



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Centro de Investigación y Estudios de la Salud**  
**Escuela de Salud Pública de Nicaragua**  
**Doctorado en Ciencias de la Salud**



**Evaluación de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor, Jacaleapa, Honduras, 2019**

**Doris Judith López, MSc.**

*Tutor: Abraham A. Salinas Miranda, MD, PhD*

*Tutor: Marvin Roberto Mendoza, MSc PhD*

Managua, Nicaragua, 22 de Junio del 2022

**Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud**  
*"Por una cultura de investigación, innovación y mejoramiento."*

## Aval para pre-defensa y defensa de tesis doctoral

Por este medio avalo que (**Doriz Lopez**) de nacionalidad (**Hondureña**) se inscriba al proceso de defensa de tesis doctoral ante la secretaría académica del CIES-UNAN Managua para proceder al nombramiento del comité de evaluación de tesis doctoral.

<b>Título de tesis doctoral:</b> Evaluación de la calidad de vida en el adulto mayor Jacaleapa Honduras 2019
<b>Nombre del tutor:</b> Abraham A. Salinas-Miranda, MD, PhD
<b>Grado Académico que opta el estudiante:</b> Doctora en Ciencias de la Salud
<b>Institución:</b> CIES-UNAN
<b>País de residencia:</b> Honduras
<b>Fecha:</b> 4/7/2022

Observaciones: \_\_\_\_\_



Abraham A. Salinas Miranda, PhD

## RESUMEN

**Introducción:** Aunque el envejecimiento poblacional acelerado es una de las principales tendencias de salud en Honduras, existen pocos estudios que han evaluado la calidad de vida del adulto mayor en Honduras. De acuerdo al índice de envejecimiento global (2015), Honduras se encuentra clasificado en la posición 82 de 96 países del ranking de envejecimiento global dado que su población mayor de 60 años tiene un nivel de bienestar insuficiente y no se encuentra bien atendida. Por tanto, se hace necesario diseñar programas de salud orientados hacia la promoción de un envejecimiento más saludable para dar respuesta al reto de mejorar la salud y bienestar de las personas de la tercera edad. En años recientes, se han implementado mejorías al sistema de atención en salud y se han desarrollado algunos programas en localidades selectas. Sin embargo, no se han realizado evaluaciones de programa todavía. Se necesitan estudios que evalúen los niveles de calidad de vida y sus dimensiones en el adulto mayor, así como estudios que identifiquen los factores asociados a niveles bajos de calidad de vida en la vejez para desarrollar e implementar estrategias y programas adecuados a las necesidades comunitarias. También es importante comprender la percepción de familiares y personal de salud en la implementación de estrategias para mejorar la calidad de vida; sin embargo, muy pocos estudios han evaluado la calidad de vida del anciano en Honduras con inclusión de la perspectiva de familiares y personal de salud. Los pocos estudios que existen son de poblaciones urbanas, y no existen estudios en comunidades rurales. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue evaluar la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude al programa de atención integrada del adulto mayor en el Centro de Cuidados Diurnos del municipio de Jacaleapa, departamento de El Paraíso, en el año 2019. Además, se buscó identificar la perspectiva de familiares y personal de salud sobre la calidad de vida del adulto mayor y su percepción sobre el programa de atención integrada del adulto mayor en Jacaleapa.

**Métodos:** Investigación evaluativa con un componente cuantitativo y cualitativo. El componente cuantitativo fue una encuesta de corte transversal a 302 adultos mayores de 60 años que participaban en el Programa Comunitario de Atención Integrada del Adulto Mayor en el Centro de Cuidados Diurnos, Jacaleapa, Honduras. La encuesta incluía la escala de calidad de vida de la OMS WHOQOL, preguntas sociodemográficas y sobre la presencia de enfermedades coexistentes reportadas por los participantes. Los datos cuantitativos se analizaron a través de frecuencias, porcentajes, promedios, desviación estándar. Las dimensiones de escala de calidad de vida se transformaron de su escala original a escala de 0-100 para mejorar su interpretación y comparabilidad. Las pruebas de hipótesis fueron la prueba t de Student, y ANOVA con el software

SPSS. El componente cualitativo consistió en entrevistas breves personales con preguntas abiertas a 296 familiares y 6 empleados del Centro de Cuidados Diurnos. Se realizó el análisis temático de las respuestas cualitativas con ayuda del software Atlas.ti.

**Resultados:** La mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (76.5%), con edades entre 60 y 69 años (64.24%). El 98% reportaron que padecen de enfermedades crónicas en el momento de la encuesta. En relación a las dimensiones de la calidad de vida, en base a una escala de 100 puntos, el promedio para la dimensión salud física fue 68, para la psicológica fue 73, para el entorno o ambiente fue 73.5, y las relaciones sociales fue 78.6. En el estudio cualitativo con el personal de salud encontramos lo siguiente: El personal refiere que para llevar a cabo esta loable labor necesita de más conocimientos científicos, para lo cual es necesario conocer la peculiaridad de los aspectos médicos de envejecimiento que incluyen la presentación atípica de las enfermedades. Estas enfermedades demandan un abordaje especializado y manejo integral, por lo que se necesita fortalecer el entrenamiento de los profesionales de salud en aspectos geriátricos. También los entrevistados mencionaron la importancia de conocer el contexto comunitario y la necesidad de buscar estrategias de financiamiento para que los fondos por los que se mantiene el programa sean garantizados mensualmente. De esta manera, el programa puede continuar y mejorar cada día. Un financiamiento constante es esencial para el desempeño de las funciones del centro y el continuo desarrollo de sus capacidades para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

**Conclusiones:** Este estudio identificó las dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores que participaron en un programa comunitario integrado. Se identificó la necesidad de mejorar la dimensión física, lo que se relaciona a la alta prevalencia de enfermedades crónicas. Se recomienda implementar programas que brinden atención en salud y oportunidades de recreación individual, y que mejoren las relaciones sociales que tienen los adultos, su familia y la comunidad. Se necesitan estudios que evalúen las creencias y actitudes de la comunidad frente al proceso de envejecimiento y los cambios que este implica, tanto en el cuidado del adulto mayor así como en la ejecución de los diferentes roles que desempeña cada integrante de la familia y las organizaciones comunitarias en mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Este estudio presenta implicaciones para el sistema de salud hondureño. Específicamente, se necesita identificar y desarrollar estrategias para mejorar la inclusión social del adulto mayor aún en presencia de enfermedades crónicas incapacitantes. Dado que los usuarios, familiares, y personal de salud mostraron sentir satisfacción con el programa y reportaron actitudes y percepciones positivas del mismo, esto sugiere que el

programa de atención integral del adulto mayor en Jacaleapa tiene buena aceptación cultural y es una estrategia prometedora que podría mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa.

**Palabras claves:** Atención integral. Adulto mayor. Longevidad saludable. Calidad de vida.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Although accelerated population aging is one of the main health trends in Honduras, few studies have evaluated the quality of life of the elderly in Honduras. According to the global aging index (2015), Honduras is classified in position 82 out of 96 countries in the global aging ranking given that its population over 60 years of age has an insufficient level of well-being and is not well cared for. Therefore, it is necessary to design health programs aimed at promoting healthier aging and improving the health and well-being of the elderly. In recent years, improvements to the health care system are being implemented and some programs have been developed in select locations. However, no program evaluations have been carried out yet. Studies that evaluate the levels of quality of life and its dimensions in the elderly are needed, as well as studies that identify the factors associated with low levels of quality of life in old age to implement strategies and programs that are appropriate to community needs. It is also important to understand the perception of family members and health personnel in the implementation of strategies to improve quality of life. However, very few studies have evaluated the quality of life of the elderly in Honduras, including family members and health personnel. The few studies that exist are of urban populations, and there are no studies in rural communities. Therefore, the objective of the present study was to evaluate the perception of the quality of life in the elderly who attended the Adult Care Center in the municipality of Jacaleapa, department of El Paraíso, in the year 2019. In addition, this study sought to identify the perspective of relatives and healthcare personnel on the quality of life of the elderly and their perceptions about the program.

**Methods:** Evaluative research with a quantitative and qualitative component. The quantitative component consisted of a cross-sectional survey of 302 adults over 60 years of age who participated in the Integrated Care of the Elderly at the Adult Care Center, in Jacaleapa, Honduras. The survey included the WHOQOL quality of life scale, sociodemographic questions, and questions about the presence of co-existing diseases. Quantitative data were analyzed through frequencies, percentages, averages, standard deviation. The dimensions of

the quality of life were transformed from the original scale to a scale from 0 to 100 in order to improve interpretation and comparability. Hypothesis testing included student's t test, and ANOVA with SPSS. The qualitative component consisted of brief personal interviews with open-ended questions to 296 relatives and 6 employees of the Center of Day Care. The thematic analysis of the qualitative answers was carried out with the help of the Atlas.ti software.

**Results:** Most of the participants were female (76.5%), aged between 60 and 69 years (64.24%). 98% suffer from chronic diseases at the time of the survey. In relation to the dimensions of quality of life, based on a 100-point scale, the average for the physical health dimension was 68, the psychological dimension was 73, the environment was 73.5, and social relationship was 78.6. In the qualitative study, we found the following: The personnel stated that to carry out this laudable work they need more scientific knowledge, for which it is necessary to know the peculiarity of the medical aspects of aging that include the atypical presentation of the diseases in the elderly. These diseases demand a specialized approach and comprehensive management, which is why it is necessary to strengthen the training of health professionals in geriatric aspects. The interviewees also mentioned the importance of knowing the community context and searching for financing strategies so that the funds by which the program is maintained are guaranteed monthly so that the program continues and improves every day. A constant financing is essential for the performance of the functions of the center and the continuous development of its capacities for the improvement of the quality of life of the elderly.

**Conclusions:** This study identified dimensions of quality of life in older adults who participated in an integrated community program. The need to improve the physical dimension was identified, which is related to the high prevalence of chronic diseases. Therefore, it is recommended that Adult Care Programs not only provide health care and individual recreation opportunities, but also attempt to improve the social relationships that adults, their families and the community have. For this, it is necessary that future studies evaluate the beliefs and attitudes of the community regarding the aging process and the changes that aging implies, both in the care of the adult and in the execution of the different roles that each member of the family and the community agencies have in improving the quality of life of the elderly. This study presents implications for the Honduran health system. Specifically, it is necessary to identify and develop strategies to improve the social inclusion of the elderly even in the presence of chronic disabling diseases. Given that users, family members, and health personnel

expressed satisfaction with the program and reported positive attitudes and perceptions of it, this suggests that the comprehensive care program for the elderly in Jacaleapa has good cultural acceptance and is a promising strategy to improve the quality of life of older adults in Jacaleapa.

**Keywords:** Comprehensive Care, Older Adults, Healthy Aging, Quality of life.

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme permitido vivir todo este tiempo e iluminarme siempre para alcanzar este anhelado triunfo y por darme fortaleza en todo momento de mi carrera, a Él que siempre estuvo conmigo y lo estará. A mi madre Doris Irene Rodríguez Gradiz por todo el sostén amor y fortaleza que me ha dado en mi proceso de formación académica. A mi padre Mario Reinaldo López Castellanos por su ayuda, también, y por su amor y fortaleza que me ha dispensado en todo este proceso. A mi esposo Alexander Augusto Colindres, gracias por apoyarme siempre.



## AGRADECIMIENTO

Le agradezco primeramente a Dios por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para poder llegar hasta aquí y darme la fuerza de alcanzar mi sueño. De igual manera, les agradezco a mis padres por su ayuda incondicional y a mi esposo por ser en cada momento mi soporte. A mis tutores de Tesis, ***Abraham A. Salinas Miranda MD, PhD*** y ***Marvin Roberto Mendoza, MSc PhD***, por su soporte durante los cuatro años de estudio, por su orientación y motivación, por cada consejo recibido y, particularmente, por estar pendiente de mis actividades académicas. Al personal del Centro de Cuidados Diurnos Jacaleapa, El Paraíso, por su apoyo y colaboración en mi formación profesional, de igual forma, a la directora del centro por toda la colaboración que me aportó en mi investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	3
DEDICATORIA.....	8
AGRADECIMIENTO .....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. ANTECEDENTES.....	15
Estudios sobre Aspectos de la Calidad de Vida del Adulto Mayor en Honduras .....	15
Percepción del adulto mayor sobre la calidad de vida en los hogares de ancianos.....	15
Estilos de vida relacionados con la salud en el adulto mayor .....	16
Política Nacional de Envejecimiento y del Adulto Mayor .....	17
Mejorar la calidad de vida del adulto mayor .....	18
Índice de Envejecimiento Global para Honduras.....	18
La Ley Integral de Protección del Adulto Mayor y Jubilados en Honduras.....	19
Problemática y Convivencia del Adulto Mayor .....	20
III. JUSTIFICACION .....	24
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	26
V. OBJETIVOS.....	28
Objetivo General.....	28
Objetivos Específicos .....	28
VI. MARCO TEÓRICO .....	29
Teorías del Envejecimiento .....	29
Teoría de la Actividad.	
Teoría de la Desvinculación.	
Teoría de la Continuidad.	
Modelos de Calidad de Vida en la Vejez.....	30
Aspectos Biopsicosociales que Influyen en la Calidad de Vida del Adulto Mayor .....	30
Nutrición en el adulto mayor	
Dominios a valorar según la Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF): .....	32
VII. HIPÓTESIS.....	34
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO .....	35
Criterios de Inclusión y de Exclusión en la Encuesta .....	36
Variables para la encuesta de calidad de vida.....	36
Fuente de Información. ....	42
Técnicas de Recolección de Información. ....	42

<b>Instrumento de Recolección de la Información.....</b>	<b>42</b>
<b>Procesamiento de la Información.....</b>	<b>43</b>
<b>Plan de análisis de los datos de la encuesta.....</b>	<b>43</b>
<b>B. Diseño cualitativo .....</b>	<b>43</b>
<b>IX. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>48</b>
<b>MANUSCRITO I (Revisión de la Literatura) .....</b>	<b>48</b>
<b>MANUSCRITO II.....</b>	<b>56</b>
<b>MANUSCRITO III .....</b>	<b>76</b>
<b>IV MANUSCRITO .....</b>	<b>96</b>
<b>X. CONCLUSIONES GENERALES .....</b>	<b>107</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>110</b>
<b>XII. DISCUSION .....</b>	<b>112</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>115</b>
<b>XIV. ANEXOS.....</b>	<b>119</b>
Anexo 1: Trifolio de programa nacional de atención integral al adulto mayor en Honduras .....	119
Anexo 2. Leyes existentes en Honduras en apoyo al adulto mayor.....	120
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	122
Anexo 4. Solicitud de autorización del proyecto .....	127
Anexo 5. Constancia de aprobación del comité de ética de Honduras .....	128
Anexo 6. Entrevista a Empleados del Programa.....	129
Anexo 7. Encuesta a Familiares.....	130
Anexo 8. Encuesta para adulto mayor .....	133

## **TABLAS Y FIGURAS**

### **TABLAS:**

-Tabla 1. Población adulto mayor según RUP

#### *Manuscrito II*

-Tabla 1. Características demográficas y de salud de los adultos mayores

-Tabla 2. Características complementarias de familiares respecto a la asistencia al programa y su impacto

#### *Manuscrito III*

-Tabla 1. Frecuencias por rangos de edad y sexo

-Tabla 2. Edad y presencia de enfermedad

-Tabla 3. Medidas descriptivas por edad y dominios

-Tabla 4. Contraste de hipótesis entre dominio de variables (condición de salud) utilizando t Student

-Tabla 5. Prueba de hipótesis por dominio y contrastado con la variable sexo.

-Tabla 6. Análisis estadísticos de ANOVA, varianza entre los dominios y los grupos de edad.

#### *Manuscrito IV*

-Tabla 1. Códigos elaborados de acuerdo a la entrevista al personal de salud

-Tabla 2. Aspectos relevantes del personal que labora en el programa que atiende al adulto mayor de Jacaleapa

### **FIGURAS:**

- Figura 1. Pirámide de población de Honduras, 2020

-Figura 2. Índice de envejecimiento 2001, 2005, 2010

-Figura 3. Organigrama del Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa

-Figura 4. Marco conceptual de la OMS sobre calidad de vida

#### *Manuscrito IV*

-Figura 1. Red semántica sobre la calidad de vida del adulto mayor

### **GRÁFICOS:**

#### *Manuscrito II*

Gráfico 1. Sexo

Gráfico 2. Edad

Gráfico 3. Estado civil

Gráfico 4. Escolaridad

Gráfico 5. Ocupación o profesión

Gráfico 6. Religión

Gráfico 7. Apoyo familiar

Manuscrito III

Gráfico 1. Medidas por sexo y presencia de enfermedad

Gráfico 2. Dominio 1, salud física

Gráfico 3. Dominio 2, psicológica

Gráfico 4. Dominio 3, relaciones sociales

Gráfico 5. Dominio 4, entorno

## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura de la familia, los cambios en el status de las mujeres y la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés. El reto consiste en no solo continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de estas. En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad, la cual es producto del avance social orientado hacia vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales. Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término *calidad de vida*, que ha sido ampliamente utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos (Rubio, Rivera, & Borges, 2015).

(Aponte 2015) define la calidad de vida en la vejez como un constructo complejo y multifactorial, que refleja una dualidad subjetiva-objetiva. La realidad subjetiva hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina felicidad, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo. Los aspectos objetivos están relacionados con el funcionamiento social, físico y psíquico. La interacción entre ambos aspectos del constructo determina la calidad de vida percibida. La percepción de calidad de vida en la vejez también tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. El concepto de la calidad de vida en la vejez se basa en un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, en el cual las personas y los sistemas de servicios de salud comunitarios son capaces de fortalecer la calidad de vida relacionada a la salud en la vejez.

En nuestro contexto hondureño y centroamericano, son escasos los estudios sobre la calidad del adulto mayor. El presente estudio pretende evaluar la percepción de calidad de vida del adulto mayor en el municipio de Jacaleapa, departamento de El Paraíso, en Honduras, durante el año 2019.

La propuesta de esta investigación surge de la necesidad de establecer una línea de base sobre la calidad de vida del adulto mayor y de obtener información para replicar más proyectos

enfocados a la inclusión del adulto mayor en los diferentes municipios que conforman el departamento del El Paraíso. Resulta oportuno, ya que este municipio cuenta con el único Centro de Cuidados Diurnos para el Adulto Mayor en el departamento, surgiendo así la oportunidad de investigar el impacto que tiene el programa de atención primaria en salud en la población mayor de 60 años.

## **II. ANTECEDENTES**

### **Estudios sobre Aspectos de la Calidad de Vida del Adulto Mayor en Honduras**

#### **Calidad de vida del adulto mayor**

El cuidado del adulto mayor ha sido uno de los temas de mayor interés desde inicios de la pandemia, ya que este sector de la población muchas veces se encuentra vulnerado, ya sea por circunstancias sociales o económicas. En ese sentido, el psicólogo y docente Isaí Peña, en el marco de la clase de Psicología Evolutiva III de la Carrera de Psicología, decidió llevar a cabo junto a 28 estudiantes una investigación sobre la calidad de vida del adulto mayor en Tegucigalpa; como resultado, en cuanto a la salud en general, un 50% reportó un nivel alto y un 47% un nivel bajo a moderado. Asimismo, un 74% de ellos reportó estar viviendo una moderada integración social con sus familias, amistades o vecinos y un 18% de forma alta. Por otro lado, un 7% reportó estar viviendo una mala integración social. En consecuencia, la muestra reveló que un 74% de estos adultos mayores pueden valerse por sí mismos teniendo buenas habilidades funcionales. Una dimensión de la calidad de vida que salió fuertemente perjudicada fue la de actividad y ocio, donde solo un 2% reportó un nivel alto de actividad, un 66% de forma moderada y un 31% de forma baja (Peña, 2020).

#### **Percepción del adulto mayor sobre la calidad de vida en los hogares de ancianos**

Según el estudio realizado en Tegucigalpa, Honduras, sobre la *Percepción del adulto mayor sobre la calidad de vida en los hogares de ancianos, 2014* de acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando los adultos mayores consideran que tienen buena calidad de vida en comparación con la que tenían antes de llegar al hogar de ancianos y son

pocos los que son visitados por sus familias. Actualmente en nuestro país, Honduras, la población mayor de sesenta años ha tenido un alto crecimiento sobre el total de la población. Con esta investigación se pretendió exponer las circunstancias de adultos mayores que se enfrentan a una problemática cada vez más creciente dentro de la sociedad y que esta se trata del olvido en el que está viviendo el adulto mayor.

En esta investigación, también, se persiguió identificar cómo se sienten los adultos mayores en los hogares de ancianos, ya que muchas veces al ingresar a estas residencias los adultos presentan diferentes situaciones que afectan su calidad de vida, como la separación de la familia, lo que genera en alguno sensaciones de abandono, exclusión, depresión, estrés y algunas veces enfermedades físicas y mentales como consecuencia de la separación de su familia. Este es un cambio que muchas veces afecta, porque deben integrarse a un nuevo grupo social, el cual es manejado y administrado con diferentes normas y maneras de convivencia.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida de los adultos mayores influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo afectivo que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población, tales como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos y las enfermedades crónicas, entre otras, expresadas por los adultos mayores.

Los adultos mayores que residen en los hogares de ancianos, en su mayoría, consideran que tienen una buena calidad de vida; en algunos casos relacionan esta calidad de vida con la salud, la alimentación o trato recibido, lo comparan con la calidad de vida que vivían antes de llegar a los hogares de ancianos (Amaya & Trejo, 2016).

### **Estilos de vida relacionados con la salud en el adulto mayor**

Según otros estudios relacionados con los estilos de vida del adulto mayor, la población de adultos mayores es eminentemente femenina al grado que se habla de una feminización del envejecimiento (Motiño, 2016). Esto se debe a una mayor supervivencia de las mujeres. El proceso difuso de deterioro en la salud física y mental que acompaña a las edades avanzadas acarrea consecuentemente la necesidad de apoyo y cuidados que recaen principalmente en la familia. En los países como Honduras todavía existen las familias multi generacionales lo que va contribuyendo a la socialización de las nuevas generaciones y a la transferencia de saberes



y costumbres. Esto es contrario a lo que sucede en los países desarrollados, donde el predominio de una familia nuclear pone en riesgo la seguridad emocional y financiera del adulto mayor.

Se ha demostrado la relación entre el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad con el consumo de alcohol, tabaco y otros estilos de vida, desencadenando los problemas de salud que impactan justamente en edades avanzadas (cáncer, enfermedades circulatorias, respiratorias o neurodegenerativas, etc.). Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebrovascular, la diabetes, el cáncer y la artritis (Motiño, 2016).

Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general; la mejor manera de retardar y revertir los efectos del envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a la edad, es a través del ejercicio físico y de una dieta nutritiva y balanceada. Por tanto, se hace necesario identificar conductas de riesgo o protección en relación a las dimensiones de los estilos de vida estudiados, estos relacionados con la salud como la actividad física, alimentación saludable, acciones de autocuidado clínico, consumo de alcohol y tabaco. Los estilos de vida contribuyen al riesgo de la morbimortalidad en este grupo etario, acarreando sin duda mayor costos en la atención sanitaria y mayor carga para la familia y la sociedad (Motiño, 2016).

## **Política Nacional de Envejecimiento y del Adulto Mayor**

La necesidad de abordar el tema del adulto mayor en Honduras surge en la década de los 70 del siglo anterior, interés que dio lugar a la creación de los diferentes institutos de previsión, abarcando originalmente los gremios más grandes de trabajadores, que se caracterizaban por una escasa sostenibilidad, protegidos por conquistas laborales que en muchos casos no eran consideradas debidamente por el sector patronal. Con el avance de la ventana demográfica a nivel mundial, se ha ampliado la mirada tradicional de asistencia social a los adultos mayores, generando corrientes que propenden a un envejecimiento activo y saludable. En este sentido, la normativa internacional enfrenta un reto importante para incluir esta nueva visión de vida en el catálogo de derechos y jurisprudencia (Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, 2016).

## **Mejorar la calidad de vida del adulto mayor**

Con el objetivo de brindar una mejor calidad de vida del adulto mayor en pobreza y en extrema pobreza brindando una transferencia monetaria, el estado de Honduras a través de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social implementa el programa del adulto mayor (Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, 2016). Por ser un grupo vulnerable se crea el 1 de octubre de 1993, mediante decreto no. 220-93 la ley integral de protección al adulto mayor y jubilados en Honduras, que establece un régimen de descuentos y privilegios que van dirigidos a satisfacer las necesidades de salud y protección integral para personas adultas mayores y jubilados. En 2007 se hace una nueva propuesta para la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados con el objetivo que su contenido tenga todos los pormenores que faltaban en la existente. Junto a esta ley se reforzó el marco normativo con la participación del Ministerio Público con la creación de la Fiscalía de la Tercera Edad y del Consumidor.

La Política Nacional de Envejecimiento del Adulto Mayor es impulsada por la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS) y formulada de manera participativa; esta propone un cambio de enfoque en la atención al adulto mayor transitando del asistencialismo y beneficencia a un esquema de envejecimiento activo y saludable, además, posicionando al adulto mayor en un rol participativo, solidario y con ejercicio de sus derechos expresado por el Estado de Honduras como un compromiso hacia su población adulta mayor (Centro Nacional de Información del Sector Social, 2019).

## **Índice de Envejecimiento Global para Honduras**

Honduras se encuentra clasificado en la posición 82, de los 96 del ranking de envejecimiento global, luego su población mayor de 60 años no se encuentra bien atendida o, lo que es lo mismo, no alcanza un nivel de bienestar suficiente. Ha empeorado su situación en el ranking respecto al informe anterior, lo que significa que los mayores están perdiendo calidad de vida. Es útil para completar la visión sobre el nivel de vida de sus habitantes, saber que la esperanza de vida en Honduras es de 74,5 años, más o menos en la media del resto de los países.

El índice global de envejecimiento analiza cuatro aspectos básicos para que las personas puedan alcanzar un nivel de bienestar: los ingresos, la salud, las capacidades personales y un

entorno social favorable. Un entorno adecuado es aquel en el que las personas mayores tienen libertad de elección para vivir de forma independiente y autosuficiente.

El parámetro "ingresos" se refiere, normalmente, al acceso a una pensión digna que suponga una cantidad suficiente para cubrir sus necesidades básicas e independencia para utilizarlos de forma independiente. La buena salud es otro factor importante para el bienestar de cualquier persona, y en el caso de las personas mayores se hace especialmente relevante dada su mayor fragilidad física y su mayor riesgo frente a las enfermedades (Datos Macro, 2015).

La competencia es en realidad la inversión en empleo y educación. La puntuación máxima posible para cada uno de ellos sería 100, que representa el 100%. En el caso de Honduras estas son las puntuaciones que ha recibido en el índice global de envejecimiento de 2015:

- Entorno: 61,96, cae desde el año anterior, en el que obtuvo 62.
- Competencia: 25,03, peor que en 2014 cuando obtuvo 26,2.
- Salud: Ha alcanzado los 56.17 puntos.
- Ingresos: 21,36, pierde puntos respecto a 2014.

### **La Ley Integral de Protección del Adulto Mayor y Jubilados en Honduras**

La Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM) es una entidad desconcentrada de la Administración Pública adscrita a la Secretaría del Interior y Población, que actuará con independencia administrativa, técnica y financiera. Funciona desde el año 2008, fue creada en fundamento en la Ley Integral de Protección al adulto Mayor y Jubilados. La Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM) es el ente rector en materia de adulto mayor a nivel nacional y el ente rector del Estado en materia de Adulto mayor y Jubilados. Por lo cual, su objetivo principal es velar por el cumplimiento goce y respeto de los derechos de los adultos mayores. Por lo tanto, la población neta de la tercera edad a nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), hasta el 2011 ascendía a 742,500 adultos mayores.

La Dirección General del Adulto Mayor tiene la creación de una base de datos de los adultos mayores pensionados por esta secretaría. Depuración de la base de datos en la cual se tiene a 682 pensionados en 16 departamentos del País.

Visión:

- Reconocimiento de la Dirección General del Adulto Mayor.
- Incrementar el número de beneficiarios de la pensión con el objeto de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en extrema pobreza.
- Socializar a nivel nacional la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados.
- Incidir en la creación de unidades de adulto mayor en todas las alcaldías municipales a nivel nacional.
- Lograr que se respeten y otorguen los derechos de los adultos mayores establecidos en la ley en todo el territorio nacional.
- Elaboración de la propuesta para el mejor funcionamiento de los centros de atención para adultos mayores.

