones de los órganos reproductivos y vivencias que socialmente han desplazado la manera de ejercer la sexualidad (Papalia et al., 2009).

La monotonía que puede padecer una pareja cuando no se promueven formas distintas de vivir plenamente, se presenta de igual forma en la sexualidad de los adultos mayores. Por tanto, es necesario comprender que hay cuestiones que salvan la actividad sexual y proporcionan el espacio idóneo para la práctica de relaciones sexuales acordes a las posibilidades de los adultos mayores (Papalia et al., 2009).

2.2.1.3. Desarrollo psicosocial en la adultez

El crecimiento personal depende de que se lleven a cabo las tareas psicológicas de cada etapa de la vida de una manera emocionalmente sana.

Para Erikson, el logro mayor de la adultez tardía es el sentido de integridad del yo, o integridad del sí mismo, un logro basado en la reflexión sobre la propia vida. En la octava y última etapas del ciclo de vida, integridad del yo frente a la desesperanza, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida para poder aceptar la muerte, la gente que tiene éxito en esta última tarea integrativa adquiere un sentido del significado de su vida dentro del orden social mayor.

La virtud que puede desarrollarse durante esta etapa es la sabiduría, un "interés informado y desapegado por la vida cuando se encara la propia muerte". La sabiduría, decía Erikson, significa aceptar la vida que uno ha vivido, sin remordimientos importantes: sin pensar demasiado en los "debería haber hecho" o los "podría haber sido". Significa aceptar la imperfección del sí mismo, de los padres, de los hijos y de la vida (Papalia et al., 2009).

Aunque la integridad debe superar a la desesperanza para que esta etapa se resuelva con éxito, Erikson sostenía que sentir desesperanza es inevitable. Las personas necesitan llorar, no sólo por sus desdichas y oportunidades perdidas sino también por la vulnerabilidad y fugacidad de la condición humana. Sin embargo, también creía que incluso cuando las funciones del cuerpo se debilitan, las personas deben mantener una "participación vital" en la sociedad. A partir de los estudios de las historias de vida de personas en sus ochenta, concluyó que la integridad del yo proviene no sólo de la reflexión sobre el pasado sino de la estimulación y desafío continuos, sea a través de la actividad política, programas de condición física, trabajo creativo o relaciones con los nietos (Papalia et al., 2009).

El modelo de los cinco factores: rasgos de personalidad en la vejez

Medición de la estabilidad y el cambio en la adultez tardía

De acuerdo con el modelo de los cinco factores, en promedio es poco probable que la gente hostil suavice su carácter con la edad a menos que reciba tratamiento psicoterapéutico, mientras que la gente optimista tiende a mantener la esperanza (Papalia et al., 2009).

La personalidad como predictor de la emocionalidad, la salud y el bienestar

La personalidad es un importante predictor de la emocionalidad y el bienestar subjetivo, más fuerte en algunos aspectos que las relaciones sociales y la salud. La emocionalidad positiva tiende a permanecer estable hasta muy tarde en la vida para luego declinar de manera ligera y gradual. La teoría de la selectividad socioemocional ofrece una posible explicación para este cuadro por lo general positivo: a medida que las personas envejecen, tienden a buscar actividades y la compañía de personas que les proporcionen gratificación emocional.

Además, la mayor habilidad de los adultos mayores para regular sus emociones puede explicar su tendencia a ser más felices y alegres que los adultos tempranos y a experimentar emociones negativas con menos frecuencia y de manera más fugaz (Papalia et al., 2009).

Bienestar en la adultez tardía

La salud de los adultos mayores puede haberse deteriorado, ha perdido algunas de sus viejas amistades y familiares – a menudo un cónyuge – y es probable que ya no tengan los mismos ingresos. Sus vidas se modifican en muchos aspectos y esos cambios resultan estresantes. Pero, en general, los adultos mayores sufren menos trastornos mentales, son más felices y se sienten más satisfechos con la vida que los adultos más jóvenes.

La felicidad o bienestar subjetivo aumenta en general en el curso de la vida, con un descenso en la edad media, seguido del aumento de la felicidad cuando se es adulto mayor. Este hallazgo refleja en parte el valor de una actitud madura, eso también pone en evidencia la supervivencia selectiva de las personas que son más felices o que tienen más razones para serlo (Papalia et al., 2009).

Afrontamiento y salud mental

El afrontamiento se refiere a los pensamientos y conductas adaptativas que se proponen aliviar el estrés que surge de condiciones dañinas, amenazantes o desafiantes. Se trata de un aspecto importante de la salud mental (Papalia et al., 2009).

Modelo de valoración cognoscitiva

Las personas eligen de manera consciente estrategias de afrontamiento de acuerdo a como percibe y analiza una situación. El afrontamiento incluye cualquier cosa que un individuo piensa o hace al tratar de adaptarse al estrés, sin importar lo bien que funcione. Elegir la estrategia más apropiada requiere una revaloración continua de la relación entre la persona y el ambiente

A medida que la gente se vuelve adulta mayor tiende a pasar mucho tiempo con otros, con frecuencia, el trabajo es una fuente conveniente de contacto social, quienes han estado retirados por mucho tiempo tienen menos contactos sociales que los que se retiraron más recientemente o los que continúan trabajando. Para algunos adultos mayores, las enfermedades les dificulta salir y ver gente, las relaciones que mantienen son más importantes que nunca para su bienestar, consideran para tener una vida significativa a los amigos y familia como la máxima prioridad (Papalia et al., 2009).

Teorías del contacto social y del apoyo social

Al envejecer los adultos mayores mantienen su nivel de apoyo social mediante la identificación de los miembros de su red social que pueden ayudarlos y la evitación de a los que no los apoyan. A medida que se alejan los antiguos compañeros de trabajo y amigos causales, la mayoría de los adultos mayores conservan un círculo interno estable de caravanas sociales, los amigos cercanos y los familiares en quienes pueden confiar y que tienen una fuerte influencia en su bienestar (Papalia et al., 2009).

La importancia de las relaciones sociales

El apoyo emocional ayuda a los adultos mayores a mantener la satisfacción con la vida ante el estrés y el trauma, como la pérdida del cónyuge o un hijo, de una enfermedad que pone en riesgo la vida o de un accidente, y los vínculos positivos suelen mejorar la salud y el bienestar. Sin embargo, las relaciones conflictivas pueden jugar un papel negativo aún más grande. Los vínculos sociales pueden ser literalmente un salvavidas, para las ancianas que a menudo son viudas y viven solas, el apoyo emocional es esencial, ya que necesitan sentir que son valoradas, que pertenecen a una familia (Papalia et al., 2009).

2.2.1.4. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es toda alteración o pérdida de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados. Este deterioro cognitivo de nuestro cerebro depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual (Jara, 2007).

2.2.1.5. Salud física y mental en el adulto mayor

El incremento de la expectativa de vida genera preguntas apremiantes acerca de la relación entre longevidad y salud, tanto física como mental.

Estado de salud

La mala salud no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, alrededor de 76% de los adultos mayores estadounidenses de 65 años en adelante consideran que su estado de salud es bueno o excelente. Como en etapas más tempranas de la vida, la pobreza es un factor que se relaciona de manera estrecha con una salud deficiente y con el acceso y uso de la atención médica (Casillas, 2010).

Enfermedades crónicas y discapacidades

Enfermedades crónicas comunes y principales causas de muerte en el adulto mayor son condiciones crónicas: cardiopatía, cáncer, apoplejía, enfermedad crónica de las vías respiratorias bajas, diabetes e influenza/neumonía (Casillas, 2010).

Influencias del estilo de vida en la salud y la longevidad

Las posibilidades de permanecer sano y en buenas condiciones siendo adulto mayor dependen a menudo del estilo de vida, en especial del ejercicio y la dieta. Los adultos mayores que viven en la pobreza tienen menores probabilidades de practicar conductas saludables como realizar actividades físicas en su tiempo libre, evitar el tabaquismo y mantener un peso corporal apropiado (Casillas, 2010).

Problemas mentales y conductuales

- **Depresión**

La herencia puede explicar entre 40 y 50% del riesgo de depresión mayor, la vulnerabilidad parece resultar de la influencia de múltiples genes que interactúan con factores ambientales como sucesos estresantes, soledad y abuso de drogas, entre los factores especiales de riesgo en la adultez tardía incluyen la enfermedad o discapacidad crónica, deterioro cognoscitivo y divorcio, separación o viudez. Las raíces de la depresión pueden encontrarse muy temprano en la vida, el reporte de que en la niñez se careció del apoyo emocional de los padres se asoció con síntomas depresivos y padecimientos crónicos en el adulto mayor. Con frecuencia, la depresión se asocia con otras condiciones médicas. Algunos médicos, cuando tratan múltiples padecimientos, dan menor prioridad a la depresión que a una dolencia física como la diabetes o la artritis (Casillas, 2010).

La depresión puede acelerar el deterioro físico del envejecimiento, el diagnóstico preciso, la prevención y el tratamiento podrían ayudar a mucha gente mayor a vivir más tiempo y permanecer más activa, la depresión puede

tratarse con medicamentos antidepresivos, psicoterapia o ambas cosas, el ejercicio aeróbico regular puede disminuir los síntomas de la depresión leve a moderada (Casillas, 2010).

- **Demencia**

Es el término general para denominar el deterioro cognoscitivo y conductual debido a causas fisiológicas que interfieren con las actividades cotidianas. El deterioro cognoscitivo eleva sus niveles de prevalencia en la edad avanzada y afecta a los adultos mayores. Sin embargo, el deterioro cognoscitivo lo bastante grave para diagnosticarse como demencia no es inevitable.

La mayoría de las formas de demencia son irreversibles, pero con un diagnóstico y tratamiento oportunos es posible revertir alrededor de 10% de los casos, alrededor de dos terceras partes de los casos de demencia son causados por la enfermedad de Alzheimer, es un trastorno cerebral degenerativo y progresivo, la enfermedad de Parkinson, segundo trastorno más común que involucra una degeneración neurológica progresiva, se caracteriza por temblores, rigidez, movimientos lentos y postura inestable, en conjunto, esas dos enfermedades, aunadas a la demencia por infartos múltiples, ocasionada por una serie de pequeños infartos, dan cuenta de al menos ocho de cada 10 casos de demencia, todos irreversibles.

La actividad física regular de largo plazo, como caminar, parece reducir el riesgo de deterioro cognoscitivo, una encuesta reveló que mujeres ancianas que bebían cantidades moderadas de alcohol todos los días tenían un riesgo 40% menor de desarrollar deterioro cognoscitivo o demencia (Casillas, 2010)

- **Enfermedad de Alzheimer**

Se trata de una de las enfermedades terminales más comunes y más temidas entre las personas mayores a las que despoja de manera gradual de su

inteligencia, su conciencia e incluso de la capacidad para controlar sus funciones corporales, causando finalmente la muerte.

El padecimiento afecta a más de 26 millones de personas en todo el mundo, casi la mitad de ellas en Asia, y se espera que su incidencia se cuadruplique en 2050. Además, casi medio millón de personas menores de 65 años pueden presentar una forma de inicio temprano de la enfermedad, el riesgo aumenta de manera notable con la edad, por lo que los incrementos en el adulto mayor significan que más gente sobrevivirá hasta una edad en que el riesgo de presentar Alzheimer es mayor. los síntomas clásicos de la enfermedad de Alzheimer son el debilitamiento de la memoria, deterioro del lenguaje y déficits del procesamiento visual y espacial, el síntoma temprano más notable es la incapacidad para recordar eventos recientes o para asimilar la información nueva, la persona puede repetir preguntas que acaban de ser respondidas o dejar inconclusa una tarea cotidiana, esas señales tempranas pueden pasarse por alto porque parecen una desmemoria común o porque se interpretan como señales normales del envejecimiento (Casillas, 2010).

