

Calidad de vida en ancianatos de zonas periurbanas de Asunción, Paraguay

Quality of life in the elderly in peri-urban areas of Asunción, Paraguay

Johana Meza-Paredes¹, Ana Aguilar-Rabito¹, Alberto Díaz¹

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Químicas, Postgrado
Especialización en Dietética Clínica y Soporte Nutricional. San Lorenzo,
Paraguay.

Autor de correspondencia: jmeza@qui.una.py

Resumen: *Introducción.* La calidad de vida es el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. *Objetivo.* Evaluar el índice de calidad de vida y la actividad física en adultos mayores residentes en hogares de ancianos de la zona periurbana de Asunción. *Materiales y métodos.* Estudio transversal descriptivo. Se incluyeron a adultos mayores albergados en hogares de ancianos Asunción durante el periodo febrero-marzo del año 2015. Se recolectaron datos demográficos, el índice de calidad de vida por la escala FUMAT y la actividad física a través del cuestionario internacional para la actividad física IPAQ. *Resultados.* Participaron 33 adultos mayores residentes de 4 hogares. El promedio de edad fue de 74 ± 7 años. El 66,7% eran hombres. Entre las dimensiones que involucran a la calidad de vida, los aspectos más desfavorecidos fueron los derechos y el bienestar material. La mayoría de los adultos mayores (51,5%) presentaron un índice de calidad de vida medio bajo, ningún adulto mayor presentó un índice de calidad de vida alto. La menor calidad de vida fue observada en el hogar de ancianos; respecto al sexo, en las mujeres y en aquellos que habían llegado al nivel universitario. La mayoría de los adultos mayores se encontraban con sedentarismo, presentando un promedio de 7 horas al día sentados. *Conclusión.* El índice de calidad de vida en la muestra estudiada fue medio bajo. Los aspectos relacionados al derecho, el bienestar material y la autodeterminación de los adultos mayores son los más desfavorecidos. Y respecto a la actividad física, esta era nula.



Palabras clave: adultos mayores, calidad de vida, actividad física.

Abstract: *Introduction.* Life quality is the state of well being physical, social, emotional, spiritual, intellectual and occupational that allows someone to satisfy appropriately his or her needs, either individually or jointly. Goal. Evaluate the data of life quality and physical activity in older adults living in nursing homes in between the suburban zone of the capital city Asunción. *Materials and methods.* Transversal descriptive study, the population of study was about older people living in nursing homes in suburban zones of the capital city Asuncion during the period of February-March 2015. The demographic data was measured, also the life quality index by the FUMAT scale and physical activity through the international questionnaire for physical activity IPAQ. *Results.* In total, we had 33 older adults' participants from four nursing homes. The age average was of 74 ± 7 years old. The 67 % were men. In between the dimensions that include life quality, the most disadvantaged aspects were the rights and financial situation. Most of older people (51.5 %) presented a low index of life quality. Any of them presented a high index of it. The lowest quality of life was observed in the elderly home; regarding sex, in women and in those who had reached the university level. Most of these older people were sedentary, presenting an average of 7 hours sitting down. *Conclusion.* The index of life quality is medium low. The aspects related to rights, welfare and the self-determination of adults are the most disadvantaged. They actually present no physical activity at all.

Keywords: older adults, quality of life, physical activity.

1. INTRODUCCIÓN

Un cambio universal importante es el acelerado proceso de envejecimiento poblacional, esto repercute en varios factores del desarrollo y funcionamiento de la sociedad. Tal es así que en América Latina y el Caribe la transición demográfica se caracteriza por su rapidez, pasando de 5,4% de adultos mayores con 60 años o más en 1950 a un 8% en el 2002, estimándose que para el 2050 el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará⁽¹⁾.

Son muchas las personas en el mundo actual que dedican su esfuerzo a lo que podría denominarse "la nueva cultura de la longevidad", que es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, esto, de modo a fortalecer todos los aspectos de la salud y por ende la calidad de vida de los adultos mayores⁽²⁾.

De hecho, la calidad de vida es el estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas⁽²⁾.

En la tercera edad, debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, puesto que se puede decir que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a los episodios de discapacidad⁽¹⁾.

Justamente, son varias las enfermedades que pueden producir discapacidad, así también existen factores que contribuyen a su instauración precoz, entre los que se incluye al abuso de tabaco, una alimentación inadecuada, la inactividad física o el sedentarismo; que, por cierto, constituye un riesgo significativo previsible de dolencias afectándose por ende considerablemente la salud, siendo así un índice predictor preocupante de morbimortalidad⁽³⁾.