El CONADEH considera que la población de adultos mayores merece su atención porque ha sido un sector vulnerado, invisibilizado para los tomadores de decisiones en el poder. En el 2002, el CONADEH, para contar con información actualizada y fidedigna sobre su situación realizó un "Estudio diagnóstico sobre la situación de las personas de la tercera edad en Honduras", en el marco del convenio con el Reino de los Países Bajos, buscando generar propuestas de cambio para el pleno reconocimiento de sus derechos fundamentales. El estudio mostró el nivel de actividad, situación educacional, distribución de la población según sexo, pobreza, conocimiento de sus derechos, principales problemas que enfrentan, situación ocupacional, entre otros (CONADEH, 2013).

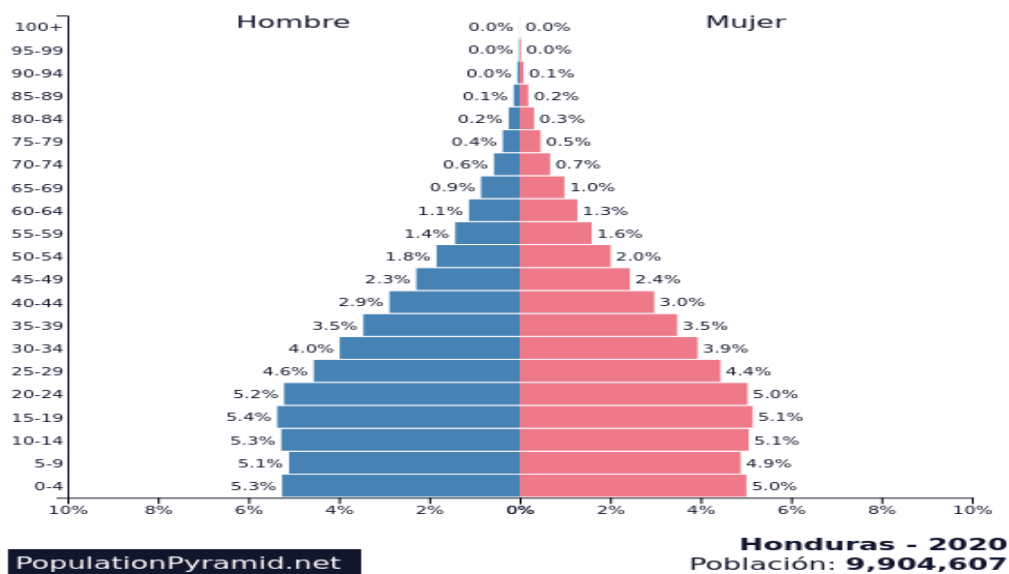
### **Problemática y Convivencia del Adulto Mayor**

La problemática del adulto mayor es muy compleja, especialmente en nuestro país, del 100% solo el 7.5% tienen pensión o jubilación, y lo más lamentable es que este pequeño grupo no cuenta con centros de recreación. Desde este punto de vista podemos apreciar que la vulnerabilidad es muy fuerte y sumado a ello la extrema pobreza.

Los adultos mayores han dejado de trabajar y han tomado la jubilación, por lo que forman parte de un grupo de "protección" en el que su nivel de ingresos decrece en forma considerable. Con el paso del tiempo se convierten en cuidadores de una segunda generación, por lo que se les adhieren los problemas de salud (CONADEH, 2013).

**Figura 1.**

*Pirámide de población, Honduras, 2020*

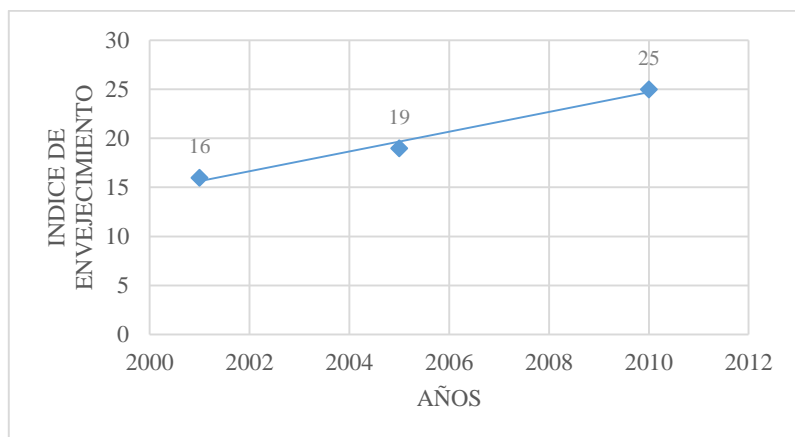


**Fuente:** Proyecciones de población 2020 INE

Las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE) muestran que las personas con 50 años y más de edad pasarán de significar 13% en el año 2015 a 18% en el 2030 y a 31% en el 2050 (Lima D. J., 2014).

**Figura 2.**

*Índice de Envejecimiento 2001, 2005 y 2010*



**Fuente:** Elaborado con datos del INE EPHPM, 2001, 2005, 2010

En la representación gráfica (Figura 2) se observa que, en Honduras este índice se ha estado incrementando paulatinamente en el presente siglo y según las proyecciones se espera que el número de personas adultos mayores para el 2050 sea de 68 por cada 100 niños y niñas.

Las características educativas de la población reflejan en alguna medida las condiciones

de bienestar. Los datos reflejan que un porcentaje muy alto de la población de personas adultas mayores es analfabeta. Se observa que en el 2001 este porcentaje correspondió a 49.7% y para el 2010 se observó una disminución de 6.4 puntos porcentuales (43.3%), esto probablemente esté relacionado con la implementación de diversos programas de alfabetización que se han desarrollado a nivel nacional. Al estudiar el tema de envejecimiento no pueden quedar de lado las características económicas de este grupo poblacional. Una proporción significativa de personas adultas mayores en Honduras es económicamente activa, llegando a más del 40%, siendo los hombres los que ocupan los mayores porcentajes con 68%. En el caso de las mujeres en promedio solo el 25% están activas (OPS, 2015).

**Tabla 1**

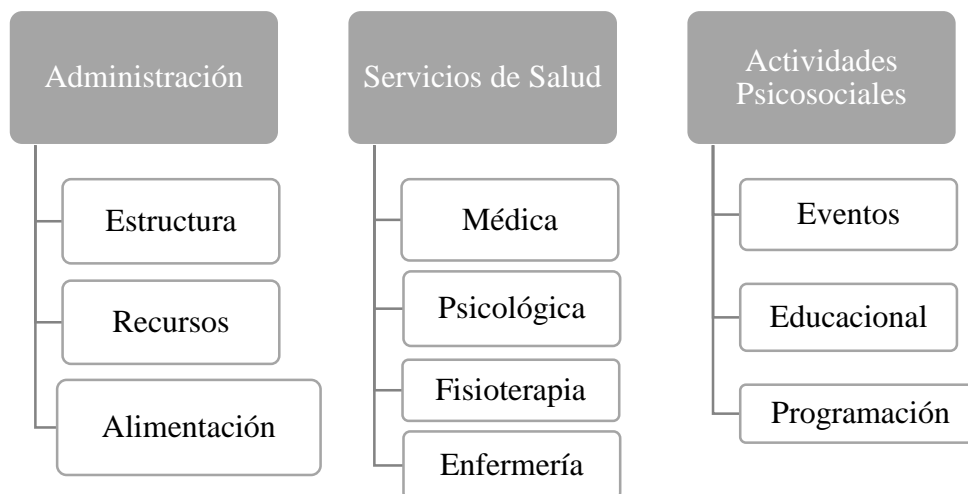
*Población Adulto Mayor Según (RUP)*

<b>Discapacidad</b>	<b>Sexo</b>		<b>Total</b>
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	
Discapacidad Mental	2,567	2,079	4,646
Discapacidad Motriz	18,881	13,745	32,626
Discapacidad Verbal	2,377	1,994	4,371
Discapacidad Auditiva	8,253	7,229	15,482
Discapacidad Visual	18,721	12,442	31,163

**Fuente:** CENISS, Registro Único de Participantes, 2018 - 2019

**Figura 3.**

*Organigrama del Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa*



El Centro de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor en Jacaleapa ofrece un espacio donde los adultos mayores pueden satisfacer sus necesidades de recreación y de salud, ya que dicho centro provee de recursos, alimentación y planifica actividades recreativas, educativas, físicas, mentales para mejorar la salud de cada participante en el programa. El centro planifica diferentes actividades psicosociales tales como: eventos recreativos, eventos educativos, entre otros; con el fin de desarrollar habilidades y destrezas en los adultos mayores. Así mismo, cuenta con recursos calificados en el área de salud donde cumplen las siguientes funciones:

- El Médico: se encarga de diagnosticar y tratan diversas enfermedades para mejorar la salud general de los adultos mayores.
- El Psicólogo: realiza la valoración neuropsicológica, el diagnóstico emocional y conductual y organiza y dirige los grupos de autoayuda y terapia familiar.
- El Fisioterapeuta: identifica la limitación de movilidad, ya que hay algunos adultos mayores que padecen distintas enfermedades óseas y musculares, por tanto, necesitan ayuda para ejercitar su cuerpo.
- El área de Enfermería: permite que los ancianos mantengan su independencia en la medida de lo posible y que sean tan social y físicamente activos como les sea posible. De tal manera, propician que los ancianos realicen sus tareas personales y sociales por sí mismos, en lugar de hacer las tareas por ellos.

### III. JUSTIFICACION

Debido a la prolongación de la expectativa de vida en el mundo y los cambios que en ellos se producen, la vejez se convierte para el ser humano en una etapa de la vida que trae consigo una serie de cambios a nivel físico, psicológico, social y familiar para lo que no muchos se encuentran preparados. La pérdida del potencial social o de los recursos materiales y económicos que a menudo acompañan al proceso de envejecer, se suma toda una serie de limitaciones físicas que pueden acabar la capacidad para vivir de manera independiente, menguando de esta manera tanto la calidad como la esperanza de vida. Por otra parte, cuando estas circunstancias generan la necesidad de la institucionalización del anciano en un programa como alternativa para garantizar una adecuada atención a su situación de dependencia, asegurar que reúna las condiciones necesarias se hace aún más imprescindible.

De acuerdo con los lineamientos de las Naciones Unidas se elaboran estrategias y planes de acción para personas mayores, los cuales incluyen el envejecimiento activo y saludable. Estas estrategias se basan en los principios de independencia, participación, cuidado, autorrealización y dignidad. Por otra parte, las estrategias constan de cuatro áreas críticas que son: colocar a la salud y a las personas mayores en las políticas públicas, lograr la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados al envejecimiento de la población, la capacitación de recursos humanos, principalmente del personal de salud, los propios adultos mayores y personas encargadas de su cuidado, y generar la información necesaria para lograr intervenciones con base a experiencias exitosas (OPS, 2012). En este sentido, se ha recomendado la adopción de un modelo de salud y calidad de vida biopsicosocial que integra la biomedicina con los aspectos psicosociales y culturales, enfatizando en la importancia de la entrevista médica no solo como un encuentro humano, sino también como un instrumento riguroso para comprender mejor al paciente al momento de acudir a sus citas médicas y ayudar a explicar los datos que el paciente presenta (Engel, 1997).

La falta de integración biopsicosocial en programas de atención de adultos mayores es un obstáculo importante para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en Centroamérica. Las alteraciones psico afectivas más frecuentes en los ancianos, dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: la depresión, la ansiedad y el estrés, y al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años. Esta última es más frecuente en las mujeres que en los hombres,



contribuyendo a delimitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio (Chong, 2012).

Por tanto, dada la falta de estudios de calidad de vida percibida del adulto mayor, no es sorprendente que en Honduras se desconozca la efectividad de intervenciones comunitarias que combinen los cuidados clínicos, aspectos emocionales del individuo, el apoyo familiar, y el rol de otros factores culturales que influyen sobre la calidad de vida en la vejez. Sin embargo, la existencia del Centro de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor de Jacaleapa representa una oportunidad. Por tanto, se propone la presente investigación con el objetivo de evaluar la calidad de vida percibida del adulto mayor. Es importante resaltar que este estudio abordó la calidad de vida percibida del adulto mayor no sólo integrando las percepciones de salud física y mental, sino también aspectos del entorno y las relaciones sociales. Además, se exploraron las percepciones de los familiares de los adultos mayores que participan en el estudio y del personal que brinda servicios en el Centro de Cuidados Diurnos.

La evaluación de la calidad de vida de los usuarios de este programa es indispensable para obtener evidencias de modificaciones generadas como consecuencia de las acciones de intervención social a través del cual se identifican aquellos cambios con tendencia a ser perdurables y producidos en la vida del grupo social objeto y de su entorno social. La caracterización de las dimensiones de la calidad de vida con el instrumento de la OMS nos permitió comparar los resultados del estudio con otros similares de la región. Además, el estudio ayudó a la toma de decisiones en función de aumentar la eficacia de las acciones sobre la población objetivo y corregir aquellos aspectos no deseados. Por consiguiente, el estudio será una herramienta que pueda aportar interesantes y valiosos resultados para la mejora de trabajo, no solo del centro, sino que también para los demás municipios que puedan implementarlo.

En el 2018 Honduras contaba con una población de 449,714 adultos mayores, 202,551 hombres y 247,164 mujeres. La calidad de vida global se correlaciona positivamente a un nivel alto con la dimensión de ingresos y a un nivel moderado con la dimensión de la educación, actividad y ocio. La dimensión de educación se correlaciona positivamente a un nivel moderado con la dimensión de ingresos (Peña, 2020). Además de las condiciones de vida de una persona, la calidad de vida está influida la satisfacción personal (Peña, 2020). Por ejemplo, una persona puede estar durmiendo en una cama grande y estar insatisfecha, mientras que otra persona puede estar durmiendo en una cama unipersonal pequeña y estar más satisfecha. Todas

estas diferencias perceptuales afectan la calidad de vida y se tienen que valorar de acuerdo a qué es lo que a cada individuo le interesa sobre su calidad de vida personal (Peña, 2020).

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *la calidad de vida* es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (Herrera, Martínez, & Navarrete, 2015). Se trata de un concepto multidimensional que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Se desconoce el nivel de calidad de vida y sus dimensiones (salud física, psicológica, relaciones sociales, y el entorno) para el contexto de Honduras. La falta de evaluaciones comunitarias limita la toma de decisiones y la planificación de estrategias efectivas. Por tanto, se necesitan estudios que puedan evaluar y caracterizar la calidad de vida según la perciben los adultos mayores en nuestro contexto centroamericano. El Centro de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor en Jacaleapa es una iniciativa comunitaria local en el municipio de Jacaleapa, Honduras, destinada a mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida para las personas mayores mediante la integración biopsicosocial de servicios y redes sociales locales. Sin embargo, se desconoce el nivel de vida del adulto mayor en la comunidad y si los servicios están respondiendo a una necesidad poblacional de forma efectiva.

Evaluar las dimensiones de la calidad de vida percibida de los participantes permitirá mejorar y refinar una intervención integrada que responda a las necesidades de bienestar, salud y felicidad reportada por los adultos mayores. Por otro lado, es necesario identificar la percepción del adulto mayor y de sus familiares, así como del personal de salud comunitario sobre el programa disponible para poder establecer recomendaciones de futuros programas de atención al adulto mayor.

En el mes de septiembre del año 2015 se suscribió el Convenio de Co-Ejecución entre la Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social y la Alcaldía Municipal de Jacaleapa, con el propósito de implementar el Centro de Cuidado Diurno para el Adulto Mayor en este municipio a fin de garantizar la atención integral de sus participantes en el área geográfica de intervención.

Para poder llevar a cabo la implementación de dicho centro la Municipalidad de Jacaleapa ha destinado las instalaciones físicas del Centro de Usos Múltiples y la Casa Comunal (Espinal, 2015).

Además, no se han realizado estudios evaluativos de línea de base para determinar el beneficio percibido de dicho programa sobre la calidad de vida a largo plazo. El estudio actual está diseñado para servir como una evaluación de la calidad de vida percibida de los adultos mayores que participan del Programa Integrado (conocido como Centro de Cuidados Diurnos) y como una investigación de las percepciones de los familiares y del personal del centro. Además, este estudio investigará hasta qué punto las características de los participantes (sexo, edad, presencia de enfermedades) moderan las percepciones de la calidad de vida de los participantes. Dicha información nos permitirá planificar una estrategia de intervención social para las personas mayores en Jacaleapa, Honduras.

Por tanto, se planteó el siguiente problema de investigación: **¿Cuál es la percepción de calidad de vida del adulto mayor que participa del programa integrado de atención primaria en salud del adulto mayor Jacaleapa, Honduras, 2019?**

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Evaluar las percepciones de calidad de vida de los adultos mayores que acude al Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, en Jacaleapa, Honduras, 2019.

### **Objetivos Específicos**

- 1.** Describir las características demográficas de los adultos mayores que acudieron al Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, en Jacaleapa, Honduras, durante el año 2019.
- 2.** Describir la prevalencia auto reportada de enfermedades o condiciones que afectan la calidad de vida de los adultos que acudieron al Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, en Jacaleapa, Honduras, durante el año 2019.
- 3.** Evaluar el carácter multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa según sus dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales y del ambiente o entorno.
- 4.** Evaluar el programa de atención al adulto mayor, mediante la opinión del personal de salud y familiares en el Centro de Cuidados Diurnos Jacaleapa, Honduras.

## VI. MARCO TEÓRICO

### Teorías del Envejecimiento

**Teoría de la Actividad.** Esta teoría fue propuesta por R.W. Havighurst y R. Albrecht (1953), y es la más antigua que reafirma que lo más importante es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles sociales desempeñados por sus actores. Esta teoría se preocupa de “hacer parte de algo”, pero no necesariamente de la satisfacción y autonomía de los adultos mayores. Es una teoría que no aborda la necesidad de prepararse para las pruebas de la vejez y tampoco hay una asociación causal entre actividad y satisfacción.

**Teoría de la Desvinculación.** E. Cummings y W.E. Henry (1963) propusieron la teoría de desvinculación, según la cual la toma de conciencia de la temporalidad de la vida llevaría a la reorganización de los proyectos personales en función del tiempo que le resta por vivir y del valor de sus diversas posibilidades. Esta teoría introduce un sentido de planificación y de responsabilidad otorgada a los adultos mayores respecto a su futuro; sin embargo, no idealiza su satisfacción y menos aún, sus estados de ánimo positivos.

**Teoría de la Continuidad.** R.C. Atchley (1971) propone que no haya una ruptura radical ni tampoco transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad. A pesar de mantener una continuidad entre esas dos etapas y rescatar el sentido de identidad del individuo a lo largo de su vida, esta teoría presenta una dificultad de adaptación a la vejez, puesto que señala solamente lo que una persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, pero no propone cómo actuar en el presente para mejorar una situación difícil.

La teoría de la continuidad presenta por fin una dificultad para conciliar la idea del desarrollo de la persona con la de su continuidad en el sentido de estabilidad. Se le da mayor importancia a la continuidad interna en el sentido de identidad y se le resta importancia al ambiente familiar, contactos sociales e interacción con personas significativas, es decir, a la continuidad externa. Al evaluar las tres teorías sociológicas presentadas se puede observar que ninguna de ellas contempla los adultos mayores como potencial para generar desarrollo social.

**Definición de calidad vida contemporánea.** En cuanto a la calidad de vida, se define como *una vida digna donde la persona se siente plenamente realizada, toda vez que sus objetivos y expectativas van cumpliéndose* (Bastos, 2009). Pero cada sujeto experimenta esa realidad personal de un modo subjetivo, dependiendo de su situación, de su época, de su salud y de su cultura. Esto significa que la calidad de vida es una cuestión personal y relativa donde el sentido subjetivo de bienestar de cada persona es derivado de la experiencia diaria de su vida, expectativas, interpretaciones y relaciones (Madariaga & Núñez, 2008).

Desafortunadamente, el hecho de asociar la vejez a un estado de decadencia aún persiste en la sociedad contemporánea, lo que necesitaría ser quebrado y modificado (Bastos, 2009).

### **Modelos de Calidad de Vida en la Vejez**

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas (Aponte & Vaneska, 2015). En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida (Aponte & Vaneska, 2015). Cabe recalcar que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos.

La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento y en particular de la psicología, que se debe aprovechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia (Aponte & Vaneska, 2015).

### **Aspectos Biopsicosociales que Influyen en la Calidad de Vida del Adulto Mayor**

La falta de salud no es una característica del envejecimiento, ni de la vejez, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto. El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco. Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida. Los factores extrínsecos actúan desde las edades más

tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad, y solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida de los ancianos (Chong, 2012). En este sentido, es importante resaltar el rol de las enfermedades crónicas, las discapacidades, así como los aspectos nutricionales y de actividad física del adulto mayor.

**Hipertensión arterial:** La propuesta actual considera que la presión arterial es normal cuando es menos de 120 mmHg, la presión arterial sistólica (PAS) y de 80 mmHg, la presión arterial diastólica (PAD); entre 120 y 139 mmHg de PAS u 80 a 89 mmHg de PAD se considera pre hipertensión. Las cifras entre 130/80 y 139/89 mmHg doblan el riesgo de progresión hacia la hipertensión arterial y la PAS es un factor de riesgo cardiovascular mayor que la PAD.

**Enfermedad de Alzheimer:** es una demencia con un inicio insidioso y con un curso generalmente progresivo y de deterioro e irreversible que afecta al cerebro en las áreas que controlan la memoria, el pensamiento y el lenguaje.

**La depresión:** el estado depresivo mayor se puede definir como un período de por lo menos 2 semanas de duración en el que la persona experimenta cambios en su estado de ánimo durante la mayor parte del día, como pueden ser: el sentirse triste o con pérdida del interés en las actividades placenteras, además, de otros síntomas.

**Enfermedad de Parkinson:** la Enfermedad de Parkinson es un síndrome causado por una lesión de los ganglios basales, predominantemente de la sustancia negra, que produce déficit de los movimientos motores.

**Enfermedad cerebro vascular:** la Organización Mundial de la Salud define la enfermedad cerebro vascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de veinticuatro horas o más de duración o que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular.

**La diabetes mellitus:** la diabetes según la Asociación Americana de Diabetes es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o utiliza inadecuadamente la insulina, una hormona necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos en la energía necesaria para vivir diariamente.

**Limitaciones visuales:** estas son frecuentes en la vejez y van aumentando conforme a la edad. Los estudios de población han reportado la prevalencia de deficiencia en la función visual entre un 4 al 7 % de las personas entre los 71 - 74 años de edad y se incrementa a un 16

% en aquellos individuos mayores de 80 años y hasta un 39 % en los mayores de 90 años de edad.

**Limitación auditiva:** en publicaciones hechas por el Centro Médico Imbanaco (2005), en Colombia se estima que unos cuatro millones y medio de personas tienen problemas auditivos, de los cuales el 14 por ciento está en edad productiva, es decir, entre los 25 y 50 años (Arboleda, Vargas, & Galicia, 2009).

**Limitación física y otras discapacidades:** el envejecimiento de la población es una de las causas de la discapacidad en el mundo, ya que el deterioro físico por el paso del tiempo, aunado a malos hábitos, enfermedades, etc., genera dificultad para el desempeño de las actividades de la vida diaria, que tienen como consecuencia la pérdida de la independencia, la autonomía física y el abandono familiar (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2017).

**Actividad física en el adulto mayor:** sabemos bien que la actividad física a medida que la edad avanza y nos volvemos más adultos, se va reduciendo y constituye un indicador de salud para todas las personas. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz que afectan directamente las actividades cotidianas del adulto mayor. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento, pronto será imposible realizar. años (Arboleda, Vargas, & Galicia, 2009).

**Nutrición en el adulto mayor:** Cada vez más publicaciones relacionan aspectos nutritivos de la persona con la morbilidad y la mortalidad asociada a distintos aspectos de la práctica de la medicina. Concretamente el déficit proteico altera mecanismos del organismo en forma y grado que todavía no son del todo conocidos, pero relacionados directamente con la esperanza de vida. Los estados carenciales de distintos nutrientes son más frecuentes en las personas mayores. Estos problemas nutricionales pueden dar lugar a alteraciones orgánicas importantes. años (Arboleda, Vargas, & Galicia, 2009).

#### **Dominios a valorar según la Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF):**

La OMS recomienda utilizar un instrumento llamado WHOQOL, el cual se ha traducido y validado en países en Latino América, pero no se ha utilizado con este propósito para medir la calidad de vida del adulto mayor en Honduras (WHO Quality of Life Assessment Group,

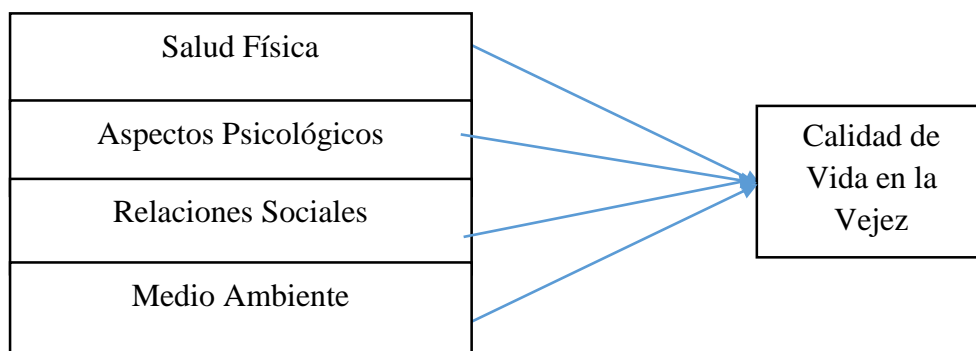


1996). Dicho instrumento puede usarse para evaluar la calidad de vida en personas sanas y enfermas. A diferencia de otros instrumentos, este considera la percepción del sujeto en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental de manera integral (Arias, Jaiberth, Gutiérrez, & Luis, 2014).

- 1. Salud Física:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar que va más allá de no padecer enfermedades y que incluye también el bienestar físico, mental y social. La salud física también se refiere a los análisis o estudios relacionados con la alimentación y la nutrición, las enfermedades o afecciones que pueden preexistir y las que se pueden prevenir, la actividad física a realizar, e incluso, se refiere a la educación acerca de cómo mantener un estado de vida saludable (OMS, 2018).
- 2. Aspectos Psicológicos:** está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, s.f).
- 3. Relaciones Sociales:** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, s.f).
- 4. Medio Ambiente:** la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud (OMS, s.f).

**Figura 4.**

*Marco Conceptual de la OMS sobre Calidad de Vida, Adaptado al Adulto Mayor para este Estudio*

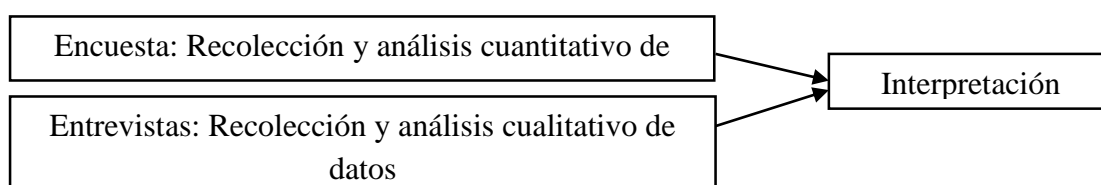


## VII. HIPÓTESIS

Objetivos	Hipótesis
1. Describir cuáles son las características demográficas de los adultos mayores que acudieron al Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, en Jacaleapa, Honduras, durante el año 2019.	El envejecimiento poblacional o demográfico al proceso de transformación de la estructura de edad de la población, <b>aumenta</b> la proporción de personas en edades avanzadas.
2. Describir la prevalencia auto reportada de enfermedades o condiciones que afectan la calidad de vida de los adultos que acudieron al Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, en Jacaleapa, Honduras, durante el año 2019.	La prevalencia auto reportada de enfermedades o condiciones que afectan la calidad de vida de los adultos son mayores que la población en general en Honduras.
3. Evaluar el carácter multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa según sus dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales, y del ambiente o entorno.	Los niveles de calidad de vida varían según las dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales, y del ambiente o entorno.
4. Evaluar el programa de atención al adulto mayor, mediante la opinión del personal de salud y familiares en el centro de cuidados Diurnos, Jacaleapa, Honduras.	El programa del adulto mayor desde la perspectiva de familiares y personal de salud será favorable, indicando la aceptación comunitaria del Centro de Cuidados Diurnos.

