UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE MOQUEGUA ENTRE LOS MESES MAYO A JULIO EN EL AÑO 2025"

AUTOR:

Cáceres Olazo Copaja, Dalia Ruth

ASESOR:

Méd. Copaja Corzo, César
ORCID: 0000-0002-3497-0158

Para optar el título profesional de: Médico Cirujano

Tacna, Perú
2025

DEDICATORIA

A mi amada madre, Ruth: tus palabras de aliento fueron el eco que me mantuvo inamovible en los momentos de incertidumbre. Gracias por enseñarme a creer en mis sueños y en mí misma, incluso cuando yo no podía. Esta tesis no es solo mía; lleva impregnado tu amor y tu paciencia infinita. Con todo mi amor y gratitud.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por ser mi hogar y mi más grande guía en todo el proceso.

A mis amigos, que estuvieron siempre presentes, acompañándome y dándome palabras de aliento.

A mis tías por sus palabras dulces y su confianza en mí.

A mis mascotas; Paz, Capitán, Chayanne y Sofi: por las noches de desvelo y su compañía.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Dalia Ruth, Cáceres Olazo Copaja, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 72664211, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DE MOQUEGUA ENTRE LOS MESES MAYO A JULIO EN EL AÑO 2025"

Asesorada por Méd. Cesar Augusto Copaja Corzo, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.

DNI: 72664211

Fecha: 23/10/2025

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores atendidos entre mayo y julio de 2025 en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua.

Metodología: Se realizó un estudio analítico transversal. Se aplicó la encuesta WHOQOL-OLD para evaluar la calidad de vida de adultos mayores atendidos en el centro de salud San Francisco en Moquegua, Perú. El estudio se realizó entre mayo y julio del 2025. Se utilizaron modelos de regresión lineal para estimar los valores βa y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: Se evaluó a 247 adultos mayores, la mayoría era de sexo femenino (59.5%). Tener un grado de instrucción superior técnico (β 7.18, IC 95%: 2.36 a 12.00) y la convivencia con una pareja (β 2.26, IC 95%: 0.57 a 3.95) se asociaron con una mejor calidad de vida en comparación con quienes no tenían estudios o vivían solos. El factor negativo más importante fue la presencia de síntomas depresivos, que se asoció fuertemente con una peor calidad de vida (β -3.06, IC 95%: -5.26 a -0.85). La calidad de vida global presentó una media de 46.8 puntos, siendo menor en los adultos mayores de mayor edad y en quienes presentaban síntomas depresivos.

Conclusiones: La calidad de vida en nuestro estudio estuvo fuertemente asociada con factores psicosociales, destacando la salud mental como el elemento más influyente. La educación técnica superior y la convivencia con una pareja también contribuyen positivamente con una mejor calidad de vida. Son necesarias estrategias integrales que consideren no solo el estado clínico, sino también los aspectos emocionales y relacionales en el abordaje del adulto mayor.

Palabras clave: Calidad de vida, adultos mayores, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with health-related quality of life in older adults treated between May and July 2025 at the San Francisco Health Center in Moquegua, Peru.

Methodology: A cross-sectional analytical study was conducted. The WHOQOL-OLD questionnaire was administered to assess the quality of life of older adults who received care at the San Francisco Health Center in Moquegua, Peru, between May and July 2025. Linear regression models were used to estimate β coefficients and their corresponding 95% confidence intervals (95% CI).

Results: A total of 247 older adults were evaluated, the majority of whom were female (59.5%). Having a technical higher education level (β = 7.18, 95% CI: 2.36 to 12.00) and living with a partner (β = 2.26, 95% CI: 0.57 to 3.95) were positively associated with better quality of life compared to those with no formal education or who lived alone. The most significant negative factor was the presence of depressive symptoms, which was strongly associated with poorer quality of life (β = -3.06, 95% CI: -5.26 to -0.85). The overall quality of life showed a mean score of 46.8 points, being lower among older adults of advanced age and those presenting depressive symptoms.

Conclusions: Quality of life in this study was strongly associated with psychosocial factors, with mental health emerging as the most influential element. Technical higher education and cohabitation with a partner also contributed positively to better quality of life. Comprehensive strategies that address not only clinical status but also emotional and relational aspects are essential in the care of older adults.

Keywords: Quality of life, older adults, associated factors.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS 7
ÍNDICE DE TABLAS 9
INTRODUCCIÓN 10
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA 12
1.1. Planteamiento del problema 12
1.2. Formulación del problema 14
1.3. Objetivos de la investigación 14
1.3.1. Objetivo General 14
1.3.2 Objetivos Específicos 15
1.4. Justificación 15
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA 16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 16
2.1.1. Internacionales 16
2.1.2. Latinos 18
2.1.3. Nacionales 19
2.2. MARCO TEÓRICO 20
2.2.1. Calidad de vida 20
2.2.1.1. Origen y evolución de calidad de vida 20
2.2.1.2. Calidad de vida en el adulto mayor 21
2.2.1.3. Calidad de vida relacionada con la salud 22
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 23
3.1. Hipótesis 23
3.2. Operacionalización de variables 23
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 28
4.1. Diseño de investigación 28
4.2. Ámbito de estudio 28
4.2.1. Contexto 28
4.3. Población y muestra 28
4.3.1. Criterios de inclusión 28
4.3.2. Criterios de exclusión 29
4.4. Muestra 29
4.5. Técnica y ficha de recolección de datos 29
4.5.1. Técnica 29
4.5.2. Instrumentos 30
4.5.2.1. Instrumento de medición: Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) 30
4.5.2.2. Instrumento de medición: WHOQOL-OLD 31
4.5.2.3. Instrumento de medición: FRAIL 32
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS 33
5.1. Procedimiento de recojo de datos 33