2.2.2. Calidad de vida y adulto mayor

2.2.1.1. Definición de calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo, primero, el termino se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.

Actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, trabajo, educación, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, en términos generales

puede ser definido como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.

La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de estas por parte del individuo. Según este enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.

Desde esta perspectiva, y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de esta. El juicio exclusivo de los agentes de salud (medico, psicólogos, etc.) no es suficiente para evaluar la calidad de vida, por lo cual debe contarse, además, con la propia evaluación de los sujetos (Oblitas, 2004).

2.2.1.2. Componentes de la calidad de vida en el adulto mayor

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente. La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social (Maya, 2003).

Bienestar se ha identificado con “desarrollo económico”, “con la riqueza familiar o individual“, “con el nivel de vida“, “con el estado de salud“, “con la longevidad individual“, con la calidad y cantidad de los “servicios médicos“, con los “ingresos o salarios“ con “la satisfacción de necesidades y deseos “y con la

existencia de la llamada “felicidad“, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos (Maya, 2003).

Buscando obtener indicadores sociales de calidad de vida, se ha clasificado dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población y podrían clasificarse en:

- Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
- Elementos del ambiente social: Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “sociedades de tipo humano” que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Seguridad de las personas.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva
- Desarrollo de la personalidad, cultura y educación
- Trabajo y empleo
- Situación económica, personal y familiar
- Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
- Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos.

- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias

Por ello, Solano, (1997) en documento periodístico publicado en Medellín plantea considerar la calidad como algo mucho más lejos de los simples y fríos indicadores económicos y propone el uso de los siguientes indicadores, no lejano de lo planteado por otros autores.

- Disfrute de la afectividad.
- Respeto de los derechos humanos.
- Felicidad.
- Autorrealización.
- Acceso al trabajo, la salud y la recreación.
- Oportunidad de empleo y seguridad social.
- Posibilidades de acceder a una vivienda digna con todos los servicios públicos.
- Participación en las acciones colectivas.
- Respeto por la democracia.
- Acceso a los nuevos medios electrónicos.
- Disfrute de las manifestaciones artísticas.
- Facilidad de estudiar investigar y actualizarse en los campos en los que a cada uno le interesa y dominar siquiera una lengua extranjera.
- Espacios de participación.
- Capacidad de desarrollar un concepto de ciudadanía.
- Garantía para ser interlocutor y sujeto activo de los procesos de la sociedad.

2.2.1.3. Determinantes de la sensación de satisfacción de vida

Muchos adultos mayores se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a ofrecer y con sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una

nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentales.

Por su parte, los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos, otros factores vienen a ser las enfermedades por falta de nutrientes, es destacable también la importancia de la contención familiar en la vida del adulto mayor, aquellos adultos mayores que mantienen lazos afectivos activos con su familia (casados, con hijos, nietos o sobrinos) viven más años que quienes carecen de red socio-familiar, existe un aumento de la tendencia de éstos a vivir en un hogar independiente de los hijos pero manteniendo estrecho contacto con ellos, rechazando en lo posible la institucionalización en un hogar geriátrico. Otro punto a tener en cuenta es el menor prestigio que tiene el adulto mayor por causa de la modernización (Natalicio, 2005).

2.2.1.4. Principales aspectos para envejecer con calidad

Entender el envejecimiento, como un proceso individual inexorable, que se inicia desde el momento que nacemos y termina con la muerte, se debe pensar que todos envejecemos día a día, que es una etapa ineludible de nuestras vidas, lo importante es llegar a hacer adulto mayor, la última etapa del proceso de envejecimiento, con calidad de vida, es decir, rodeado de condiciones no sólo materiales, sino afectivas, emocionales, que brinden un equilibrio tanto económico como social.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad, eje central de esta investigación, no sólo se compone de aquellos aspectos objetivos, que tienen que ver con un ingreso adecuado para cubrir las necesidades básicas. Sino que, también se relaciona con aquellos aspectos subjetivos, como las percepciones de los adultos mayores, intereses, necesidades de participación, etc.; que apuntan a una vida de calidad y bienestar, tanto físico como social (Ochoa, 2015).

Medidas para mejorar la condición de vida del adulto mayor

La Organización de las Naciones Unidas ha estudiado la situación de las personas de edad, han adoptado medidas de gran importancia tales como: *Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento*: aprobado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, recomienda medidas en sectores, tales como, el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social. Además, se considera a las personas de edad como un grupo de población diverso y activo, con aptitudes diversas y necesidades especiales en algunos casos.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad: fueron aprobados en 1991 y establecían normas universales para las personas de edad en cinco ámbitos principales; Las Naciones Unidas, a partir de sus declaraciones y principios, promueve la incorporación de los derechos de los mayores, como eje clave en la agenda de los gobiernos y sociedades. Estos principios son: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad (Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991 - Resolución 46/91).

2.2.1.5. Planteamiento práctico de intervención: cómo fomentar la autonomía personal y social en los adultos mayores

Toda intervención con mayores ha de ser dirigida desde tres ejes teóricos fundamentales:

Envejecimiento activo

Es una perspectiva teórico-práctica que trata de que las personas adultas mayores puedan desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su vida y participar en todos los ámbitos de la sociedad, de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles al mismo tiempo protección, seguridad y cuidados cuando lo necesiten. Así, La OMS (años 90) define Envejecimiento Activo para incorporar la perspectiva integral a la vejez y reconocer los derechos de los adultos mayores.

La prevención

Es un conjunto de acciones dirigidas a eliminar los factores de riesgo de aparición de enfermedades o de cualquier tipo de daño en las personas o grupos. Esta perspectiva de intervención hace hincapié en las causas que generan el daño y se realiza a tres niveles: prevención primaria, dirigida a aquellas personas mayores consideradas sanas, por lo que mantienen su autonomía personal para desarrollar su vida sin ningún tipo de ayuda, pero que corren el riesgo de aparición de alguna situación invalidante; prevención secundaria, dirigida a las personas de edad que se encuentran en riesgo de pérdida de su autonomía debido a la aparición de una enfermedad, pérdida de seres queridos o cualquier situación crítica que pueda desarrollar una dependencia mayor; y prevención terciaria, dirigida a los adultos mayores que tienen adquirido un grado de dependencia y necesitan tratamiento para frenar el deterioro y recuperar parte de su autonomía personal (Gómez, 2006).

La educación

Es un proceso de aprendizaje permanente orientado a la mejora de las condiciones de vida. Un proceso que se enmarca dentro de la Educación Permanente, es decir, la educación a lo largo de toda la vida, una educación que explora el saber hacer y el saber ser, que pretende dar claridad, libertad y creatividad, y que persigue la dignidad humana, la defensa de los derechos de la persona como ser autónomo que es capaz de enfrentarse a los avatares de la vida y lucha contra la exclusión, la soledad, el abandono, la inactividad y la dependencia.

A través de la educación se pretende abandonar la visión asistencial que sigue teniendo el adulto mayor como única alternativa de mejora para la tercera edad, incidiendo en la importancia de la responsabilidad personal por parte de los mayores en la defensa de sus derechos. Bajo los tres ejes planteados se ha de planificar una intervención encaminada a potenciar las diversas capacidades de la persona mayor, física, psíquica y social, y lograr, con ello, el mantenimiento, desarrollo o recuperación de su autonomía personal (Gómez, 2006).

Las áreas en las que se ha de trabajar son las siguientes: actividad física, actividades de la vida diaria, aprendizaje y ocio y tiempo libre, acondicionamiento del lugar de residencia y la familia.

Actividad física

El ejercicio físico es una actividad que se desarrolla a lo largo de toda la vida, constituye un derecho de toda persona, el ejercicio físico genera un beneficio a nivel corporal, psicológico y social. Las personas adultas mayores que se mantienen activas tienden a presentar menor deterioro, debido a que el ejercicio físico retrasa los procesos fisiológicos del envejecimiento, produce relajación psíquica, distensión, euforia y confianza en la persona, además, agiliza los procesos del pensamiento y permite el establecimiento de relaciones sociales.

El ejercicio físico ha de ser adecuada a la capacidad funcional del adulto mayor, por lo que a la hora de realizarlo, lo primero es un reconocimiento médico completo y la orientación de la actividad adecuada, de tal forma que la persona participará en un programa en grupo, individual o a través de la fisioterapia (Gómez, 2006).

Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Hay tres actividades fundamentales para la autonomía personal, debido a su valor preventivo y de mantenimiento de la salud, que son la alimentación, la higiene y el cuidado y control sanitario. Los adultos mayores que son autónomos para realizar estas actividades de la vida diaria podrán participar en programas de prevención primaria, sobre el consumo de alimentos, dieta sana y equilibrada y sobre la importancia de la higiene y el control sanitario, por otro lado, aquellas personas que se encuentren en riesgo o hayan adquirido un grado de dependencia que no les permite ser autónomos en su día a día, podrán participar en programas de desarrollo y recuperación, a través de la Terapia Ocupacional, orientada a devolver al adulto mayor la dignidad y autonomía posible valorando la funcionalidad del individuo y del medio en donde reside, mediante el entrenamiento de las actividades de la vida diaria y la adaptación al entorno, para aumentar su calidad de vida (Gómez, 2006).

Aprendizaje y ocio

El ocio es un recurso para aumentar la calidad de vida de conseguir un estado de bienestar físico, mental y social, y tiene tres objetivos: descanso, disfrute y aprendizaje, las tres combinadas complementan el bienestar, unido a estas características, el ocio se define por la no obligatoriedad de la actividad que se quiere realizar, habiendo elegido dicha acción en función de la satisfacción que proporciona, por ello, el ocio requiere una toma de conciencia (Gómez, 2006).

Una situación de ocio requiere la posesión de una determinada cantidad de tiempo libre en el cual, se haga lo que se haga, imperen actitudes como la libre elección y realización de la actividad, el disfrute y la satisfacción de necesidades personales, en el adulto mayor el ocio tiene una función superior a la que tiene en grupos de edades anteriores, para muchas personas mayores tener tiempo libre es un problema y aspiran a llenar ese tiempo como sea, convirtiéndose en una obligación.

Pero el ocio es distinto, es hacer lo que no estás obligado, porque te agrada, porque tiene sentido. El que tiene claro su ocio y lo pone en práctica no desea llenar el tiempo, sino vivirlo. Por eso es importante una educación para el ocio desde edades más jóvenes, con el objetivo de que puedan aprender a utilizar su tiempo libre en desarrollarse y mejorar su calidad de vida (Gómez, 2006).

A través de la planificación de proyectos de ocio y tiempo libre, se pretende que las personas mayores puedan seguir desarrollándose, sentirse útiles, satisfechas y adquieran control sobre su propia vida. Se trata de ofrecer diversas actividades dirigidas a las personas de edad y adaptadas a sus capacidades físicas, psíquicas y sociales, de tal forma que cualquier persona adulta mayor tenga la oportunidad de participar en estas prácticas, desde diversos espacios, como hogares y clubes, centros de día o culturales y centros residenciales (Gómez, 2006).