## VIII. DISEÑO METODOLÒGICO

El enfoque de la investigación fue evaluativa (Mejía-Castillo, 2017), ya que sucede dentro del contexto de un programa para mejorar su implementación y se enfoca en medir la calidad de vida de los participantes en ese mismo. Los resultados de esta investigación serán compartidos con los directores y usuarios del programa para mejorar los servicios. Esta investigación cuenta con una fase epidemiológica o cuantitativa (A) y otra cualitativa (B) (Sampieri, 2010) A continuación, se presenta una breve reseña de la fase epidemiológica (encuesta a adultos mayores) y la cualitativa (entrevistas personal de salud).



### A. Estudio de corte transversal

El componente epidemiológico fue de corte transversal, ya que, es un tipo de investigación observacional. Para el estudio, se seleccionaron una serie de variables sobre una determinada población de muestra; y todo ello, durante un periodo de tiempo determinado; a través de una encuesta a 302 adultos mayores de 60 años que participan en el Programa Comunitario de Atención Integrada del Adulto Mayor en Jacaleapa. El componente cualitativo consistió de entrevistas personales y breves a 296 familiares y 6 personas que laboran en el Centro de Cuidados Diurnos con preguntas abiertas.

**Localidad del estudio.** Municipio de Jacaleapa, departamento de El Paraíso, Honduras. Se reclutó del Centro de Cuidado Diurno del Adulto Mayor localizado en el municipio de Jacaleapa, Honduras.

**Universo.** Adultos mayores de 65 años de edad no institucionalizados que residen en Honduras.

**Muestra.** En esta investigación se tomaron los 302 participantes del programa. Dado que esta es una investigación evaluativa que pretende mejorar el programa, se tomaron todos los participantes durante el período de estudio. Esta muestra por conveniencia nos permite

realizar inferencias sobre los usuarios del programa, pero cabe mencionar, que dado que no fue una muestra aleatoria simple basada en un registro de toda la población de Jacaleapa (por ejemplo, registro de números telefónicos o direcciones), no se puede garantizar representatividad de la población general del municipio

### **Criterios de Inclusión y de Exclusión en la Encuesta**

*Inclusión:* Adultos, hombres y mujeres, mayores de 65 años; residentes de Jacaleapa, no institucionalizados.

*Exclusión:* Menores de 65 años, no residentes de Jacaleapa, hospitalizados. Se excluyeron también aquellos con discapacidad intelectual o incapacidad severa que no pudieron responder a cuestionarios escritos o entrevista personal.

### **VARIABLES PARA LA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA**

*Variable dependiente:* Calidad de vida percibida

*Variables independientes:* Variables demográficas, presencia de enfermedades.

### **Operacionalización de Variables**

Dimensiones	Definición Operacional	Definición Conceptual	Variables	Ítems	Fuente
Características demográficas	Son las características que contienen los datos personales (edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, empleo). Esto se hace para cada miembro de población.	Edad: Tiempo de vida en años desde el nacimiento de la persona.	Edad	60- 69 años 70 -79 años 80 – 89 año 90 y más años	Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF).
		Religión: Es un sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de la divinidad o de lo sagrado.	Religión	Católica Protestantes Otras	

		Procedencia: Sitio o región donde reside actualmente.	Procedencia	Urbano Rural	
		Ocupación Actividad laboral con o sin remuneración económica:	Ocupación	Ama de casa Agricultor Albañil Artesano Sastre Motorista Comerciante Maestro Guardia Perito mercantil Licenciados Ninguno	
		Escolaridad: Nivel de estudios formal que tiene una persona.	Escolaridad	Ninguno Primaria Medios Universitarios	
		Estado Civil: Modo de vivir de acuerdo a la ley.	Estado Civil	Soltero (a) Separado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Casado(a) En Pareja	

Presencia de enfermedades crónicas	Autoreporte del participante sobre padecimientos crónicos	Esto se evaluó con una pregunta sobre si padece de enfermedades o padecimientos de forma crónica	Presencia de enfermedades	Si No	Encuesta
Calidad de vida relacionada a la salud física (Dominio Salud Física).	La salud física debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo.	La salud física consiste en buen estado físico, mental, emocional y que no padecen ningún tipo de enfermedad.	Actividades diarias: Dependencia de sustancias y cuidados médicos; energía y fatiga; movilidad; dolor y malestar; dormir y descansar; capacidad para el trabajo.	Este dominio está constituido por las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17,18.	Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF).

Calidad de vida relacionada a la salud mental o aspectos psicológicos (Dominio Aspectos Psicológicos).	En este sentido, como psicológico se considera todo lo relativo a la manera de pensar, sentir y comportarse de un individuo o de un grupo de personas.	Psicológica: la palabra, como tal es un adjetivo que se deriva de <i>psicología</i> , vocablo compuesto a partir de las raíces griegas ψυχο- (psycho-), que significa ‘alma’ o ‘actividad mental’, y -λογία (-logía), que traduce ‘estudio’ o ‘ciencia’.	Imagen corporal y apariencia; sentimientos negativos; sentimientos positivos; autoestima; espiritualidad o creencias personales; pensamientos, aprendizaje memoria y concentración	Este dominio está constituido por la pregunta 6, 7, 11, 19, y 26.	Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF).
--	--	--	--	---	--

<p>Calidad de vida relacionada a las relaciones sociales (Dominio Relaciones Sociales).</p>	<p>Las relaciones sociales se encuentran en un nivel más complejo que el comportamiento, acto social, comportamiento social, contacto social e incluso la interacción.</p>	<p>Las relaciones sociales: Se llama relación a aquella correspondencia o conexión que se establece entre algo o alguien con otra cosa o con otra persona. En tanto, las relaciones sociales son aquellas interacciones sociales que se encuentran reguladas por normas sociales entre dos o más personas, presentando cada una de ellas una posición social y desplegando un papel social.</p>	<p>Relaciones personales, ayuda social, actividad sexual.</p>	<p>Este dominio está constituido por las preguntas 20, 21,22.</p>	<p>Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF).</p>
---	--	---	---	---	---



Calidad de vida relacionada al entorno ambiental (Dominio Entorno o Medio Ambiente).	Engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.	El entorno es aquello que rodea a algo o a alguien.	Recursos financieros; libertad; seguridad física; seguro social y de salud; ambiente en el hogar; oportunidad para la adquisición de nueva información; participación y oportunidades de recreación/ actividades de aseo; ambiente físico (contaminación, ruido, tráfico, clima); transporte.	Preguntas 8, 9,12, 13, 14,23, 24, y 25.	Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF).
--	--	---	---	---	--

**Fuente de Información.** Fuente de información primaria con entrevista al adulto mayor.

**Técnicas de Recolección de Información.** La técnica de recolección se hizo a través de la *encuesta de calidad de vida* (cuantitativa) con adultos mayores que participan de las actividades del Centro.

**Instrumento de Recolección de la Información.** *Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)*: El instrumento original WHOQOL-100 permite una evaluación detallada de cada faceta individual relacionada con la calidad de vida. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas y ha sido traducido a 19 idiomas diferentes; es aplicable a sujetos sanos y enfermos y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad para establecer valores, pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones. Sin embargo, en ciertos casos, el WHOQOL-100 puede ser demasiado largo para su uso práctico (100 preguntas). Por lo tanto, la versión reducida de prueba de campo WHOQOLBREF se ha desarrollado para proporcionar una evaluación breve de la calidad de vida que analiza las dimensiones conceptuales. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas. Para proporcionar una evaluación amplia y completa, un elemento de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100. Además, dos elementos de la calidad de vida general y una pregunta de salud general.

Las evaluaciones de la calidad de vida (CDV) que se administran fácilmente y que no imponen una gran carga al encuestado son necesarias para su uso en grandes encuestas epidemiológicas, entornos clínicos y ensayos clínicos. Utilizando datos de las pruebas de campo del WHOQOL-BREF, los objetivos de este trabajo son examinar el desempeño del WHOQOL-BREF como instrumento integrado y probar sus principales propiedades psicométricas. El WHOQOL-BREF es una versión de 26 ítems de la evaluación WHOQOL-100. Sus propiedades psicométricas se analizaron utilizando datos transversales obtenidos de una encuesta a adultos realizada en 23 países (n = 11.830). Se muestreó a los encuestados enfermos y sanos de la población general, así como de los entornos hospitalarios de rehabilitación y de atención primaria, atendiendo a pacientes con trastornos físicos y mentales y con respecto a cuotas de importantes variables sociodemográficas. Se completó la autoevaluación WHOQOL-BREF, junto con preguntas sociodemográficas y de estado de salud. Los análisis de consistencia interna, correlaciones ítem-total, validez discriminante y validez de constructo a través del análisis factorial confirmatorio, indican que el WHOQOL-

BREF tiene propiedades psicométricas de confiabilidad de buenas a excelentes y se desempeña bien en las pruebas preliminares de validez. Estos resultados indican que, en general, el WHOQOL-BREF es una evaluación sólida y transculturalmente válida de la calidad de vida, como se refleja en sus cuatro dominios: físico, psicológico, social y medioambiental (Skevington, Lotfy, & Connell, 2004).

Una cuestión metodológica importante a este respecto se refiere a la disponibilidad de escalas comparables con buenas propiedades psicométricas para medir la calidad de vida en la vejez. La calidad de vida puede concebirse como un concepto multidimensional, que se refiere a la evaluación subjetiva de diferentes dominios de la vida, incluido el funcionamiento cognitivo y el bienestar. Para equiparar la estructura general del WHOQOL-100 y facilitar la puntuación, los ítems del WHOQOL-BREF se combinan típicamente para formar las puntuaciones de cuatro dominios: “Físico”, “Psicológico”, “Relaciones sociales” y “Medio ambiente” (Steinbüchel, Lischetzke, Gurny, & Eid, 2006).

**Procesamiento de la Información.** Para el procesamiento de la información cuantitativa se utilizó una matriz estadística basada en software estadístico SPSS.

**Plan de análisis de los datos de la encuesta.** Para describir las características demográficas, apoyo familiar, conductuales, y de salud de los participantes en la intervención y no participantes, primero, se realizaron análisis univariado con frecuencias relativas para variables categóricas, así como promedios y desviación estándar para variables numéricas. El análisis bivariado consistió de ANOVA y t de Student para diferencias de puntajes de subescalas de calidad de vida según categorías de edad, o presencia de enfermedad, respectivamente.

## **B. Diseño cualitativo**

**Entrevistas a informantes claves.** Para determinar las percepciones de familiares y del personal de salud se realizaron entrevistas individuales (preguntas abiertas, cualitativas) con familiares y personal del centro que proveen servicio a adulto mayor. En este caso, los familiares y personal del centro son considerados informantes claves. Por tanto, durante las visitas al centro para recolectar los datos cuantitativos, de forma paralela se realizaron entrevistas breves a los familiares de los adultos mayores que participaban del programa.

**Nota importante sobre las limitaciones al componente cualitativo durante la pandemia del COVID-19:** Se debe notar que idealmente realizar entrevistas a profundidad (cualitativas) con los adultos mayores usuarios del programa hubiese sido perfecto. Este fue el planteamiento inicial, que era realizar entrevistas personales a los usuarios y evaluar el programa a profundidad desde la percepción de los usuarios. Sin embargo, debido a la pandemia de COVID-19 no fue posible realizar dicha fase intensa que entrevistara al adulto mayor con más profundidad para capturar su perspectiva sobre el Centro de Cuidados Diurnos. Durante la pandemia el acceso a los usuarios fue altamente limitado dado que fueron una población de alto riesgo de complicaciones por COVID. Por otro lado, la investigadora del estudio es una enfermera supervisora en un hospital de referencia quien fue requerida a proveer atención estricta dentro del plan de respuesta nacional a la pandemia, lo que imposibilitó toda recolección de datos adicionales. Por tanto, en lo cualitativo, nos limitamos a lo que fue recolectado durante el 2019.

#### **Criterios de Inclusión y de Exclusión en las Entrevistas**

*Inclusión:* Adultos, familiares de los participantes del programa integrado del adulto mayor, residentes de Jacaleapa. Adultos, personal de salud que brindaba atención a los participantes del programa integrado del adulto mayor, residentes de Jacaleapa.

*Exclusión:* Aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión.

**Muestreo para las entrevistas.** Para esto se utilizó un muestreo por conveniencia para los familiares de usuarios de programa. En caso de los empleados del centro y empleados de salud (6 elementos en total) se tomó toda la cantidad que laboran en el centro, considerando que fueron informantes claves.

**Diseño de las preguntas para la entrevista:** Las preguntas fueron diseñadas por la investigadora para dar respuestas a la necesidad de evaluación formativa del Centro de Cuidados Diurnos. Estas entrevistas fueron realizadas directamente por la investigadora de forma concurrente a las encuestas que realizaban los adultos mayores. Las preguntas al personal del centro fueron sobre el rol dentro del programa, su percepción como empleado del programa, la opinión sobre el trabajo con el adulto mayor, y aspectos y recomendaciones que sugieren para la mejora de este programa (Ver sección de anexos por detalles).

Las preguntas a los parientes, familiares y cuidadores fueron estructuradas y no estructuradas sobre el adulto mayor (Ver sección de anexos) en relación a la percepción de los familiares sobre: si el programa tenía un impacto positivo en la vida de su familiar, percepción

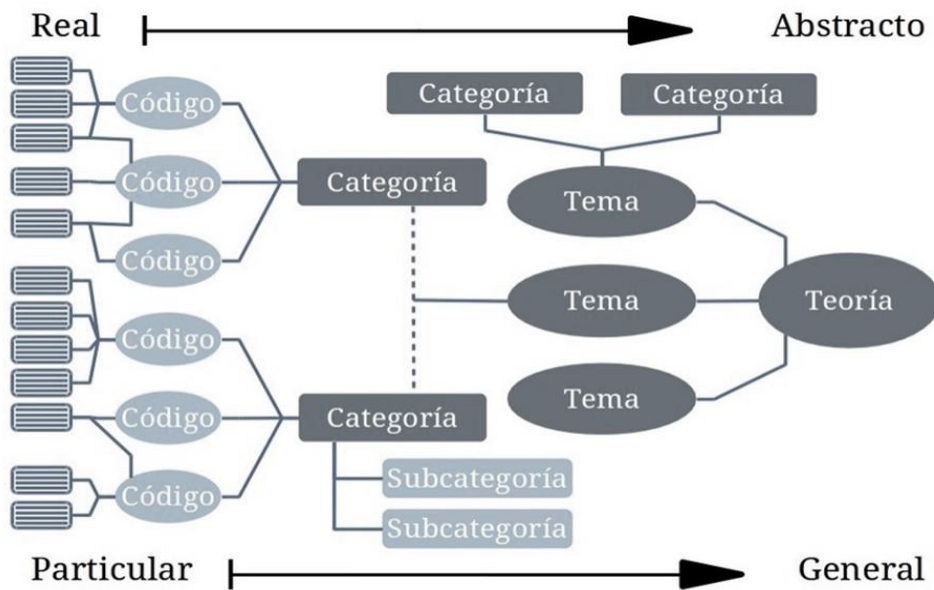
de la satisfacción de su familiar al permanecer en este programa, tiempo de participación y su percepción sobre a actividades que puede realizar sin ayuda su familiar, convivencia en su hogar, y las razones posibles que le han llevado a participar en el programa a su familiar. Otros aspectos incluían percepción sobre el efecto del programa sobre la calidad de vida del adulto mayor. El tiempo de entrevista fue de 30 a 60 minutos.

**Transcripción.** Para el procesamiento de la información cualitativa se utilizó grabación del audio de las entrevistas, seguido de transcripción del texto. Posteriormente se realizó un análisis temático de la transcripción con ayuda del software Atlas. ti.

**Análisis cualitativo.** Se realizó análisis temático de las transcripciones de las entrevistas para identificar cuáles son las percepciones de los familiares sobre la calidad de vida del adulto mayor y la percepción de los factores que influyen en la calidad de vida percibida de los individuos que acuden al programa de atención del adulto mayor. También se identificaron recomendaciones para mejorar el programa. La siguiente figura indica las fases del análisis temático que se realizó con ayuda de Atlas.ti:

1. Familiarización con los datos: transcripción de datos, lectura y relectura del material, anotación de las ideas generales.
2. Generación de códigos iniciales: codificación de los aspectos más relevantes o ideas centrales, recopilación de datos relevantes (memoing) para cada código con Atlas.ti. Cabe recalcar que codificación es la actividad en la que el investigador aplica significado a los datos en bruto mediante la asignación de palabras clave o frases. Estas palabras clave actúan como indicadores de temas en los datos.
3. Búsqueda o hallazgo de temas emergentes: recopilación de códigos en posibles temas.
4. Revisión de temas: verificación de que los temas hacen sentido en relación con los códigos extraídos y lo que conocemos de la literatura, generación de un mapa temático del análisis.
5. Definición y denominación de temas: análisis continuo hasta perfeccionar cada tema, generación de definiciones y nombres para cada tema.
6. Preparación del informe: análisis final relacionándolos con las preguntas de investigación y marco teórico, redacción del informe académico.

Durante este proceso iterativo, se reflexionó desde lo real (ej. Las palabras de los entrevistados) hacia lo abstracto (ej. Sobre la calidad de vida y los beneficios del programa), así como desde lo específico a lo general. Finalmente, basado en este proceso de análisis temático, se realizó un diagrama de los temas principales mostrando la jerarquía de códigos.



**Fuente:** MsC. Doris López

### C. Consideraciones Éticas

Las encuestas y entrevistas con adultos mayores y personal de salud se realizaron con previo consentimiento informado, además, se les explicó el motivo y utilización de la información, la cual no fue ni será compartida con nadie y podrá ser usada para mejorar programas comunitarios en el futuro.

Para realizar el siguiente estudio se solicitó la autorización de la directora del Centro de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor del municipio de Jacaleapa. Además, se adjunta la autorización con firma y sellos de las jefaturas antes mencionadas.

#### **D. Plan de Manuscritos Publicables**

1. Preliminar – Marco Conceptual y Revisión de la Literatura (Manuscrito 1, objetivo 1).

**Publicación:** Revista Cubana La Bitácora del Dr. Ucha. <https://ucha.blogia.com/2019/diciembre.php>

2. Caracterización demográfica y prevalencia de salud de la calidad de vida en el adulto mayor Jacaleapa 2020. (Manuscrito 2, objetivos 2 y 3). **Publicación:** Revista Universidad y Sociedad en proceso.

3. Evaluación del Carácter Multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa 2020. (Manuscrito 3, objetivos 4 y 5). **Publicación:** Revista Colombia Médica en proceso.

4. Evaluación del Programa Integrado de Atención al Adulto Mayor, Jacaleapa, Honduras 2020. (Manuscrito 4, objetivo 6). **Publicación:** Revista Colombia Médica en proceso.

## IX. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

### MANUSCRITO I (Revisión de la Literatura)

#### Modelo Integrado de Atención al Adulto Mayor Jacaleapa Honduras 2019

##### **Autores:**

Doris Judith López Rodríguez<sup>1</sup>

Abraham A. Salinas- Miranda<sup>2</sup>

Raúl Gaitán<sup>3</sup>

1. Investigadora principal, estudiante de doctorado, CIES, UNAN-Managua
2. Tutor, CIES, UNAN-Managua
3. Colaborador y Docente, UNAH, Honduras

##### **Resumen**

El objetivo del presente trabajo es comprender la importancia de la atención integral de los adultos mayores en el Centro de Cuidados Diurnos del municipio de Jacaleapa en el año 2019. La población de 60 años representa el 6% de la población total del municipio. . En las últimas décadas en Honduras ha habido un aumento gradual de la población de adultos mayores de 60 años, lo que presenta retos a los sistemas de salud y servicios sociales. En la actualidad los problemas socio-económicos y políticos traen como consecuencias la pérdida de responsabilidades y valores familiares y comunitarios en cuanto a la atención de los adultos mayores. La importancia de la atención integral que está conformado por la atención físico-recreativa, terapéutica, socio-cultural, psico-educativo brinda una función en cuanto a mejorar el estado fisiológico, psicológico, mental y espiritual de los adultos mayores, lo cual permite mejorar la calidad de vida de ellos. Justificando la situación antes planteada, diferentes organizaciones internacionales desde la década del ochenta han mencionado esta necesidad de una atención integral, lo cual comienza a ejercer a través de acciones programadas por algunos países del mundo desde la mitad del siglo XX y sigue cobrando la importancia en el contexto internacional y nacional.

**Palabras clave:** Atención integral. Adulto mayor. Longevidad saludable. Calidad de vida.



## **Introducción**

El envejecimiento de la población es un fenómeno universal por lo que ya desde la segunda mitad del siglo XX, desde diferentes ámbitos de las ciencias, particularmente en las ciencias médicas, instituciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, políticos y personalidades de los más variados campos del saber y filiación ideológica coinciden en la necesidad de prestar mayor atención al proceso de ancianidad que está viviendo la humanidad.

El incremento poblacional de personas de 60 años de edad y más, caracteriza a un número significativo de países y regiones del planeta, que incluye a países desarrollados como en vías de desarrollo; aunque en los primeros, este acontecimiento tiene manifestaciones menos traumáticas en lo individual y social con relación a la situación calamitosa que se observa en una parte importante de los países que luchan por alcanzar niveles de desarrollo económico y social sostenible.

Expresión del aumento de la preocupación reinante son las acciones que viene acometiendo las Naciones Unidas desde la década de los años ochenta del pasado siglo, encaminadas a la sensibilización de pueblos y gobiernos del mundo, sobre la necesidad de erradicar cualquier tipo de discriminación etaria y reconocer la importancia que tiene garantizar el máximo de bienestar posible a los adultos mayores.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 2000 vivían en el mundo 600 millones de personas mayores de 60 años de edad, lo que representaba, en aquel entonces, el 10 por ciento aproximado de la población total del planeta. Según los especialistas, si el ritmo de crecimiento de este segmento poblacional continúa aumentando, para el año 2050 una de cada cuatro personas tendrá 60 años de edad o más.

Según los datos que aporta el Departamento Nacional de Estadísticas En 2017 la esperanza de vida en Honduras subió hasta llegar a 73,77 años. Ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 76,34 años, mayor que la de los hombres, que fue de 71,22 años.

Honduras ha empeorado su situación respecto a los 192 países de los que publicamos la esperanza de vida y ha pasado de ocupar el puesto 95 en 2016 al 96 en 2017. Esto quiere decir que se sitúa aproximadamente en la parte media del ranking de países por esperanza de vida. Si miramos la evolución de la esperanza de vida en Honduras en los últimos años, vemos que ha subido respecto a 2016 en el que fue de 73,58 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2007, en el que estaba en 71,91 años.

El incremento poblacional en estas edades tiene una seria repercusión en lo que respecta a las carencias materiales y de otra índole que exige la *atención integral* de los adultos mayores con el objetivo de garantizar un mejoramiento en la calidad de vida de este importante segmento de la población.

La situación demanda una *atención integral* de estas personas que incorpore a los cuidados médicos, actividades de tipo socio-cultural, físico-terapéutico y psico-educativa, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de este segmento poblacional, pero la ausencia de políticas públicas con esta finalidad en un número importante de países en “vías de desarrollo” debido a problemas de orden económico está teniendo un impacto negativo en los indicadores de desarrollo humano relacionados con la longevidad saludable en esas sociedades.

En el caso del Centro de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor, ubicado en el municipio de Jacaleapa con una rica cultura en la cual se ha privilegiado el papel de los ancianos en la sociedad, presenta hoy un escenario diferente como consecuencia de los efectos en la vida espiritual de la crisis económica que sacude al mundo. Se estima que dicho municipio cumpla con los niveles óptimos en los indicadores de Salud, educación, seguridad y desarrollo económico, con valores y conciencia social en el adulto mayor, brindando protección a este grupo vulnerable.

## **Desarrollo**

La población de adultos mayores se presenta hoy en día en una proporción mucho mayor a la que ha caracterizado a todas las etapas precedentes de la historia de la humanidad. Se destaca que el envejecimiento “es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración de organismos a escala molecular, al nivel de la personalidad y se puede añadir también al nivel de los grupos humano” (Avances Médicos de Cuba, 2001). La vejez es la última etapa de la vida que otorga la obligación necesaria para concluir satisfactoriamente el proyecto de vida. Este aumento continuo de los adultos mayores envuelve tres fenómenos: el aumento de la población mayor en el mundo, una mayor expectativa en la vida de las personas y una feminización del envejecimiento. El envejecimiento plantea una serie de desafíos en todos los aspectos de la sociedad, la familia y el individuo. Una de las posibles causas de esta segregación es que la vejez comúnmente se asocia a cambios negativos para las personas. Varios investigadores han identificado que los ancianos frecuentemente

sufren depresión psicológica, se suicidan, viven apartados de la sociedad y su relación con las demás personas se ve limitada por el lugar que van ocupando dentro de su grupo social, situación agravada por la disminución de responsabilidades y preocupaciones directas, de oportunidades y de vínculo con quienes llevan una vida activa; de manera que ocurre una declinación de su curiosidad intelectual, aparecen sentimientos de minusvalía y ocurren pérdidas de roles sociales.

En relación a la vejez existe la percepción de que estos constituyen un freno para adaptarse a los cambios y progresos tecnológicos del país y del mundo, a la pérdida de capacidades mentales y físicas que no les permiten competir en un ámbito que puede resultarles inhumano, solitario y despersonalizado. En el municipio de Jacaleapa existe una serie de preocupaciones que enfrentan tanto a la familia como el adulto mayor. Ante las necesidades económicas, las familias no tienen suficiente tiempo en cuanto a la atención de los adultos mayores, esto puede ser a causa de la pérdida de valores o responsabilidades familiares. Actualmente en el municipio existe la atención médica en el Centro de Cuidados Diurnos que se requiere para mantener la salud del adulto mayor.

Bajo este contexto internacional y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que esta es la más importante en la percepción del bienestar en los ancianos. Sin embargo, la calidad de vida no solo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores de tipo socio-cultural, físico-terapéutico y psico-educativa. La elevada esperanza de vida, a pesar de ser una de las conquistas del desarrollo social actual, es considerada frecuentemente como una de las mayores cargas de la contemporaneidad por los elevados gastos económicos que esta situación demanda.

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante esta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, la vejez se construye desde la juventud. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida.

La calidad de vida de las personas adultas mayores se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad. De los municipios en vía de

desarrollo, incluyendo Jacaleapa, la mayoría de las acciones se dirigen más a atender que a promover la salud, esta situación se puede ver desde el punto de vista de falencia de los recursos humanos, aun así, para mejorar la calidad de vida de estos adultos mayores es importante que se preste *la atención integral* que abarca lo socio-cultural, físico-recreativo, lo terapéutico y lo psico-educativo.

*La atención integral* debe entenderse entonces como la síntesis armónica y coherente de múltiples variables, no como sumatoria de servicios si no como estrategia integral donde se articulen todos los factores (Diccionario Latinoamericano de Educación, p. 238). En este caso el concepto se ve desde el contexto que se utiliza, *la atención integral* que propone una atención partiendo de las necesidades básicas que se exige para la longevidad saludable de la población anciana. *La atención integral* es un proceso importante en su carácter funcional, no obstante, abarca el punto de vista físico, estado psicológico, emocional y espiritual, lo cual lleva a cabo una educación básica que les permite reconocer su valor como individuo-colectivo y el valor de la atención brindada para su bienestar. Compartir gustos creando un entorno motivacional, revivir los tiempos pasados de su cultura y tradición, así como reintegrar a la sociedad a la que ellos pertenecen, cada una de las partes de un todo posibilita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, lo cual sigue siendo un reto desde la mitad del siglo XX.

Los ancianos son parte integrante e indivisible de la sociedad moderna. Las personas de edad deben desarrollar su vida activamente, recibiendo y aportando a la sociedad, de manera que contribuyan al desarrollo armonioso de la misma. Del trabajo de todos, los que de una manera se relacionan con el tema, depende desarrollar iniciativas capaces de permitir que los adultos mayores tengan una vejez decorosa. La atención en el área socio-cultural se sostiene sobre los siguientes presupuestos:

- Satisfacción de las necesidades socio-culturales (incluyendo las relacionadas con la economía, la salud, la satisfacción espiritual) de los ancianos con el objetivo de mantenerse independientes y funcionales.
- Transformación del adulto mayor en agente desarrollador y difusor de la cultura para el envejecimiento a las otras generaciones, estando abierto al cambio constante y modificando los mitos y actitudes sociales negativas en relación con esta etapa de la vida.
- Redimensionamiento de la participación social de los ancianos hasta alcanzar un papel de orientador.