5.2. Análisis estadístico.....33
5.3. Consideraciones éticas.....34
5.3.1. Comité de ética.....34
5.3.2. Selección equitativa de los sujetos.....34
5.3.3. Consentimiento informado.....34
5.3.4. Protección de los sujetos.....34
RESULTADOS.....35
DISCUSIÓN.....42
CONCLUSIONES.....45
SUGERENCIAS.....46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....47
ANEXOS.....55
ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....55
ANEXO 02: ESCALA DE HOPKINS Y SU INTERPRETACIÓN.....58
ANEXO 03: WHOQOL-OLD.....60
ANEXO 04: LISTA DE PUNTUACIONES PARA EL CUESTIONARIO WHOQOL-OLD.....66
ANEXO 05: FRAIL SCORE Y SU INTERPRETACIÓN.....67
ANEXO 06: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.....68
ANEXO 07: COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.....69

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NÚMERO 1: Factores influyentes en la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el C.S. San Francisco, Moquegua (mayo-julio 2025)

TABLA NÚMERO 2: Características sociodemográficas de la población y distribución del puntaje de calidad de vida (n=147)

TABLA NÚMERO 3: Características clínicas de la población y distribución del puntaje de la calidad de vida (n=147)

TABLA NÚMERO 4: Características de salud mental de la población y distribución del puntaje de calidad de vida (n=147)

TABLA NÚMERO 5: Puntaje y dimensiones de la calidad de vida

INTRODUCCIÓN

El ritmo del envejecimiento de la población se está acelerando. Hoy, los países en desarrollo deben adaptarse al envejecimiento de la población mucho más rápidamente que un gran número de países desarrollados, además es bien conocido que uno de las transformaciones poblacionales más representativas en los últimos años es el incremento en la proporción de adultos mayores con respecto a la población general y esto se debe al incremento de esperanza de vida y decremento de la tasa de natalidad. Por lo que, la población de la tercera edad ha cobrado una mayor importancia dentro de la población general.

Durante la tercera edad, la población experimenta numerosos cambios ya sea a nivel físico, psicológico, cognitivo y social que pueden llegar a alterar su calidad de vida. Podemos definir la calidad de vida como la percepción de un individuo sobre su satisfacción con sus condiciones físicas, emocionales y sociales (1).

Un concepto que se debe tener claro es la calidad de vida relacionada a la salud que se centra en una percepción subjetiva de la salud de una persona que mide como la salud de la persona afecta su bienestar físico, social y emocional (2).

Como hemos explicado, la calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye muchas variables diferentes. En el caso de la vejez, se espera que esta se organice de forma favorable, de manera que perciban y experimentan la vejez como una etapa continua de un proceso importante y no como una etapa de deterioro.

La disminución de la función y la interacción social, además de las relaciones positivas y factores como el contexto familiar y social también influyen en la construcción de una percepción completa de la calidad de vida.

Dada la importancia de la calidad de vida y su relación con la salud física y mental en la sociedad, existe la necesidad de una herramienta para medirla. Estos resultados deben demostrar propiedades de medición adecuadas, garantizando que las inferencias o interpretaciones de los resultados sean válidas, permitiendo centrarse en evaluar el impacto subjetivo del estado de salud en la capacidad de un individuo para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento adecuado y que este se refleje en su bienestar general. De esta forma permitiendo tomar decisiones informadas para el desarrollo de actividades de intervención y prevención individual o grupal.

A pesar de estos esfuerzos, aún resulta necesario continuar desarrollando estudios donde se evalúe la calidad de vida sobre todo en el contexto peruano donde la cantidad de estudios sobre el tema son escasos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS, las personas mayores son aquellas que tienen más de 60 años. Según el estudio "An Aging Nation: The Older Population in the United States" se clasifica a los ancianos desde el punto de vista funcional donde se clasifica en dos grupos, el primero en un rango entre 65 a 84 años y el segundo en un rango de más de 85 años (3) .

Se prevé que el porcentaje de la población mundial mayor de 65 años aumente del 10% al 16% en 2050 y se estima que en 2050 el número de personas de 65 años o más en todo el mundo será el doble del número de niños menores de 5 años y casi equivalente al número de niños menores de 12 años (4). Por lo tanto, todos los países enfrentan un gran desafío debido al cambio demográfico (5,6).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los adultos mayores en Perú representan el 13,9% de la población total del país y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), el 39,2% de los hogares del país tiene a un adulto mayor entre sus integrante en el año 2024 (7).

El aumento de dicha población es debido al aumento en la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad han provocado que la estructura de la población cambie en la actualidad, así mismo el número de adultos mayores ha tenido un incremento (8).

Según la OMS, la calidad de vida se define como "la percepción que posee una persona en relación con la cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, esperanzas, estándares y preocupaciones". Así, evaluar la calidad de vida en los ancianos es esencial para garantizar que vivan sus años adicionales con bienestar y satisfacción. Esto implica considerar una amplia gama de factores, desde la salud física hasta el apoyo social y el bienestar emocional, y utilizar instrumentos de evaluación que reflejen adecuadamente las necesidades y perspectivas de los ancianos. Por consecuencia, cuando hablamos de calidad de vida relacionada con la salud, nos abocamos específicamente a la salud del individuo y esta evaluación se utiliza para designar resultados que promuevan la toma de decisiones terapéuticas en nuestra población a estudiar (9–13).