Acondicionamiento del hogar y ayudas técnicas

Se busca que lo mejor es que el adulto mayor viva el mayor tiempo posible en forma autónoma, socialmente integrado, en su barrio y en su casa si es posible, ya que a

medida que envejece le es cada vez más traumático mudarse. Se trata de que la vivienda se adecue a las necesidades de la persona mayor y no al revés, para garantizar la mayor movilidad, seguridad y comodidad al anciano/a, y de facilitarle las ayudas técnicas necesarias para el mantenimiento y aumento de la actividad. Buscar cualquier opción que mejore la calidad de vida de la persona mayor, y un diagnóstico de sus capacidades, es decir, ver si posee algún tipo de dependencia y el grado de dependencia (Gómez, 2006).

La familia

La familia juega un papel muy importante en la vida de los adultos mayores, ya que son los responsables directos de su seguridad, cuidado y protección. Además, a edades avanzadas, el contacto con amistades se reduce debido a enfermedades o fallecimientos, y la familia suele cobrar más protagonismo en la mayoría de los hogares (Gómez, 2006).

En este sentido, la familia ha de desempeñar un rol que favorezca la autonomía de sus mayores, y no provocar situaciones que vayan generando dependencia, como por ejemplo:

- Ha de tener expectativas positivas sobre la persona mayor, como que puede aprender
- Acondicionar el entorno de la persona mayor para facilitar conductas independientes
- Potenciar la autoestima del familiar mayor a través del refuerzo positivo de frase como “sé que puedes hacerlo”, “venga, vamos a probar lo que puedes hacer. Yo te ayudaré”
- No sobreproteger a la persona mayor, para fomentar que esté activo
- No hacer nada por la persona mayor que ésta pueda hacer por sí misma y ayudarla solo en lo necesario.
- Motivarle a que realice actividades

2.3. Definiciones Básicas

Deterioro: El deterioro cognitivo es toda alteración o pérdida de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados. Este deterioro cognitivo de nuestro cerebro depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual (Jara, 2007).

Envejecimiento: Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS).

Psicología cognitiva: “La psicología cognitiva puede definirse como la rama de la psicología que intenta proporcionar una explicación científica de cómo el cerebro lleva a cabo funciones mentales complejas como la visión, la memoria, el lenguaje y el pensamiento. La psicología cognitiva surgió en una época en la cual los ordenadores comenzaban a causar un gran impacto en la ciencia y, probablemente, era natural que los psicólogos cognitivos establecieran una analogía entre los ordenadores y el cerebro humano” (Parkin, 1999).

Madurez: La madurez es el punto culminante de un proceso de crecimiento y desarrollo, que consiste en la integración de muchas y muy diversas cualidades; y que implica a toda la persona humana, desde lo físico,

lo psicológico y lo espiritual; logrando así una armonía y proporción entre el modo de vivir y la naturaleza humana (Esperanza, 2012).

Demencia: Es el término general para denominar el deterioro cognoscitivo y conductual debido a causas fisiológicas que interfieren con las actividades cotidianas. El deterioro cognoscitivo eleva sus niveles de prevalencia en la edad avanzada y afecta a los adultos. Sin embargo, el deterioro cognoscitivo lo bastante grave para diagnosticarse como demencia no es inevitable (Casillas, 2010).

Percepción: La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los 5 sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo y gusto, los cuales dan una realidad física del entorno. Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo (Rodríguez, 2013).

Bienestar psicológico: El bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo; de hecho, ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como, por ejemplo la satisfacción de necesidades de diversa naturaleza y no de tipo psicológico. El bienestar psicológico trasciende, además, el estado de ánimo; si bien es cierto que tiene elementos reactivos, transitorios, su estabilidad tiene mayor influencia. (Oramas, 2007).

Calidad de vida: El concepto de calidad de vida ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo, primero, el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Oblitas, 2010).

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. Identificación y operacionalización de variables

Variable 1:

Calidad de vida: Estado de bienestar que recibe la influencia de múltiples factores, que serán identificados a través de las siguientes dimensiones e indicadores y medidas por un cuestionario.

Los puntos de corte se han establecido por medio de los percentiles: bajo (menores al 25), medio (menores al 75) y alto (mayores al 75).

Tabla 1.
Indicadores de la Variable Calidad de Vida

Dimensión	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Bienestar material	Estatus económico, empleo, vivienda	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	
Derechos	Derechos humanos, derechos legales	Alto	Ordinal
		Medio	
		Bajo	

Variable 2:

Deterioro cognitivo: Déficit de las funciones mentales superiores que aquejan a un adulto mayor, que serán identificados a través de los indicadores y medidas por el test de Minimental.

Los puntos de corte son: demencia (menores al 12), deterioro (13 al 23), límite (24 al 26) y normal (mayores a 27).

Tabla2.
Indicadores de la Variable Deterioro Cognitivo

DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORIAS	ESCALA
Orientación temporal	Se orienta en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Límite • Deterioro • Demencia 	Ordinal
Orientación espacial	Se orienta en el espacio	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Límite • Deterioro • Demencia 	Ordinal
Fijación-recuerdo Inmediato	Evaluación de la memoria a corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Límite • Deterioro • Demencia 	Ordinal
Atención – Calculo	Logra un análisis, se concentra para simbolizar	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Límite • Deterioro • Demencia 	Ordinal
Recuerdo	Evaluación de la memoria, cuanto logra recordar	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Límite • Deterioro • Demencia 	Ordinal
Lenguaje	Si logra escribir	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Límite • Deterioro • Demencia 	Ordinal

3.2. Tipo y diseño de investigación

3.2.1. Tipo de investigación

La presente investigación según la finalidad es de tipo básico puro, porque busca el mejor conocimiento y comprensión de los fenómenos por investigar que en este caso son la calidad de vida y el deterioro cognitivo, tiene como propósito

enriquecer el conocimiento teórico-científico. Según el nivel de conocimientos alcanzados es de tipo descriptivo – relacional por cuanto se buscara la asociación entre ambas variables

3.2.2. Diseño de investigación

La presente investigación es de diseño no experimental porque el presente trabajo no se manipula variables y se miden los hechos tal como son y es de tipo descriptivo –relacional.

3.3. Ámbito de la investigación

El presente trabajo de investigación, se efectuó en el Centro del Adulto Mayor dirigido por EsSalud que se encuentra en la Calle Alto de Lima N° 1981 y en el hogar de ancianos “San Pedro” ubicado en la Urb. Santa Ana E - 6 del departamento de Tacna.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

El rango de edad de la población son adultos mayores de 60 años, en el asilo los adultos se encontraban en estado de abandono ya que tenían pocas visitas, se tuvo una entrevista con la persona encargada y se habló respecto a la vida de los pacientes antes de llegar al asilo de ancianos de la beneficencia pública, en el centro del adulto mayor se encuentran adultos jubilados o amas de casa, los cuales viven en sus hogares con sus familiares en la mayoría de los casos.

La población estaba compuesta por las personas mayores de 60 años asistentes al Centro del Adulto Mayor dirigido por EsSalud y del Hogar de ancianos “San Pedro” del departamento de Tacna. En el Centro del Adulto Mayor EsSalud la población estuvo conformada por 250 adultos mayores tomando una muestra de 152, en su mayoría eran mujeres, la edad mínima fue 60 y máxima 99, mientras que para el Asilo “San Pedro” la población estuvo conformada por 22 adultos mayores

aplicando a cada uno de ellos, en su mayoría eran mujeres, la edad mínima era de 66 años y la máxima de 103.

Criterios de inclusión y exclusión son:

- Adultos mayores de 60 años
- Adultos mayores de ambos sexos
- Se descartan los casos que no lograron contestar el FUMAT

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado en el CAM según los talleres a los cuales estaban inscritos los adultos mayores, y participaron 152 adultos mayores. Para el Asilo “San Pedro” al tratarse de una población más reducida se decide evaluar toda la población 22 adultos mayores pero siendo solo 18 adultos los que respondieron al test, en total participaron 170 adultos mayores, de los cuales 127 (74.7%) son de sexo femenino y 43 (25.3%) son de sexo masculino. Se excluyeron dos casos menores a los 60 años. La edad mínima fue 60 y la edad máxima 99 años. La media de la edad fue de 74.62 años con una desviación estándar de 6.97 años.

3.5. Técnicas e Instrumentos

Para ambas variables se utilizó la técnica de encuesta tipo examen

- Para el estudio de la calidad de vida se utilizó como instrumento la escala “Fumat” de Miguel A. Verdugo Alonso, Laura E. Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez, edición 2009, tiene como objetivo la evaluación objetiva de la calidad de vida, dirigida para adultos a partir de 18 años, su administración es individual y tiene una duración de 10 minutos aproximadamente. Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los autores realizaron una revisión profunda de la literatura con intención de confirmar o refutar las dimensiones propuestas en el modelo teórico. El proceso de validación lo lleva a cabo Schalok et al. (2005) quien llevo una investigación transcultural en varios países, teniendo como propósito la ratificación de las

dimensiones y los indicadores centrales. El estudio se realizó en cinco grupos geográficos (España, Latino América, Canadá, China y Estados Unidos), los resultados sugieren que la calidad de vida generalmente está agrupada en ocho factores. Por lo que se considera que el instrumento es válido y estable. En los anexos se analizan las propiedades psicométricas del instrumento.

- Para el estudio del nivel de deterioro cognitivo se utilizó el Test cognitivo Mini-Mental Stateexamination (MMSE) o también conocido como el Mini examen del Estado Mental, creado como un instrumento para la evaluación breve del estado mental, siendo el test cognitivo más citado en Medline y con mayor número de versiones idiomáticas (superiores a 70). El MMSE es el test más utilizado para la evaluación cognitiva estandarizada en el ámbito clínico, sobre todo en poblaciones adultos mayores (Llamas-Velasco, Llorente-Ayuso, Contador y Bermejo-Pareja, 2015). Robles (2003) adaptándolo a población peruana, obtuvo una consistencia interna a través del Alfa de Cronbach de 0.62. Concluyendo que el MMSE es una prueba que presenta validez y confiabilidad y que permite identificar la presencia de deterioro cognitivo, por lo cual constituye un instrumento que puede ser utilizado en la práctica clínica así como en estudios epidemiológicos, en la atención de la salud del adulto mayor.

Debe quedar claro desde el principio que el Mini-Mental no es un instrumento diagnóstico por sí solo, sólo con él no puede diagnosticarse deterioro cognitivo; pero sí documenta y objetiva el rendimiento cognoscitivo, de modo que el clínico, al ver una baja puntuación en el test, prosigue su juicio diagnóstico.

3.6. Procedimientos de la investigación

3.6.1. Trabajo de campo

Una vez definido el tema a investigar se procedió con la adquisición de los instrumentos a utilizar. El test Minimental se obtuvo de manera comercial, por medio

de un profesional de Psicología, mientras que la escala Fumat se obtuvo de manera virtual, al estar disponible la investigación.

Establecidas las escalas de medición, se procedió a llevar a cabo la coordinación respectiva en los dos lugares, en el CAM (Centro del Adulto Mayor de Essalud) para lo cual se digitalizo un documento dirigido al gerente de Essalud, para poder obtener el permiso a aplicar las encuestas pre- establecidas y en el asilo de ancianos de la beneficencia pública de Tacna me dirigí a la gerente para realizar mis practicas pre – profesionales II donde se realizó la aplicación de igual manera.

Las encuestas se realizaron en papel, utilizando 170 ejemplares de la escala Fumat y del test Minimental. El trabajo de campo se realizó durante los meses de marzo a setiembre del año 2014.