- Lucha por la conquista de un mundo de paz, equilibrio ecológico ambiental, valores morales, imprescindibles para el desarrollo de la especie humana.

En el proceso de envejecimiento es básico superar lo físico, adaptarse al deterioro biológico (las canas, las arrugas), a los cambios, y, entonces, a partir de allí, fomentar el desarrollo social y espiritual con la experiencia acumulada. Es lo que encamina a estos adultos mayores a sobrepasar dificultades empezando por el obstáculo principal que impide alcanzar y realizar una vida plena y feliz, o si se quiere, la condición necesaria para lograr una vida deteriorada, enferma o pésima, consiste en adoptar la actitud negativa de decirle no a la vida, de odiarla, temerla o destruirla, lo que se hace a veces sin darse cuenta, inconscientemente, cuando no se cumplen los principios y orientaciones expuestos para mantenerse en óptima forma y en pleno funcionamiento.

Al igual que la atención terapéutica que está dirigida a aquellos adultos mayores haciéndole realizar las acciones y necesidades empleadas en diversas enfermedades somáticas y psíquicas que contiene movimientos de la vida diaria con fin de rehabilitar a ellos, lo cual eleva el estado de ánimo de esas persona, la motivación de vivir y hacer diversas actividades que a corto y largo plazo les da un cierto nivel de educación con que se puede guiar y seguir aprendiendo para su uso frecuente en su vida cotidiana.

A pesar de la atención en estas aéreas mencionadas, el aspecto psicológico en el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares, sociales y una disminución de sus capacidades de adaptación. Resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción, relaciones sociales. Es muy importante tener en cuenta que los cambios corporales son el resultado de un modo de vida caracterizado por el desuso, la inercia, la pasividad y el descuido (Méndez, 2003, pp. 21-34).

Una vez que el adulto mayor tenga la atención psico-educativo es más capaz de soportar las pérdidas de amigos, conocidos o familias, tan comunes en esta edad, pudiendo enfrentar exitosamente los procesos de duelo. Esto le permite enfrentar el envejecimiento no como una desgracia o un estigma, sino como otra etapa buena de la vida, donde ocurre una serie de cambios tan normales como los de las otras edades.

El adulto mayor ha de tomar una actitud positiva en la vida, aprender a saber vivir consigo mismo, a conocerse tal y como es, con sus dimensiones. El bienestar en esta etapa de la vida depende, en gran parte de la significación social conferida al anciano y del grado de

satisfacción de sus necesidades y de la aceptación, amor, respeto, comprensión, participación, seguridad, autonomía y recreación. Esto permite una longevidad saludable que paso a paso mejora la calidad de vida de esta población. Todos estos planteados parten de un desarrollo endógeno. Para lograr esta atención integral al adulto mayor se debe seguir un proceso que debe ser dirigido a través de personas preparadas del área de salud, terapéutica, educación física, psicología sociología dándole paso al auto cuidado, las oportunidades de trabajo, la consejería individual y familiar etc. Esta atención integral permite, más bien, mantener los beneficios en el área local para contribuir a esfuerzos futuros que incrementen el mismo (Iresha, Sáez, & Gomez, 2014).

Es necesario considerar los principios de beneficencia y justicia para una atención individual de las mujeres mayores y la formación de sistemas sanitarios (o políticas sanitarias) de carácter ético donde prevalezca siempre la equidad. Para ser justo y beneficiante es imprescindible ser eficiente, y ello se alcanza tomando en cuenta factores propios de las mujeres ancianas: salud física y mental, estado de vida, real acceso a los servicios, entre otros (Monge, 2006).

## **Conclusiones**

Según las estadísticas de la organización mundial de salud, en el 2050 uno de cada cuatro personas serán adultos mayores. Aunque los países desarrollados vienen planteando políticas, programas y actividades para los adultos mayores, en el siglo XX y a nivel mundial este aumento poblacional ha enfrentado la necesidad de atención para su longevidad satisfactoria. Sri Lanka siendo país en vía de desarrollo no se escapa de esta situación planteada.

La atención integral que requieren los adultos mayores desde punto de vista fisiológico, socio-cultural, psico-educativo les permite llevar su vejez de manera activa y saludable por su carácter funcional desde diferentes puntos de vista, ya que la mayoría de ellos están enfrentando condiciones preocupantes por no acceder a pensiones de vejez, por no tener una cobertura de salud adecuada y la atención en otras áreas que les brinden beneficios. En muchos casos, sufren discriminaciones en el mercado laboral, en los servicios y en el trato cotidiano en sus comunidades y en sus familias que directamente perjudica el mejoramiento de calidad de vida de ellos.

## **Bibliografía**

Avances Médicos de Cuba (2001). *La sexualidad nos acompaña toda la vida: tercera edad*. P. 32-40.

Diccionario Latinoamericano de Educación. *Atención Integral*. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Humanidades y Educación. Editorial Fundación Gran mariscal de Ayacucho. P. 238.

González, C.R. (2002). *Efectos de Intervención de un Programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Kindelpitiya, S. (2004). *Metodología Práctica para los Adultos Mayores en función del Desarrollo Humano*. Sara editorial. Ottawa. Sri Lanka. p.10.

López, M.P. (1996). *La Familia y el Anciano*. Ed. Científico-Técnica. La Habana.

Méndez, J. (2003). Características Biopsicosociales en la tercera edad. *Revista cubana de enfermería*. p. 21-34.

Tapia, N. (2008). *Aprendiendo el Desarrollo Endógeno Sostenible Construyendo la Diversidad Bio-cultural*. Plural editores. Bolivia. p. 27.

UNESCO (1985). *Informe Final*. Cuarta Conferencia final sobre Educación de Adultos.

13/12/2019 14:41

## MANUSCRITO II

### **Caracterización demográfica del adulto mayor para las estrategias de salud en el CCD, Jacaleapa, Honduras.**

Demographic characterization of the elderly for health strategies in the CCD, Jacaleapa, Honduras.

MsC. Doris Judith López Rodríguez<sup>1</sup>

PhD. Abraham A. Salinas- Miranda<sup>2</sup>

PhD. Marvin Mendoza<sup>3</sup>

1. Investigadora, estudiante del doctorado
2. Tutor de la estudiante, CIES-UNAN
3. Asesor estadístico, Docente, UNAH, Honduras

#### **Resumen**

El objetivo del estudio fue describir las características demográficas que moderan las percepciones de la calidad de vida reportada en adultos mayores, lo que permitirá desarrollar las estrategias de salud del Centro de Cuidados Diurnos (CCD), Jacaleapa, Honduras. El diseño fue de tipo descriptivo, con una encuesta de corte transversal. Para ello, se emplearon los instrumentos de la OMS para medir calidad de vida y preguntas sociodemográficas. Según las características demográficas, la mayoría fueron de sexo femenino (76.5%), en edades de 60-69 años (70.19%). El 68.9% de los adultos mayores finalizaron sólo su educación primaria; desempeñándose la mayor parte de su vida a quehaceres del hogar (73.8%). En conclusión, el estudio permitió conocer la realidad acerca de las condiciones del adulto mayor a nivel demográfico. Una mayor participación de mujeres que de varones indica la necesidad de aumentar el alcance a los hombres adultos mayores. El programa está alcanzando a poblaciones socio-económicamente vulnerables. Esta información nos permite trazar estrategias para mejorar el alcance y la calidad de los servicios de salud al adulto mayor, en este caso al programa del Centro de Cuidados Diurno de Jacaleapa en el Paraíso.

**Palabras clave:** calidad de vida, prevalencia de salud, características sociodemográficas, Relaciones sociales, salud física, entorno, psicológico

#### **Abstract**



The objective of the study was to describe the demographic characteristics that moderate the perceptions of the quality of life reported in older adults, which will allow the development of health strategies at the Day Care Center (CCD), Jacaleapa, Honduras. The design was descriptive, with a cross-sectional survey. For this, the WHO instruments were used to measure quality of life and sociodemographic questions. According to demographic characteristics, the majority were female (76.5%), aged 60-69 years (70.19%). 68.9% of older adults completed only their primary education; performing most of his life to housework (73.8%). In conclusion, the study allowed knowing the reality about the conditions of the elderly at a demographic level. A higher program participation of women compared to men indicates the need to increase outreach to older adult men. The program is reaching socio-economically vulnerable populations. This information is useful to plan outreach strategies and the quality of health services for the elderly, in this case the Jacaleapa Day Care Center program in El Paraíso.

**Keywords:** quality of life, health prevalence, sociodemographic characteristics, social relationships, physical health, environment, psychological

## **Introducción**

El Gobierno de la República de Honduras realiza esfuerzos para mejorar el bienestar emocional, físico y mental de su población. La atención en salud a sus habitantes está estructurada atendiendo a determinados índices de prioridad como lo son la vulnerabilidad social. En tal sentido, niños, mujeres y ancianos ocupan lugares privilegiados en el orden de vulnerabilidad. Precisamente este último grupo su densidad poblacional al año 2020 va en con tendencia ascendente, con relación a la población general del país (Instituto Nacional de Estadística [INE] 2020). Este país no se aleja de la realidad mundial pues que según las estadísticas en los registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2020 la tercera edad representa el 15% aproximadamente, con una expectativa de vida de 67 años para los hombres y para las mujeres es de 63 años.

A partir del 2015, el Gobierno de la República de Honduras, por medio de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social y su Política Nacional de Envejecimiento y del Adulto Mayor, muestra los resultados del diagnóstico donde se manifiesta que este grupo social mantiene una tendencia a desarrollar su vejez en condiciones de acompañamiento familiar; sin embargo, en los últimos años, atendiendo a las dificultades económicas del país muchos optan por la reinserción laboral, otros con menor índice de necesidad participan en actividades de ocio,

otros se incorporan a las actividades que se realizan en los Centros de Cuidados Diurnos, aprovechando las posibilidades de argumentar en los espacios de realización personal, relaciones interpersonales y donde reciben una atención directa por parte de organismos e instituciones.

Los planteamientos anteriores concuerdan con el estudio de Zelaya (2012) planteando que durante la vejez se debe considerar la situación interna como la externa; en tal sentido, en esta última se encuentran las relaciones sociales y económicas las cuales se pueden condicionar a partir de las estrategias gubernamentales para mejorar las expectativas de vida de los individuos a nivel comunitario. Se necesitan depurar esfuerzos que vayan hacia el orden interno desde su conducta ante la vida, como los aspectos sociológicos y psicológicos, pues sus mayores retos están ante los temores de la soledad, miedo a la muerte, estado de ánimo depresivo y el estilo de vida que puede conllevar. Sin embargo, para el gobierno se hace necesario conocer la situación en que se encuentran, por ende, la demografía ocupa un papel esencial en los posibles resultados que se puedan obtener.

Es importante que se comprenda que los estudios demográficos para un país contribuyen al desarrollo de las políticas públicas; por ende, la aplicación en la salud es una herramienta que permite marcar estrategias, permitiendo trazar las líneas estadísticas que caracterizan a la población para así determinar las bases sobre las cuales se trabajan las proyecciones estratégicas. Por ende, el estudio considera las características en el grupo poblacional del adulto mayor, atendiendo a indicadores relacionados con su calidad de vida lo que se hace necesario su evaluación, permitiendo direccionar y manejar estrategias de salud.

Se asumió los antecedentes de González y Gálvez (2009) y Peralta *et, al.* (2020); los primeros autores mencionados a partir de un estudio de corte transversal donde los sujetos seleccionados fueron los cuidadores de pacientes incluidos en un programa de incapacitados, atendidos en domicilio, se detectaron falencias en las informaciones previas que pudiesen servir como bases diagnósticas para ejercer diferentes estrategias en la atención al adulto mayor. Desde otro punto de vista Peralta *et, al.* (2020) contribuyó desde una perspectiva de análisis del aporte que imprime el estudio sociodemográfico de los diferentes grupos poblacionales haciendo comprender la importancia que imprime a la dinámica de los servicios de salud en los diferentes territorios y la repercusión en la calidad de vida de sus habitantes.

En cuanto a la calidad de vida del adulto mayor, algunos estudios realizados han demostrado que las causas o factores asociados a la calidad de vida en la vejez que conlleva a

una mortalidad más rápida, es el sedentarismo causado por diferentes factores: sociales, económicos, psicológicos y de salud. En consecuencia, la comunidad científica de manera constante se pregunta ¿Cómo se puede evitar una vejez llena de dolencias? ¿Qué se puede hacer para alcanzar una vejez sana y placentera? Tales interrogantes hacen estar en la constante búsqueda de las respuestas adecuadas.

Los estudios realizados en el transcurso del tiempo han conllevado a posicionamientos en lo concerniente a cómo llegar a un estado de plenitud en la vejez; estos están dirigidos hacia las ventajas e inconvenientes inherentes al proceso de envejecimiento y las dirigidas a retardar este proceso, ya que los estudios actuales reconocen hasta nuestros días que este no se puede impedir.

Por ende, la investigación realizada concibe la importancia a la atención al adulto mayor desde una descripción de las características demográficas de los adultos mayores, para de esta manera responder, mediante estrategias que fomenten la normalización en el uso de los recursos ordinarios, y mediante técnicas que faciliten el desbloqueo de las dificultades que afectan la calidad de vida de los ancianos, así trazar estrategias para perfeccionar la atención a la salud. Cuando los sistemas y servicios de salud en este caso los Centros de Cuidados Diurno (CCD), como estructura que depende de los resultados del estudio se organizan bajo estos principios, se alcanza un mayor impacto en la salud de los grupos atendidos. De esta manera, se estaría contribuyendo a una mejora en la calidad de los servicios de salud al adulto mayor, y al desarrollo de una línea de investigación priorizada en el territorio del departamento del Paraíso.

## **Método**

**Diseño.** El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Tomando en cuenta la población mayor de 60 años que asisten al CCD de Jacaleapa, El Paraíso Honduras; por cual, se excluyeron a las personas que no pertenecen al municipio antes mencionado. Se utilizó el método de la entrevista con preguntas estructuradas para la recolección de datos, el cual estuvo constituido por los 302 pacientes y familiares que pertenecen al CCD de Jacaleapa.

**Variables.** Estas incluyeron sexo al nacer (dicotómica: Femenino vs Masculino). La edad se midió de formal ordinal (60 – 69, 70 – 79, 80 – 89, 90 – 100). El estado civil fue una variable nominal politómica (Soltero, Casado, Divorciado, Unión Libre, Viudo, y opción de no responde). De la misma manera, la procedencia fue dicotómica (Jacaleapa vs Otra localidad). La escolaridad fue medida con una variable ordinal (Primarios, Medios, Universitarios,

Ninguna, NR). Ocupación o profesión fue medida con múltiples categorías. Religión se midió de forma nominal (Católica, Evangélica, No Responde).

Además, se indagó sobre la presencia de enfermedad al momento de la encuesta, con la pregunta ¿Se encuentra actualmente enfermo (a)? El apoyo familiar se midió de forma auto reportada de forma dicotómica (Impacto positivo vs Ningún impacto). También se preguntó si los participantes tenían un horario fijo de alimentación, y si tenían un hábito regular de ingerir agua de forma frecuente.

Además, para obtener una perspectiva de como los familiares percibían el programa, se entrevistó a los familiares de los usuarios del programa sobre características complementarias respecto a la asistencia al programa y su impacto percibido sobre lo siguiente: (1) Impacto positivo al programa; (2) Sentimiento de su familiar de pertenecer al programa; (3) Al estar dentro del programa su familiar mejoró la calidad de vida; (4) Condiciones de salud (Padece enfermedad); (5) Razones para participar en el programa; y (6) Dieta especial.

**Análisis.** Se utilizaron frecuencias, porcentajes, y tablas de contingencia para describir las características de los adultos mayores participantes en el programa y la de los familiares. Además, se realizaron gráficos de barra y pastel para visualizar los hallazgos principales. Estos análisis descriptivos se hicieron con el programa SPSS versión 26.

## Resultados

Al analizar las características sociodemográficas de los ancianos estudiados, se debe referir que se evalúan un total de 302 ancianos, sobre la base de las variables establecidas edad, sexo, religión, ocupación, escolaridad, estado civil entre otros.

**Tabla 1**

*Características demográficas y de salud de los adultos mayores*

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo		
Femenino	231	76.5
Masculino	71	23.5
Edad		
60 – 69	212	70.1

70 – 79	60	19.8
80 – 89	27	8.9
90 – 100	3	1
<hr/>		
Estado civil		
Soltero	62	20.5
Casado	97	32.1
Divorciado	3	1
Unión Libre	85	28.1
Viudo	48	15.9
NR	7	2.3
<hr/>		
Procedencia		
Jacaleapa	302	100
Otra localidad	0	0
<hr/>		
Escolaridad		
Primarios	208	68.9
Medios	50	16.6
Universitarios	5	1.7
Ninguna	38	12.6
NR	1	3
<hr/>		
Ocupación o profesión		
Ama de casa	223	73.8
Agricultor	47	15.6
Albañil	6	2
Artesano	1	3
Sastre	2	7
Motorista	3	1
Comerciante	5	1.7
Maestro	2	7
Guardia	4	1.3
Perito Mercantil	1	3
Licenciados	2	6
Ninguno	6	1.9
<hr/>		

Religión		
Católica	214	70.9
Protestante	87	28.8
NR	1	3
Actualmente se encuentra enfermo		
Si	296	98
No	6	2
Apoyo familiar		
Impacto positivo	260	86.1
Ningún impacto	42	13.9
Horario fijo de alimentación		
Sí	225	74.5
A veces	66	21.8
Nunca	2	0.6
N/A	9	2.9
Hábito para ingerir agua		
Sí	239	75.1
A veces	41	13.5
Nunca	11	3.6
N/A	11	3.6

*Fuente:* entrevista a pacientes y familiares

Se aplicó una entrevista a 302 pacientes y familiares de los adultos mayores del CCD de Jacaleapa, sobre sus características demográficas de las cuales el 76.5% representa el sexo femenino y solo el 23.5% el sexo masculino. Así mismo, el 70% comprenden las edades de 60-69 años, el 19.85% 70-79 años, el 8.95% las edades de 80-89 años y solo el 1% comprenden el rango de edad de 90 a 100 años. Respecto al estado civil podemos observar que de los 302 participantes el 32% son casados, un 28% viven en unión libre, el 20.5% son solteros, el 16% quedaron viudos, el 2% no respondió y solo el 1% estaban divorciados.

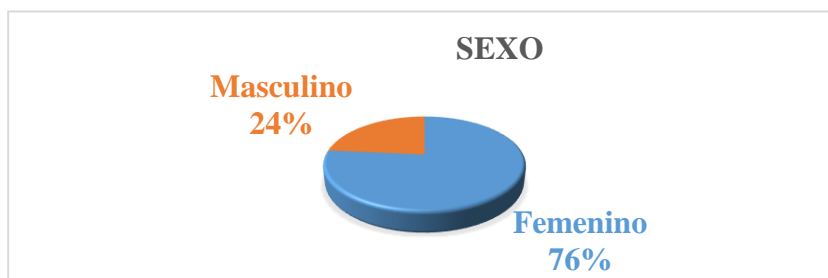
En este mismo orden y dirección, en su gran mayoría que corresponde al 69% cursaron la primaria completa, 16.6% el nivel medio, el 12.6% no tienen ningún grado de escolaridad,

un 1.7% fueron universitarios y el 3% no respondió. Se observa claramente, que el 74% de los adultos mayores se dedican al cuidado de la casa y el hogar, el 15.6% se dedican a la agricultura y los demás adultos mayores a diversas ocupaciones. En efecto, el 71% pertenecen a la religión católica, el 28% son evangélicos y el 1% no respondió a la interrogante.

Se conoció que respecto al apoyo familiar el 86% de los adultos mayores respondieron que cuentan con la ayuda de sus familiares (impacto positivo), y solo un 14% no tienen ningún apoyo familiar (impacto negativo). De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando el 98% padece de alguna enfermedad y el solo un 2% no lo padece. Es evidente entonces, que el 74.5% tienen un horario fijo de alimentación, 22% a veces, el 3% no respondió a la interrogante y solo un 1% no tiene un horario fijo para alimentarse. A manera de resumen final, el 75% de los adultos mayores tienen el hábito del consumo de agua, el 13% lo hace a veces y el 3.6%, no lo hace nunca y 3.6% y no contestaron a la interrogante antes mencionada.

### Gráfico 1

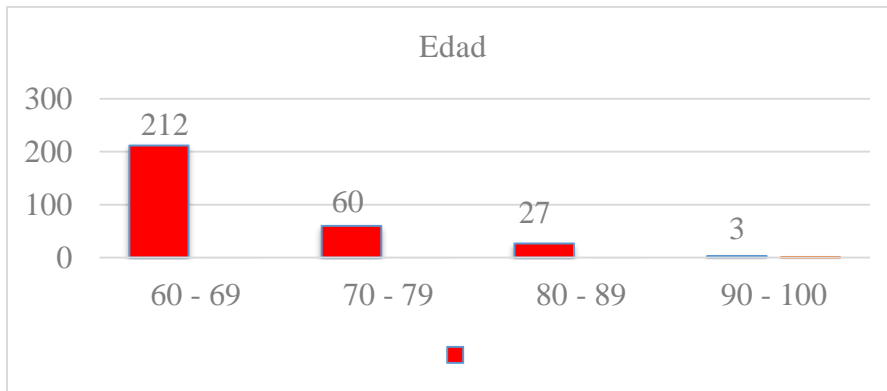
*Sexo de los adultos mayores*



Análisis: de los 302 participantes, el 76% representa el sexo femenino y solo el 24% el sexo masculino.

## Gráfico 2

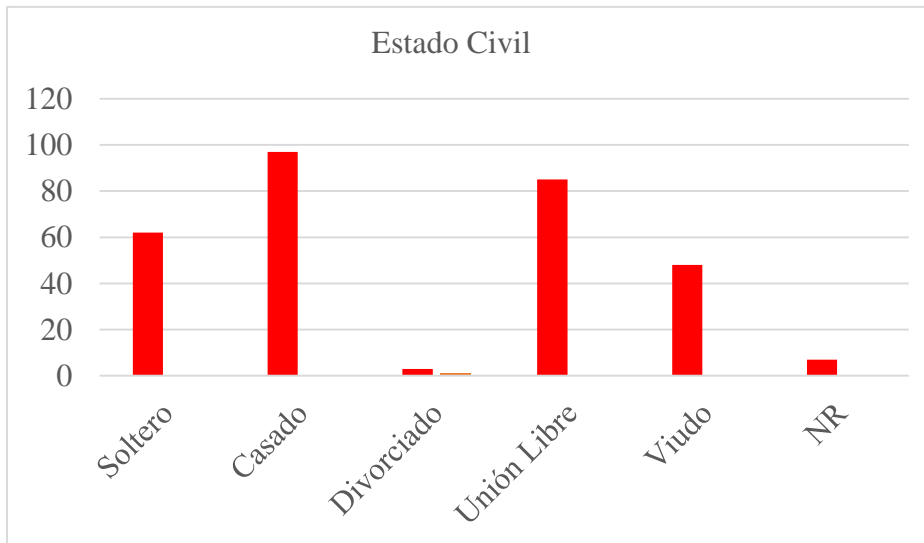
### Edad de los adultos mayores



Análisis: podemos observar en la representación gráfica que el 70% comprenden las edades de 60-69 años, el 19.85% son de 70-79 años, el 8.95% las edades de 80-89 años y solo el 1% comprenden el rango de edad de 90 a 100 años.

## Gráfico 3

### Estado civil de los adultos mayores

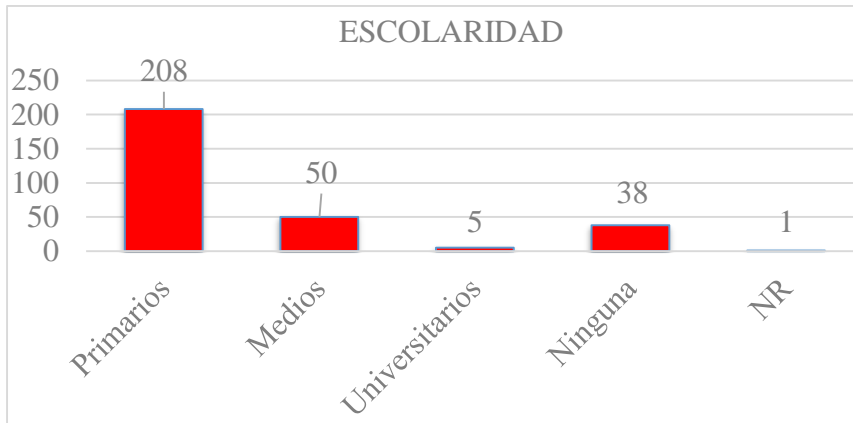


Análisis: respecto al estado civil podemos observar que de los 302 participantes el 32% son casados, un 28% viven en unión libre, el 20.5% son solteros, el 16% quedaron viudos, el 2% no respondió y solo el 1% estaban divorciados.



#### Gráfico 4

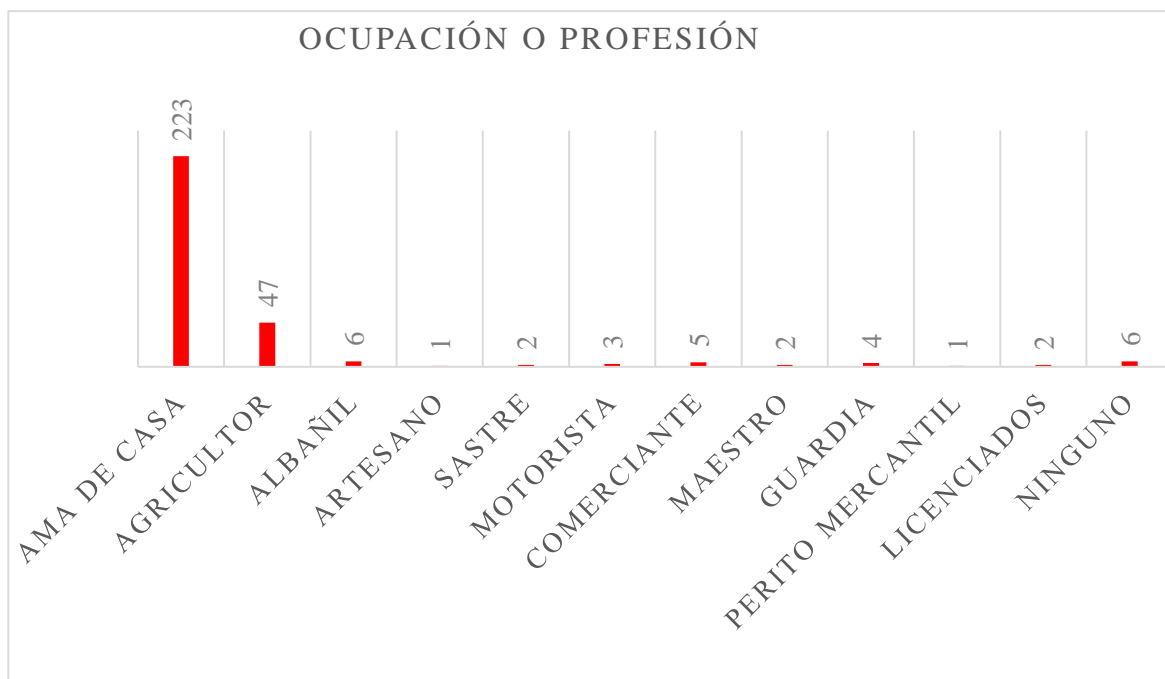
##### Escolaridad de los adultos mayores



Análisis: de los 302 participantes en su gran mayoría que corresponde al 69% cursaron la primaria completa, 16.6% el nivel medio, el 12.6% no tienen ningún grado de escolaridad, un 1.7% fueron universitarios y el 3% no respondió.