Aunque el envejecimiento no es una enfermedad, desde el punto de vista fisiopatológico debido a agotamiento de mecanismos de reparación, cambios endoteliales, inflamación, estrés oxidativo y desequilibrio energético, así como otras alteraciones, tiende a predisponer al sufrimiento de varias enfermedades. Se reconoce que el envejecimiento está asociado a la reducción de la reserva fisiológica, que viene siendo influenciada por factores ambientales como son la contaminación atmosférica y auditiva, exposición solar, hábitos alimenticios, hábitos personales como el tabaquismo y los factores genéticos (14,15).

Así mismo, en la vejez, las personas suelen experimentar la pérdida de varios roles como son roles familiares debido al crecimiento de sus hijos y su independencia, pérdida de roles laborales debido a factores como la jubilación, pérdida de roles sociales debido a pérdida de amigos debido a la muerte o distanciamiento geográfico y pérdida de cuidador debido a que en muchas ocasiones pasan de ser cuidadores a depender de otros. Todos estos cambios pueden conllevar una disminución de interacción social, aislamiento social y un impacto significativo en su salud mental (16–19).

En tres estudios observacionales con poblaciòn europea y un estudio con población asiática, realizados entre los años 2017 a 2019, se buscó investigar factores asociados a calidad de vida en adultos mayores se encontró una asociaciòn negativa entre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y edad avanzada, sexo femenino, fragilidad, individuos con puntuación más alta en limitaciones de actividades de la vida diaria, multimorbilidad, polifarmacia, soledad y aislamiento social. Además se encontró una asociación positiva entre CVRS y mejor nivel socioeconómico, posesión de seguro complementario, mayor nivel educativo y participación en actividades sociales (20–23).

Los hallazgos encontrados en dichos estudios plantean factores de riesgo que podrían estar sujetos a la población tomada como muestra y no podrían ser determinantes en nuestra población a estudiar, ya que la población que incluyeron estos estudios fue europea, estadounidense, y latinoamericana, y los factores socio-demográficos, nivel educativo, situación financiera y apoyo social son muy diferentes al contexto peruano (20,24–26).

En tres estudios realizados en Perú, que se realizaron entre 2019 a 2021, la mayoría se llevó a cabo durante el brote mundial de COVID-19, esto redujo el número de participantes, así la emergencia sanitaria limitó la participación muchos más participantes porque muchos vivían

en zonas remotas y de difícil acceso. Además en un estudio no se incluyeron adultos mayores con discapacidades graves o aquellos sin acceso telefónico. Se encontró que la calidad de vida se asoció de forma negativa a la presencia de la pandemia por COVID-19, mientras que las relaciones sociales no mostraron diferencias significativas en relación con la calidad de vida. Así también se encontró una asociación entre el confinamiento, distanciamiento social y el declive de salud mental de los adultos mayores (27–29).

Un buen indicio que evidencia el estado de los adultos mayores es el nivel de calidad de vida. La calidad de vida en adultos mayores es un concepto que involucra múltiples variables interrelacionadas y su mantenimiento requiere un enfoque integral que aborde aspectos físicos, psicológicos y sociales para su bienestar. Así saber reconocer la calidad de vida de los adultos mayores nos ayuda a prestar una atención óptima y realizar las intervenciones de apoyo necesarias, desarrollar e implementar intervenciones personalizadas para mejorar su calidad de vida. Por lo expuesto es importante realizar un estudio donde se determine cuales son los factores que se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores, con la finalidad de establecer estrategias que contribuyan a mejorar su calidad de vida (22,30–32).

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida relacionados a la salud en adultos mayores atendidos en el centro de salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a junio del año 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar qué factores se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud entre los adultos mayores atendidos en el Centro de salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio del año 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio del año 2025.
- Describir las características clínicas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio del año 2025.
- Valorar las características de salud mental de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio del año 2025.
- Conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio del año 2025.

1.4. Justificación

La calidad de vida de los adultos mayores se ha visto deteriorada con el pasar de los años, porque a pesar de que la esperanza de vida de la población en general haya aumentado con respecto a otras épocas, esta se ha visto afectada por múltiples factores como el deterioro gradual de su salud, modificación de hábitos en su vida cotidiana, limitaciones funcionales y nutricionales, además de su dependencia sociofamiliar. La presente investigación contribuirá a generar nuevos conceptos sobre calidad de vida y su repercusión en la sociedad, apoyada en antecedentes actuales de importancia científica lo que enriquecerá y nos ayudará a tomar conciencia para así establecer múltiples y nuevas estrategias y/o protocolos que contribuyan a disminuir los factores que influyan negativamente en la calidad la vida de los adultos mayores (27). En ausencia de trabajos similares en el ámbito de aplicación, este estudio pretende contribuir a investigaciones futuras sobre temas similares, tomando este estudio como antecedente para futuros proyectos de investigación científica. Además también tiene utilidad metodológica por la originalidad del instrumento que fue elaboración propia donde se tomaron en cuenta características sociodemográficas, comorbilidades, ansiedad y depresión, fragilidad, polifarmacia, úlceras por presión y antecedente de fractura.

CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacionales

En el estudio de Flaka S. y Col titulado *"Factors associated with health-related quality of life among home-dwelling older adults aged 75 or older in Switzerland: a cross-sectional study"*, un estudio de tipo transversal realizado en 2019 en el cantón de Basilea-Campiña, en el noroeste de Suiza, que incluye una muestra de 8786 adultos mayores de 75 años que viven en su hogar. Se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud mediante el índice EQ y la escala de evaluación visual analógica (EVA). Se encontró que tener un mejor estatus socioeconómico, tener un seguro complementario y un mayor nivel de educación, se asociaba con una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Por otro lado, se encontró que la edad avanzada, el sexo femenino, la presencia de multimorbilidad, polifarmacia, aislamiento social y la soledad, tenían un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud. Este estudio destaca la importancia que posee valorar las determinantes sociales alentando centrarse en protocolos que puedan disminuir aquellos factores que influyen en la calidad de vida en los adultos mayores (20).