Un estudio realizado en adultos mayores de 60 años y más, evaluó la perspectiva subjetiva de la calidad de vida de los mismos y la práctica de actividad física recreativa y mostró que la práctica de actividad física permite obtener resultados positivos en la calidad de vida de los gerontes, observándose que cuanto más activos se mostraban y menor era el sedentarismo, obtenían mayor bienestar general⁽²⁾.

Por todo esto, y considerando las consecuencias del sedentarismo sobre la salud y el bienestar, todos los profesionales sanitarios deben unirse para aunar esfuerzos y buscar mejorar los servicios de salud de las personas de edad avanzada, ya que las expectativas han aumentado y debe abordarse el tema con responsabilidad; de modo a brindar soluciones oportunas ante los posibles cambios y consecuencias que pudieran generarse; es ahí donde el trabajo multidisciplinario juega un papel preponderante, puesto que a través de las investigaciones y el apoyo podrían prevenirse problemas frecuentes que aquejan a la población geriátrica.

Por ello, evaluar el índice de calidad de vida y la actividad física en adultos mayores es de suma importancia para detectar falencias e impulsar propuestas sanitarias que contribuyan a un envejecimiento saludable.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en cuatro hogares de ancianos de la zona periurbana de Asunción. Un hogar de ancianos solo para hombres, un hogar de ancianos solo para mujeres y dos hogares de ancianos mixtos. Los datos se recolectaron entre los meses de febrero y marzo del año 2015.

2.2. Participantes, muestreo y reclutamiento

Participaron del estudio 33 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, que hayan otorgado su consentimiento para participar del estudio. Se excluyó del estudio a los adultos mayores que presentaban algún impedimento físico para la medición antropométrica o alguna alteración psicológica que dificultara contestar a las preguntas de la encuesta. Así como aquellos adultos mayores que no pudieron completar la encuesta en forma correcta y completa.

2.3. Mediciones y procedimientos

Los datos fueron consignados en una ficha individual habilitada para cada adulto mayor participante. Las encuestas fueron realizadas por una nutricionista entrenada para el trabajo en campo.

- Datos demográficos: edad, sexo, nivel de educación y hogar.
- Calidad de vida. Para la determinar el índice de calidad de vida de los adultos mayores, se administró la encuesta Evaluación de la calidad de vida en adultos mayores (FUMAT), que explora ocho dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos), proporcionando información confiable y cuyo tiempo de aplicación fue de aproximadamente 10 minutos⁽⁴⁾.
- Actividad física. Se midió con el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) a través del cual fue posible determinar la realización de actividad física, la frecuencia, duración, así como también la permanencia de estar sentado y su duración⁽⁵⁾.

2.3. Análisis de datos

La información recopilada fue digitalizada, procesada y analizada utilizando Excel® 2007 (EE.UU). Los datos cualitativos se expresaron en frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%), y los cuantitativos en promedio y desviación estándar para variables homogéneas y medianas con los valores mínimo y máximo para aquellas de distribución no homogénea.

2.4. Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción. Código de ética Institucional (CEI) Numero 55.

La implementación de la investigación se realizó con el permiso de la autoridad máxima de cada hogar así como de cada adulto mayor que cumplió con los criterios de selección, garantizándose un trato igualitario para cada

uno de los mismos. Aspectos éticos de confidencialidad, respeto, beneficencia y justicia fueron considerados en todo momento⁽⁶⁾.

3. RESULTADOS

Se analizaron datos de 33 adultos mayores que residían en 4 hogares de ancianos de la ciudad de Asunción. El 66,7% (n=22) de la muestra eran hombres. Respecto al nivel de educación, la mayoría eran analfabetos 39,4% (n=13), observándose las frecuencias más bajas tanto para el nivel técnico 12,1% (n=4) como para el universitario 6,1% (n=2). La edad promedio de la muestra fue de 74±7 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas del total de ancianos según tipo de hogar, sexo, nivel de educación y edad.