3.6.2. Procesamiento y análisis de la información

Los datos recolectados se han digitalizado al software estadístico para ciencias sociales SPSS en su versión 22. Inicialmente, se utiliza la estadística descriptiva para la elaboración y presentación de los resultados, además se emplea la estadística inferencial para poner a prueba la hipótesis de la investigación, para lo cual se aplican las siguientes pruebas:

- Prueba estadística Chi-Cuadrado de Independencia que opera con dos variables categóricas para encontrar una relación de dependencia entre estas. Se utiliza para comprobar la hipótesis general de la investigación, sobre la existencia de la relación entre las variables.
- V de Cramer, que es una prueba adicional al Chi Cuadrado de independencia, que permite identificar la magnitud o intensidad de la relación entre dos variables categóricas, este índice puede adquirir valores entre el 0 y el 1, mientras más cerca al 1 significa que la relación es más fuerte.
- Prueba t para muestras independientes es una prueba para hallar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tiene por característica definitoria el solamente trabajar con variables que tengan dos categoría, en los resultados se utiliza para comparar el sexo (masculino y femenino) y el lugar de aplicación (CAM y Asilo “San Pedro”).

- Anova es una prueba paramétrica, se utiliza como una prueba de diferencia de medias, en este caso si se puede trabajar con variables que tengan más de tres categorías, en los resultados se emplea para comparar los grupos según la edad recodificada (Menos de 70 años, entre 71 y 80 años y mayores a 81 años).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Presentación de resultados

A continuación se presentan los resultados encontrados para el presente estudio. Se muestra, en primer lugar a través de la estadística descriptiva los hallazgos obtenidos de los instrumentos psicológicos empleados. Se presentan acorde al sexo, a la edad y al lugar de aplicación (Centro del Adulto Mayor Essalud o el Asilo San Pedro de Tacna).

Posteriormente se procede a la utilización de la estadística inferencial para responder a las preguntas de la investigación, comenzando desde la variable calidad de vida, seguida por el deterioro cognitivo y posteriormente la comparación y relación.

4.1.1. Resultados sobre el nivel de calidad de vida

Tabla 3
Frecuencias y porcentajes para la variable Calidad de Vida

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	8.9
Medio	43	25.6
Alto	110	65.5

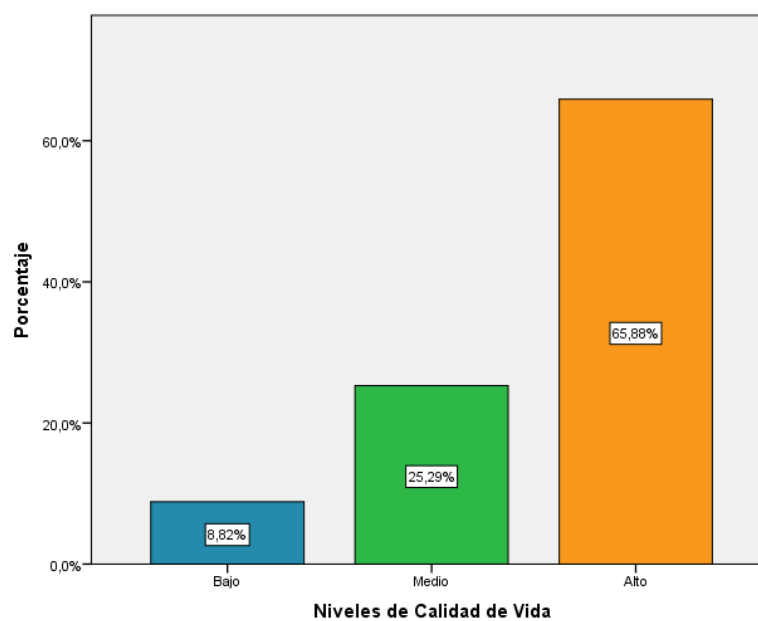


Figura 1. *Niveles de calidad de vida*

La Figura 1 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en el Índice Total de Calidad de Vida, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Alto (65.5%), seguido por el nivel medio 25.6% y 8.9% están en el nivel bajo.

Tabla 4
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Bienestar Emocional

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	8.3
Medio	129	76.8
Alto	25	14.9

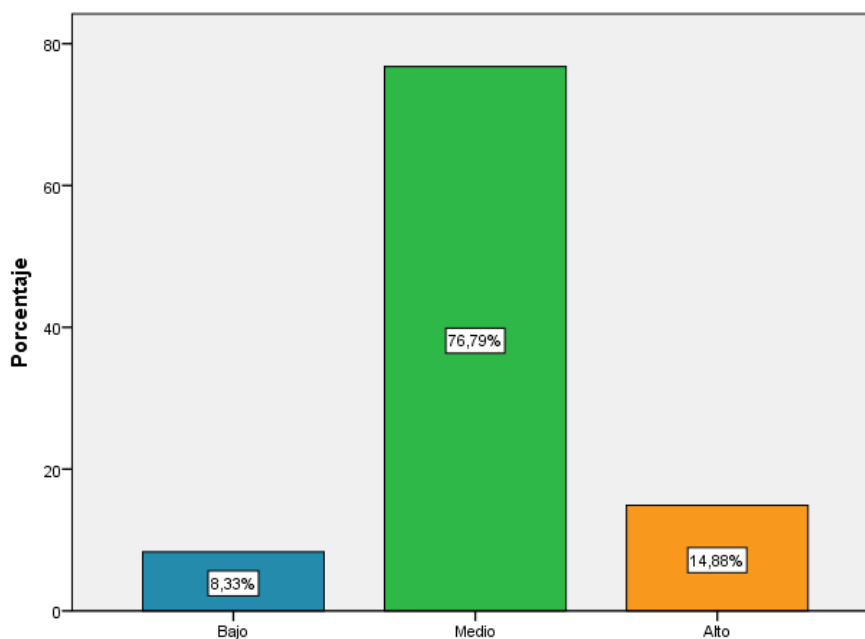


Figura 2. *Niveles de la dimensión Bienestar Emocional*

La Figura 2 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Bienestar Emocional, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Medio (76.8%), seguido por el nivel Alto 14.9% y 8.3% están en el nivel bajo.

Tabla 5
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Relaciones Interpersonales

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	8.9
Medio	126	75.0
Alto	27	16.1

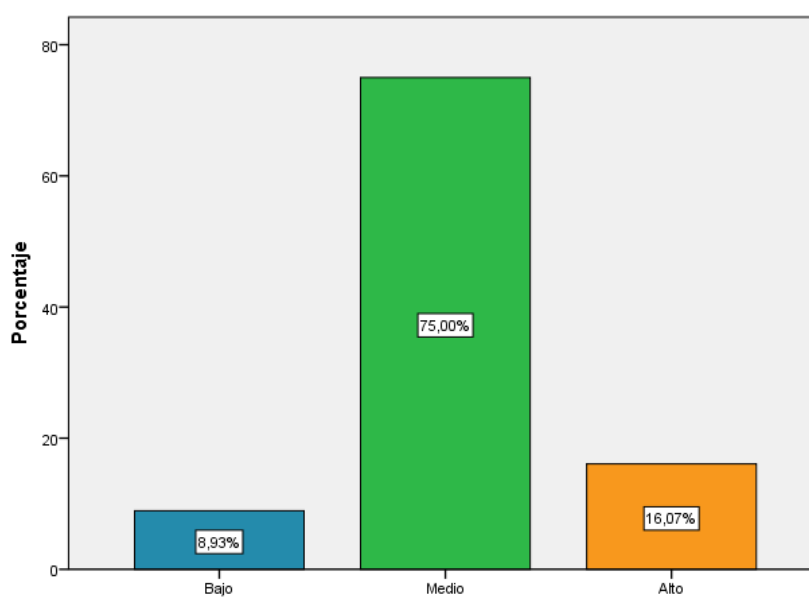


Figura 3. *Niveles de la dimensión Relaciones Interpersonales*

La Figura 3 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Relaciones Interpersonales, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Medio (75.0%), seguido por el nivel Alto 16.1% y 8.9% están en el nivel bajo.

Tabla 6
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Bienestar Material

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	80	47.6
Medio	88	52.4
Alto	0	0

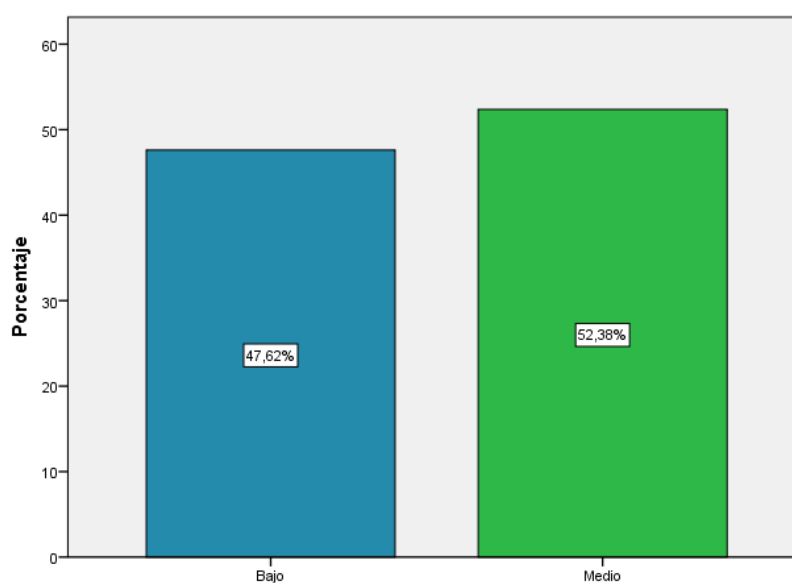


Figura 4. *Niveles de la dimensión Bienestar Material*

La Figura 4 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Bienestar Material, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Medio (52.4%) y el resto 47.6% están en el nivel bajo.

Tabla 7
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Desarrollo Personal

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	7.7
Medio	43	25.6
Alto	112	66.7

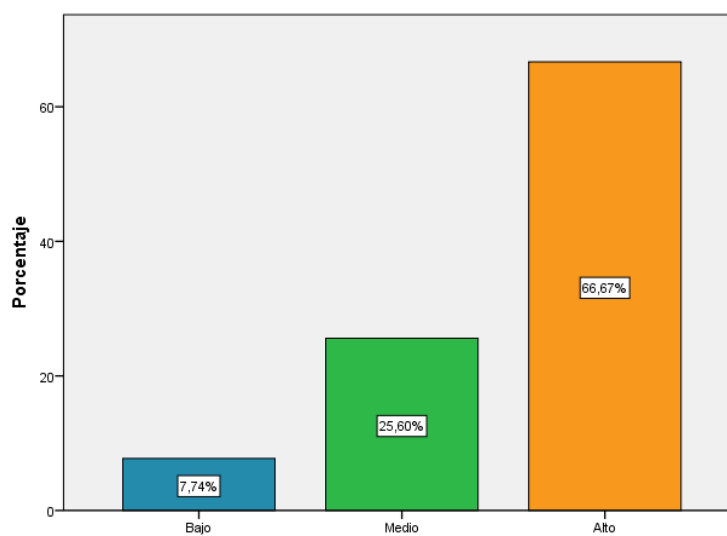


Figura 5. *Niveles de la dimensión Desarrollo Personal*

La Figura 5 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Desarrollo Personal, la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Alto (66.7%), seguido por el nivel Medio 25.6% y el resto 7.7% están en el nivel bajo.