En el estudio de Tanja S. y Col titulado *"Social network characteristics as correlates and moderators of older adults' quality of life-the SHARE study"*, que fue un estudio longitudinal donde se utilizaron datos de la Encuesta longitudinal de salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE) que representa a 27 países europeos e Israel, y recopila datos transnacionales bianuales sobre cuestiones sanitarias, económicas y sociales de personas de 50 años o más. En este estudio se utilizaron datos de la cuarta (año 2011) y sexta (año 2015) encuesta de SHARE. La calidad de vida se midió utilizando la versión de 12 ítems (CASP-12) de la escala CASP original de 19 ítems. Se encontró que la red social y el nivel socioeconómico se asociaron positivamente con la calidad de vida, además . Este estudio investigó si la calidad de vida se asociaba con el nivel socioeconómico de los adultos mayores, la red social y el tipo de barrio, y de qué manera influyen entre sí (33).

En el estudio de Ziggi Ivan Santini y Col. titulado *"Formal social participation protects physical health through enhanced mental health: A longitudinal mediation analysis using three consecutive waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)"* que fue un estudio longitudinal donde se utilizaron datos de la Encuesta longitudinal de salud,

envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE) que representa a 27 países europeos e Israel, y recopila datos transnacionales bianuales sobre cuestiones sanitarias, económicas y sociales de personas de 50 años o más. En este estudio se utilizaron datos de 3 años consecutivos (año 2011, 2013 y 2015) de la encuesta de SHARE. Se encontró que la participación activa en organizaciones de voluntarios, instituciones educativas, clubes, organizaciones religiosas o grupos políticos/cívicos funciona como factor protector contra la aparición o el desarrollo de enfermedades crónicas. Esta asociación se explica en parte por una mejor calidad de vida y una disminución de los síntomas depresivos. En este estudio se investigó si la calidad de vida se relacionaba a la participación activa social, enfermedades crónicas y síntomas depresivos (34).

En el estudio de Esmée L S Bally y Col. titulado *"Factors associated with health-related quality of life among community-dwelling older adults: the APPCARE study"*, un estudio de diseño longitudinal donde se utilizó datos iniciales y de seguimiento del estudio APPCARE (Appropriate care paths for frail elderly people: a comprehensive model), un estudio de cohorte prospectivo financiado por la Comisión Europea. El estudio actual utilizó datos iniciales y de seguimiento a los 6 meses del sitio de Róterdam. Se encontró que asociación entre mayor edad, sexo femenino, vivir solo, multimorbilidad, fragilidad, una puntuación más alta en las limitaciones de las actividades de la vida diaria, soledad, un alto riesgo de problemas relacionados con la medicación y la calidad de vida relacionada con la salud. En este estudio se demuestra la importancia de las características sociodemográficas en relación con la calidad de vida relacionada con la salud, lo que fomenta una mejor colaboración entre los servicios de salud y asistencia social (23).

En el estudio de Eileen K. Graham y Col. titulado *"Longitudinal Associations Between Multimorbidities and Patient-Reported Quality of Life"*, un estudio de diseño longitudinal en el cual se obtuvieron datos del Estudio Longitudinal de Alfabetización en Salud y Función Cognitiva entre Adultos Mayores (LitCog), un estudio de cohorte prospectivo de adultos mayores de habla inglesa. Se encontró que las personas con múltiples comorbilidades informaron mayor ansiedad y depresión, y una menor funcionalidad física. Además las diferencias raciales como en caso de personas no blancas informaron una calidad de vida relacionada con la salud directamente proporcional al aumento de comorbilidades en comparación a participantes blancos. En este estudio se demuestra el impacto de barreras que experimentan los grupos minoritarios y sus implicaciones con las comorbilidades en relación a la calidad de vida relacionada con la salud (35).

En el estudio de Jennifer Briere y Col. titulado *"Quality of life and well-being during the COVID-19 pandemic: associations with loneliness and social isolation in a cross-sectional, online survey of 2,207 community-dwelling older Canadians"*, un estudio de diseño transversal donde se evaluó a un total de 2207 canadienses mayores donde se tomaron en cuenta la Escala de calidad de vida de personas mayores-B, OMS-5, Escala de soledad de DeJong Gierveld, Escala de redes sociales de Lubben y cinco ítems específicos de COVID-19 que evalúan el impacto en la soledad y el aislamiento social. En este estudio se encontró que en el contexto por la pandemia COVID-19 la calidad de vida se veía alterada en aquellos participantes con recursos económicos limitados y múltiples comorbilidades, además la soledad puede ser un factor de riesgo modificable para la disminución de la calidad de vida. Este estudio demuestra que existe asociación entre calidad de vida en adultos mayores y nivel económico, comorbilidades y soledad porque resulta de importancia evaluar estas variables y en qué medida se asocian a la calidad de vida para plantear intervenciones específicas (36).