Datos demográficas		n	%
Hogar	Hogar de ancianos de hombres	10	30.3
	Hogar de ancianos de mujeres	8	24.2
	Hogar de ancianos mixto	7	21.2
	Hogar de ancianos mixto	8	24.2
Total		33	100.0
Sexo	Hombres	22	66.7
	Mujeres	11	33.3
Total		33	100.0
Nivel de Educación	Analfabeto	13	39.4
	Primaria concluida	8	24.2
	Secundaria concluida	6	18.2
	Nivel técnico	4	12.1
	Nivel universitario	2	6.1
Total		33	100.0
Edad(años)		Promedio± DS	Mínimo-Máximo
		74±7	60-97

Tras la aplicación de la encuesta FUMAT para la calidad de vida, que evalúa diferentes aspectos de la vida de los adultos mayores, se encontró que el promedio más bajo; es decir, los más desfavorecidos corresponden a los aspectos relacionados al derecho, el bienestar material y la autodeterminación de los adultos. Mientras que dentro de la escala de calidad de vida, el promedio más alto fue para desarrollo personal.

Al evaluar el promedio general del Índice de Calidad de Vida (ICV) se encontró que el promedio del percentil tras la evaluación de todos los indicadores, corresponde 58±23 (14-93), encontrándose gran variabilidad; es decir, adultos que se encuentran con mejores ICV que otros (Tabla 2).

Tabla 2. Índice de Calidad de Vida según dimensiones valoradas en el total de ancianos evaluados.

Escala de vida (%)	Promedio±DE	Mínimo- Máximo
Desarrollo personal	73±18	25-95
Inclusión social	69±24	9-95
Bienestar emocional	66±20	25-98
Bienestar físico	63±23	2-91
Relaciones interpersonales	56±25	1-84
Autodeterminación	48±24	16-91
Bienestar material	45±30	0-84
Derechos	43±19	2-84
ICV	58±23	14-93

En cuanto a la clasificación del ICV de los adultos mayores en bajo, medio bajo, medio alto y alto, tras evaluar cada una de las dimensiones que la componen, se observó una calidad de vida alta solo para las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal e inclusión social, observándose el mayor porcentaje de adultos mayores con calidad de vida alta en la dimensión que considera a las relaciones interpersonales 21% (n=7). En general, todos los adultos mayores presentaron una calidad de vida media baja para todas las dimensiones, porcentaje predominantemente alto para los derechos 90,9% (n=30). Respecto al ICV de los adultos mayores, prevaleció una calidad de vida medio baja 51,5% (n=17), resaltando que ningún adulto mayor presentó un nivel alto. Estos datos se observan en la Figura 1.

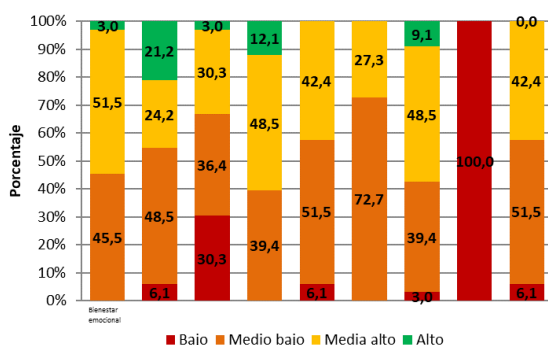


Figura 1. Índice de calidad de vida de ancianos según dimensiones evaluadas y su grado de categorización.

En la Tabla 3 se observa la estratificación del ICV según los datos demográficos (hogar, sexo y nivel de educación), se encontró que todos los hogares presentaron un ICV medio bajo, a excepción del hogar de ancianos

solo para hombres, quienes en su totalidad revelaron un ICV medio alto 100% (n=7).

Tabla 3. Tabla de contingencia entre los datos demográficos y el índice de calidad de vida.

Datos demográficos		Índice de calidad de vida (ICV)						Total	
		Bajo		Medio bajo		Medio alto			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Lugar	Hogar de ancianos de hombres	0	0.0	8	80.0	2	20.0	10	30.3
	Hogar de ancianos de mujeres	1	12.5	6	75.0	1	12.5	8	24.2
	Hogar de ancianos mixto	0	0.0	0	0.0	7	100.0	7	21.2
	Hogar de ancianos mixto	1	12.5	3	37.5	4	50.0	8	24.2
	Total	2	6	17	52	14	42	33	100.0
Sexo	Hombres	1	4.5	9	40.9	12	54.5	22	66.7
	Mujeres	1	9.1	8	72.7	2	18.2	11	33.3
	Total	2	6	17	52	14	42	33	100.0
Nivel de educación	Analfabeto	1	7.7	8	61.5	4	30.8	13	39.4
	Primaria concluida	0	0.0	2	25.0	6	75.0	8	24.2
	Secundaria concluida	0	0.0	4	66.7	2	33.3	6	18.2
	Nivel técnico	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	12.1
	Nivel universitario	0	0.0	1	50.0	1	50.0	2	6.1
	Total	2	6	17	52	14	42	6	18.2