Tabla 8
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Bienestar Físico

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	8.9
Medio	86	51.2
Alto	67	39.9

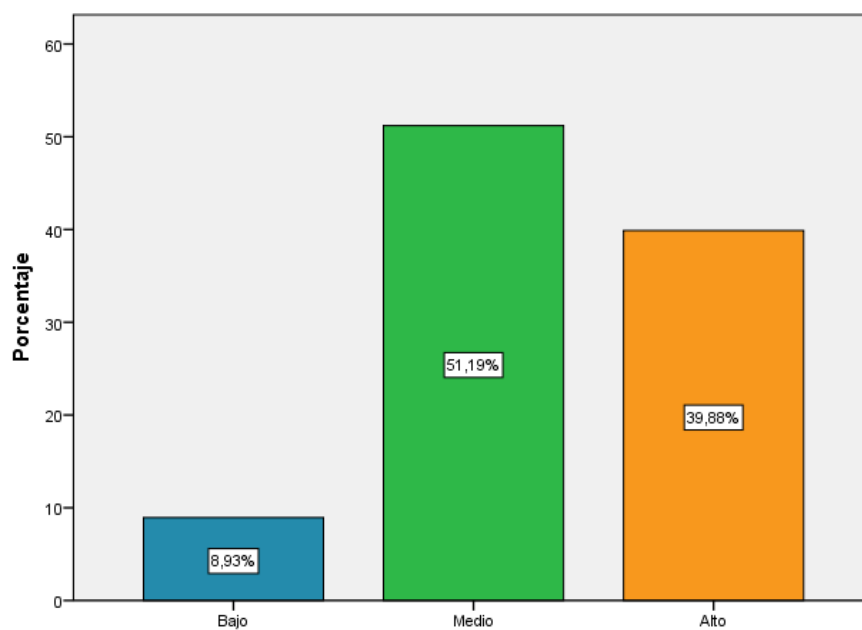


Figura 6. *Niveles de la dimensión Bienestar Físico*

La Figura 6 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Bienestar Físico, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Medio (51.2%), seguido por el nivel Alto 39.9% y el resto 8.9% están en el nivel bajo.

Tabla 9
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Autodeterminación

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	7.7
Medio	24	14.3
Alto	131	78.0

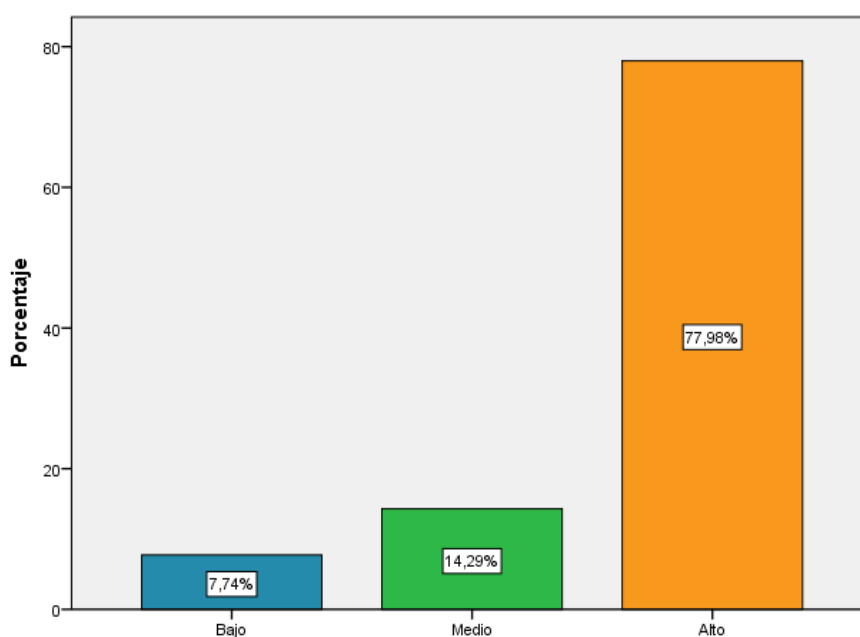


Figura 7. *Niveles de la dimensión Autodeterminación*

La Figura 7 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Autodeterminación, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Alto (78.0%), seguido por el nivel Medio 14.3% y el resto 7.7% están en el nivel bajo.

Tabla 10
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Inclusión Social

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	8.9
Medio	58	34.5
Alto	95	56.5

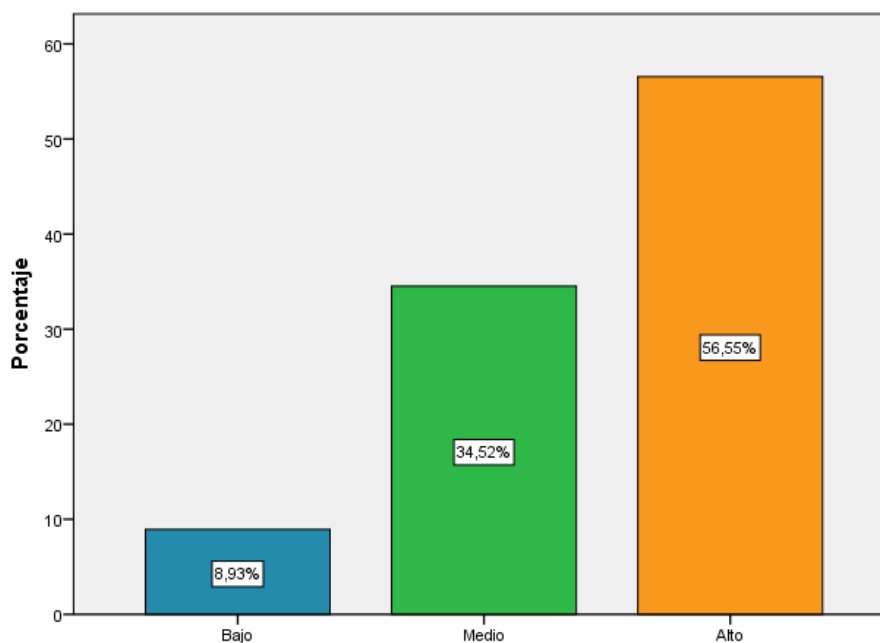


Figura 8. *Niveles de la dimensión Inclusión Social*

La Figura 8 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Inclusión Social, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Alto (56.5%), seguido por el nivel Medio 34.5% y el resto 8.9% están en el nivel bajo.

Tabla 11
Frecuencias y porcentajes para la dimensión Derechos

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	7.1
Medio	70	41.7
Alto	86	51.2

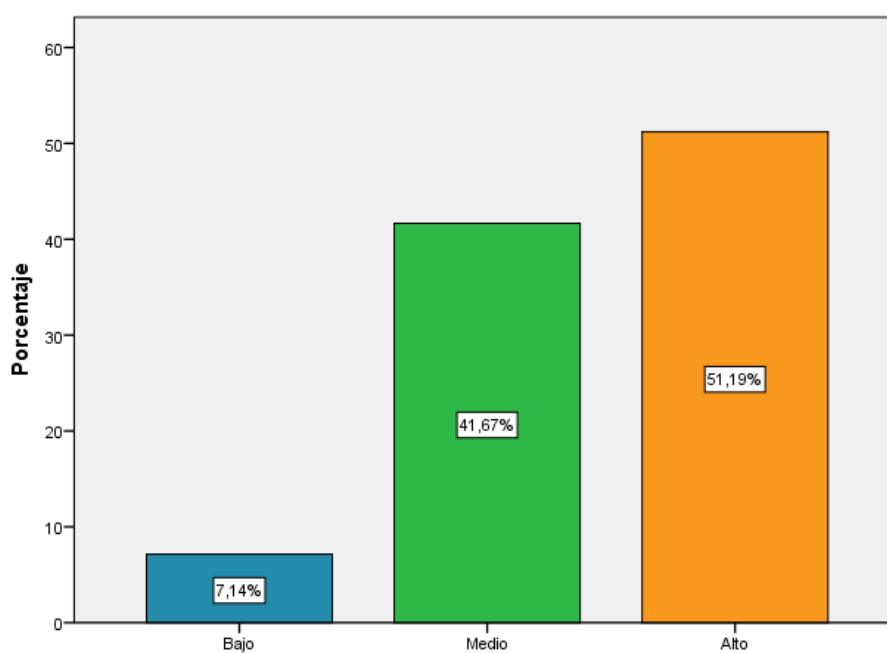


Figura 9. *Niveles de la dimensión Derechos*

La Figura 9 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas en la dimensión Derechos, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Alto (51.2%), seguido por el nivel Medio 41.7% y el resto 7.1% están en el nivel bajo.

4.1.2. Resultados sobre el nivel de deterioro cognitivo

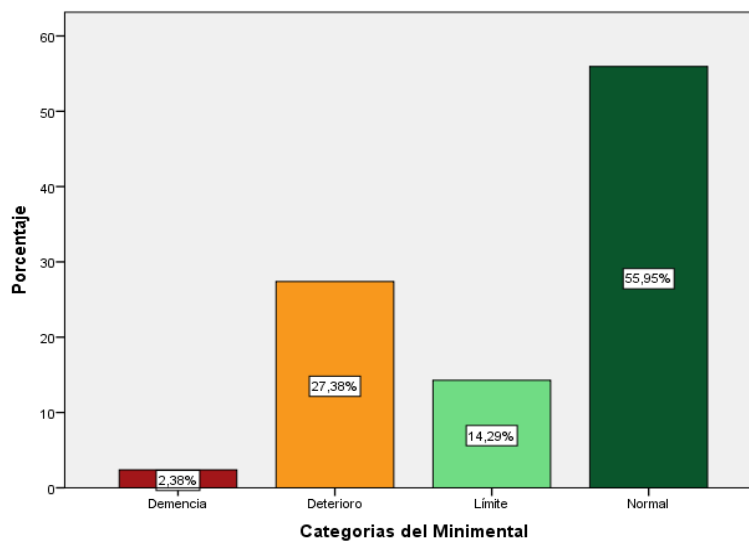


Figura 10: *Niveles de la categoría del Minimental*

La Figura 10 muestra la categorización de las puntuaciones obtenidas sobre el deterioro cognitivo, en general la mayor parte de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad (55.95%), mientras que un 2.36% se ubica dentro de la categoría de demencia, el resto de participantes se encuentra en el límite de la normalidad con deterioro (14.29%) y 27.38% se encuentra con signos de deterioro cognitivo.

Al analizar los resultados del Minimental en la muestra de adultos mayores ($n=168$) se obtuvo una media de 25.61 puntos y una desviación estándar de 4.77 puntos. Las puntuaciones tienen un rango de 23 puntos, teniendo 7 como valor mínimo y 30 como valor máximo.

Cabe mencionar que el instrumento utilizado presenta puntuaciones inversas, esto quiere decir que puntajes más altos representan la normalidad de los casos y puntajes menores significan la presencia de deterioro y demencias.

4.1.3. Resultados comparativos entre los niveles de calidad de vida y deterioro cognitivo por lugar de aplicaciones

Tabla 12

Estadísticos descriptivos del Minimental divididos según el sexo, la edad y el lugar de aplicación

Variables	Categorías	Media	DE	Estadísticos	
				Pruebas de comparación de medias	
Sexo	Masculino (n=43)	23.95	5.74	t = -2.68 (p <0.01)	
	Femenino (n=125)	26.18	4.26		
MMSE	Menores de 70 años (n=53)	27.42	3.02	F = 30.32 (p <0.01)	
	De 71 a 80 años (n=82)	26.41	4.19		
	De 81 a más años (n=33)	20.70	5.26		
Lugar de aplicación	CAM (n=150)	26.61	3.38	t = -9.83 (p <0.01)	
	San Pedro (n= 18)	17.28	6.42		

La Tabla 12 muestra los estadísticos de los puntajes del MMSE según las categorías de las variables Sexo, Edad y Lugar de aplicación. Adicionalmente se realizan pruebas de comparación de medias entre los grupos, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las variables consideradas.