2.1.2. Latinos

En el estudio de Mariana López Ortega y Mina Konigsberg titulado *"Health-related quality of life among Jewish older persons in Mexico and its determinants"*, un estudio de diseño transversal donde se obtuvo una muestra aleatoria de 295 judíos de 60 años o más que viven en la comunidad mexicana donde la calidad de vida relacionada con la salud se midió utilizando la Encuesta de salud de formato corto (SF-36). Se encontró que una mayor calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) se asoció con un mayor nivel educacional, tener un matrimonio y mayor apoyo social, en contraste con una menor CVRS que fue asociada a ser viudo, tener una mala situación económica, comorbilidades y pertenecer a mayor grupo etario. Este estudio contribuye a demostrar que el sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, poyo social y la participación comunitaria, son factores que influyen en la calidad de vida relacionada a la salud porque lo resulta de gran implicancia evaluar su asociación en otros contextos demográficos (24).

En el estudio de Ilky Pollansky Silva E Farias y Col. titulado *"Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study"*, un estudio de diseño transversal donde se utilizó una muestra de 125 ancianos institucionalizados que residían en Brasil. Se encontró que la jubilación, la fragilidad y la depresión se asociaron estadísticamente con una mala calidad de vida relacionada a la salud. En este estudio se demuestra que una menor calidad de vida relacionada con la salud de los

ancianos institucionalizados se asocia con un deterioro del estado físico y psicológico por lo que se necesitan tomar medidas que implementen acciones que mejoren su calidad de vida relacionada con la salud (37).

En el estudio de Irene Frontera-Escudero y Col. titulado *"Sociodemographic and health risk factors associated with health-related quality of life among adults living in Puerto Rico in 2019: a cross-sectional study"*, un estudio de diseño retrospectivo de datos transversales de la encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductual (BRFSS) en 2019 entre los adultos residentes en Puerto Rico. Se encontró que una menor calidad relacionada a la salud se asociaba a un mayor número de comorbilidades, a su vez esta se asoció a deterioro de salud física y mental; además pertenecer a mayor grupo etario se asoció a menor calidad relacionada a la salud excepto en el dominio de salud mental donde se observaron tasas más altas en los participantes más jóvenes. Este estudio enfatiza la necesidad de intervenciones direccionadas a este grupo etario y seguimiento de grupos vulnerables para mejorar su calidad de vida. (38)

2.1.3. Nacionales

En el estudio de María Teresa Murillo-Llorente y Col. titulado *"Assessing Nutritional Status and Frailty among Poor Elderly Individuals in Requena del Tapiche, Peru"*, un estudio observacional, descriptivo y transversal donde la población fueron los adultos mayores de la ciudad de Requena (Perú) incluida en el programa de atención al adulto mayor en extrema pobreza que administra Caritas, que es una organización de la Iglesia Católica, donde la muestra total fue de 60 adultos mayores en situación de extrema pobreza. En este estudio se encontró que la situación de fragilidad supera la media nacional, situación que repercute negativamente en su calidad de vida. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional, la dependencia y la fragilidad. Este estudio demuestra que es necesario seguir evaluando a los mayores más vulnerables que viven en entornos empobrecidos y realizar abordajes multidisciplinares. Los resultados obtenidos permitirán realizar recomendaciones personalizadas para prevenir situaciones donde su calidad de vida se ve vulnerada (39).

En el estudio de Jack Roberto Silva Fhon y Col. titulado *"The Mental Health of the Peruvian Older Adult during the COVID-19 Pandemic"*, un estudio de análisis descriptivo y analítico donde la población fue 3828 adultos mayores residentes en nueve ciudades del Perú en el contexto de la pandemia COVID-19. En este estudio se encontró que existe una asociación

entre las variables demográficas, las comorbilidades y síntomas psicológicos de estrés, ansiedad y síntomas depresivos en los adultos mayores durante la pandemia. Este estudio demuestra la vulnerabilidad de este grupo poblacional, además nos habla de la implicancia que posee profundizar el estudio de estas variables para el diseño de intervenciones dirigidas para así mejorar la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores (28).

En el estudio de Elena de Jesús Quispe Sáenz y Col. titulado *"Factors related to depression in older adults during the COVID-19 pandemic in two coastal regions of Peru: An analytical cross-sectional study"*, un estudio de diseño transversal con un total de 244 adultos mayores en el contexto de la pandemia por COVID-19. Se encontró que más del 38% presentó síntomas depresivos, que a su vez tener 76 años o más se asociaba a mayor presencia de síntomas depresivos, no participar en actividades recreativas semanales y la presencia de comorbilidades. Este estudio nos sugiere que pocos estudios que exploren la depresión en adultos mayores, en especial durante la pandemia de COVID-19; además resalta la importancia de la atención de la salud mental en esta población para así contribuir a mejorar su calidad de vida (40).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Calidad de vida

2.2.1.1. Origen y evolución de calidad de vida

Su origen viene determinado cuando el economista inglés Arthur Pigou en su libro llamado "The Economics of Weltare" donde quiso determinar los importes o servicios sociales del gobierno para poder determinar un producto social neto (41).

A finales de la segunda guerra mundial le tomaron mayor importancia a evaluar el bienestar social, por lo que en 1954, la ONU definió al "nivel de vida" como las necesidades que necesitaba la población para sentirse satisfecha y estas estaban íntimamente relacionadas a características sociales, económicas y ambientales (41).

En 1961, la ONU define doce componentes: alimentación, salud, vivienda, educación, situación de empleo, condición laboral, transporte, ahorro y consumo, vestimenta, vivienda, entretenimiento y libertades humanas, donde el término nivel de vida es cambiado por el de bienestar social (41).

Posteriormente, en los 70, Cambepbell y col. publican un texto llamado "Quality of american life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions" donde construyeron una escala con múltiples dominios donde todo ello comprendía un "índice de calidad de vida" donde definían este concepto como su grado de satisfacción con su vida y su bienestar (41).