Al diferenciar por sexo se encontró que el 54,5% (12/22) de los adultos mayores hombres presentaron un ICV medio alto y el 72,7% (n=8/11) de las mujeres un ICV medio bajo; siendo los hombres quienes percibían mejor calidad de vida. Respecto al nivel de educación, la tendencia estuvo más bien hacia los niveles medio bajo y medio alto, a diferencia de aquellos con primaria concluida en los que en su mayoría revelaron un ICV medio alto.

Finalmente, tras la aplicación del IPAQ para la evaluación de la actividad física, la mayoría reportó no realizar actividad física 93,9% (n=31); sin embargo, el 51,5% (n=17/33) de los adultos mayores refirió caminar en promedio 5 veces a la semana por 15 minutos al día. Los adultos mayores que

manifestaron permanecer sentados 30,3% (10/33) en promedio lo realizaban 7 horas al día (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la actividad física del total de ancianos evaluados.

Actividad física		n*	%*
Actividad física	No	31	93.9
	Si	2	6.1
Total		33	100.0
Camina	No	16	48.5
	Si	17	51.5
Total		33	100.0
Frecuencia que camina (d/s)*** (n*=17)		5±2 (2-7)**	
Duración que camina (min/d)*** (n*=14)		15±8 (10-30)**	
Permanece sentado	No	23	69.7
	Si	10	30.3
Total		33	100.0
Tiempo que pasa sentado (h/d)*** (n=10*)		7±1 (6-8)	

* n=frecuencia %=porcentaje

** Promedio ± Desvío estándar (mínimo-máximo)

***d/s=días a la semana min/d= minutos por día h/d=horas por día

4. DISCUSIÓN

El estudio de la calidad de vida es de suma importancia para lograr una mayor comprensión del proceso de envejecimiento y para que los servicios de atención a la salud estén encaminados al incremento del estado de salud como un todo, considerando, además de las enfermedades, a todos los aspectos que involucran la calidad de vida del adulto mayor⁽⁷⁾.

De hecho, el envejecimiento en Latinoamérica es un gran reto, puesto que se estima que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre los años 2000 y 2050, y que uno de cada cuatro latinoamericanos será adulto mayor⁽⁸⁾.

En el caso de Paraguay no es muy distinto, ya que según la Dirección General de Encuesta Estadísticas y Censos (DGEEC), la población mayor de 60 años corresponde a 531.180 habitantes, siendo el 12,57% del total de la población, estas cifras van en aumento; por ello, los mecanismos de inclusión y la

consecuente integración se vuelven cruciales, cuando se piensa en la calidad de vida de las personas adultas mayores⁽⁹⁾.

La calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, y es justamente esta característica subjetiva la que hace que el término sea difícil de medir y no exista un consenso sobre el instrumento a utilizar⁽¹⁰⁾.

Las investigaciones abordan varios aspectos, teniendo en cuenta que, en el adulto mayor, además de los cambios físicos observados también se ven afectados por otros factores, tales como los sociales y psicológicos. Verdugo A. et al.⁽⁴⁾, proponen una Escala Integral para la evaluación de la calidad de vida: Escala FUMAT; que evalúa la calidad de vida en adultos mayores a través de 8 dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos)⁽⁴⁾.

Tras la utilización de dicho instrumento, se encontró que los aspectos de la calidad de vida más desfavorecidos correspondieron a los relacionados al derecho, el bienestar material y la autodeterminación de los adultos mayores, estos hallazgos contrastan con el estudio de Quintanar⁽¹¹⁾, realizado en una población adulta mayor institucionalizada del estado de Hidalgo en el 2010, Colombia, que concluyó que los aspectos concernientes a la inclusión social y relaciones interpersonales son los más afectados, sin embargo cabe resaltar que tanto en este estudio como en la mencionada se encontró un porcentaje importante de insatisfacción o de calidad de vida baja relacionada al bienestar material, concerniente al lugar donde vive, a la jubilación entre otros⁽¹¹⁾.

Las diferencias entre ambas observaciones podría deberse a que la investigación de Quintanar⁽¹¹⁾, fue realizada con voluntarios que se trasladaron al lugar de toma de datos mientras que en la presente investigación fue hecha en cada hogar; así mismo en el WHOQOL-BREF, cuestionario utilizado por Quintanar⁽¹¹⁾, es un instrumento de 26 ítems, mientras que el FUMAT evalúa 57 preguntas.