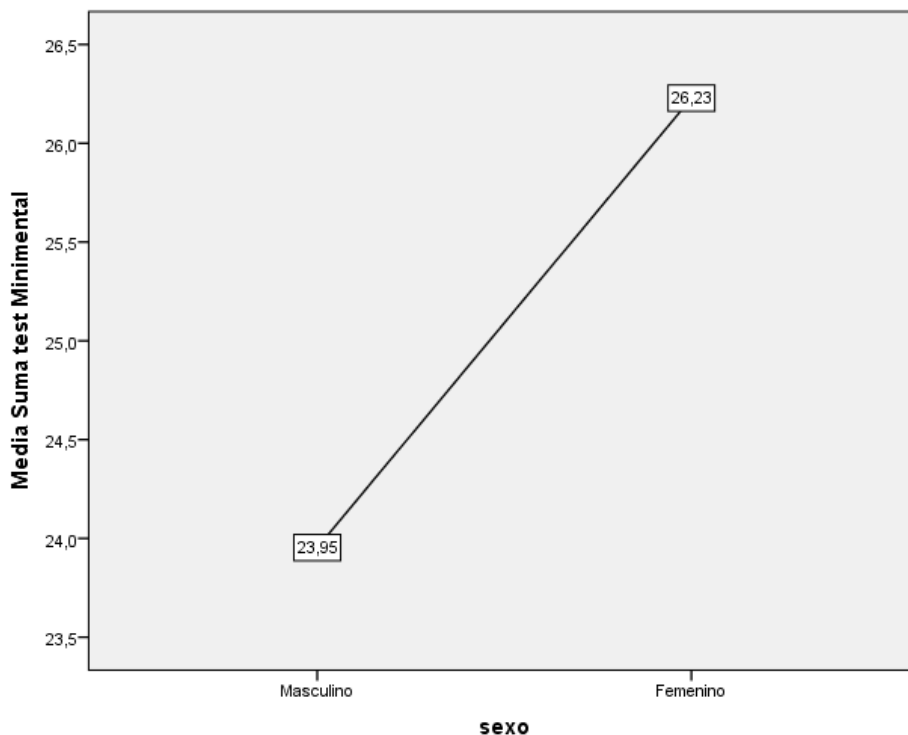


Figura 11. Gráfico de líneas para los puntajes del MMSE y el sexo

Una prueba t para muestras independientes se realizó para hallar evidencia de diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres. La prueba fue estadísticamente significativa ($t = -2.68$, $p < 0.01$), por lo que con un 99% de confianza se puede afirmar que las mujeres presentan en promedio puntuaciones mayores en comparación con los varones, lo que significa que los varones presentan mayor deterioro cognitivo que las mujeres participantes del estudio. La Figura 11 muestra las medias del MMSE en los grupos.

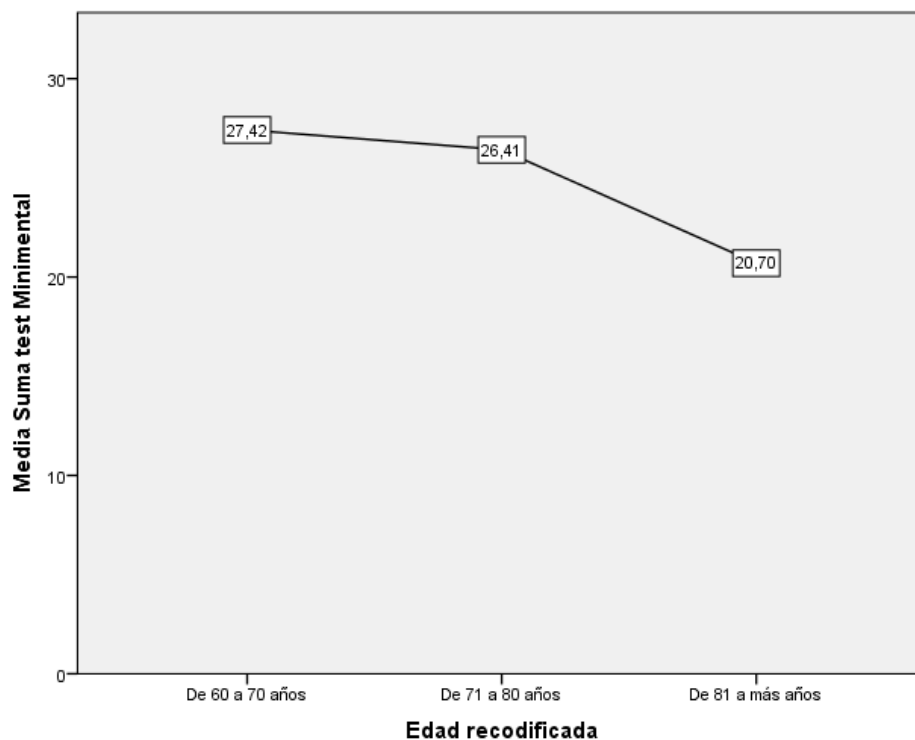


Figura 12. Gráfico de líneas para los puntajes del MMSE y la edad recodificada

Un análisis de varianza de un factor se realizó para evaluar la relación entre la edad recodificada y el puntaje en el MMSE. La variable edad recodificada está dividida en tres grupos según: menores a 70 años, de 71 a 80 años y mayores a 81 años. El ANOVA fue significativo $F=30.32$ ($p < 0.01$), por lo que con un 99% de confianza se puede afirmar que existen diferencias entre los grupos según la edad, se observa que los participantes de mayor edad fueron aquellos que presentaron menores puntajes, lo que significa que presentan en promedio mayor deterioro que aquellas personas con menor edad, específicamente el grupo de 81 años a más presentaron diferencias estadísticamente significativas con los grupos menores. La Figura 12 muestra las medias del MMSE en los grupos.

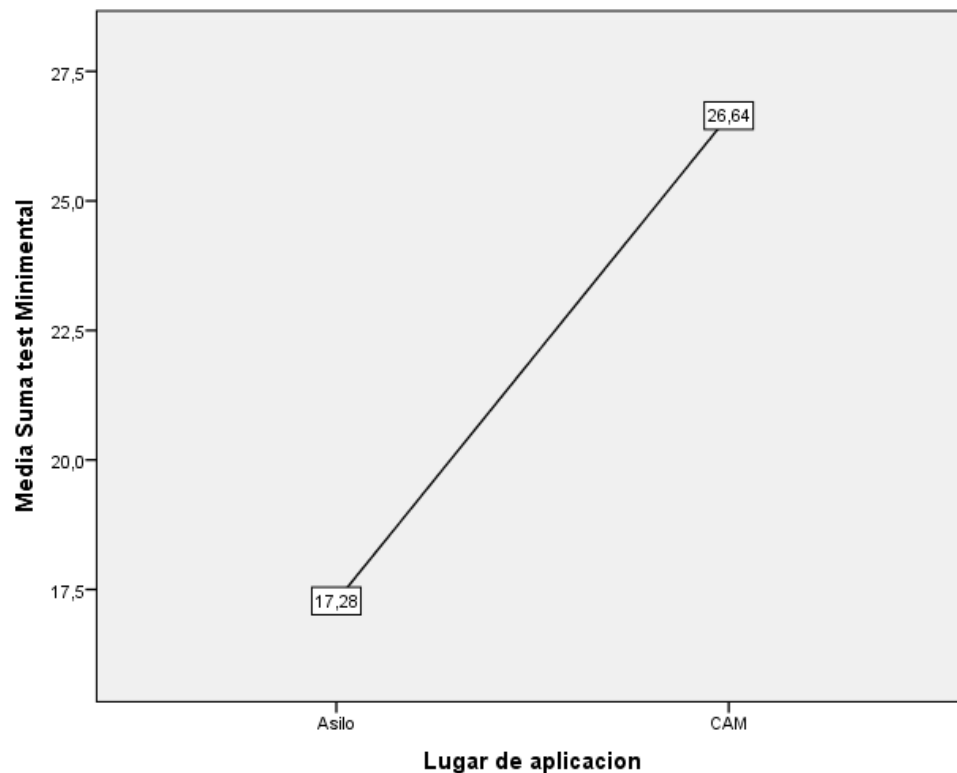


Figura 13. Gráfico de líneas para los puntajes del MMSE y lugar de aplicación

Una prueba t para muestras independientes se realizó para hallar evidencia de diferencias estadísticamente significativas entre los participantes según el lugar de aplicación del instrumento. La prueba fue estadísticamente significativa ($t = -9.83$, $p < 0.01$), por lo que con un 99% de confianza se puede afirmar los adultos mayores del Hogar Asilo San Pedro presentaron menores puntajes que las personas del CAM, esto significa que los primeros presentan mayor deterioro cognitivo en promedio que los últimos. La Figura 13 muestra las medias del MMSE en los grupos.

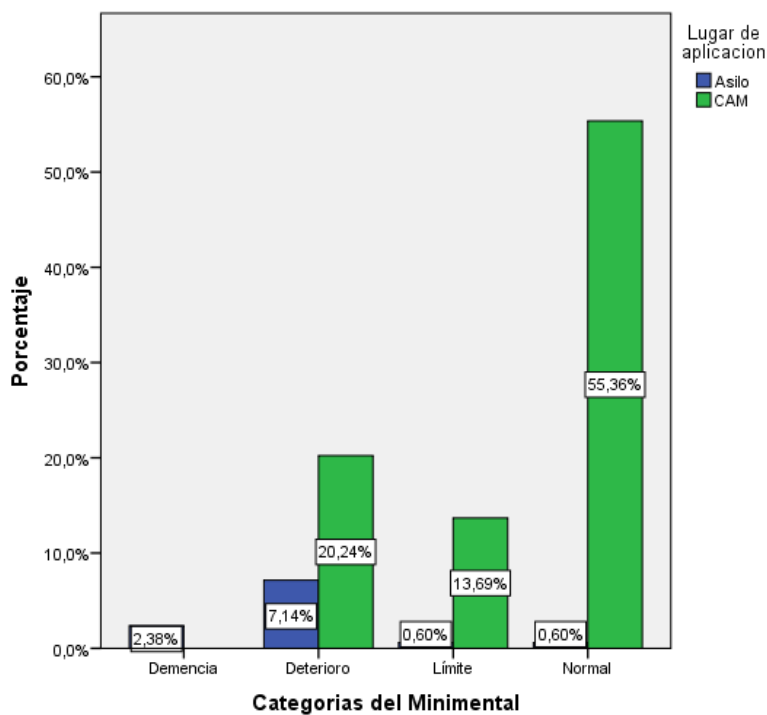


Figura 14. *Categorías del Minimental según el lugar de aplicación*

En comparación según las categorías obtenidas del Minimental de los adultos mayores del Asilo y del CAM, se muestran en la Figura 14, los casos de demencia y deterioro cognitivo se encuentran mayormente en el Asilo, mientras que el grupo perteneciente al CAM presenta en su mayoría parámetros de normalidad.

Tabla 13.