#### Gráfico 5

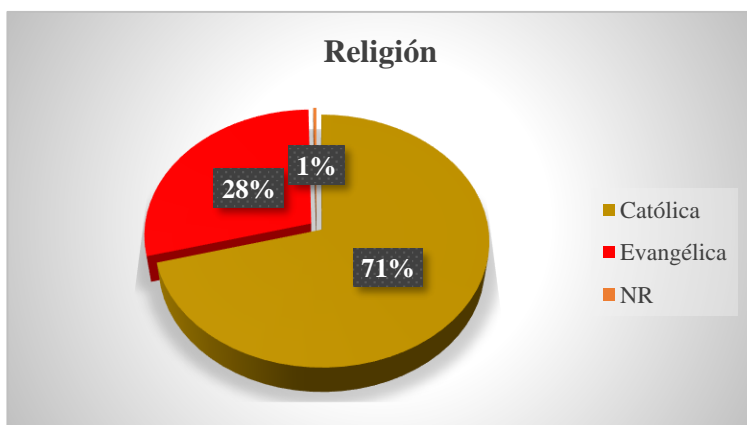
##### Ocupación de los adultos mayores



Análisis: podemos observar que el 74% de los adultos mayores se dedican al cuidado de la casa y el hogar, el 15.6% se dedican a la agricultura y los demás adultos mayores a diversas ocupaciones.

### Gráfico 6

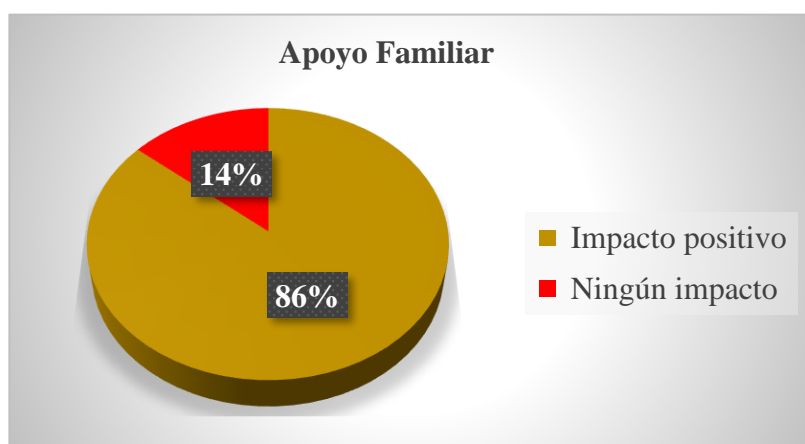
Religión de los adultos mayores



Análisis: de los 302 participantes el 71% pertenecen a la religión católica, el 28% son evangélicos y el 1% no respondió a la interrogante.

### Gráfico 7

Apoyo familiar reportado por los adultos mayores



Análisis: podemos observar que respecto al apoyo familiar el 86% de los adultos mayores respondieron que cuentan con la ayuda de sus familiares (Impacto positivo), y solo un 14% no tienen ningún apoyo familiar (Impacto negativo).

**Tabla 2**

*Información complementarias de familiares respecto a la asistencia al programa y su impacto*

Variable			
Impacto positivo al programa	Sí	302	100%
	No	0	0%
Sentimiento de su familiar de pertenecer al programa	Satisfecho	302	100%
	Otro	0	0%
Al estar dentro del programa su familiar mejoró la calidad de vida	Sí	118	39.07%
	No	16	5.29%
	N/c	168	55.62%
Condiciones de salud (Padece enfermedad)	Sí	282	93.37%
	No	14	4.63%
	N/c	6	1.98%
Razones para participar en el programa	Conocer personas y hacer amistad	302	100%
Dieta especial	Sí	54	17.88%
	No	81	26.82%
	N/c	167	55.29%

*Fuente:* entrevista a pacientes y familiares

Se entrevistó a los pacientes y familiares sobre las características complementarias respecto a la asistencia al Programa y su impacto; en lo cual resulta oportuno mencionar que el 100% de los adultos mayores presenta un impacto positivo al programa, así mismo el 100% se encuentran satisfechos de pertenecer al programa del CCD de Jacaleapa. Dada a las

condiciones que anteceden 56% de los adultos mayores no respondió si al estar dentro del programa el familiar mejoro la calidad de vida, el 39% respondió que, si hay una mejora de calidad de vida, y el 5% que no.

De acuerdo con la condición de salud el 93% padece de algún tipo de enfermedad y el 5% no padecen de enfermedad y el 2% no responde a la interrogante. Cabe resaltar que, el 100% de los participantes respondió que las razones para participar en el programa fueron conocer personas y hacer amistades con las mismas. A manera de resumen, el 55% no consiguieron tener una dieta especial, el 27% no tienen una dieta especial, únicamente el 18% si la tienen.

## **Discusión**

En este estudio descriptivo se examinaron las características demográficas de los adultos mayores del CCD de Jacaleapa, Honduras, con el objetivo de conocer el perfil de usuarios en un programa integrado comunitario para los adultos mayores. Este estudio es uno de los primeros estudios realizados en el territorio sobre esta población que accede a este programa.

El estudio concuerda con las consideraciones relevantes los planteamientos de la OMS (2016) que todos los países de las Américas se encuentran en proceso de envejecimiento, aunque en los distintos países envejece a velocidad y en momentos diferentes. La disminución de los indicadores de fertilidad y de mortalidad, fundamentalmente a edades tempranas de la vida, está dando lugar a una transición demográfica muy rápida en la región; no solo se ha incrementado la proporción de personas mayores en la población del continente, sino que también ha aumentado de manera importante la esperanza de vida al nacer y por edades específicas, tal cuestión presupone que se sea sistemático en el tema con estudios periódicos con alguna similitud, dándole relevancia a la necesidad de la contribución presentada en este artículo a pesar de ser territorial.

Las informaciones con mayor notabilidad en el estudio que utilizó como campo de acción y muestra a los adultos mayores de esa zona rural del país, fue importante conocer que la mayor cantidad de participantes en el programa son de mujeres, en edades de 60–69 años con una procedencia del municipio de Jacaleapa, lo que indica una baja participación de hombres y poca representación en edades avanzadas.

La diferenciación de género y las condiciones de pobreza y envejecimiento advierten sobre la producción gradual de nuevos riesgos sociales, en particular sobre la posible exacerbación de procesos de exclusión social. Entre las excluidas y los excluidos, se encuentra un gran porcentaje de adultas y adultos mayores que sobreviven en situación de pobreza, tanto en el entorno rural como en el urbano. Este fenómeno de envejecimiento poblacional traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales en los países en desarrollo, en particular con respecto a la diferenciación de género. Por un lado, es conocido que el porcentaje de mujeres en la tercera edad es mayor al de los hombres. En esta etapa de la vida, la vulnerabilidad y dependencia se incrementan (Villarreal & Enriquez, s.f).

También cabe señalar que la mayoría de los adultos mayores tenían baja escolaridad y dedicándose la mayor parte de ellos a los quehaceres del hogar y las actividades agrícolas. Esta información permite deducir para la secretaría de salud en el territorio, que el programa debe de estar condicionado para el beneficio de una población con bajo nivel socioeconómico y cultural y en este sentido, las estrategias deberán establecer sus objetivos bajo el principio de equidad para brindar servicios a la diversidad.

Otro hallazgo sumamente importante fue la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, con un 98 %, siendo así una elevada incidencia de la disminución de los índices de salud. Esto puede ser debido a un sesgo de auto-selección en el cual los usuarios de este programa puedan representar a la población con más padecimientos y que aquellos con mejor salud no participen en el programa. Dado que la muestra no fue probabilística, sino por conveniencia, no es posible determinar si esa distribución es representativa de la comunidad. Por otro lado, esta alta prevalencia puede ser un reflejo de la falta de estrategias para el envejecimiento saludable en esta población.

Realizar la recolección de datos directamente durante las horas de atención representaba una oportunidad para obtener la perspectiva de los participantes en cuanto a las mejoras sobre el programa. Por otro lado, dado al hacer la recolección de datos en el mismo centro durante las horas de atención cuando los participantes y el personal estaban en cercanía, es posible que haya existido un sesgo de deseabilidad social. El sesgo de deseabilidad social sucede con frecuencia en las evaluaciones de programas y se refiere a la tendencia de una persona a contestar un instrumento o cuestionario dando una imagen de sí más favorable de lo normal. Esto puede suceder por la percepción de que las respuestas no son confidenciales o si están

siendo observados. Por ejemplo, si otros usuarios están escuchando, el entrevistado puede sentirse inhibido a hablar honestamente ya sea por mantener una imagen positiva amable de sí mismo ante los otros usuarios, o bien por miedo a que la información no sea tomada positivamente por otros. Por ejemplo, una persona que llena un cuestionario sobre la atención médica y nota que es el mismo doctor la misma persona que recibe la encuesta directamente de la mano de los pacientes. Por miedo a que el doctor vea la información negativa y piense mal de ella, la paciente decide no decir nada negativo. Por tanto, para minimizar este sesgo, en la medida de lo posible, se trató de encontrar un espacio privado en el centro para el llenado de la encuesta y entrevista. La encuesta se realizó de forma anónima y sin compartir la información con otros usuarios ni con el personal. Sin embargo, también es posible que brindar comentarios positivos fuera el resultado de influencias culturales locales en la cual la población no está acostumbrada a criticar a las agencias que implementan programas de salud. Para minimizar esta posibilidad, se le explicó a los participantes la importancia de brindar comentarios negativos y positivos, y que precisamente el interés del estudio era obtener información que sirviera para mejorar el programa.

Finalmente, esta es la primera evaluación de un programa aislado en una comunidad particular, por lo que no podríamos hacer generalizaciones a todos los programas de este tipo en otras comunidades. Por tanto, se recomienda que se realicen futuros estudios evaluativos de programas similares en otras comunidades y además evaluaciones en años secuenciales para identificar la perspectiva de los participantes sobre sus recomendaciones de mejorar el programa, como medida continua de mejoría de la calidad de servicios.

## **Conclusiones**

El estudio permitió conocer la realidad acerca de las condiciones del adulto mayor a nivel demográfico y familiar de los adultos mayores. Este estudio posibilitó en el intercambio con los directivos del CCD de Jacaleapa, en el Paraíso, para indagar las diversas percepciones que tiene el adulto mayor y su familia frente al proceso de envejecimiento y los cambios que este implica, tanto en el cuidado como en la ejecución de los diferentes roles que desempeña cada integrante de la familia. A partir de la información aportada en el estudio permitirá desarrollar estrategias en post de mejorar la atención a partir de la creación de una estrategia de salud en el CCD. Se desconocen las razones para la baja participación de hombres y en edades más avanzadas, es posible que las limitaciones físicas que prevalecen en edades más

avanzadas precluyan a dicha población de participar en las actividades diurnas. Por tanto, se hace necesario identificar otras estrategias alternativas para enriquecer la calidad de vida de adultos mayores en edades más avanzadas.

### Referencias bibliográficas

- Abraira, & Perez de Vargas. (1996). *Métodos multivariantes en bioestadística*. Recuperado el 15 de 11 de 2019, de [http://www.hrc.es/bioest/Anova\\_1.html](http://www.hrc.es/bioest/Anova_1.html)
- Adriana Lorena Rey Rodriguez . (2017). Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de la fundación Vida Plena, Acacias, Colombia .  
<https://repositorio.unillanos.edu.co/handle/001/850>.
- Aguirre, H. (16 de julio de 2020). Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5460/5785>
- Amauri, M, & Vergel, L. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General*, 25(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003)
- Amaya, D., & Trejo, E. (2016). Percepción del adulto mayor sobre la calidad de vida en los hogares. *Revista Portal de la Ciencia*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Percepci%C3%B3n+del+adulto+mayor+sobre+la+calidad+de+vida+en+los+hogares+de+ancianos+de+Tegucigalpa%2C+2014&oq=Percepci%C3%B3n+del+adulto+mayor+sobre+la+calidad+de+vida+en+los+hogares+de+ancianos+de+Tegucigalpa%2C+2014&aqs=>
- Aponte, D., & Vaneska, C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13, 152-182. Retrieved from [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso)
- Arai, H., Ouchi, Y (2012). Hacia la realización de una sociedad mejor envejecida: mensajes de gerontología y geriatría. *Geriatr Gerontol Int*. Enero; 12 (1): 16-22. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x. PMID: 22188494.
- Arias, C., J. A., Gutierrez, H., & L. F. (2014). Aplicación de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. Obtenido de

- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&tlng=es).
- Bastos, A. (2009). *Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor*: Tesis, Santiago, Chile. Obtenido de [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos\\_a/pdfAmont/cf-bastos\\_a.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos_a/pdfAmont/cf-bastos_a.pdf)
- Centro Nacional de Información del Sector Social. (2019). *Mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor*. Obtenido de <https://www.ceniss.gob.hn/informes/adultom.html#:~:text=La%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Envejecimiento,a%20un%20esquema%20de%20envejecimiento>
- Chong, A. D. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana Medica General Integral*, 28(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009)
- CONADEH. (2013). *Adulto Mayor*. Informe Sobre El Estado General De Los Derechos Humanos En Honduras, CONADEH, Francisco Morazán, Tegucigalpa. Obtenido de <http://app.conadeh.hn/Anual2013/pdf/info2013/Adulto%20Mayor.pdf>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2017). *Discapacidad en Adultos Mayores*. Obtenido de <https://www.gob.mx/conadis/articulos/discapacidad-en-adultos-mayores?idiom=es>
- Crespo, M. (2011). Guía De Diseño De Proyectos Sociales Comunitarios Bajo El Enfoque Del Marco Lógico. *Eumed*. Obtenido de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2015/1487/index.htm>
- Espinoza, I., Osorio, P., & Torrejon, M. J. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores. *Rev Med Chile*, 579-586. Recuperado el 15] de 11 de 2019, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
- Datos Macro. (2015). *Índice De Envejecimiento Global De Envejecimiento*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/honduras#:~:text=Honduras%20se%20encuentra%20clasificado%20en,un%20nivel%20de%20bienestar%20suficiente>
- Gallardo, E. E. (2014). *Como realizar análisis temático utilizando Atlas ti*. Recuperado el 22 de 10 de 2019, de <https://atlasti.com/2014/06/12/como-realizar-analisis-tematico-utilizando-atlas-ti/>
- Herrera, L. O., Prieto, A. C., & Guerra, T. (2010). Plan de Intervención Comunitario dirigido al adulto mayor. *Efdeportes*. Obtenido de Plan de Intervención Comunitario dirigido al adulto mayor: <https://www.efdeportes.com/efd147/plan-de-intervencion-comunitario-dirigido-al-adulto-mayor.htm>
- Herrera, P., Martínez, N., & Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (P. Herrera, N. Martínez, & C. Navarrete, Edits.) *Scielo*, 31(4).



Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005)

- Kalla, S. (2008). *Fiabilidad estadística*. Recuperado el 15 de 11 de 2019, de Explorable: <https://explorable.com/es/fiabilidad-estadistica#:~:text=La%20fiabilidad%20estad%C3%ADstica%20es%20necesaria,y%20en%20los%20resultados%20obtenidos.>
- Laguado, E., & Gomez, M. (2014). Estilos de vida saludable. *Hacia la promoción de la salud*, 19(1). Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/dcd2/9c31834a4e0f36d7d9d8f6b574439468eb17.pdf>
- Megret, A., Naranjo, M., & Fong, Y. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(1). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192002000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008)
- Mezadri, T., & Reis, M. (2016). Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad con apoyo de la Estrategia de. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, 21(1), 45-54. doi: 10.12820
- Miranda, A. (2009). *Revista electronica portales médicos*. Obtenido de <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1552/3/Calidad-de-la-atencion-en-Salud-al-adulto-mayor>
- Miranda, A., & Vrgel, L. (2009). Calidad de la atención en salud del adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General*, 25(3). Recuperado el 22 de 10 de 2019, de [http://scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=so864-21252009000300003](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=so864-21252009000300003)
- Morata. (s.f). *Introduccion a la investigación cualitativa*. Obtenido de [http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos\\_virtuales/posgrado/maestria\\_asesoria\\_familiar/Investigaci%C3%B3n%20II/Lecturas/M%C3%B3dulo%202/Flick\\_INVESTIGACIONCUALITATIVA%20\(1\).pdf](http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/Investigaci%C3%B3n%20II/Lecturas/M%C3%B3dulo%202/Flick_INVESTIGACIONCUALITATIVA%20(1).pdf)
- Motño, A. (2016). Estilos de vida relacionados con la salud en el adulto mayor en dos grupos poblacionales. *Tzibalnaah Repositorio UNAH*. Obtenido de <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/handle/123456789/6336>
- Olivares, Rubio, Rivera Martinez, & Borges Oquendo. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico - Metodológica*. Recuperado el 15 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Olivi, A., Fadda, G., & Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84), 227-249.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=22950AF3374AF9F6D55EEF3541DD5B97?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=22950AF3374AF9F6D55EEF3541DD5B97?sequence=1)

- OMS. (2018). *Significado de Salud física*. Obtenido de <https://www.significados.com/salud-fisica/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20Salud%20f%C3%ADsica%3A,padecen%20ning%C3%BAn%20tipo%20de%20enfermedad.>
- OMS. (s.f). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS. (s.f). *Salud ambiental*. Obtenido de [https://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/#:~:text=La%20salud%20ambiental%20est%C3%A1%20relacionada,ambientes%20propicios%20para%20la%20salud.](https://www.who.int/topics/environmental_health/es/#:~:text=La%20salud%20ambiental%20est%C3%A1%20relacionada,ambientes%20propicios%20para%20la%20salud.)
- OMS. (s.f). *Salud mental*. Obtenido de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.](https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.)
- OPS. (2012). *Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores*. Obtenido de [https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255)
- OPS. (2015). *Plan de acción para un envejecimiento activo y saludable*. Obtenido de [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/honduras/plan\\_de\\_accion\\_para\\_un\\_envejecimiento\\_activo\\_y\\_saludable\\_2015-2017.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/plan_de_accion_para_un_envejecimiento_activo_y_saludable_2015-2017.pdf)
- Ortegon, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico*. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf)
- Peña, I. (2020). Calidad de vida del adulto mayor. *Presencia Universitaria*. Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/noticias/realizan-investigacion-sobre-calidad-de-vida-del-adulto-mayor/>
- Petersen, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicología, cultura y sociedad*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=whatsapp+web&oq=whatsapp+we&aqs=chrome.1.69i57j0l7.21536j1j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Robles, B. (2011). Métodos cualitativos de investigación. *Cuicuilco*, 18(52). Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0185-16592011000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-16592011000300004)
- Rubio, D. Y., Rivera, L., & Borges, L. (2015). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Varona, revista científico-metodológica*, 3.
- Sampieri. (2010). *Metodología de la investigación*.
- Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social. (21 de junio de 2016). Política Nacional y del Envejecimiento de Adulto Mayor. *Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social*. Obtenido de <http://ceniss.gob.hn/PoliticPublicas/Política-Nacional-Adulto-Mayor-SEDIS-junio-29-2016.pdf>

- SEIP. (s.f). *Adultos mayores en Honduras*. Obtenido de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/fourth/Honduras.pdf>
- Significados. (2018). *Significado de Salud física*. Obtenido de <https://www.significados.com/salud-fisica/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20Salud%20f%C3%ADsica%3A,padecen%20ning%C3%BAn%20tipo%20de%20enfermedad.>
- Skevington, S.M., Lotfy, M. and O'Connell, K.A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. <http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Steinbüchel, Lischetzke, T., Gurny, M., & Eid, M. (31 de mayo de 2006). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: propiedades psicométricas del WHOQOL-BREF. *Europea Journal of Ageing*. doi:10.1007
- Tatiana Mezadri. (2016). Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad con apoyo de la Estrategia de Salud Familiar. *Rev. Bras Ativ Fis Saùde*, 45-54. doi:10.12820/
- Varela, L. (abril/junio de 2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. doi:10.17843
- Vida, M. J., Alvarez, E., & Borroto, R. (17 de noviembre de 2012). Investigación-acción en el diseño e implantación de la carrera de Sistemas de Información en Salud . Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/260777461\\_Investigacion-accion\\_en\\_el\\_diseno\\_e\\_implantacion\\_de\\_la\\_carrera\\_de\\_Sistemas\\_de\\_Informacion\\_en\\_Salud](https://www.researchgate.net/publication/260777461_Investigacion-accion_en_el_diseno_e_implantacion_de_la_carrera_de_Sistemas_de_Informacion_en_Salud)
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). Calidad de Vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

## MANUSCRITO III

**Descripción breve:** En este manuscrito, se evaluó el carácter multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa según sus dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales, y del ambiente o entorno. Para esto se utilizó la t de Student para evaluar las diferencias de medias de cada dominio o bien ANOVA para comparar más de dos grupos. Las hipótesis fueron:

- Salud física: la media de las mujeres es mayor a la de los hombres.
- Psicológica: la media de las mujeres es mayor a la de los hombres.
- Relaciones sociales: la media de las mujeres es mayor a la de los hombres.
- Entorno: la media de las mujeres es mayor a la de los hombres.

**Título:** Carácter multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa, Honduras

**English:** Multidimensional character of the quality of life of the elderly in Jacaleapa, Honduras

**Portugés:** Carácter multidimensional da qualidade de vida dos idosos em Jacaleapa, Honduras

### Resumen

El estudio tiene como objetivo evaluar el carácter multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor que asiste al Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa; el estudio fue una investigación transversal, de tipo exploratorio y de naturaleza cuantitativa. La población del estudio fue compuesta por individuos con edad igual o superior a sesenta años. Se aplicó un instrumento validado por la OMS conocido como WHOQOL- bref a las personas mayores de 60 años, la muestra estaba compuesta por 231 mujeres y 71 hombres adultos mayores de 60 años. El análisis consistió de la t de Student (dos grupos comparados) para diferencia de promedios por dominio de calidad de vida y ANOVA cuando se comparó más de dos grupos. El total de mujeres que asisten al Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa representa el 76.56% de la población de asistencia. El resto 23.5% corresponde a la población masculina. Se observa que entre más aumenta la edad, la salud física tiende a disminuir, así mismo, entre más aumenta la edad, los aspectos psicológicos tienden a disminuir. Se puede concluir que la

calidad de vida es un concepto multidimensional y multidisciplinario que resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Las personas de la tercera edad sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida.

**Palabras claves:** Calidad de vida; salud física, entorno, psicológica, multidimensional

### **Abstract**

The objective of the study is to evaluate the multidimensional nature of the quality of life of the elderly who attend the Jacaleapa Day Care Center. The study was a cross-sectional investigation, exploratory and quantitative in nature. The study population was made up of individuals aged 60 years or older. An instrument validated by the WHO known as WHOQOLbref was applied to people over 60 years of age, the sample consisted of 231 women and 71 adult men over 60 years of age. The total number of women who attend the Jacaleapa Day Care Center represents 76.56% of the population in attendance. The rest 23.5% corresponds to the male population. It is observed that the more the age increases, the physical health tends to decrease, likewise, the more the age increases, the psychological aspects tend to decrease. It can be concluded that quality of life is an eminently evaluative, multidimensional and multidisciplinary concept that results from a combination of objective and subjective factors. Seniors feel that the most important thing in their lives is to be happy and satisfied with the achievements they have made during their life years.

**Keywords:** Quality of life; physical, environmental, psychological, multidimensional health

### **Retomar**

O objetivo do estudo é avaliar o caráter multidimensional da qualidade de vida de idosos que frequentam a Creche Jacaleapa. O estudo foi uma investigação transversal, exploratória e de natureza quantitativa. A população do estudo foi composta por indivíduos com 60 años ou mais. Um instrumento validado pela OMS conhecido como WHOQOL bref foi aplicado a pessoas com mais de 60 años, a amostra foi composta por 231 mulheres e 71 homens adultos com mais de 60 años. O total de mulheres que frequentam a Creche Jacaleapa representa 76,56% da população atendida. Os 23,5% restantes correspondem à população masculina. Observa-se que quanto mais a idade aumenta, a saúde física tende a diminuir, da mesma forma, quanto mais a idade aumenta, os aspectos psicológicos tendem a diminuir. Pode-

se concluir que qualidade de vida é um conceito eminentemente avaliativo, multidimensional e multidisciplinar que resulta de uma combinação de fatores objetivos e subjetivos. Os idosos sentem que o mais importante em suas vidas é serem felizes e satisfeitos com as conquistas que conquistaram ao longo da vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; saúde física, ambiental, psicológica, multidimensional.

## **Introducción**

Una de las mayores conquistas del siglo XX fue el aumento de la esperanza de vida como consecuencia de la modernización y del progreso científico, elevando la cantidad de personas de edad mayor en la población mundial. Al mismo tiempo se presentó también una reducción de fertilidad con una disminución en el número de jóvenes. Esa evolución en la configuración de la población, conocida como transición demográfica, ocurre de forma gradual en países desarrollados, posibilitando los avances sociales y políticos que se reflejan en las condiciones de vida de las personas de la tercera edad. En cuanto a los países en vías de desarrollo, esa transición se da de manera rápida, con cambios demográficos más profundos (Mezadri, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus preceptos considera que la calidad de vida parte de la percepción del individuo de su lugar en el contexto de cultura y sistemas de dominios en los cuales vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, conducta y preocupaciones. En el proceso de envejecimiento factores como genética, enfermedad y sedentarismo, afectan la calidad de vida de las personas mayores, por lo que la práctica de la actividad física es uno de los factores que más contribuyen para mejorar la autonomía, retardando las alteraciones fisiológicas y actuando en la prevención de las enfermedades cuando se asocia a otro tipo de atención (Mezadri, 2016).

En este contexto, el objetivo de este estudio es evaluar el carácter multidimensional de la calidad de vida del adulto mayor en Jacaleapa según sus dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales y del ambiente o entorno. Los estudios en esta área son de gran importancia científica y social porque permiten la implementación de alternativas válidas de intervención de las estrategias de salud, tanto en programas geronto-geriátricos como en políticas sociales generales, con el objetivo de promover la salud en la población de la tercera edad.

## Métodos

El estudio fue una investigación transversal, de tipo exploratorio y de naturaleza cuantitativa. La población del estudio fue compuesta por individuos con edad igual o superior a sesenta años pertenecientes al Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa.

Para el desarrollo de la investigación se seleccionaron los dominios (salud física, psicológica, entorno, relaciones sociales). Los individuos evaluados fueron elegidos de acuerdo con los siguientes criterios: tener edad igual o superior a los sesenta años, tener condiciones para responder al instrumento sin ayuda de otra persona y firmar el formulario de consentimiento informado. Las áreas fueron seleccionadas en función a características de homogeneidad en cuanto a nivel socioeconómico, ubicación próxima de la residencia.

La colecta de datos fue realizada en el Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa de las personas de edad avanzada (60 años o más) y el acceso a estas familias fue facilitado por los adultos mayores pertenecientes al programa. Ello implicó la evaluación de los datos sociodemográficos, la caracterización de la población, la actividad física, nutrición, relaciones sociales, ente otros aspectos.

En este sentido se aplicó un instrumento validado por la OMS conocido como WHOQOL- bref a las personas mayores de 60 años, la calidad de vida reflejada por el instrumento WHOQOL- bref permite la evaluación de los diferentes dominios, los cuales muestran los resultados de cada uno de los mismos. El instrumento consta de 26 preguntas: dos preguntas generales sobre la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, 24 preguntas agrupadas en los cuatro dominios salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este fue construido en una escala de Likert (1-5), cuyo significado es 1 nada, 2 un poco, 3 moderado, 4 bastante, 5 totalmente. Los diferentes dominios contaban con diferentes números de ítems:

- Salud física contaba con 7 ítems (y cada ítem con un valor entre 1-5 pts). Por tanto, el máximo valor podía ser 35.
- Salud psicológica contaba con 6 ítems (1-5 puntos cada uno), con un valor máximo de 30.
- Relaciones sociales contaba con 3 ítems (1-5 pts), con valor máximo de 15.
- Entorno contaba con 8 ítems (1-5 pts), con valor máximo de 40.

Por tanto, se realizó una transformación de la sumatoria hacia una escala de 100 puntos para mejorar la interpretación y la comparabilidad entre los dominios.