La primera cercanía al concepto actual de calidad de vida la definió la OMS, que la conceptualiza como la percepción de cada individuo con respecto a su grado de satisfacción de vida en relación con las variables de su entorno (41).

Casas en 1996, propone un enfoque diferente con respecto a la definición de calidad de vida donde no solo se evalúa el bienestar social, si no también el físico y psicológico (41).

Entonces cuando hablamos de calidad de vida podríamos decir que este es un concepto subjetivo, ya que depende del punto de vista individual de cada persona sobre su bienestar, es experiencial y multidimensional ya que para evaluarlo no solo debemos evaluar el todo, sino además dominios específicos que forman parte de la calidad de vida (41).

2.2.1.2. Calidad de vida en el adulto mayor

El progreso socioeconómico provocó una transición demográfica con un aumento de adultos mayores, por lo que desde la atención primaria de salud se trata de incentivar a vivir en mejores condiciones físicas, sociales y psicológicas, por lo que es útil fortalecer el concepto de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. La salud en los adultos mayores abarca su salud física, su nivel de independencia, su estado mental, relaciones interpersonales, además de su funcionalidad como lo son las actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y capacidad de movilidad (42).

A medida que los pacientes de edad avanzada cumplen años se observa una tendencia hacia la dependencia lo que genera una necesidad de apoyo social y que puede disminuir si se implementan medidas sanitarias para mejorar su calidad de vida (42).

Investigaciones que analizan el bienestar y percepción del apoyo social resaltan la importancia de la integración y participación en la comunidad, otros estudios resaltan la importancia de tener pareja, ya que los ancianos con pareja poseen apoyo mutuo logrando beneficios en el ámbito emocional que repercute en su bienestar psicológico, así el

aislamiento y la depresión constituyen factores significativos en descuidar su calidad de vida (42).

Se ha demostrado que para mejorar la calidad de vida del adulto mayor es necesario fortalecer su autoestima, favorecer hábitos más saludables, donde la familia y la interacción social desempeñan un papel fundamental (42).

2.2.1.3. Calidad de vida relacionada con la salud

El significativo aumento de enfermedades crónicas y discapacitantes en contraste con enfermedades letales por lo que resulta de gran importancia evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual evalúa aquellas dimensiones de la vida donde el paciente presenta alteraciones relacionadas con su enfermedad y ayuda a evaluar el impacto de los tratamientos. La evaluación de la CVRS se relaciona con la construcción de escalas (43).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1. Hipótesis

H0: No existen factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en el centro de salud San Francisco durante los meses mayo a julio del año 2025.

H1: Existen factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en el centro de salud San Francisco durante los meses mayo a julio del año 2025.

3.2. Operacionalización de variables

Variable dependiente: La variable dependiente fue la calidad de vida relacionada con la salud que se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-OLD.

Variables independientes: La variables independientes fueron los factores asociados como las características sociodemográficas, características clínicas como las comorbilidades, características de salud mental como lo son la presencia de ansiedad y/o depresión con el instrumento Hopkins, fragilidad mediante el instrumento de FRAIL, polifarmacia, presencia de úlceras decúbito y fracturas en los últimos 6 meses.

Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	**Grupo etario**	Personas clasificadas por la edad (44).	(0) 65-74 años (1) 75 - 84 años (2) >84 años	Numérica Dicotómica	Intervalo
	Sexo	Condición biológica determinada por características físicas, genéticas y hormonales(45).	(0) Femenino (1) Masculino	Categórica Dicotómica	Nominal
	Grado de instrucción	Nivel educativo de un individuo (46).	(0)No refiere estudios (1)Primaria (2) Secundaria (3) Superior	Categórica Policotómica	Nominal
	Estado laboral	Situación de una persona respecto a su empleo (47).	(0) Empleado (1) Trabajador independiente (2) Jubilado	Categórica Policotómica	Nominal

			(3) Ninguna		
	Evaluación económica	Factores económicos que caracterizan al individuo (48).	(0) No autosustenta gastos (1)Autosustenta gastos (2)Recibe una pensión del estado. (3) Recibe dinero de algún familiar (4) Trabaja	Categórica Policotómica	Nominal
	Lugar de residencia	Sitio donde una persona reside habitualmente, dividido en urbano (ciudades) o rural (campo). (49).	(0) Urbano (1) Rural	Categórica Dicotómica	Nominal
	Estado civil	Condición legal que describe la situación familiar de una persona. (50).	(0) Con su esposo / conviviente (2)Soltero /viudo/ divorciado	Categórica Dicotómica	Nominal
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	**Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**	Según la OMS las ECNT suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. (51–54).	(0) Enfermedades cardiovasculares (1) Enfermedades respiratorias crónicas (2) Diabetes (3) Hipertensión arterial (4) Cáncer	Categórica Policotómica	Nominal

			● En estudio ● En tratamiento ● Medidas paliativas		
	Fragilidad	Condición de vulnerabilidad física y funcional que aumenta el riesgo de enfermedad (55).	(0) No (1) Sí	Categórica Dicotómica	Nominal
	Polifarmacia	Utilización de 5 o más medicamentos (56).	(0) No (1) Sí	Categórica Dicotómica	Nominal
	Ansiedad	Sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente (57).	(0) No ansiedad (1) Sí ansiedad	Categórica Dicotómica	Nominal
	Depresión	Trastornos del estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente y pérdida de interés o placer (58).	(0) No depresión (1) Sí depresión	Categórica Dicotómica	Nominal
	Úlceras por presión	Lesiones en la piel y tejidos causadas por presión prolongada (59).	(0) No (1) Sí	Categórica Dicotómica	Nominal

	Fracturas	Rupturas de huesos (60).	(0) No (1) Sí	Categórica Dicotómica	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño de investigación

- Se realizó un estudio transversal analítico. La población fueron los adultos mayores que son atendidos en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua, Perú.