Medias y desviaciones estándar de las dimensiones de calidad de vida divididos según sexo, edad y lugar de aplicación

		Sexo		Menores de 70 años (n=53)	Edad		Lugar	
		Masculino (n=43)	Femenino (n=125)		De 71 a 80 años (n=82)	De 81 a más años (n=33)	CAM (n=150)	San Pedro (n=18)
Bienestar emocional	Media	10.65	11.51	11.72	11.43	10.27	11.80	7.06
	DE	2.53	1.71	1.15	1.86	2.85	1.07	2.67
	Prueba t/ANOVA	-2.52 (p=0.01)		6.27 (p<0.01)		-14.39 (p<0.01)		
Relaciones interpersonales	Media	10.42	11.20	11.44	11.18	9.91	11.55	6.39
	DE	2.93	1.76	1.18	2.13	2.91	1.11	2.97
	Prueba t/ANOVA	-2.15 (p=0.03)		6.11 (p<0.01)		-14.65 (p<0.01)		
Bienestar Material	Media	7.09	8.27	8.23	8.26	6.85	8.63	2.50
	DE	3.54	2.47	2.45	2.65	3.52	1.94	3.11
	Prueba t/ANOVA	-2.40 (p=0.02)		3.35 (p=0.04)		-11.74 (p<0.01)		
Desarrollo personal	Media	11.65	12.42	12.47	12.38	11.42	12.76	7.72
	DE	2.50	1.69	1.32	1.78	2.86	1.00	2.14
	Prueba t/ANOVA	-2.29 (p=0.02)		3.69 (p=0.03)		-17.32 (p<0.01)		
Bienestar físico	Media	10.86	11.62	11.96	11.51	10.33	12.00	6.61
	DE	2.97	2.03	1.24	2.17	3.46	1.26	3.40
	Prueba t/ANOVA	-1.90 (p=0.06)		5.62 (p<0.01)		-13.45 (p<0.01)		
Autodeterminación	Media	12.26	12.90	13.16	12.80	11.85	13.30	8.00
	DE	2.71	1.64	1.09	1.90	2.86	0.93	2.06
	Prueba t/ANOVA	-1.86 (p=0.06)		4.93 (p=0.01)		-19.39 (p<0.01)		
Inclusión social	Media	11.23	12.26	12.47	12.15	10.88	12.61	6.89
	DE	2.89	1.79	0.97	2.06	3.24	0.95	2.68
	Prueba t/ANOVA	-2.79 (p=0.01)		6.45 (p<0.01)		-18.49 (p<0.01)		
Derechos	Media	11.63	12.17	12.32	12.04	11.55	12.49	8.22
	DE	2.38	1.56	1.30	1.81	2.40	1.18	1.70
	Prueba t/ANOVA	-1.75 (p=0.08)		2.05 (p=0,13)		-13.85 (p<0.01)		

Una prueba t para muestras independientes se realizó, para hallar evidencia de diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres. La prueba fue estadísticamente significativa ($t = -2.68$, $p < 0.01$), por lo que con un 99% de confianza se puede afirmar que las mujeres presentan en promedio puntuaciones

mayores en comparación con los varones, lo que significa que los varones presentan menor calidad de vida que las mujeres participantes del estudio. Se observa que existen diferencias entre los grupos según la edad, se observa que participantes de mayor edad fueron aquellos que presentaron menores puntajes, lo que significa que presentan en promedio menor calidad de vida, el grupo de 81 años a más presentaron diferencias estadísticamente significativa con los grupos menores. Según el lugar de aplicación se observa que los adultos mayores del Asilo San Pedro presentaron menores puntajes que las personas del CAM, esto significa que los primeros presentan una menor calidad de vida en promedio que los últimos.

4.1.4. Resultados de la relación entre el nivel de calidad de vida y deterioro cognitivo

Tabla 14.

Tabla de contingencia para los niveles de calidad de vida y deterioro cognitivo

		Minimental						Total	
		Deterioro		Límite		Normal		F	%
Calidad de vida	Bajo	F	%	F	%	F	%	F	%
		10	21.7	1	4.2	0	0.0	11	6.7
	Medio	9	19.6	7	29.2	27	28.7	43	26.2
	Alto	27	58.7	16	66.7	67	71.3	110	67.1
	Total	46	100.0	24	100.0	94	100.0	164	100.0

$$X^2 = 23.84 (p < 0.01)$$

Para dar respuesta al problema de investigación sobre la existencia de relación entre las variables Calidad de Vida y Deterioro cognitivo se ha utilizado la prueba estadística Chi-cuadrado de Independencia. Se decide eliminar del procedimiento aquellos casos que fueron categorizados dentro del grupo de demencia, esto debido a dos motivos: el primero radica en que el paciente demente no puede contestar de forma adecuada a las preguntas de un cuestionario, y la segunda es el tamaño del grupo (n=4). La Tabla 14 presenta una partición cruzada, donde se puede observar que existe deterioro cognitivo y una baja calidad de vida F (10), al igual se observa una puntuación mayor F (67) al cruce de una calidad de vida alta y no presenciando deterioro cognitivo, siendo este normal.

Se encontró un valor de Chi-cuadrado de 23.84 (p<0.01), evidenciando la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables. Lo que puede significar que las personas con niveles de calidad de vida medio y altos presentan valores normales en el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Adicionalmente se aplica la prueba estadística V de Cramer para hallar la magnitud de la relación de las variables. El valor encontrado fue 0.27 (p<0.01), lo que significa una relación de nivel bajo entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo, lo que podría ser producto de otras variables latentes que influyan con

mayor grado en esta relación, tal como la edad y el grado de instrucción que posean los adultos mayores.

4.2. Contrastación de Hipótesis

A lo largo de la presente investigación, con la información expuesta y la información estadística presentada en los anteriores capítulos y de las encuestas o cuestionarios aplicados en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) y del asilo de ancianos, cuyos modelos aplicados se adjuntan como anexos; se ha podido demostrar las hipótesis planteadas.

4.2.1. Contrastación de la Hipótesis Específica 1

H1: El nivel de calidad de vida de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública de Tacna 2014 es medio.

El análisis de los resultados de la escala Fumat, a los adultos mayores, (Tabla 3), muestran que en general la mayor parte de los participantes se encuentra en el nivel Alto (65.5%), seguido por el nivel medio 25.6% no comprobándose la hipótesis específica 1, sin embargo existe una presencia significativa (25.6%) de calidad de vida media.

4.2.2. Contrastación de la Hipótesis Específica 2

H2: El nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública de Tacna 2014 es mayormente normal.

El análisis de los resultados del test Minimental a los adultos mayores, como se observa en la (Figura 10), los resultados corroboran la hipótesis del estudio donde

la normalidad presenta el porcentaje más alto. En general la mayor parte de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de deterioro normal (55.95%), comprobándose la hipótesis específica 2.

4.2.3. Contrastación de la Hipótesis Específica 3

H3: Las medias de calidad de vida y de deterioro cognitivo en el adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública de Tacna 2014 comparativamente son diferentes.

El análisis de los resultados de la escala Fumat y el test Minimental a los adultos mayores, (Tabla 12 y 13), los casos de demencia y deterioro cognitivo se encuentran mayormente en el Asilo, mientras que el grupo perteneciente al CAM presenta en su mayoría parámetros de normalidad. Se encontraron diferencias significativas en las variables sexo, edad y principalmente por lugar de aplicación. Comprobándose la hipótesis específica 3.

4.2.4. Contrastación de la Hipótesis Específica 4

H4: El grado de relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en los adultos mayores del centro del adulto mayor EsSalud y Hogar de ancianos “San Pedro” de la Beneficencia Pública de Tacna 2014 es alto y significativo

El análisis de los resultados de la escala Fumat y el test Minimental a los adultos mayores, (la Tabla 13) presenta una partición cruzada entre las variables, se aplica la prueba estadística V de Cramer para hallar la magnitud de la relación de las variables. El valor encontrado fue 0.27 ($p < 0.01$), lo que significa una relación de nivel bajo entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo. Comprobándose la relación significativa aunque baja entre las variables.

4.2.5. Contrastación de la Hipótesis General

Habiéndose comprobado las hipótesis específicas 2,3 y 4 en cuanto a la relación significativa entre las variables, entonces se comprueba la hipótesis general de investigación.

4.3. Discusión

La presente investigación examinó la relación entre la calidad de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores participantes en dos instituciones: Centro del Adulto Mayor y el Asilo San Pedro. El principal hallazgo evidenció la existencia de dicha relación entre las variables. El resultado apoya la hipótesis, siendo consistente con otras investigaciones, una de ellas realizada por Hernández, Avilés, Castillo, (2008), donde se estudiaron 140 pacientes, con un promedio de edad de 74.2 años. La frecuencia de deterioro cognitivo fue de 12.1%, asociándose con la edad, el nivel de escolaridad y la actividad laboral. Para todas las dimensiones del Perfil de salud de Nottingham, se encontró relación entre la presencia de deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida. Llegando a la conclusión que la frecuencia de deterioro cognitivo leve fue similar a lo reportado por otros autores. En lo relativo al género no se encontró diferencias significativas, teniéndose una mayor prevalencia en los hombres, contrario a lo reportado en la mayoría de los estudios, al igual que la presente investigación.

Al observar las puntuaciones obtenidas sobre el deterioro cognitivo, en general la mayor parte de la muestra se encuentra dentro de los parámetros de la normalidad (55.95%), mientras que un 2.36% se ubica dentro de la categoría de demencia, el resto de participantes se encuentra en el límite de la normalidad con deterioro (14.29%) y 27.38% presenta signos de deterioro cognitivo. Se evidencia en nuestro estudio que los adultos mayores del Asilo San Pedro presentaron menores puntajes que la personas del CAM, esto significa que los primeros presentan mayor deterioro cognitivo en promedio que los últimos, esto debido a que los adultos mayores del CAM son personas activas que realizan diversos talleres, viven con familiares, tienen estudios, sociabilizan y es por eso que se encuentran dentro los

parámetros de normalidad en el deterioro cognitivo de acuerdo a su edad, siendo la mayor parte del asilo la que se encuentra dentro del porcentaje de demencia y deterioro cognitivo.

Por otro lado, en relación a las variables sociodemográficas se encontró que, según la variable sexo, como sucede en muchos estudios las mujeres tienen una mejor calidad de vida. Incluso para Mora et al. (2004), ello no se debe a la edad, sino a la variable misma porque en todas las etapas es similar. La diferencia con este estudio es que los resultados divididos según el sexo, la edad y el lugar de aplicación se observa que según el sexo las mujeres presentan medias ligeramente mayores que los varones en todas las dimensiones de calidad de vida. Con respecto a la edad, a mayor edad la calidad de vida (dimensiones) disminuyen los valores de la media y la desviación se incrementa, esto se puede interpretar como que existen mayores diferencias en las opiniones sobre su calidad de vida. Existen investigaciones de los adultos mayores en Perú, se encuentra que los resultados de la investigación realizada en adultos mayores en Arequipa muestran una clara asociación entre deterioro cognitivo y la edad indicando que a mayor edad menor puntuación en la prueba aplicada, también asocian el nivel educativo con el deterioro cognitivo, donde se observa que la población analfabeta obtiene bajas puntuaciones. (Abarca et al., 2008)

Se observa la tendencia según la edad de los participantes del estudio, a mayor edad las medias de los puntajes disminuyen lo que significa que presentan en promedio menor puntaje en el test de Minimental, es decir mayor deterioro cognitivo. Casanova (2004) menciona que el deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad

De acuerdo a Fernández-Ballesteros, Zamarrón & Macía (1996), cabe la posibilidad de que con el transcurso del tiempo, la monotonía en la vida del adulto mayor aumenta, lo cual conlleva a que se reduzcan sus expectativas sobre la misma y se genere mayor depresión o angustia, de este modo, el adulto mayor albergado podría pensar que tiene menos roles que desempeñar y actividades que realizar como se ve en los resultados de los adultos mayores del asilo quienes tienen una calidad de

vida mucho más sedentario, evidenciando en la presente investigación valores menores en comparación al CAM en todas las dimensiones.