Así mismo, los datos de esta observación no coinciden con lo reportado por Ramírez et al.⁽¹⁰⁾ en el que se distinguen las puntuaciones más bajas para las dimensiones de rol emocional y la función social, cabe destacar que en la investigación de Ramírez et al.⁽¹⁰⁾ se empleó la escala de Cuestionario de Salud General (SF-12), que resulta de una versión resumida de otro instrumento, así mismo ésta es la ideal para la evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento, y la escala

FUMAT, es un instrumento para evaluar la calidad de vida objetiva de personas mayores que son usuarias de servicios sociales o institucionalizados; por lo que los resultados son diferentes debido a que los instrumentos empleados no son los mismos⁽¹⁰⁻¹²⁾.

El estudio de la calidad de vida es de gran utilidad en las poblaciones envejecidas, en tanto constituye un trazador cualitativo de la salud en este segmento poblacional, aquejado con frecuencia por discapacidades que limitan su desempeño social. De hecho se ha encontrado que del total de adultos mayores estudiados, un poco más de la mitad presentó una calidad de vida medio baja y ningún adulto mayor presentó una calidad de vida alta, similar a lo hallado por Dueñas et al.⁽¹⁾ y Maldonado et al.⁽¹³⁾, estudios en los que primó una baja calidad de vida en los adultos mayores; sin embargo estos resultados no coinciden con la investigación de Aranda et al.⁽⁷⁾ quienes reportaron que la mayoría de la población geriátrica presentaba un nivel de calidad de vida alto, esto debido tal vez a que la mayoría de los encuestados en esa investigación se encontraban viviendo con sus familiares, evidenciándose claramente la importancia de la presencia familiar en esta etapa para una mejor calidad de vida y por ende percepción de la misma^(1, 7-13).

En cuanto a las dimensiones que involucran la calidad de vida, los derechos fueron los más afectados, dato que no se relaciona con el expuesto por Aranda et al.⁽⁷⁾ en el que establecen que la mayor influencia está dada por el resentimiento que los adultos mayores desarrollan afectándose así considerablemente el bienestar emocional de los mismos. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por muchos países, en el que las personas mayores apenas reciben protección formal, con la salvedad de los jubilados y pensionadas, que constituyen una minoría, ejerciendo de hecho, de manera relativamente eficaz sus derechos, lo cual no corresponde a la población de estudio. El resto de la población adulta mayor, presenta escasez en los servicios de salud, el poco acceso a los planes de pensión, la exclusión del mercado laboral formal no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y “aparentemente” depende de su familia en la sobrevivencia cotidiana; en la presente investigación la muestra fue tomada en adultos institucionalizados, de los cuales muchos referían durante la toma de datos, que recibían pocas visitas o ninguna. Igualmente, Vera et al.⁽¹⁵⁾ concluye que para el adulto mayor la calidad de vida significa tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información; y para la familia, que el adulto mayor satisfaga sus necesidades de alimentación, vestido, higiene y vivienda^(7, 14, 15).

Los adultos mayores presentan mayor vulnerabilidad cuando existe baja calidad de vida, y es aun mayor en las mujeres, si bien las mismas presentan

mayor expectativa de vida, sufren una doble vulnerabilidad: como mujeres y como ancianas. Se observó de hecho mayor predominio de calidad de vida medio bajo en mujeres (72,7%) y de medio alto en hombres (54,5%), durante la toma de datos, las mujeres fueron quienes se mostraron más sensibles y distantes, así mismo, Coronado J. (2009), refieren que los adultos mayores, y en este sentido específicamente las mujeres, constituyen un grupo de población que se perfila como una bastante vulnerable y con un altísimo riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida. Se observó justamente que el ICV es inferior en mujeres que en hombres, resultado que difiere a lo encontrado por Dueñas et al.⁽¹⁾ cuyos resultados reportan predominio de calidad de vida baja en ambos sexos^(1, 16, 17).