4.2. Ámbito de estudio

4.2.1. Contexto

En Perú en 2023, la población de adultos mayores en Perú se estima en 4 millones de personas. Esta cifra representa aproximadamente el 12.3% de la población total del país. Este aumento en la proporción de adultos mayores refleja una tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población peruana, similar a lo observado en otros países de la región y del mundo (61,62).

El Centro de salud San Francisco de Moquegua es un centro de salud categoría I-3 que está ubicado en el distrito de Moquegua, departamento de Moquegua, y en la provincia de Mariscal Nieto cuya dirección es Calle Daniel Becerra Ocampo 490 con horario de atención de lunes a sábado desde 7:00 a 19:00 horas. Así dentro de la población asignada por grupo etario en el año 2024 se encuentra un total de 4642 usuarios, siendo un total de 678 correspondientes a adultos mayores que corresponde al 14.6% del total de la población. Siendo esta población desde el año 2019 siempre con una tendencia a su incremento entre los años 2019-2023, y además un aumento del 0.5% entre los años 2023-2024 por lo que resulta de gran importancia evaluar los factores asociados a la calidad de vida de dicha población para así prestar un atención óptima y realizar las intervenciones de apoyo necesarias, desarrollar e implementar intervenciones personalizadas para mejorar su calidad de vida (63).

4.3. Población y muestra

4.3.1. Criterios de inclusión

- Tener 65 años o más.
- Atenderse en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua
- Brindar consentimiento informado para participar del estudio.

4.3.2. Criterios de exclusión

- Deterioro cognitivo grave (medido a través del Test de Pfeiffer)
- Presentar trastornos psiquiátricos con excepción de ansiedad y/o depresión.

4.4. Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra a partir de una población de 678 participantes, hemos necesitado usar la fórmula para poblaciones finitas. Esta fórmula toma en cuenta el tamaño total de la población para proporcionar un tamaño de muestra más preciso.

La fórmula general para el tamaño de la muestra en poblaciones finitas es:

$$n = [N \times Z^2 \times p \times (1 - p)] / [(N - 1) \times E^2 + Z^2 \times p \times (1 - p)]$$

Donde:

n = tamaño de la muestra necesario

N = tamaño de la población (678)

Z = valor Z (determinado por el nivel de confianza, por ejemplo, 1.96 para un 95% de confianza)

p = 0.5

E = 0.05

Con un total de 246 pacientes como muestra para este estudio.

4.5. Técnica y ficha de recolección de datos

4.5.1. Técnica

Se solicitó los permisos correspondientes al comité de ética de la Universidad Privada de Tacna, luego el proyecto fue presentado a la DIRESA de Moquegua y posteriormente a la dirección del Centro de salud San Francisco de Moquegua.

Luego de haber adquirido los permisos del Centro de salud San Francisco de Moquegua, se solicitó a la oficina de admisión la autorización para poder revisar la lista de historias clínicas de todos los pacientes adultos mayores. Además se solicitó el padrón digital de adultos

mayores. Posteriormente, se seleccionaron los pacientes atendidos que contaron con los criterios de inclusión ya mencionados anteriormente, luego se procedió a contactar con los usuarios correspondientes para hacerles la encuesta, estos datos se registraron en una ficha de recolección y se realizó un control de calidad para analizar si la información es igual en ambas bases. Si se encuentra algún error, este se deberá resolver ingresando de nuevo a la historia clínica.

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos como son la confidencialidad, los datos personales del paciente fueron codificados en una base de datos, cada historia clínica fue anónima y utilizada sólo para fines académicos. Los únicos que pudieron acceder a esta información fueron el recolector de datos y el investigador principal, quien es el encargado del control de calidad. Finalmente, una vez recolectada toda la información personal, ésta fue guardada por el investigador principal en una base de datos alterna, donde se pudo analizar y extraer información acerca de las variables de interés para el informe de resultados.

4.5.2. Instrumentos

4.5.2.1. Instrumento de medición: Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)

Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) es un cuestionario de autoinforme ampliamente utilizado diseñado para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión. Desarrollado por Derogatis et al. Como una versión más corta de los 90 objetos originales, HSCL-25 se confirma ampliamente y a menudo se usa en el entorno clínico y de investigación para detectar el sufrimiento emocional y los trastornos de salud mental, como la ansiedad y la depresión (64,65).

El HSCL-25 consta de 25 ítems, con 10 ítems que miden síntomas de ansiedad y 15 ítems que evalúan síntomas de depresión. Se les pide a los participantes que califiquen la gravedad de cada síntoma en una escala de Likert de 4 puntos, que va de 1 (nada) a 4 (extremadamente), de acuerdo a su experiencia. La puntuación total se calcula promediando las puntuaciones de los ítems, donde las puntuaciones más altas indican una mayor angustia emocional (65).

El HSCL-25 ha demostrado buenas propiedades psicométricas, que incluyen una fuerte consistencia interna, confiabilidad y validez convergente con otras medidas de ansiedad y depresión. Se usa ampliamente en diferentes poblaciones y ha sido traducido y aprobado en

varios idiomas, lo que lo convierte en una herramienta valiosa para la investigación y la práctica intercultural (64,65).