En los resultados de las puntuaciones obtenidas en el Índice Total de Calidad de Vida, en general la mayor parte de la muestra se encuentra en el nivel Alto 65.5%, seguido por el nivel medio 25.6% y 8.9% están en el nivel bajo. Actualmente el concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, trabajo, educación, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, en términos generales puede ser definido como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo. La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación de estas por parte del individuo.

En este estudio la tendencia en todos los grupos fue la de tener los porcentajes más bajos en la dimensión bienestar material, y en el indicador autodeterminación es donde han presentado mayores valores. Respecto al primero (bienestar material), que mide las relaciones con la comunidad; ingresos, economía; posesiones, pertenencias; servicios comunitarios; vivienda, lo que significa que los adultos mayores participantes tienen menor bienestar material a comparación de las otras dimensiones, considerando esto ya que los adultos mayores del asilo no presentan una vivienda, economía y son pocas sus relaciones con la comunidad a diferencia de los adultos mayores del CAM referían que si bien muchos de ellos vivían con sus familiares y dependían de ellos económicamente no se encontraban satisfecho con eso; respecto al indicador (autodeterminación) que mide la autonomía; decisiones; elecciones; metas y preferencias personales los adultos mayores consideran que pueden valerse por sí mismo para tomar sus propias decisiones, esto se ve mayor reflejado en el CAM que en el asilo.

Si bien las personas con niveles altos de calidad de vida presenten un menor deterioro cognitivo, como vemos en el presente estudio la relación es estadísticamente significativa pero tiene una baja magnitud, se halló una baja relación probablemente a los lugares de aplicación. El CAM cuenta con una mejor calidad de vida en comparación con los adultos del asilo San Pedro. No solo es el único factor para presentar deterioro cognitivo en la edad adulta es la calidad de vida, también se puede dar el deterioro cognitivo asociado con la edad que describe una

declinación en la memoria sin otra causa que lo explique, se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad, otro factor serían las enfermedades en la edad adulta como el abuso de alcohol o drogas, ciertas deficiencias de vitaminas, efectos secundarios de los medicamentos, infecciones o demencias. Si bien un factor es la educación que está dentro de lo que es calidad de vida para un mayor deterioro cognitivo, Escobar et al. (2013) realizaron una investigación de la relación del deterioro cognitivo leve y las siguientes variables: edad, procedencia, estado civil, nivel educativo y género. En esta investigación el principal hallazgo es el trabajo, la relación significativa entre el grado de instrucción y el deterioro cognitivo leve. Las personas que tienen niveles altos de instrucción tienen mayor preferencia por realizar actividades cognitivamente estimulantes, como la lectura, la escritura y otros juegos. Por otro lado diversos estudios mencionan que la actividad mental ayuda a la adquisición de la reserva neuronal y reserva cognitiva, lo que previene los estragos de la muerte neuronal ya sea por envejecimiento normal, por deterioro cognitivo leve y por demencias.

En conclusión, se encontró evidencia de una relación entre variables de calidad de vida y deterioro cognitivo en una muestra vulnerable y poco estudiada como es el de los adultos mayores residentes en un asilo de ancianos y en un centro del adulto mayor. Evidenciando la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables. Lo que puede significar que las personas con niveles de calidad de vida medio y altos presentan valores normales en el deterioro cognitivo en los adultos mayores. Lo que se consideró que se podría mejorar es el soporte social y la redefinición de la condición de estar en un asilo de ancianos, para ello se requiere plantear estrategias, siendo imprescindible el apoyo de la familia, del personal, de ellos mismos e incluso del gobierno.

CONCLUSIONES

1. Las puntuaciones obtenidas en el Índice Total de Calidad de Vida, se encuentra la mayor parte en el nivel Alto (65.5%), seguido por el nivel medio 25.6% y 8.9% están en el nivel bajo.
2. Los niveles en las puntuaciones obtenidas sobre el deterioro cognitivo, se encuentra la mayor parte dentro de los parámetros de la normalidad (55.95%), mientras que un 2.36% se ubica dentro de la categoría de demencia, el resto de participantes está en el límite de la normalidad con deterioro (14.29%) y 27.38% presenta signos de deterioro cognitivo.
3. Se afirma que comparando según el lugar de aplicación los adultos mayores del asilo San Pedro presentaron menores puntajes que las personas del Centro del Adulto Mayor (CAM), es decir los primeros presentan mayor deterioro cognitivo que los últimos.
4. Comparando según el lugar de aplicación de los adultos mayores del asilo San Pedro y el Centro del Adulto Mayor (CAM) según las dimensiones de calidad de vida, los adultos mayores del CAM presentan una mejor calidad de vida que los del asilo.
5. Se comprueba la relación estadísticamente significativa entre las variables calidad de vida y deterioro cognitivo, con un valor de Chi-cuadrado de 23.84 ($p < 0.01$).

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere continuar con los estudios relacionados a la calidad de vida y deterioro cognitivo a fin de poder ahondar la calidad de vida en las características de personalidad de los involucrados para poder entender la dinámica del problema, y a la par obtener datos con los cuales poder realizar las comparaciones respectivas y verificar si existe un aumento o disminución del deterioro cognitivo.
2. Asimismo se recomienda realizar programas donde fomenten la importancia de los cuidados adecuados en los adultos mayores a fin de concientizar a la población.
3. Fortalecer la estrategia de Promoción y Educación para la Salud en la vejez en el centro del adulto mayor Essalud, como en la comunidad a través de un Programa de Educación continua que dé a conocer el ciclo de vida, el cuidado de los Adultos Mayores y los Derechos de éstos.
4. Tener en cuenta la importancia de los cuidados de la familia, que esté involucrada en esta etapa de la vida, los adultos mayores necesitan de compañía y atención.

REFERENCIAS

- Arbelaez, J. (2010). *Desarrollo cognitivo edad adulta avanzada*. Recuperado de:
<http://procesospsicologicosiv.blogspot.pe/2010/05/desarrollo-cognitivo-edad-adulta.html>
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García, N., Valero de Bernabé, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 82-84.
- Bastos, A., (2009). *Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor: una aproximación constructivista*. Tesis para optar al grado de magister en gestión y dirección de empresas. Santiago de Chile.
- Botero, B., Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la promoción de la salud*, 12(1). 148 – 151.
- Casillas, M. (2010). *Adultez Temprana*. Recuperado de:
<http://adulteztempranaupaep.blogspot.pe/2010/12/salud-fisica-y-mental-el-incremento-de.html>

Del Risco, M. (2007). *Soporte Social y Satisfacción con la Vida en un grupo de Adultos Mayores que asisten a un Programa para el Adulto Mayor*. Tesis de grado Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima – Perú.

Escobar, G., Ramos, L., Rodríguez, C., Montero, A., Peñalva, J., Valencia, K. (2013) Deterioro cognitivo leve en adultos mayores pertenecientes a clubes y albergues de la tercera edad de la ciudad de Tacna. *Revista de psicología de Arequipa*. 3(1), 27- 38.

Esperanza, K. (2012). *Psicología, Desarrollo Humano, Crecimiento y Madurez*. Recuperado de:<https://kathevizcaino.files.wordpress.com/2012/11/psicologc3adadesarrollocrecimiento-y-madurez.docx>.

García, M., Sánchez, M., Liébana, A., Pérez, V., Pérez del barrio, P., Viedma, G., Borrego, J. Gil, M. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, XXIII, 528 – 537.

Gómez, S. (2006). Cómo fomentar la autonomía en las personas mayores. *Intervención social y educativa*. 20 (8), 1-17.

Guerra, R. (2008). *Desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez tardía*. Recuperado de: <http://es.calameo.com/books/00460677220090ea6ec82>.

Hernández, A; Avilés, A; Castillo, M (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en medicina familiar*, 10(4), 127-132.

Jara, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 8 (4), 1-11.

López, J. Noriega, C., (2012). *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*. Madrid: Editorial Fundación Universitaria San Pablo CEU.

Manrique, B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de lima metropolitana*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Lima- Perú.

Maya, L. (2003). *Componentes de la calidad de vida en adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm>

Melgar, F., Montenegro, E., (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: Editorial La Hoguera.

Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *MH Salud*, 1 (1) 1-12.

Natalicio, J.C. (2005). *Calidad de vida en la tercera edad*. Recuperado de: http://www.ayudahumana.com/nota_detalle.php?id=1

Nela, M. (2011). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Universidad de la Salle*, 052, 3-5.

Núñez, J.A, Barboza, J.L. (2013). *Vejez y muerte como espacio de construcción de sentido*. Recuperado de: <http://lisbeidytorres.blogspot.pe/>

Oramas, A. (2007). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores*. 30 (15), 320 – 335.

Ochoa, F. (2015). *Calidad de vida del adulto mayor en Pto. San Julián*. Recuperado de:<http://www.bolivia.asesoriagerontologica.com/web/uploads/egresados/tif-ochoa-beatriz-fabiana-.pdf>

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Editorial International Thomson.

Parkin, A.J. (1999). *Exploraciones en neuropsicología cognitiva*. Madrid: Editorial Panamericana.

Park, Gutchess. (2006). *Desarrollo Humano*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Papalia, D, Sally Wendkos, S., Duskin, R. (2009). *Desarrollo Humano*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Ramírez, M. (2008). “*Calidad de vida en la Tercera Edad*” *¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?* Tesina para optar al Título de Lic. En Trabajo Social. Argentina.

Rodríguez, S. (2013) *La percepción*. Recuperado de:<https://prezi.com/oanj7vbgrocm/la-percepcion-obedece-a-los-estimulos-cerebrales-logrados-a/>

Solano, B. (1997). ¿Cuál calidad de Vida? En el mejor de los casos esta super deteriorada. *Documento periodístico*. 10(5), 6-8.

Soto, M., Flores, G., Fernández, S. (2013). Nivel de lectura como medida de reserva cognitiva en adultos mayores. *Neurología*, 56 (2), 79-85.

Velarde Jurado, E., Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública*, 44 (1), 349-361.

Valdivia, S. (2011). *Aspectos psicosociales de la adultez*. Recuperado de:
<https://cosasdelavidapormamadigital.wordpress.com/2011/06/28/aspectos-psicosociales-de-la-aduldez/>

Von Hippel (2007). *Desarrollo Humano*. México: Editorial Mc Graw Hill.

ANEXOS

Propiedades Psicométricas FUMAT

Se analiza la consistencia interna del FUMAT a través del Alfa de Cronbach para cada dimensión y el total del instrumento. La Tabla muestra los resultados obtenidos

Tabla 15
Alfa de Cronbach para las dimensiones y puntaje total del FUMAT

Dimensión	Ítems	Alfa de Cronbach
Bienestar emocional	8	0.894
Relaciones interpersonales	6	0.875
Bienestar material	7	0.857
Desarrollo personal	8	0.905
Bienestar físico	6	0.865
Autodeterminación	8	0.902
Inclusión social	9	0.349
Derechos	5	0.841
Total	57	0.930

Nota: En la dimensión inclusión social se encontró que el ítem 48 *Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude* al ser eliminado, el Alfa de Cronbach se incrementa a 0.914.

Se decide no eliminar el ítem para mantener la estructura original del instrumento, y el alto valor de consistencia interna obtenido por el total de los ítems.