Puntuaciones mayores en los diferentes ítems del instrumento corresponden a la mejor calidad de vida. Los datos colectados para evaluar la calidad de vida por medio del instrumentos

WHOQOL- bref fueron analizados con el programa estadístico SPSS. Se utilizó estadística descriptiva: (mediana, desviación estándar, dato menor, primer cuartil , máxima desviación absoluta de la media, rango intercuartílico, coeficiente de variación), Skewness (coeficiente de asimetría, error estándar de Skewness , curtosis, número válido, porcentaje válido ). También se aplicó estadística inferencial con pruebas de hipótesis (es una regla que especifica si se puede aceptar o rechazar una afirmación acerca de una población dependiendo de la evidencia proporcionada por una muestra de datos). Específicamente se utilizó análisis de varianza (ANOVA), el cual es un método para comparar dos o más medias, que es necesario porque cuando se quiere comparar más de dos medias es incorrecto utilizar repetidamente el contraste basado en la t de Student. También se evaluó la fiabilidad estadística, la cual es necesaria para garantizar la validez y precisión del análisis estadístico. Todo ello considerando el contraste entre variables y los diferentes dominios.

## Resultados

El total de mujeres representa el 76.5% de la población de asistencia (Tabla 1). El resto 23.5% corresponde a la población masculina. El rango mayor de la población femenina corresponde al grupo 1, es decir, individuos que poseen edad entre 60 a 69 años. Lo mismo acontece en la población masculina.

**Tabla 1**

*Rango de edades por sexo de los adultos mayores participantes en el Centro de Cuidados Diurnos, Jacaleapa, Honduras, 2019*

Rango de edades	Masculino	Femenino	Total
60-69 años	34 (17.5%)	160 (82.5%)	194 (100.0%)
70-79 años	25 (33.3%)	50 (66.7%)	75 (100.0%)
80-89 años	9 (31.0%)	20(69.0%)	29 (100.0%)
90 y más años	3 (75.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
Total	71 (23.5%)	231 (76.5%)	302 (100.0%)

**Fuente:** Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF)



El total de las personas que padecen de enfermedades corresponde al 98%, y solo un 2% no se encuentra enfermo actualmente (Tabla 2); siendo la población más afectada por enfermedad los adultos mayores que se encuentran en las edades de 60 – 69 años, respectivamente.

**Tabla 2**

*Edad y presencia de enfermedad crónicas auto reportadas por los adultos mayores participantes en el Centro de Cuidados Diurnos, Jacaleapa, Honduras, 2019*

Rango de edades	Sí	No	Total
60-69 años	188(96.9%)	6(3.1%)	194(100.0%)
70-79 años	75 (100.0%)	0 (0.0%)	75 (100.0%)
80-89 años	29 (100.0%)	0 (0.0%)	29 (100.0%)
90 y más años	4 (100.0%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)
Total	296 (98.0%)	6 (2.0%)	302 (100.0%)

*Fuente:* Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

Los estadísticos calculados para cada una de las pruebas de hipótesis antes señalados a continuación en la tabla 3.

**Tabla 3**

*Medidas descriptivas por edad y dominios de calidad de vida en adultos mayores participantes en el Centro de Cuidados Diurnos, Jacaleapa, Honduras, 2019*

	Salud Física	Psicología	Relaciones Sociales	Entorno/Ambiente	Edad
Promedio, escala original	24.27	22.48	11.79	29.24	68.84
<b>Promedio, escala de 0-100</b>	68	73	78.6	73.5	
Desviación Estándar	3.63	2.94	2.68	5.54	7.59

Dato Menor	16.00	10.00	6.00	16.00	60.00
Primer Cuartil	21.00	20.00	9.00	24.00	63.00
Mediana	24.00	22.00	12.00	29.00	66.00
Cuartil tres	27.00	25.00	15.00	33.00	73.00
Máxima	31.00	30.00	15.00	40.00	93.00
Desviación absoluta de la media	4.45	2.97	4.45	7.41	5.93
Rango intercuartilico	6.00	5.00	6.00	9.00	10.00
Coefficiente de variación	0.15	0.13	0.23	0.19	0.11
Skewness (coeficiente de asimetría)	0.37	0.32	0.05	0.30	1.11
Curtosis	-1.04	0.90	-1.63	-1.07	0.51
Número Válido	298.00	237.00	299.00	298.00	302.00
Porcentaje Válido	98.68	78.48	99.01	98.68	100.00

**Fuente:** Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

La categoría de personas *no enferma* presenta mayor valor en las medias de cada uno de los dominios. En contraposición a lo anterior, el participante masculino presentó menor valor en sus promedios de los diferentes dominios. Respecto a la condición de salud (enfermo - no enfermo), la población *no enferma* presentó un mayor valor en sus promedios de los diferentes dominios.

En relación con el género las damas mostraron un mayor promedio de calidad de vida respecto a los hombres en cada uno de los dominios (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Contraste entre dominios de variables (condición de salud) posee o no enfermedad utilizando la t de Student para la diferencia de medias*

<i>Dominios</i>	<i>Variable sexo</i>	<i>Números Individuos</i>	<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Salud física	Masculino	71	23.49091	-2.5553	91.559	0.01226
	Femenino	231	24.87363			
Psicológica	Masculino	71	22.16364	-0.8018	75.139	0.03448
	Femenino	231	22.57692			
Relaciones sociales	Masculino	71	11.23636	-2.506	88.194	0.01404
	Femenino	231	12.27473			
Entorno	Masculino	71	28.23636	-0.1496	83.68	0.3448
	Femenino	231	30.12088			

*Fuente:* Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

Las pruebas de hipótesis por dominio y contrastado para diferencias de medias por dominio, sexo y presencia de enfermedad (Tabla 5). El nivel de confianza que utilizó estas pruebas de hipótesis corresponde 95%.

Atendiendo al dominio 1 considerado de Salud física la H0 (hipótesis nula): media de los hombres es igual a la media de las mujeres en el dominio 1. La H1(hipótesis alternativa): media de los hombres no es igual a la media de las mujeres en el dominio 1. Esta presenta un nivel de significancia o confiabilidad del 95 % por ende se rechaza la hipótesis H0 y se acepta H1. Se presentan diferencias significativas: en el promedio del dominio 1, (el dominio físico), entre los géneros, esta diferencia indica que en promedio el dominio físico es mayor en el sexo masculino que en el femenino.

En relación al dominio 2 Psicológico, la H0 (hipótesis nula) consistía en que la media de los hombres equivale a la media de las mujeres en el dominio 2. Sin embargo, H1(hipótesis alternativa), fue que la media de los hombres no equivale a la media de las mujeres en el dominio 2. En tal sentido, mantiene nivel de significancia o confiabilidad del 95%. No hay diferencias significativas: no hay suficiente información como para concluir que existe una diferencia en el dominio psicológico entre los géneros, estas medias podrían ser iguales.

En cuanto al dominio de relaciones sociales, la H0 (hipótesis nula) era que la media de los participantes con presencia de enfermedad equivale a la media de los participantes que no poseen enfermedad en el dominio 3. La H1 (hipótesis alternativa) fue que la media de los participantes con presencia de enfermedad no posee el mismo valor de la media de los participantes que no poseen enfermedad en el dominio 3. El nivel de significancia o confiabilidad es de 95 % no hay evidencias suficientes para aceptar o rechazar H0. No hay diferencias significativas entre el promedio del dominio social entre las personas que tienen presencia de enfermedad y las que no.

Para el dominio 4 entorno, la H0 (hipótesis nula) fue que la media de los participantes con presencia de enfermedad equivale a la media de los participantes que no poseen enfermedad en el dominio 4. La H1 (hipótesis alternativa) fue que la media de los participantes con presencia de enfermedad no posee el mismo valor de la media de los participantes que no poseen enfermedad en el dominio 4. A continuación se presenta una tabla ilustrativa respecto a las pruebas de hipótesis por dominio y contrastado con la variable sexo.

**Tabla 5***Dominios de calidad de vida del adulto mayor, Jacaleapa, Honduras, 2019*

Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4
Salud física	Psicológico	Relaciones sociales	Entorno
<b>1. H<sub>0</sub> (hipótesis nula):</b> media de los hombres es igual a la media de las mujeres en el dominio 1.	<b>1. H<sub>0</sub> (hipótesis nula):</b> la media de los hombres equivale a la media de las mujeres en el dominio 2.	<b>1. H<sub>0</sub> (hipótesis nula):</b> media de los hombres es igual a la media de las mujeres en el dominio 3.	<b>1. H<sub>0</sub> (hipótesis nula):</b> media de los hombres es igual a la media de las mujeres en el dominio 4.
–            – XH = XM	–            – XH = XM	–            – XH = XM	–            – XH = XM
<b>H<sub>1</sub> (hipótesis alternativa):</b> media de los hombres no es igual a la media de las mujeres en el dominio 1.	<b>H<sub>1</sub> (hipótesis alternativa):</b> la media de los hombres no equivale a la media de las mujeres en el dominio 2.	<b>H<sub>1</sub> (hipótesis alternativa):</b> la media de los hombres no es igual a la media de las mujeres en el dominio 3.	<b>H<sub>1</sub> (hipótesis alternativa):</b> la media de los hombres no es igual a la media de las mujeres en el dominio 4.
–            – XH ≠ XM	–            – XH ≠ XM	–            – XH ≠ XM	–            – XH ≠ XM
<b>2. Nivel de significancia o confiabilidad.</b>	<b>2. Nivel de significancia o confiabilidad.</b>	<b>2. Nivel de significancia o confiabilidad.</b>	<b>2. Nivel de significancia o confiabilidad.</b>
<b>α= 95%</b>	<b>α= 95%</b>	<b>α= 95%</b>	<b>α= 95%</b>

---

<p><b>3.</b> Se rechaza la hipótesis H0 y se acepta H1.</p>	<p><b>3.</b> No existen evidencias para aceptar o rechazar H0.</p>	<p><b>3.</b> Se rechaza la hipótesis H0 y se acepta H1.</p>	<p><b>3.</b> Se rechaza la hipótesis H0 y se acepta H1.</p>
<p><b>4.</b> Si hay diferencias significativas: significa que la diferencia en el promedio del dominio 1, (el dominio físico), entre los géneros, esta diferencia indica que en promedio el dominio físico es mayor en el sexo masculino que en el femenino.</p>	<p><b>4.</b> No hay diferencias significativas: no hay suficiente información como para concluir que existe una diferencia en el dominio psicológico entre los géneros, estas medias podrían ser iguales.</p>	<p><b>4.</b> Si hay diferencias significativas: significa que la diferencia en el promedio del dominio 3, relaciones sociales, entre los géneros, esta diferencia indica que en promedio las relaciones sociales es mayor en el sexo masculino que en el femenino.</p>	<p><b>4.</b> Si hay diferencias significativas: significa que la diferencia en el promedio del dominio 4, el entorno, entre los géneros, esta diferencia indica que en promedio el dominio de entorno es mayor en el sexo masculino que en el femenino.</p>

---

*Fuente:* Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

En cuanto al análisis de varianza (Tabla 6), los resultados de las operaciones propias del procedimiento y tres valores que permiten decidir acerca de nuestra hipótesis. Para decidir que existe una diferencia estadística significativa el valor numérico de la F debe ser mayor o igual al valor de Fc, lo cual se indica como  $F \geq F_c$ . Donde F = valor numérico resultado de los cálculos efectuados y  $F_c$  = valor crítico para F que se obtiene de tablas. Por lo tanto, sí existe diferencia estadísticamente significativa entre el desempeño de los adultos mayores del centro de cuidados diurnos de Jacaleapa. Si se desea saber con qué alfa estos resultados son significativos o hasta qué  $\alpha$  pueden “soportar” los datos, Excel nos da un dato encabezado como “probabilidad” (P) el cual puede sustituirse en la casilla correspondiente en el cuadro de diálogo del ANOVA, la F calculada será iguala a la F crítica ( $F=F_c$ ). Es decir que el p-valor es el valor más pequeño que hace rechazar  $H_0$  según la muestra observada. Tendríamos tres opciones para dar respuesta a la pregunta: a) observar las medias de cada grupo e identificar el (los) de mayor valor, b) realizar un análisis con la prueba t de Student para cada posible combinación por pares de grupo, y b) calcular el ANOVA I con el programa SPSS.

**Tabla. 6**

*Análisis estadísticos de ANOVA, varianza entre los dominios y los grupos de edad.*

<i>Dominios</i>	<i>Predictor</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>de df</i>	<i>Cuadro de las medias</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Salud física	G	2586.9	2	250.86	22.69	9.84x10 <sup>-10</sup>
	Residuos	501.7	234	11.06		
Psicológica	G	116.2	2	58.10	7.056	0.00106
	Residuos	1927	234	8.23		
Relaciones sociales	G	264.2	2	132.10	21.15	6x10 <sup>-9</sup>
	Residuos	1461.5	234	6.25		
Entorno	G	1033	2	5166	19.78	1.15x10 <sup>-8</sup>
	Residuos	6110	234	26.1		

**Fuente:** Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

## Discusión

Los resultados de este estudio indican que existen aspectos característicos y multidimensionales que definen la calidad de vida en personas de edad avanzada. El instrumento WHOQOL-BREF nos ayudó a medir las dimensiones físicas, mentales, entorno, y relaciones sociales de la calidad de vida en esta muestra de adultos mayores en Jacaleapa, Honduras en 2019.

Sin embargo, este estudio también tiene limitaciones dado que el instrumento no captura otros aspectos comunitarios y a nivel individual. Por ejemplo, la calidad de vida están relacionados con la autoestima y con el bienestar emocional. También es importante considerar criterios de la naturaleza biológica, psicológica y socio estructural debido a que estos criterios son determinantes o indicadores de bienestar en la vejez. Un estudio realizado mostró que factores como la edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel de escolaridad y falta de pareja están relacionados con la calidad de vida. Otros autores complementan que la falta de actividad física, el estrés, la percepción y aceptación entorno al estado de vejez también son factores fuertemente asociados a la calidad de vida (Mezadri, 2016).

En este estudio, de acuerdo con los datos obtenidos a partir del instrumento WHOQOL-bref, se verificó que el dominio “relaciones sociales” presentó mayor puntuación en la media para las personas de la tercera edad, seguido del “entorno” y “salud psicológica”. El dominio “relaciones sociales” examina la medida en la que una persona siente la compañía, amor y apoyo que desea, de sus relaciones íntimas tanto emocionalmente como físicamente. También incluye el compromiso y la experiencia actual de cuidar y brindarse a otra gente, sentir momentos de felicidad y distracción con las personas amadas, el sentido de amar y ser amado, el tocarse y abrazarse. Mide el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia o los amigos. Es posible que el centro esté influyendo en este aspecto de relaciones sociales o viceversa que aquellos individuos con mayor sociabilidad sean los que participen en el centro. Dado que este estudio es de corte transversal, no es posible establecer temporalidad.

El dominio “entorno o medio-ambiente” cubre los aspectos de seguridad física y protección; ambiente en el hogar; recursos financieros; disponibilidad y calidad de los cuidados de salud; oportunidad de adquirir nuevas informaciones y habilidades; participación y oportunidad de recreación y ocio; ambiente físico (contaminación/ ruido/ transito/ clima), y transporte (Fleck, 2000). En este sentido, es importante considerar que entre los participantes



que pueden ser físicamente más activos e interactuar más con su entorno por el hecho que es un municipio agricultor localizado en el departamento de El Paraíso. Además, es preciso considerar que los ancianos suelen vivir en la zona central del municipio donde es posible que la infraestructura sea mejor en cuanto a la presencia de aceras y lugares de ocio pavimentados adecuadamente.

En cuanto al dominio psicológico, no fue el más bajo, pero tampoco el más alto. Es importante observar que las mayores afectaciones en el adulto mayor están en las capacidades intelectuales de la memoria, lo que provoca preocupación y quejas del individuo. Es frecuente la disminución de la autoestima relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socioeconómicas, pérdida de seres queridos y otros. Es importante que centros como el Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa exploren la percepción del individuo con respecto al pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración y capacidad para tomar decisiones, además, la rapidez y claridad de pensar.

El dominio físico fue el más bajo. Este se refiere al dolor y al malestar; energía y la fatiga; sueño y descanso; actividades de la vida diaria; dependencia de medicamentos o tratamientos y la capacidad trabajo. Esto indica que hay que considerar estrategias para mejorar la capacidad funcional. Actualmente la capacidad funcional surge como un nuevo paradigma de la salud para las personas mayores. Al envejecer, el individuo está sujeto a cambios que conducen a una pérdida progresiva de sus capacidades físicas o mentales, lo que causa, en algunos, una sensación de decadencia. Al iniciar la actividad física después de los 60 años también puede aumentar la longevidad, mejorar la capacidad fisiológica, reducir el uso de medicamentos y ayudar en la prevención de la disminución cognitiva (Costa, 2008).

Esta investigación tiene un alcance descriptivo a partir de los indicadores propuestos en el estudio, teniendo en cuenta aquellos que a partir de un diagnóstico informativo son declarados como enfermos o no enfermos para así obtener los resultados comparativos del estudio en cuanto a calidad de vida. Es importante mencionar que, si bien, el modelo final mantiene las cuatro dimensiones originalmente propuestas en el WHOQOL de 100 items, un menor número de reactivos que se usan en la versión breve (26 items) reduce significativamente la capacidad del instrumento para identificar perfiles de calidad de vida en

estudios transculturales, de igual modo en su dinámica interior se pueden modificar las pruebas existentes para obtener mayor fiabilidad en la evaluación multidimensional.

## **Conclusiones**

Se considera que el WHOQOL BREF es un cuestionario útil para evaluar la *calidad de vida* en el contexto de la muestra de Jacaleapa, Honduras. Con base en los resultados se considera también que una revisión cultural de los ítems permitiría un ajuste más robusto. Es importante profundizar en los conceptos que subyacen a las dimensiones de salud física y psicológica para diferenciarlos claramente. Se puede concluir que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario que resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Con la aplicación del instrumento WHOQOLBREF se comprobó que es una herramienta apropiada para evaluar la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su calidad de vida, especialmente aquellos que asisten al Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa. Además se identificó de una manera eficaz cuales son algunos indicadores demográficos que influyen directamente en la presencia de una mala o buena calidad de vida en el adulto mayor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Por la colaboración en el acompañamiento, revisiones y sugerencias en la elaboración del artículo a la Dirección Científica Humanística y Tecnológica (DICIHT) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en especial al PhD. Reidel Cordovés Peinado y el PhD Raúl Orlando Figueroa Soriano.

## **REFERENCIAS**

- Abraira, & Perez de Vargas. (1996). *Métodos multivariantes en bioestadística*. Recuperado el 15 de 11 de 2019, de [http://www.hrc.es/bioest/Anova\\_1.html](http://www.hrc.es/bioest/Anova_1.html)
- Aguirre, H. (16 de julio de 2020). Evaluación Y Garantía De Calidad De La Atención Médica. *Instituto Nacional de Salud Publica*. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5460/5785>
- Amauri Miranda, & Vergel, L. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General*, 25(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003)

- Amaya, D., & Trejo, E. (2016). Percepción del adulto mayor sobre la calidad de vida en los hogares. *Revista Portal de la Ciencia*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Percepci%C3%B3n+del+adulto+mayor+sobre+la+calidad+de+vida+en+los+hogares+de+ancianos+de+Tegucigalpa%2C+2014&oq=Percepci%C3%B3n+del+adulto+mayor+sobre+la+calidad+de+vida+en+los+hogares+de+ancianos+de+Tegucigalpa%2C+2014&aqs=>
- Aponte, D., & Vaneska, C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13, 152-182. Retrieved from [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso)
- Arai, H., Ouchi, Y (2012). Hacia la realización de una sociedad mejor envejecida: mensajes de gerontología y geriatría. *Geriatr Gerontol Int*. Enero; 12 (1): 16-22. doi: 10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x. PMID: 22188494.
- Arias, C., J. A., Gutierrez, H., & L. F. (2014). Aplicación de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es&tlng=es).
- Bastos, A. (2009). *Mejorando La Calidad De Servicios Para El Adulto Mayor*. Tesis, Santiago, Chile. Obtenido de [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos\\_a/pdfAmont/cf-bastos\\_a.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos_a/pdfAmont/cf-bastos_a.pdf)
- Centro Nacional de Información del Sector Social. (21 de julio de 2019). *Mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. Obtenido de <https://www.ceniss.gob.hn/informes/adultom.html#:~:text=La%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Envejecimiento,a%20un%20esquema%20de%20envejecimiento>
- Chong, A. D. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana Médica General Integral*, 28(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009)
- CONADEH. (2013). *Adulto Mayor*. Informe Sobre El Estado General De Los Derechos Humanos En Honduras, Conadeh, Francisco Morazán, Tegucigalpa. Obtenido de <http://app.conadeh.hn/Anual2013/pdf/info2013/Adulto%20Mayor.pdf>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (28 de agosto de 2017). *Discapacidad en Adultos Mayores*. Obtenido de <https://www.gob.mx/conadis/articulos/discapacidad-en-adultos-mayores?idiom=es>

- Crespo, M. (2011). Guía De Diseño De Proyectos Sociales Comunitarios Bajo El Enfoque Del Marco Lógico. *Eumed*. Obtenido de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2015/1487/index.htm>
- Espinoza, I., Osorio, P., & Torrejon, M. J. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores. *Rev Med Chile*, 579-586. Recuperado el 15] de 11 de 2019, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
- Datos Macro. (2015). *Índice De Envejecimiento Global De Envejecimiento*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/honduras#:~:text=Honduras%20se%20encuentra%20clasificado%20en,un%20nivel%20de%20bienestar%20suficiente>
- Gallardo, E. E. (2014). *Cómo realizar análisis temático utilizando ATLAS.ti*. Obtenido de <https://atlasti.com/2014/06/12/como-realizar-analisis-tematico-utilizando-atlas-ti/>
- Herrera, L. O., Prieto, A. C., & Guerra, T. (2010). Plan de Intervención Comunitario dirigido al adulto mayor. *Efdeportes*. Obtenido de Plan de Intervención Comunitario dirigido al adulto mayor: <https://www.efdeportes.com/efd147/plan-de-intervencion-comunitario-dirigido-al-adulto-mayor.htm>
- Herrera, P., Martinez, N., & Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (P. Herrera, N. Martinez, & C. Navarrete, Edits.) *Scielo*, 31(4). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005)
- Kalla, S. (2008). *Fiabilidad estadística*. Recuperado el 15 de 11 de 2019, de Explorable: <https://explorable.com/es/fiabilidad-estadistica#:~:text=La%20fiabilidad%20estad%3%ADstica%20es%20necesaria,y%20en%20los%20resultados%20obtenidos.>
- Laguado, E., & Gomez, M. (2014). Estilos de vida saludable. *Hacia la promoción de la salud*, 19(1). Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/dcd2/9c31834a4e0f36d7d9d8f6b574439468eb17.pdf>
- Lorena, A, Rodriguez, Rey, Cruz, B., Patricia, J. (2017). Caracterización social, demográfica y de salud del adulto mayor de la fundación Vida Plena, Acacias, Colombia. <https://repositorio.unillanos.edu.co/handle/001/850>.
- Megret, A., Naranjo, M., & Fong, Y. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(1). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192002000100008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008)
- Mezadri, T., Grillo, P., & Lynce, L. (2016). Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad con apoyo de la Estrategia de Salud Familiar. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, 21(1). doi: 10.12820

- Miranda, A., & Vrgel, L. (2009). Calidad de la atención en salud del adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General*, 25(3). Recuperado el 22 de 10 de 2019, de [http://scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=so864-21252009000300003](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=so864-21252009000300003)
- Morata. (s.f). *Introducción a la investigación cualitativa*. Obtenido de [http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos\\_virtuales/posgrado/maestria\\_asesoria\\_familiar/Investigaci%C3%B3n%20II/Lecturas/M%C3%B3dulo%202/Flick\\_INVESTIGACIONCUALITATIVA%20\(1\).pdf](http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/Investigaci%C3%B3n%20II/Lecturas/M%C3%B3dulo%202/Flick_INVESTIGACIONCUALITATIVA%20(1).pdf)
- Motino, A. (2016). Estilos de vida relacionados con la salud en el adulto mayor en dos grupos poblacionales. *Tzibalnaah repositorio UNAH*. Obtenido de <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/handle/123456789/6336>
- Olivares, R., Rivera Martinez, & Borges Oquendo. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico- Metodológica*. Recuperado el 15 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Olivi, A., Fadda, G., & Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84), 227-249.
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud*. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=22950AF3374AF9F6D55EEF3541DD5B97?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=22950AF3374AF9F6D55EEF3541DD5B97?sequence=1)
- OMS. (2018). *Significado de Salud física*. Obtenido de <https://www.significados.com/salud-fisica/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20Salud%20f%C3%ADsica%3A,padecen%20ning%C3%BAn%20tipo%20de%20enfermedad>.
- OMS. (2018). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS. (2018). *Salud ambiental*. Obtenido de [https://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/#:~:text=La%20salud%20ambiental%20est%C3%A1%20relacionada,ambientes%20propicios%20para%20la%20salud](https://www.who.int/topics/environmental_health/es/#:~:text=La%20salud%20ambiental%20est%C3%A1%20relacionada,ambientes%20propicios%20para%20la%20salud).
- OMS. (2018). *Salud mental*. Obtenido de [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20BB](https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%20BB).
- OPS. (2012). *Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores*. Obtenido de [https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255)

- OPS. (2015). *Plan de acción para un envejecimiento activo y saludable*. Obtenido de [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/honduras/plan\\_de\\_accion\\_para\\_un\\_envejecimiento\\_activo\\_y\\_saludable\\_2015-2017.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/plan_de_accion_para_un_envejecimiento_activo_y_saludable_2015-2017.pdf)
- Ortegon, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2005). *Metodología del marco lógico*. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf)
- Peña, I. (2020). Calidad De Vida Del Adulto Mayor. *Presencia Universitaria*. Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/noticias/realizan-investigacion-sobre-calidad-de-vida-del-adulto-mayor/>
- Petersen, C. (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicología, cultura y sociedad*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=whatsapp+web&oq=whatsapp+we&aqs=chrome.1.69i57j0l7.21536j1j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Robles, B. (2011). Métodos cualitativos de investigación. *Cuicuilco*, 18(52). Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0185-16592011000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-16592011000300004)
- Rubio, D. Y., Rivera, L., & Borges, L. (2015). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Varona, revista científico-metodología*, 3.
- Sampieri. (2010). *Metodología de la investigación*.
- Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social. (2016). Política Nacional y del Envejecimiento de Adulto Mayor. *Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social*. Obtenido de <http://ceniss.gob.hn/PoliticasyPublicas/Politica-Nacional-Adulto-Mayor-SEDIS-junio-29-2016.pdf>
- SEIP. (s.f). *Adultos mayores en Honduras*. Obtenido de <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/fourth/Honduras.pdf>
- Significados. (2018). *Significado de salud física*. Obtenido de <https://www.significados.com/salud-fisica/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20salud%20f%C3%ADsica%3A,padecen%20ning%C3%BAAn%20tipo%20de%20enfermedad.>
- Skevington, S.M., Lotfy, M. and O'Connell, K.A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. <http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Steinbüchel, Lischetzke, T., Gurny, M., & Eid, M. (2006). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: propiedades psicométricas del WHOQOL-BREF. *Europea Journal of Ageing*. doi:10.1007
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. doi:10.17843

Vida, M. J., Alvarez, E., & Borroto, R. (2012). Investigación-acción en el diseño e implantación de la carrera de Sistemas de Información en Salud. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/260777461\\_Investigacion-accion\\_en\\_el\\_diseno\\_e\\_implantacion\\_de\\_la\\_carrera\\_de\\_Sistemas\\_de\\_Informacion\\_en\\_Salud](https://www.researchgate.net/publication/260777461_Investigacion-accion_en_el_diseno_e_implantacion_de_la_carrera_de_Sistemas_de_Informacion_en_Salud)

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). Calidad de Vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

## IV MANUSCRITO

**Descripción breve:** En este manuscrito se evalúa el programa de atención al adulto mayor mediante la opinión del personal de salud y familiares en el Centro de Cuidados Diurnos Jacaleapa, Honduras. Los análisis fueron cualitativos con la red semántica en Atlas.ti.