Al diferenciar por nivel de educación no se observó una tendencia muy marcada. Cabe mencionar que aquellos que llegaron a culminar la universidad presentaron un índice de calidad de vida entre medio bajo (50%) y medio alto (50%). El índice de calidad de vida alto sólo se observó en adultos mayores que concluyeron sus estudios primarios; estos datos no son muy diferentes de los observados por Dueñas et al.⁽¹⁾ quienes determinaron que aquellos que han culminado los estudios universitarios presentaban también un nivel de calidad de vida reducido (42,9%). Esto podría deberse a que los adultos mayores que llegaron a realizar estudios universitarios han experimentado un cambio mucho mayor en sus estilos de vidas, puesto que la independencia de la juventud y adultez, la accesibilidad que percibían ha cambiado al llegar ser adulto mayor, por lo que su apreciación de calidad de vida actual podría ser menor al compararla con su vida pasada⁽¹⁾.

La inmovilidad e inactividad es el mejor predictor de la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento, pronto será imposible realizar. Se encontró que solo 6% de los entrevistados realizaba actividades físicas programadas, y que el 51,5% camina, aunque con frecuencia y duración no adecuada. Esta situación no resulta llamativa, ya que la actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud.

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. La inmovilidad y escasa actividad física es una característica psicológica multidimensional, que se ve influenciada tanto por los aspectos internos de la persona (preferencias, deseos, temores, entre otras), como por las vivencias externas de su entorno (aceptación social, amistades, habilidades, entre otras) y conllevan a consecuencias físicas por la pérdida progresiva de la capacidad funcional afectándose aún más el nivel de calidad de vida^(18, 19).

5. CONCLUSIÓN

La muestra estuvo conformada en similar proporción por adultos mayores de los 4 hogares, observándose que en su mayoría eran hombres y respecto al nivel de educación analfabetos.

En cuanto a los aspectos que involucran a la calidad de vida, los relacionados al derecho, el bienestar material y la autodeterminación de los adultos fueron los más desfavorecidos.

El ICV que predominó en los adultos mayores fue medio bajo.

La menor calidad de vida fue observada en el hogar de mujeres, en aquellos con nivel universitario y en el sexo femenino.

En cuanto a la actividad física, la mayoría de los entrevistados no realiza actividad física.

Considerando que los adultos mayores constituyen una población bastante vulnerable, la misma debe ser tenida en cuenta e incluida en estrategias para la promoción de la salud abordando todos los enfoques concernientes para una evaluación eficaz, de hecho la presente investigación ha incluido solo los aspectos relacionados a la calidad de vida en general, por lo que es menester desarrollar estudios que consideren también evaluación nutricional y de alimentación, a modo de promover una línea de investigación al respecto, realizar un análisis más general para que así los profesionales de la salud sepan cuáles son los puntos más afectados en esta población tan vulnerable. Así como también determinar un índice de sedentarismo y alternativas nutricionales para paliar las posibles consecuencias de la inactividad física, tales como las fracturas y fragilidad muscular tan afectadas en esta población y que influyen considerablemente en la calidad de vida de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dueñas González D, Bayarre Veá H, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009;25(2):1-15.
2. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*. 2004;1(1):1-12.
3. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Guía regional para la promoción de la actividad física. Promover: Un estilo de vida para las personas adultas mayores. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

4. Verdugo Alonso M, Gómez Sánchez L, Arias Martínez B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 2009.
5. Hastromer M, Oja P, Sjostrom M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*. 2005;9(6):755-62.
6. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.
7. Aranda J, Horna A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*. 2006;5(3):475-485.
8. Osorio Parraguez P, Torrejón MJ, Anigstein MS. Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad-Universidad de Chile*. 2001;(24):61-75.
9. Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censo. *Compendio Estadístico 2012*. San Lorenzo: DGEEC; 2013.
10. Ramírez R, Agrego R, Jerez A, Chapal L. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. salud pública*. 2008;10(4):529-36.
11. Quintanar Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento WHOQOL-Bref [Tesina]. Hidalgo: Escuela Superior Actopan, Área académica de psicología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
12. Gómez L, Verdugo M; Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Intervención Psicosocial*. 2008;17(2):189-99.
13. Maldonado Guzmán G, Mendiola Infante S. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. Universidad Autónoma de Tlaxiaco; 2009.
14. Guzmán J, Huenchuan S. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Reunión de expertos. "políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales" CEPAL, 28 y 29 de junio de 2005.
15. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med*. 2007,68(3):284-290.
16. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

17. Coronado Gálvez J, Vélez C, Apolaya Segura M, Manrique González L, Arequipa Benavides J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per.* 2009;26(4):230-38.
18. Moreno González A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte.* 2005;20(5):222-37.
19. Azofeita E. Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. *Revista MH Salud.* 2006;3:1-16.l