### **Evaluación del Programa de Atención al Adulto Mayor, Jacaleapa, Honduras:**

#### **Familiares y Personal de Salud.**

English

#### **Evaluation of the Care Program for the Elderly, Jacaleapa, Honduras: Family and Health Personnel.**

Portugués

#### **Avaliação do Programa de Atenção ao Idoso, Jacaleapa, Honduras: Família e Pessoal de Saúde.**

#### **Resumen**

**Introducción:** El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, en el tamaño, en las formas en la familia, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés. **Objetivos:** Evaluar la percepción de familiares y personal de salud sobre el programa del adulto mayor del centro de Cuidados Diurnos del Centro de Jacaleapa. **Métodos:** Es un estudio de tipo cualitativo, ya que se utilizó la recolección de datos. Se utilizó la entrevista a profundidad al personal que labora en el Centro de Cuidados Diurnos del municipio de Jacaleapa, Honduras. Se excluyó a los adultos mayores por la problemática vivida a nivel mundial. Se realizó una red semántica de códigos utilizando el programa Atlas. ti para poder analizar las respuestas. **Resultados:** Según la entrevista el personal refirió que para llevar a cabo esta loable labor necesitan de: Conocimientos científicos; las cuales demandan un abordaje específico y una evaluación y manejo integral. Conocimiento de contexto. Aspectos éticos; lo cual es parte del servicio a la población. **Responsabilidad:** en síntesis, se asocia a la calidad de vida adecuada del adulto mayor. **Conclusiones:** De acuerdo con el objetivo propuesto se entrevistó al personal de salud para evaluar el programa, donde los mismos, mencionaron que para llevar a cabo esta



loable labor se necesitan de conocimiento científicos, búsqueda de estrategias y, una serie de valores como la ética y responsabilidad, y así, cumplir con los diferentes requisitos para mejorar la calidad en la vejez; en este mismo sentido, muestran actitudes y percepciones positivas dentro del Centro de Cuidados Diurnos del adulto mayor y satisfacción personal propia.

Palabras claves: Adulto mayor, Personal de salud, Familia

### **Abstract**

**Introduction:** Population aging has imposed a new challenge for the health systems of the different countries. The increasing increase in life expectancy, the historically unprecedented decrease in the birth rate, in size, in the forms in the family, the increasing reduction in the rates of labor activity among people aged fifty-five and over they have made the aging of society a matter of utmost concern. **Objectives:** To evaluate the perception of family members and health personnel about the program for the elderly at the Day Care Center of the Jacaleapa Center. **Methods:** it is a qualitative study, since data collection was used. An in-depth interview was used with the personnel working in the Day Care Center of the municipality of Jacaleapa, Honduras. Older adults were excluded due to the problems experienced worldwide. A semantic code network was made using the Atlas.ti program to be able to analyze the responses. **Results:** According to the interview, the staff stated that to carry out this commendable work they need: Scientific knowledge; which demand a specific approach and comprehensive evaluation and management. Knowledge of context. Ethical aspects; which is part of the service to the population. Responsibility: in short, it is associated with the adequate quality of life of the elderly. **Conclusions:** In accordance with the proposed objective, health personnel were interviewed to evaluate the program, where they mentioned that to carry out this commendable work they need scientific knowledge, search for strategies and a series of values such as ethics and responsibility, and thus, meet the different requirements to improve quality in old age; In this same sense, they show positive attitudes and perceptions within the Day Care Center for the elderly and their own personal satisfaction.

**Keywords:** Elderly, Health personnel, Family.

## **Retomar**

**Introdução:** O envelhecimento populacional impôs um novo desafio aos sistemas de saúde dos diferentes países. O aumento crescente da esperança de vida, o declínio historicamente sem precedentes da taxa de natalidade, do tamanho, das formas na família, a redução crescente das taxas de actividade laboral entre as pessoas com 55 anos ou mais tornaram o envelhecimento da sociedade um assunto de extrema preocupação. **Objetivos:** Avaliar a percepção de familiares e profissionais de saúde sobre o programa para idosos da Creche do Centro Jacaleapa.

**Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que se utilizou a coleta de dados. A entrevista em profundidade foi realizada com o pessoal que trabalha na Creche do município de Jacaleapa, Honduras. Os idosos foram excluídos devido aos problemas vividos em todo o mundo. Uma rede de código semântico foi feita usando o programa Atlas. você para poder analisar as respostas. **Resultados:** De acordo com a entrevista, o pessoal afirmou que para realizar este louvável trabalho necessita de: Conhecimento científico; que exigem uma abordagem específica e uma avaliação e gestão abrangentes. Conhecimento do contexto. Aspectos éticos; que faz parte do atendimento à população. **Responsabilidade:** em suma, está associada à adequada qualidade de vida do idoso. **Conclusões:** De acordo com o objetivo proposto, os profissionais de saúde foram entrevistados para avaliação do programa, onde mencionaram que para realizar este louvável trabalho necessitam de conhecimentos científicos, busca de estratégias e uma série de valores como ética e responsabilidade, e assim, atender aos diferentes requisitos para melhorar a qualidade na velhice; Nesse mesmo sentido, apresentam atitudes e percepções positivas dentro da Creche para idosos e a própria satisfação pessoal.

**Palavras-chave:** Idoso, Pessoal de saúde, Família

## **Introducción**

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas en la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés. El reto consiste en no solo continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud

y el bienestar de estas. En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse la nueva cultura de la longevidad, la cual es producto del avance social orientado hacia vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales. Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término calidad de vida, que ha sido ampliamente utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos (Olivares, Rivera Martínez, & Borges Oquendo, 2015; Rubio, Rivera, & Borges, 2015). Por tanto, el objetivo del presente estudio es evaluar la percepción del programa del adulto mayor mediante el personal que labora en el Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa, Honduras.

### **Métodos.**

El presente artículo es un estudio de tipo cualitativo, ya que se utilizó la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. La técnica que se utilizó es la entrevista a profundidad al personal que labora en el Centro de Cuidados Diurnos del municipio de Jacaleapa, Honduras. La construcción de datos se edificó poco a poco, en un proceso largo y continuo. La investigación cualitativa está reservada a la construcción o generación de teorías, a partir de una serie de observaciones de la realidad objeto de estudio, haciendo uso del método inductivo, según el cual se debe partir de un estado nulo de teoría. En la práctica es difícil ignorar la teoría acumulada, ya que esta es importante antes de comenzar el proceso de investigación; es decir, el primer conocimiento común ganado a través del proceso de socialización inevitablemente influirá en la formulación de las hipótesis por parte del investigado. La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa de mucha utilidad siempre y cuando se mantenga el grado de exactitud en las descripciones e interpretaciones de las entrevistas (Aponte, 2015). Así la honestidad, la adecuación de las herramientas y los procedimientos utilizados durante las fases del estudio, así como la capacidad de corroborar las conclusiones con evidencias, son la base para validar y reconocer un buen trabajo (Robles, 2011).

Se le presentó un consentimiento informado, el cual es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, también permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por el investigador en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Se realizó una red semántica de códigos utilizando el programa Atlas.ti para poder analizar las respuestas de dicho personal para seguir contribuyendo con los adultos mayores que asisten al Centro de Cuidados Diurnos.

Limitaciones metodológicas: Debido a la pandemia del COVID-19 no se realizaron más estudios de investigación en la comunidad con los diferentes ancianos, en vista que es una población de alto riesgo; y según la condición de Honduras por la pandemia se limita el acceso a esta población susceptible. Se tenía prevista la evaluación con los adultos mayores con diferentes técnicas como la de grupos focales. Por tal razón, se recomienda realizar estudios futuros para tomar en cuenta la evaluación de la percepción del adulto mayor sobre estos programas siendo una de las ideas iniciales que por la pandemia no se realizó. Se evaluó al inicio del año únicamente a los familiares y al personal que labora en este centro.

## Resultados

Para este artículo se entrevistó al personal que labora en el Centro de Cuidados Diurnos del Adulto Mayor del municipio de Jacaleapa, Honduras, donde los resultados del estudio fueron presentados en categorías y subcategorías; las cuales se vincularon con códigos para elaborar la red semántica y hacer el respectivo análisis de datos. El análisis de las entrevistas fue un proceso iterativo que implica la lectura sucesiva, codificación, revisión y recodificación de los datos en categorías o “familias” (familia: término utilizado en ATLAS. ti para referirse a categorías temáticas) (Fereday, 2006; Saldaña, 2009). Este proceso usa el razonamiento inductivo, por el cual las categorías y códigos, apoyados en citas, emergen de los datos a través de un examen cuidadoso de los investigadores y de su comparación constante (Gallardo, 2014).

**Tabla 1**

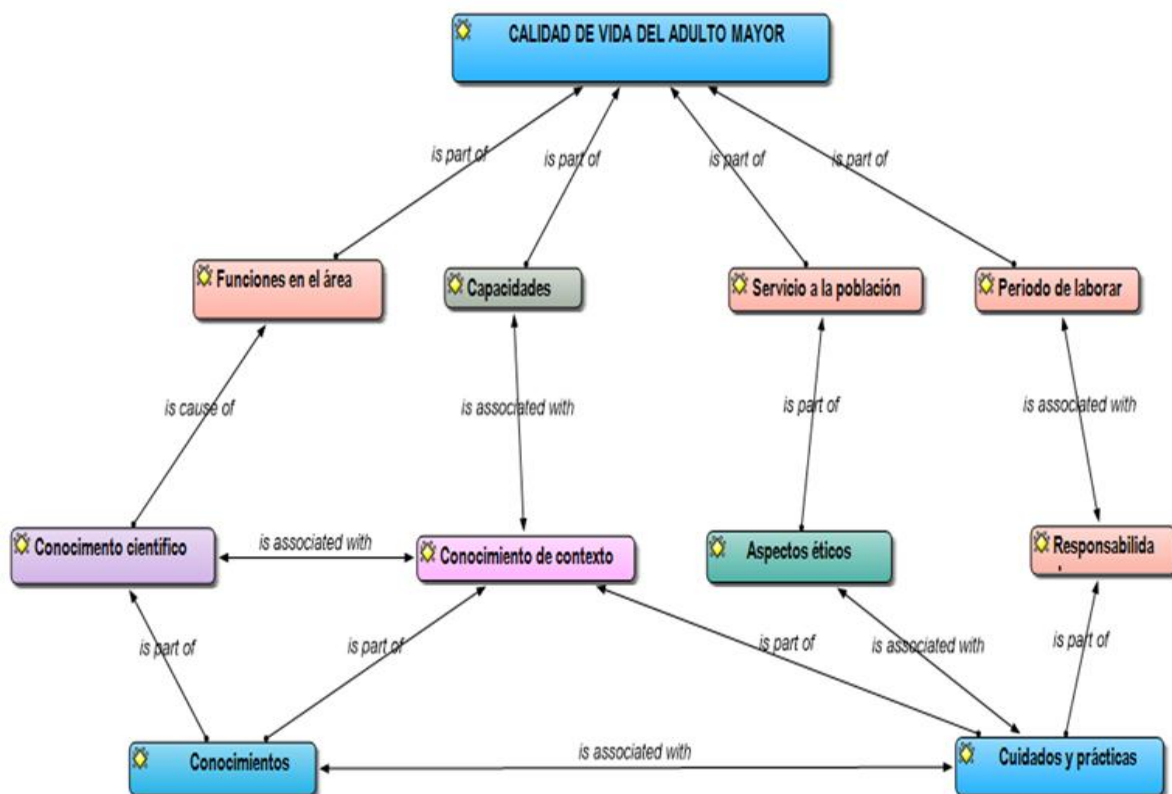
*Códigos elaborados de acuerdo con la entrevista al personal de salud*

<i>Unidad de Investigación</i>	<i>Método</i>	<i>Técnicas instrumentos de recogida de información</i>	<i>Categorías de Análisis</i>	<i>Sub Categorías de Análisis</i>

Impacto del Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor	Fenomenología	Grabación de conversaciones y entrevistas sobre experiencias personales	Conocimientos	-Conocimiento científico -Conocimiento de contexto -Aspectos éticos -Capacidades
	Fenomenología	Grabación de conversaciones y entrevistas sobre experiencias personales	Cuidados y Prácticas	-Funciones en el área -Servicio a la población -Periodo de laborar -Responsabilidad

*Fuente:* entrevista al personal de salud

Se les asignó nombres a todos los códigos que surgieron de los patrones, conceptos e ideas de los empleados que laboran en el Centro de Cuidados Diurnos y fueron organizados en categorías y subcategorías. Todo este procedimiento es registrado en una matriz de análisis. En la Figura 1 se muestran las categorías y su relación con sus respectivos códigos.



**Figura 1.** Red Semántica Sobre la Calidad de Vida del Adulto Mayor

En la figura número 1 se muestran los resultados de la entrevista al personal de salud que es responsable del cuidado del adulto mayor del municipio de Jacaleapa. Según la entrevista el personal refiere que para llevar a cabo esta loable labor necesitan de:

- Conocimientos científicos: para lo cual, el médico de atención primaria comentó que: “se necesita conocer la peculiaridad de los aspectos médicos de envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de las enfermedades, las cuales demandan un abordaje específico y una evaluación y manejo integral”.
- Conocimiento de contexto (búsqueda de estrategias): por ejemplo, la directora y administradora del Centro Diurno comentó que “los aspectos y recomendaciones que sugiero es que los fondos por los que se mantiene el programa sean depositados preferiblemente mensualmente para que el programa mejore cada día más”.

Así mismo, “el fisioterapeuta sugiere que el centro tenga más equipo, ya que actualmente no cuenta con lo necesario y sería fabuloso que contara con mucho más”.

Por lo tanto, lo antes mencionado forma parte para el desempeño de las funciones dentro del área y desarrollo de sus capacidades para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, de igual manera, para el cuidado del mismo se ponen en práctica una serie de valores como ser:

- Aspectos éticos: en tal sentido, un participante comentó “que al estar con los adultos mayores se sintió como si fueran sus padres por el grado de confidencialidad que ellos sienten hacia el personal que labora en dicho centro”. Por tal razón, dicho aspecto es parte del servicio a la población por el principio de beneficencia asociado a la ética profesional.
- Responsabilidad: en síntesis, se asocia a la calidad de vida adecuada del adulto mayor. La auxiliar de enfermería comentó al respecto que “se brinda atención con calidad y calidez teniendo vocación y don de servicio y así, ayudar a cada uno de los adultos mayores que asisten al Centro de Cuidados Diurnos”. Asimismo, la psicóloga mencionó que “el trabajar con adultos mayores no es fácil porque requiere responsabilidad, paciencia y dedicación”

**Tabla 2.**

*Aspectos relevantes del personal que labora en el programa que atiende al Adulto Mayor de Jacaleapa.*

Personal	Percepciones y actitudes
Directora (5 años de laborar en la institución).	-Felicidad por atender a los adultos mayores. -Actitud favorable para servir a los demás. -Deseo de mejoría permanente.
Psicóloga y directora (5 años de laborar en la institución).	-Bendecida por la oportunidad de servir a la población mayor de su municipio. -Desarrollo de paciencia y dedicación. -Trabajo arduo para laborar positivamente y contrarrestar enfermedades.
Fisioterapeuta (5 años de laborar en la institución).	-Desarrollar paciencia. -Contar con más equipo para mejorar trabajo.
Auxiliar de enfermería (2 años de laborar en la institución).	-Felicidad por atender con calidez al adulto mayor. -Trabajo para fortalecer lo positivo y contrarrestar lo negativo, aumentar equipo.
Médico (5 años de laborar en la institución).	-Contenta y bendecida por desarrollar la atención con vocación. -Contar con más equipo y con un médico Geriatra.

Nutricionista (5 años de laborar en la institución). -Feliz y bendecida por servir a la población adulta.  
-Promover buenos hábitos alimenticios como un mecanismo de prevención de enfermedades.  
-Contar con un médico Geriatra.

---

**Fuente:** entrevista al personal de salud del Centro de Cuidados Diurnos Jacaleapa

## **Discusión**

La dotación de los recursos materiales en la evaluación de la estructura tiene limitaciones que han sido reconocidas en la medición de la calidad de los servicios sanitarios, sin embargo, aunque la estructura puede aumentar o disminuir la calidad de un buen proceso y buenos resultados, no asegura una adecuada atención a la salud, ya que los recursos pueden estar mal utilizados y la organización no ser la mejor. No obstante, se considera que puede existir un deterioro de la calidad si no son cumplidos los elementos mínimos exigidos en la planificación. Resultados similares a los encontrados en este estudio fueron hallados en una investigación de calidad de la atención en salud a la población de adultos mayores del policlínico "Jorge Ruiz Ramírez" en el municipio Playa (Miranda & Vergel, 2009). El nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente, como se espera de los que ejercen en una profesión determinada, es así que de la competencia profesional del personal de salud depende la selección y ejecución de las acciones más efectivas y eficientes que conviene al problema de salud afrontado, aun con las limitaciones de los recursos existentes (Miranda & Vergel, 2009).

La conceptualización prevalente parece ser la que propuso Shortell, que plantea que hay calidad en la medida que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada. En algunos estudios realizados se han obtenido resultados similares a los encontrados en esta investigación. Es importante recordar que un servicio de calidad requiere otra profundidad y alcance, ya que se deben investigar los resultados, y, en el caso de encontrar defectos, detectar sus causas y eliminarlas para garantizar la calidad y satisfacer los requisitos propuestos (Miranda & Vergel, 2009).

Se debe tener presente que para medir calidad y satisfacer las necesidades de a quién se le presta un servicio, es necesario conocer las expectativas de las personas a quienes se les brinda de la forma más humana posible, y, además, cumplir los reglamentos, normas y



procedimientos establecidos, sin lo cual no se podrá lograr la calidad y satisfacción. Es preciso tener en cuenta que la calidad hay que administrarla o dirigirla con un enfoque integral de los resultados y del proceso para poder garantizarla. La satisfacción del usuario es un valor esencial para alcanzar una calidad de vida plena y esto tienen una gran importancia desde las estrategias de salud y las políticas nacionales (Miranda & Vergel, 2009).

## CONCLUSIONES

Se concluye que basado en las entrevistas al personal de salud, estos necesitan de más conocimientos científicos geriátricos, y búsqueda de estrategias de financiamiento, así mismo resaltar valores como la ética profesional y brindar al adulto mayor confidencialidad, de igual manera, se motivó al personal a seguir trabajando con responsabilidad ya que, el trabajar con este grupo vulnerable se necesita de paciencia y dedicación; y así, cumplir con los diferentes requisitos para mejorar la calidad en la vejez. Por lo tanto, lo antes mencionado forma parte para el desempeño de las funciones dentro del área y desarrollo de sus capacidades para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

En consecuencia, el nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente; es así como de la competencia del personal de salud depende la selección y ejecución de las acciones más efectivas y eficientes que conviene al problema de salud afrontado, aun con las limitaciones de los recursos existentes.

## Bibliografía

- Aponte, D., & Vaneska, C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13, 152-182. Retrieved from [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso)
- Gallardo, E. E. (2014). Cómo realizar análisis temático utilizando Atlas.ti. Obtenido de <https://atlasti.com/2014/06/12/como-realizar-analisis-tematico-utilizando-atlas-ti/>
- Miranda, A., & Vrgel, L. (2009). Calidad de la atención en salud del adulto mayor. *Revista Cubana Medicina General*, 25(3). Recuperado el 22 de 10 de 2019, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=so864-21252009000300003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=so864-21252009000300003)

- Olivares, R., Rivera Martínez, & Borges Oquendo. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico-Metodológica*. Recuperado el 15 de Octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Petersen, C. (2007). Espiritualidad en la Tercera Edad. *Psicología, cultura y sociedad*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=whatsapp+web&oq=whatsapp+we&aqs=chrome..69i57j0l7.21536j1j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Robles, B. (2011). Métodos cualitativos de investigación. *Cuicuilco*, 18(52). Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0185-16592011000300004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-16592011000300004)
- Rubio, D. Y., Rivera, L., & Borges, L. (2015). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Varona, revista científico-metodología*, 3.

## X. CONCLUSIONES GENERALES

El marco teórico utilizado en la presente investigación giró alrededor de las teorías del envejecimiento, modelos de calidad de vida en la vejez, aspectos biopsicosociales que influyen en la calidad de vida del adulto mayor, los planteamientos proporcionados por la estadística descriptiva e inferencial, asimismo, los dominios según la escala del instrumento WHOQL-BREF validado por la organización mundial de la salud y utilizado como punta de lanza para lograr esos objetivos.

Para analizar de manera detallada los elementos observables en la calidad de vida de las personas mayores de 60 años que derivaron la aplicación de las secuencias, el enfoque de la investigación utilizada fue evaluativa con métodos epidemiológicos (A) y cualitativo (B) (Sampieri, 2010).

El componente epidemiológico fue de corte transversal a través de una encuesta a 302 adultos mayores de 60 años que participan en el Programa de Atención Integrada del Adulto Mayor en Jacaleapa. El componente cualitativo consistió de entrevistas breves y personales con preguntas abiertas a 296 familiares y 6 personas del área de salud que laboran en el Centro de Cuidados Diurnos.

La técnica de recolección se hizo a través de encuesta de calidad de vida (cuantitativa) con adultos mayores que participan de las actividades del Centro. Por lo tanto, la versión reducida de prueba de campo WHOQOL-BREF se ha desarrollado para proporcionar una evaluación breve de la calidad de vida en donde se analizan las dimensiones conceptuales. El WHOQOL-BREF contiene un total de 26 preguntas. Para proporcionar una evaluación amplia y completa: un elemento de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-BREF, dos elementos de la calidad de vida general y una pregunta de salud general.

A continuación, se presentan las **conclusiones de los objetivos** vinculados en el estudio realizado:

### **Objetivo específico 1**

- Se describieron las características demográficas de los adultos mayores que acudieron al Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, en Jacaleapa, en referencia a las variables sociodemográficas de la muestra, se describieron los resultados los cuales muestran que la mayoría de los adultos mayores son de sexo

femenino con 76.5%; así mismo, el 70.19% comprenden las edades de 60 – 69 años de edad, con una procedencia del 100% del municipio de Jacaleapa. Cabe resaltar que el 68.9% de los adultos mayores solo finalizaron su primaria; la mayor parte de ellos se dedica a los quehaceres del hogar con un 73.8% y a la agricultura 15.6%.

- Las características demográficas descritas en el estudio están vinculadas de forma directa hacia el estado de salud física, las relaciones sociales, los aspectos psicológicos y los del medioambientales como factores que condicionan la calidad de vida en el adulto mayor considerándolo como un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario a partir de la combinación de sus factores objetivos y subjetivos.

## **Objetivo 2**

- La prevalencia de enfermedades auto reportadas (por ejemplo, enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 1 y 2 y la hipertensión arterial que afectan al adulto mayor), fueron descritas de forma tal que afectan la calidad de vida. Aunque no fue parte del estudio tipificar los diferentes tipos de enfermedades, es posible que algunos tipos de enfermedad tengan un impacto diferente. El hecho que la gran mayoría haya reportado enfermedades, nos indica que la mayor parte de la población está enferma y no estamos alcanzando los estándares deseados para tener una buena calidad de vida en adulto mayor.

## **Objetivo 3**

- Los indicadores evaluados por medio del instrumento que conducen a una apreciación multidimensional se valoran como acertados, teniendo en cuenta que cumplen con la función de aportar hacia una valoración integral de la calidad de vida en el adulto mayor.
- Se puede concluir que la calidad de vida es un concepto multidimensional que resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Con la aplicación del instrumento WHOQOLBREF se comprobó que es una herramienta apropiada para evaluar el carácter multidimensional que tienen los adultos mayores respecto a su calidad de vida, especialmente aquellos que asisten al Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa. Dada las diferentes dimensiones que hay que intervenir, se necesita la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y alianzas con la comunidad. A

a su vez, se identificó de una manera eficaz cuales son los indicadores que influyen directamente en la presencia de una mala o buena calidad de vida en el mismo.

#### **Objetivo 4**

- De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, se entrevistó al personal de salud para evaluar el programa, donde los mismos, mencionaron que para llevar a cabo esta loable labor se necesitan de conocimiento científicos, búsqueda de estrategias y, una serie de valores como la ética y responsabilidad, y así, cumplir con los diferentes requisitos para mejorar la calidad en la vejez. Por lo tanto, lo antes mencionado forma parte para el desempeño de las funciones dentro del área y desarrollo de sus capacidades para la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.
- Así mismo, el nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente; es así como de la competencia del personal de salud depende la selección y ejecución de las acciones más efectivas y eficientes que conviene al problema de salud afrontado, aun con las limitaciones de los recursos existentes.

## XI. RECOMENDACIONES

A pesar de los resultados alcanzados tras el proceso de aplicación que a la vez generaron valiosos intercambios permitieron recopilar un grupo de recomendaciones las cuales contribuyen tanto al fortalecimiento de la investigación, así como su sostenibilidad; en tal sentido, se recomienda de forma general lo siguiente:

- Profundizar en el estudio a partir de la validación de resultados con mayor envergadura en cuanto a muestras más grandes y estudios de seguimiento.
- Analizar otras variables de comportamiento del instrumento aplicado como la estabilidad temporal, tras la intervención del programa para su uso en la práctica clínica.
- Hacer uso divulgativo de los resultados obtenidos en la investigación, lo cual permita a la secretaría de salud del territorio, desarrollar políticas públicas en cuanto a la atención de la calidad de vida en el adulto mayor.
- Realizar futuros estudios que abarquen toda la población de la tercera edad de Jacaleapa utilizando el muestreo aleatorio simple.

De forma específica, para cada uno de los objetivos planteados se recomienda lo siguiente:

### **Objetivo 1**

- El hecho de que la mayoría de los usuarios que acudían al Centro de Cuidados Diurnos fueron mujeres, indica que el programa debe de diseñar estrategias para involucrar más a los hombres adultos mayores en la comunidad de Jacaleapa. Dado que la comunidad de Jacaleapa es una comunidad rural, no sorprende el nivel de escolaridad y los tipos de labores. Sin embargo, nos indica la necesidad de mejorar los niveles de educación de la población dado que la calidad de vida está influida por los niveles educacionales los ingresos, y el acceso a servicios.

### **Objetivo 2**

- Recomendamos que el programa integrado realice monitoreo de la calidad de vida y examine las diferentes enfermedades prevalentes que afectan al adulto mayor.

- Se recomienda fortalecer las políticas de salud desde edades tempranas integrando el envejecimiento saludable en todas las políticas. Por otro lado, hay necesidad de fortalecer en el entrenamiento en geriatría para enfermeras, médicos y otro personal de salud. También hay que considerar las particularidades del adulto mayor y la influencia que tienen en ella los factores físicos, psicológicos y sociales.

### **Objetivo 3**

- Dado que la dimensión física fue la más baja, esto indica que la presencia de enfermedades y discapacidad son un problema de salud pública importante que requiere de estrategias nacionales y comunitarias para prevenir enfermedades crónicas, no comunicables desde edades más tempranas. Dado que la dimensión de relación social fue la más alta, esto indica que hay un menor aislamiento social del adulto mayor que asiste al programa. Esto resalta la importancia de este programa ya que brinda oportunidad para que los usuarios mejoren su salud aprovechando sus relaciones sociales y nexos familiares. Se recomienda estudiar más la inclusión social del adulto mayor en estudios futuros para determinar las estrategias más efectivas para poder mejorar esta dimensión de la calidad de vida.

### **Objetivo 4**

- Capacitar al personal sobre conocimientos científicos, valores éticos para mejorar la calidad de vida del adulto mayor que asiste al Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa.

## XII. DISCUSION

El envejecimiento y la urbanización son dos de las principales tendencias que caracterizan el siglo XXI (OMS, 2007). Crecen las ciudades y también la proporción de personas mayores de 60 años. Si bien ambos fenómenos resultan de un desarrollo exitoso durante el siglo XX, implican transformaciones cuyas consecuencias en el plano económico, social y ecológico, requieren de un renovado esfuerzo analítico para comprender y enfrentar con éxito los problemas que estos nuevos escenarios plantean.

En este estudio se abordó el concepto de *Calidad de Vida*. Cabe recalcar que dicho concepto está evolucionando constantemente y este estudio nos presenta una perspectiva única de los usuarios del programa. Más estudios se hacen necesario para evaluar los aspectos culturales en Honduras que influyen las percepciones de calidad de vida. Concebido de manera integral, la calidad de vida incluye no solamente los elementos objetivos, sino también aquellas condiciones y factores que emanan de la percepción subjetiva de las personas y/o comunidades. En este estudio lo abordamos de forma multidimensional.

Aplicando el concepto de *Calidad de Vida* al estudio de las condiciones de vida de las personas mayores, en este estudio se definen cuatro componentes de la calidad de vida que han sido abordados por el estudio: competencias conductuales, medio ambiente, bienestar psicológico y calidad de vida percibida (Olivi, Fadda, & Pizzi, 2015).

Nuestros hallazgos reflejan lo que otros estudios han encontrado que señalan que la vida personal y el envejecimiento están invariablemente ligados a determinadas condiciones ambientales. Según el modelo ecológico del envejecimiento, la calidad de vida de las personas mayores está fuertemente relacionada con el ambiente en el que habitan y en el que desarrollan sus vidas cotidianas (Olivi, Fadda, & Pizzi, 2015). En este estudio la dimensión entorno fue la más alta, lo que no sorprende dado que la comunidad de Jacaleapa cuenta con recursos comunitarios (parques, ambientes recreativos, bajo nivel de criminalidad, y cohesión social).

Es importante mencionar que con el incremento de la esperanza de vida si existe una prevalencia alta de enfermedades crónicas entonces aumenta la incapacidad física e influye negativamente la calidad de vida. En las últimas décadas ha existido un cierto cambio en cuanto a las restricciones que han existido de la actividad y en todo han contribuido mucho los diagnósticos que se han realizado para muchas enfermedades como el cáncer, la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades pulmonares obstructivas, la insuficiencia renal, así



como las enfermedades del corazón. Otra variable que influye en la salud de los adultos mayores son los conflictos entre generaciones, esto influye la dimensión de relaciones sociales, que fue la más baja en nuestro estudio. Esto indica la importancia que representa el mantenimiento de las relaciones intergeneracionales para la calidad de vida del adulto mayor (Herrera, Prieto, & Guerra, 2010).

Aunque se conoce que el ejercicio físico aumenta la calidad de vida del adulto mayor, aún no se ha podido comprobar, a pesar de los diferentes estudios realizados al respecto, que el ejercicio intenso promueve una vida más prolongada, aunque muchas de las encuestas realizadas a personas longevas han encontrado que un factor común entre ellos es la práctica de la actividad física. En este estudio la dimensión física fue la más baja. Se recomienda que futuros estudios exploren a mayor profundidad la mejora de la actividad física en adultos mayores a través de programas como este. La hipótesis de que con el ejercicio físico intenso se logra una vida más prolongada no se ha podido comprobar debido a que no ha sido posible encontrar grupos controles adecuados que reúnan las características presentes en los individuos que realizan ejercicios físicos sistemáticos y que son poco frecuentes en grupos sedentarios o que no realizan ejercicios con sistematicidad como no fumar, ser delgados, relativamente libres de enfermedades cardíacas o respiratorias y tener un peso corporal promedio igual o aproximado al de los atletas. La educación física y los deportes ofrecen grandes posibilidades de actividades a realizar con los adultos mayores por lo que no podemos encasillar a este grupo etario, específicamente, en una forma organizativa o nombre, cualquier forma de participación es válida, siempre y cuando se permita cumplir debidamente los objetivos. La actividad física y el ejercicio físico están considerados como la mejor inversión o el mejor negocio para el logro de la salud pública a escala mundial.

Según estudios realizados por ex alumnos de la Universidad de Harvard, el estilo de vida es el causante de que el 54% del riesgo de muerte sea causado por el infarto al miocardio, el 50% por los accidentes vasculares cerebrales y el 37% producido por el cáncer. El sedentarismo mata, de la forma más cómoda y descansada al ser humano. Se estima que 2 millones de personas mueren anualmente y sus causas son atribuidas a consecuencias del sedentarismo y se posee evidencia de que mata más que otros factores de riesgo. En este sentido, se necesita contar con personal altamente capacitado para dar respuesta a las necesidades de salud especializadas del adulto mayor. Capacidades y geriatría y gerontología necesitan desarrollarse más en la región centroamericana y en Honduras.

En este sentido, es importante un abordaje de salud que integra los derechos humanos. Todas las personas tienen derecho al deporte y a la recreación como actividades que benefician la calidad de vida individual y colectiva. Para esto, la incorporación del promotor de salud es definitiva, ya que tiene por delante un mundo de cosas interesantes que ofrecen a los pobladores en la localidad donde radican y, en especial, a las personas de la tercera edad, que no por ser lo más adultos de la familia son menos importantes. Además, se debe comprender que aún con ciertas limitaciones de enfermedad se puedan realizar las actividades físicas para el sosiego y el esparcimiento espiritual de la población. Es necesario también que estas personas conozcan el derecho al descanso, recreación, esparcimiento, deporte, y juego (Herrera, Prieto, & Guerra, 2010).

Finalmente, varios países de América Latina han experimentado una transición demográfica rápida e intensa hacia el envejecimiento en las últimas décadas. Honduras claramente está dentro de esa tendencia y programas con el Centro de Cuidados Diurnos de Jacaleapa son estrategias prometedoras para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Amaya, D., & Trejo, E. (2016). Percepción del adulto mayor sobre la calidad de vida en los hogares. *Revista Portal de la Ciencia*. Obtenido de <https://www.google.com/search?q=Percepci%C3%B3n+del+adulto+mayor+sobre+la+calidad+de+vida+en+los+hogares+de+ancianos+de+Tegucigalpa%2C+2014&oq=Percepci%C3%B3n+del+adulto+mayor+sobre+la+calidad+de+vida+en+los+hogares+de+ancianos+de+Tegucigalpa%2C+2014&aqs=>
- Aponte, D., & Vaneska, C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 13, 152-182. Retrieved from [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&nrm=iso)
- Barahona, A. F., Vargas, D. J., & Jaramillo, G. (2008). Caracterización del nivel de funcionalidad cotidiana en el adulto mayor. Pereira, Risaralda: Universidad Tecnológica de Pereira.
- Argeñal, J. A. (2019). Centro de Cuidados Diurnos Jacaleapa. (D. J. López, Entrevistador)
- Bastos, A. (2009). Mejorando la calidad de los servicios para el adulto mayor: una aproximación constructiva. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Bohórquez, S. P. (2019). Universidad de la Salle. Obtenido de <http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/13028/T62.09%20C894a.pdf?sequence=1>
- Centro Nacional de Información del Sector Social. (2019). *Mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor*. Obtenido de <https://www.ceniss.gob.hn/informes/adultom.html#:~:text=La%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Envejecimiento,a%20un%20esquema%20de%20envejecimiento>
- Chong, A. D. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana Medica General Integral*, 28(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009)
- CONADEH. (2013). *Adulto Mayor*. Informe sobre el estado general de los derechos humanos en Honduras, CONADEH, Francisco Morazán, Tegucigalpa. Obtenido de <http://app.conadeh.hn/Anual2013/pdf/info2013/Adulto%20Mayor.pdf>

- Daniel, L. A. (2012). Aspectos Biopsicosociales que Inciden en la Salud del Adulto Mayor. *Scielo*, 2.
- Datos Macro. (2015). *Índice De Envejecimiento Global De Envejecimiento*. Obtenido de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-global-envejecimiento/honduras#:~:text=Honduras%20se%20encuentra%20clasificado%20en,un%20nivel%20de%20bienestar%20suficiente>
- Espinal, L. J. (2015). Centro de cuidados diurno para el adulto mayor. Danlí: Informe.
- Herrera, L. O., Prieto, A. C., & Guerra, T. (2010). Plan de Intervención Comunitario dirigido al adulto mayor. *Efdeportes*. Obtenido de Plan de Intervención Comunitario dirigido al adulto mayor: <https://www.efdeportes.com/efd147/plan-de-intervencion-comunitario-dirigido-al-adulto-mayor.htm>
- Herrera, P., Martínez, N., & Navarrete, C. (2015). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (P. Herrera, N. Martínez, & C. Navarrete, Edits.) *Scielo*, 31(4). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400005)
- Gobierno de Honduras. (2010). Reglamento de la Ley del Adulto Mayor. Gaceta.
- Coronado, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Scielo*, 1-2.
- Lenardt M. H. (2013). Prevalencia de la fragilidad para el componente velocidad de la marcha en ancianos. *Revista latino americana de enfermería*, 3-8.
- Morel, V. (2006). Geosalud. Obtenido de [http://www.geosalud.com/adultos\\_mayores/ejercicio.htm](http://www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm) - 42k
- Motino, A. (2016). Estilos de vida relacionados con la salud en el adulto mayor en dos grupos poblacionales. *tzibalnaah Repositorio unah*. Obtenido de <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/handle/123456789/6336>
- Olivares, R., Rivera Martínez, & Borges Oquendo. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Científico-Metodológica*. Recuperado el 15] de 10 de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
- Olivi, A., Fadda, G., & Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84), 227-249.
- OPS. (2012). *Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores*. Obtenido de

- [https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255)
- OPS. (2015). *Plan de acción para un envejecimiento activo y saludable*. Obtenido de [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/honduras/plan\\_de\\_accion\\_para\\_un\\_envejecimiento\\_activo\\_y\\_saludable\\_2015-2017.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/honduras/plan_de_accion_para_un_envejecimiento_activo_y_saludable_2015-2017.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es>
- Peña, I. (2020). Calidad de vida del adulto mayor. *Presencia Universitaria*. Obtenido de <https://presencia.unah.edu.hn/noticias/realizan-investigacion-sobre-calidad-de-vida-del-adulto-mayor/>
- R.A.E. (2019). Real Academia Española. Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Ramos Franco, G. N. (2019). *ri.ues.edu*. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/5199/1/El%20respeto%20de%20los%20derechos%20fundamentales.pdf>
- Roca, B. N. (2019). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6561/Mazacon\\_rb.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6561/Mazacon_rb.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rubio, D. Y., Rivera, L., & Borges, L. (2015). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Varona*, revista científico-metodología, 3.
- Secretaria de Salud (2001). Programa nacional de atención del adulto Mayor. Obtenido de [https://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias=236-trifolio-del-adulto-mayor&Itemid=211](https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias=236-trifolio-del-adulto-mayor&Itemid=211)
- Secretaria de Salud (2005). Plan nacional 20121. Tegucigalpa: Propia.
- Sampieri, R. H. (2010). Metodología de la Investigación Sexta Edición. México, Distrito Federal: McGRAW-Hill.
- Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social. (2016). Política Nacional y del Envejecimiento de Adulto Mayor. *Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social*. Obtenido de <http://ceniss.gob.hn/PoliticasyPublicas/Politica-Nacional-Adulto-Mayor-SEDIS-junio-29-2016.pdf>
- Skevington, S.M., Lotfy, M. and O'Connell, K.A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results

- of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. <http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Steinbüchel, Lischetzke, T., Gurny, M., & Eid, M. (2006). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: propiedades psicométricas del WHOQOL-BREF. *Europea Journal of Ageing*. doi:10.1007
- Vera, K. A. (2019). La inclusión social como parte del desarrollo humano en los adultos mayores, vivencias en el barrio 28 de mayo de la libertad. Santa Elena: Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- Zamora, Z. E. (2004). La participación del psicólogo en la atención del adulto mayor. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 311.

## XIV. ANEXOS

### Anexo 1: Trifolio de programa nacional de atención integral al adulto mayor en Honduras

#### Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, ofrece los siguientes servicios:

- ➔ Cobertura medica gratuita a toda la población adulta mayor urbana y rural.
- ➔ Preferencia en la atención.
- ➔ Una clínica de atención al adulto mayor en el CESAMO Miguel Paz Barahona de San Pedro de Sula.
- ➔ Una clínica de atención al Adulto Mayor en el CESAMO Alonso Suazo de Tegucigalpa.
- ➔ Control y tratamiento de las enfermedades crónicas en todas las unidades de salud.
- ➔ Jornada de vacunación contra el virus de la Influenza.

#### UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES



#### Objetivos de la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento Madrid 2002

1. Promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y Políticas nacionales de salud.
2. Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortalecimiento y reorientando los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.
3. Promoción de conductas personales y ambientes saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarias.
4. Creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidados a largo plazo.
5. Promoción de la formación de los recursos humanos a través del diseño y la implementación de un programa nacional de capacitación en Gerontología y Geriatria para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud en todos los niveles de atención con énfasis en el nivel de atención primaria.
6. Elaboración y utilización de instrumentos para mejorar el conocimientos del estado de salud de las personas mayores y monitorear sus cambios.
7. Contar con una masa de recursos humanos formados y capacitados en atención integral al adulto mayor



Secretaría de Salud  
Departamento de Salud Integral  
a la Familia

## PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR



*"Promovamos  
un envejecimiento activo  
y saludable"*



## La población Adulta Mayor o Tercera Edad

En Honduras de acuerdo al censo 2001 y a las estimaciones poblacionales de INE, esta población va en ascenso, actualmente es entre el 6 y 8% lo que representa más de 500.000 personas, y según proyecciones mundiales para el 2040 llegaría al 15%. (CEPAL).

El 52% de la población adulta mayor es femenina el 48% masculina; y del total el 46% vive en área urbana y 54% en la zona rural.

El aumento de esta población se debe al mejoramiento a la expectativa de vida del hondureño (72 años en promedio) lo que se ha logrado por los esfuerzos realizados por el país para disminuir la mortalidad y morbilidad infantil, mayor acceso a los servicios de salud, aumento de la calidad en atención a los pacientes, mejores instalaciones, equipamiento y acciones de promoción de la salud.



***"NO ME DESECHES EN EL TIEMPO DE LA VEJEZ;  
CUANDO MI FUERZA SE ACABARE NO ME  
DESAMPARES" (SALMO 71:9)***



Anexo 2. Leyes existentes en Honduras en apoyo al Adulto Mayor

N o	Titulo	Autor	Tipo de fuente
1.	Plan Nacional de Salud 2021	Secretaría de estado en el despacho de salud	Primaria
2.	Plan de acción para un Envejecimiento Activo y Saludable Honduras, agosto 2015-2017	Secretaría de estado en el despacho de salud Organización mundial de la salud	Secundaria
3.	Reglamento de ley del adulto mayor 2010	Congreso Nacional de la Republica	Primario
4	Dirección general del adulto mayor	Secretaria del interior de la población	Secundaria



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Centro de Investigación y Estudios de la Salud**  
**Escuela de Salud Pública de Nicaragua**



**Consentimiento informado para participar en investigación que involucra riesgos mínimos y autorización para reunir, usar y compartir su información de salud**

**Propuesta # \_\_\_\_\_**

Usted está invitado/a participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación incluyen sólo a personas que deciden participar. Este documento se denomina formulario de consentimiento informado. Por favor, lea esta información atentamente y tómese el tiempo necesario para decidir. Pídale al investigador o al personal del estudio que hable con usted acerca de este formulario. Por favor, pídale que le explique todas las palabras o la información que no entienda con claridad. [*Si aplica*: Le recomendamos que hable con su familia y sus amigos antes de decidir si tomar parte de este estudio de investigación]. A continuación, se listan la naturaleza del estudio, los riesgos, inconvenientes, molestias y otra información importante acerca del estudio.

Le invitamos a participar de un estudio de investigación llamado:

**Evaluación de la Calidad de Vida del Adulto Mayor, Jacaleapa, Honduras, 2019.**

La persona a cargo de este estudio es MSc. Doris Judith López Rodríguez, quién es dirigido/a por su tutor de tesis doctoral Abraham A. Salinas Miranda, MD, PhD

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Cuidados Diurnos del municipio de Jacaleapa, departamento de El Paraíso, Honduras 2019.

### **Propósito del estudio**

Evaluar el impacto del Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor sobre la calidad de vida del adulto mayor, Jacaleapa, Honduras, 2019.

**¿Por qué se le invita a participar?**

Le invitamos a participar de este estudio porque es una de los participantes que cumple con los requisitos para poder integrar este estudio.

Procedimientos del estudio:

Si usted participa de este estudio, se le pedirá que:

- *Preguntas que se harán y / o entrevistas / encuestas que pueden realizarse;*
- *La duración esperada de la participación e incluye el número de visitas / sesiones, cuánto tiempo tomará completar los procedimientos;*
- *Se llevará a cabo en el Centro de Cuidados Diurnos del municipio de Jacaleapa, Honduras, en el año 2019*
- *Se podrá grabar algunas entrevistas con la incorporación de grupos focales.*

### **Cantidad total de participantes**

Alrededor de 297 individuos participarán de este estudio.

### **Alternativas / Participación voluntaria / Retiro**

En la siguiente investigación no se le obliga a participar, ya que es de carácter voluntario, y en cualquier momento en el que se sienta incomodo se puede retirar si usted lo considera conveniente notificando al investigador principal en su debido momento.

Usted no tiene obligación de participar de este estudio.

Usted sólo debe participar de este estudio si desea ofrecerse en forma voluntaria. No debe sentirse presionado a participar del mismo. Usted es libre de participar de este estudio o retirarse en cualquier momento. No habrá sanciones ni pérdidas de beneficios a los que tiene derecho si deja de participar de este estudio.

### **Beneficios**

Usted no recibirá beneficio(s) por participar en este estudio de investigación.

### **Riesgos o molestias**

Esta investigación se considera de riesgo mínimo. Es decir, que los riesgos que se asocian a la misma son los mismos que enfrenta cada día. No se conocen riesgos adicionales para quienes participan de este estudio.

### **Costos**

No incurrirá en gastos económicos al participar de esta investigación.

### **Privacidad y confidencialidad**

Mantendremos la privacidad y confidencialidad de los registros del estudio. Es posible que determinadas personas accedan a sus registros del estudio. Toda persona que acceda a sus registros debe mantenerlos en forma confidencial. Estos individuos incluyen:

- El equipo del estudio, incluido el investigador principal, el coordinador del estudio, enfermeros de investigación y demás personal de investigación.
- Determinado personal del gobierno o la universidad que necesitan saber más acerca del estudio e individuos que supervisan para asegurarse de que realicemos el estudio de manera correcta.
- Toda agencia del gobierno nacional o local que regule esta investigación.
- La Comisión de Revisión Institucional o Comisión de Ética de Investigación (CEI) del CIES y personal relacionado que tenga responsabilidades de supervisión para este estudio, incluido personal de Integridad y Conformidad de Investigaciones del CIES.

Podremos publicar lo que aprendamos con este estudio. Si lo hacemos, no incluiremos su nombre. No publicaremos nada que permita a los demás saber quién es usted.

**La información recopilada para esta investigación será almacenada en el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud localizado en el Recinto Universitario Dr. Salvador Allende Rotonda Cristo Rey 75 vrs al sur. Managua, Nicaragua.**

**La siguiente información podrá ser usada y cedida a otras personas autorizadas por el CIES-UNAN:**

La información personal que se recopile para esta investigación se mantendrá el tiempo que sea necesario para llevar a cabo esta investigación. Una vez que haya terminado su participación en la investigación, su información se almacenará de acuerdo con las normas y reglamentos pertinentes. Su permiso para usar sus datos personales no expirará a menos que lo retire por escrito. En cualquier momento usted puede remover o retirar su permiso para usar y ventilar su información. Simplemente mande una notificación por escrito al investigador principal a la siguiente dirección:

Mientras realizamos el estudio de investigación, está prohibido ver o copiar la información de la investigación sobre su caso. Una vez terminada la investigación, usted tiene derecho a ver la información sobre usted, tal como lo permite el reglamento del CIES-UNAN.

Si tiene alguna pregunta sobre el uso o almacenamiento de su información personal, usted tiene el derecho de presentar una queja ante la autoridad supervisora de datos en su país.

Por favor, se le informa que aun cuando los investigadores tomen todas las precauciones para mantener la confidencialidad de los datos, la naturaleza de los grupos focales previene que los investigadores garanticen la confidencialidad. Los investigadores quisieran recordarles a los

participantes que respeten la privacidad de sus compañeros participantes y no repetir lo que se hable en el grupo de enfoque a un tercero.

### **Usted puede recibir respuestas a sus preguntas, inquietudes o denuncias**

Si tiene preguntas, inquietudes o denuncias acerca del estudio, o experimenta algún problema imprevisto, llame a Doris Judith López Rodríguez al tel. 50431884531.

### **Autorización para usar y divulgar información protegida de la salud**

Las regulaciones nacionales protegen la información de la salud que permite identificar en forma personal. Al firmar este formulario, usted permite a la investigadora y al docente que le supervisa del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud a usar la información de su salud para fines científicos.

Al firmar este formulario, usted otorga su permiso para usar y/o compartir su información de la salud descrita en este documento. Como parte de esta investigación, el CIES-UNAN podrá reunir, usar y compartir la siguiente información

- Sus registros médicos pasados, actuales o futuros y otros registros de la salud mantenidos por profesionales de la salud o cualquier otro sitio asociado a este estudio en lo que se relacionen con este proyecto científico. Esto incluye, de manera descriptiva, pero no limitativa, registros relacionados con VIH/SIDA, salud mental, abuso de sustancias y/o información genética.

Usted puede negarse a firmar este formulario. Si usted no firma este formulario, no podrá participar de este estudio de investigación. Sin embargo, su atención fuera del estudio y los beneficios no cambiarán. Su autorización para usar su información de la salud no expirará a menos que usted el revoque (se retire) por escrito. Usted puede revocar este formulario en cualquier momento enviando una carta que indique claramente que desea retirar su autorización para usar su información de la salud en la investigación. Si revoca su permiso:

- Ya no será participante de este estudio de investigación;
- Dejaremos de reunir nueva información acerca de usted;
- Usaremos la información reunida antes de la revocación de su autorización. Esta información puede ya haber sido usada o compartida con terceros, o podremos necesitarla para completar y proteger la validez del estudio; y

- Es posible que el personal deba realizar seguimiento si existe algún motivo médico para hacerlo.

Para revocar este formulario, por favor, escriba a:

Doris Judith López Rodríguez (dorislopez73@yahoo.com)

Para Estudio del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud en el Recinto Universitario Dr. Salvador Allende Rotonda Cristo Rey 75 vrs al sur. Managua, Nicaragua.

Mientras realizamos el estudio científico, no podemos dejarle ver o copiar la investigación del estudio que tenemos acerca de usted. Una vez completado el estudio, usted tiene derecho a ver la información acerca de usted, según lo permitan las políticas de la UNAN. Usted recibirá una copia firmada de este formulario.

**Consentimiento para participar de este estudio de investigación y autorización para reunir, usar y compartir su información médica para la investigación**

Otorgo mi consentimiento libremente para participar de este estudio Impacto del Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, Jacaleapa, Honduras, 2019. Entiendo que al firmar este formulario acepto participar de este estudio. He recibido una copia de este formulario para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que participa del estudio

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta de la persona que participa del estudio

**Declaración de la persona que obtiene el consentimiento informado**

Le he explicado cuidadosamente a la persona que participa del estudio lo que puede esperar de su participación. Confirmando que el sujeto del estudio habla el idioma que se usó para explicar la investigación y que recibe un formulario de consentimiento informado en su idioma principal. El sujeto de este estudio ha dado un consentimiento informado con validez legal.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que obtiene el consentimiento informado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta de la persona que obtiene el consentimiento informado

Anexo 4. Solicitud de autorización del proyecto



*Alcaldía Municipal*

Jacaleapa, El Paraíso  
Honduras, C.A.



Jacaleapa El Paraíso 1 de Octubre 2019

Msc Doris López

Su OFICINA

Deseándole éxito en sus labores diarias por medio de la presente el **CENTRO DE CUIDADOS DIURNOS DEL ADULTO MAYOR** Autoriza a la **Msc Doris Judith López Rodríguez** alumna de la **II COHORTE DEL DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD DEL CIES** para que pueda realizar su estudio de investigación en nuestro centro el cual lleva como nombre **Impacto del Programa Integrado de Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor, Jacaleapa, Honduras, 2019** por lo tanto será de gran importancia para nuestro centro y municipio.

ATT

  
Directora del Centro Cuidados Diurnos



CC. CIES

CC. *Abraham A. Salinas Miranda, MD, PhD*

CC. *archivo*



Scanned with  
CamScanner

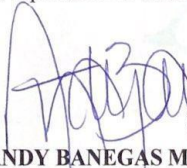



### CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que la Sra. **DORIS JUDITH LÓPEZ RODRÍGUEZ** con número de empleado 10664 y docente del Departamento **Ciencias de la Salud** de éste centro universitario regional, se encuentra realizando sus estudios de Doctorado en el Centro de Investigación y Estudios de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. La Sra. López Rodríguez está desarrollando su tesis *Impacto del programa integrado de atención primaria en salud del adulto mayor Jacaleapa Honduras, 2019*. Dicho proyecto de tesis fue evaluado

Es de nuestro conocimiento que la Sra. López estará desarrollando su trabajo con toda responsabilidad bioética, con respeto a los derechos, dignidad, autonomía y bienestar de los pacientes, usuarios y/o entrevistados, bajo el principio del consentimiento informado y en donde aseveramos que no existirá ningún daño o perjuicio físico, psicológico o moral hacia las personas con quien realice su trabajo de investigación. Asimismo, avalamos su proyecto de investigación, ya que el mismo estará contribuyendo con la creación de nuevos conocimientos que podrán ser aplicados dentro de nuestro sistema de académico y de salud. Éstas consideraciones están respaldadas por las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación relacionada con la Salud con Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (2016).

Y para los fines que el interesado estime conveniente, se extiende la presente en la ciudad de Danlí, a los doce días del mes septiembre de dos mil diecinueve.

  
**ANDY BANEGAS MEDINA**  
Coordinador Regional de Investigación Científica  
UNAH-TEC-DANLI

  
COORDINACIÓN REGIONAL  
DE INVESTIGACIÓN  
UNAH-TEC Danlí

C: Archivo



## Anexo 6. Entrevista a Empleados del Programa



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Centro de Investigación y Estudios de la Salud**  
**Escuela de Salud Pública de Nicaragua**  
**II Cohorte Doctorado en Ciencias de la Salud**  
**Entrevista a Empleados del Programa**



**Instrucciones:** A continuación, se presenta una serie de afirmaciones relativas a impacto del programa de Atención Primaria del Adulto Mayor. Por favor, conteste la respuesta que mejor describa su respuesta.

1. ¿Cuál es el rol suyo dentro del programa?
2. ¿Cómo se siente como empleado de este programa?
3. ¿Qué opina sobre el trabajo con el adulto mayor?
4. ¿Cuáles serían los aspectos y recomendaciones que sugiere para la mejora de este programa?
5. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar para el programa?



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
**Centro de Investigación y Estudios de la Salud**  
**Escuela de Salud Pública de Nicaragua**  
**II Cohorte Doctorado en Ciencias de la Salud**  
**Encuesta a Familiares**



**Instrucciones:** A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a impacto del programa de Atención Primaria del Adulto Mayor. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor le parezca y no deje ninguna cuestión en blanco.

1. ¿Cree usted que tiene un impacto positivo en la vida de su familiar este programa?

Si

No

Explique:

2. ¿Cómo se siente su familiar al permanecer en este programa?

Satisfecho

Insatisfecho

Explique:

3. ¿Cuánto tiempo tiene su familiar de permanecer en el programa?

1- 6 meses

6-1 año

1 año y más

Explique:

4. ¿Cada cuánto asiste su familiar al Programa del Adulto Mayor?

Diario

1 vez a la semana

1 vez al mes

Explique:

5. ¿Al ingresar al programa le realizaron expediente a su familiar?

Sí

No

Explique:

6. ¿Tiene algún tipo de enfermedad o discapacidad su familiar?

Sí

No

Explique:

7. ¿Señale que actividades puede realizar sin ayuda su familiar?

Caminar

Comer

Vestirse

Ir al baño

Hacer compras

Limpiar la habitación

Arreglar la cama

8. ¿Conviven otras personas con ustedes en su hogar?

Sí

No

Explique:

9. ¿Qué razones le han llevado a participar en el programa a su familiar?

Conocer nuevas personas y hacer amistad

Búsqueda de compañía

10. ¿Cómo se enteró del programa?

Mediante un amigo o familiar

En carteles o anuncios

Información en centros de personas mayores

Explique:

11. Tiene algún tipo de dieta alimenticia especial

Sí

No

Explique:

12. ¿Al estar dentro de este programa su familiar le ha mejorado la calidad de vida?

Sí

No

Explique:

13. ¿Padece de alguna enfermedad su familia menciónela?

Explique:

14. ¿A qué actividades dedica su tiempo libre su familiar?

Explique:

15. ¿Indique otros aspectos que considere importante mencionar?

Explique:



qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, esta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida *durante las dos últimas semanas*. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3 <sup>○</sup>	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión 1.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene	1	2	3	4	5

	sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5



Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1 6	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
2 0	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
2 1	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5