4.5.2.2. Instrumento de medición: WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD es un instrumento que fue desarrollado por una cooperación internacional de 22 centros de investigación bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 (66,67).

El instrumento WHOQOL-OLD ha sido traducido, aplicado y validado desde poblaciones americanas hasta poblaciones europeas, posee un coeficiente alfa de Cronbach de 0.80 (68–70).

Esta escala consta de 24 ítems de tipo Likert organizados en 6 dimensiones de 4 ítems: 1) Habilidades sensoriales (Hs), 2) Autonomía (Aut), 3) Actividades pasadas, presentes y futuras (Appf), 4) Participación social (Ps), 5) Muerte (Ma), 6) Intimidad (Int). Los puntajes de cada dimensión pueden variar entre 4 y 20 puntos (71).

Para evaluar la calidad de vida en adultos mayores, se utilizó el cuestionario WHOQOL-OLD. Este instrumento consta de seis dimensiones, cada una con cuatro ítems, que se califican en una escala de 1 a 5. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida. Los ítems expresados negativamente fueron recodificados (1=5, 2=4, etc.) para mantener la coherencia en la interpretación de los puntajes. Luego, se sumaron los valores de cada dimensión para obtener una puntuación neta por rubro, con un rango posible entre 4 y 20 (71). También fue posible obtener una puntuación media (entre 1 y 5) y una puntuación transformada en escala de 0 a 100 mediante la fórmula:

$$\mathbf{ETF = 6.25 \times (EBF - 4)}.$$

Se calculó una puntuación total agregando todos los ítems del cuestionario, siguiendo el mismo procedimiento de recodificación y transformación. Estas puntuaciones pueden promediarse entre los participantes para obtener resultados grupales. El proceso de puntuación se apoyó en la tabla de codificación (ver Anexo 4) y, en su versión automatizada, mediante una sintaxis en SPSS que facilita el cálculo de los puntajes individuales y totales (71).

El WHOQOL-OLD evalúa dimensiones de la calidad de vida en personas mayores, incluidas las capacidades sensoriales, las actividades pasadas, presentes y futuras, la muerte y el morir, la intimidad y la autonomía es debido a esto, que podría ser una herramienta adecuada y completa para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y sobre todo dirigida especìficamente a nuestra poblaciòn a estudiar (72).

4.5.2.3. Instrumento de medición: FRAIL

La herramienta de tamizaje: *Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of Weight (*FRAIL por sus siglas en inglés). Es un cuestionario rápido que consta de cinco preguntas dicotómicas, que abordan cinco puntos trascendentes para el diagnóstico de la fragilidad: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, comorbilidad y pérdida de peso en el último año (73).

Para evaluar el estado de fragilidad consideramos los siguientes criterios y cuantificamos como fragilidad aquel resultado que haya obtenido de 3 a 5 puntos, pre-fragilidad de 1 a 2 puntos y sin fragilidad con 0 puntos (73).

La escala FRAIL se ha utilizado ampliamente alrededor del mundo, ha sido traducida y es de gran utilidad a la hora de valorar a los pacientes con mayores necesidades de atención, además es útil para identificar a los pacientes con mayor riesgo de presentar resultados adversos como hospitalización, mortalidad y otros resultados clínicos importantes (74).

La escala FRAIL es una escala simple y rápida, su facilidad de administración permite que pueda ser utilizada rutinariamente y una de sus ventajas es que no se necesita una capacitación especializada para poder administrarla (74).

CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1. Procedimiento de recojo de datos

Se realizó el análisis de información y antecedentes para la elaboración del proyecto de estudio con apoyo de un asesor universitario, una vez culminado se pasó a presentar el trabajo a la Universidad quien proporcionó un Docente dictaminador que procedió a realizar la evaluación del trabajo planteado. Luego de esto el proyecto fue enviado al comité de Ética para confirmar el cumplimiento de las consideraciones éticas correspondientes por parte de la investigación, con las mencionadas revisiones se pasó a recibir la resolución por parte de la Universidad que acredita la fidelidad del manuscrito.

Posteriormente el investigador se aproximó a la DIRESA de Moquegua donde se solicitó el permiso pertinente para ejecutar el proyecto en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua.

El encuestador investigador se presentó en el Centro de Salud San Francisco de Moquegua donde explicó los objetivos del estudio, la finalidad del mismo y las implicaciones de participar en este, con la confirmación escrita a través del consentimiento informado se pasó a presentar el instrumento seleccionado a los participantes de manera física la su correcto llenado en compañía del investigador.

5.2. Análisis estadístico

Los análisis se realizan en el programa estadístico Stata V17. Para describir las variables se emplearon medidas de tendencia central y medidas de dispersión.
Inicialmente, se realizó una descripción detallada de las variables para las cuales se utilizaron mediciones de tendencias centrales (como la media y la mediana) y medidas de distribución (como la desviación estándar y los rangos intercuartílicos).

Se utilizó un modelo de regresión lineal para responder a la pregunta principal del estudio, que le permite analizar la relación entre variables independientes y la variable de interés. El primer paso es un análisis bivariado en el cual cada variable independiente fue evaluada individualmente en relación con la variable dependiente. Posteriormente, se realizó una selección de variables basada en la significancia estadística. Aquellas variables que presenten

un valor de p menor a 0.05 en el análisis crudo fueron consideradas como potencialmente relevantes y fueron incluidas en el modelo de regresión multivariada. Este modelo permitió evaluar el efecto ajustado de cada variable independiente sobre la variable de interés, controlando la influencia de otros factores.

Finalmente, se evaluó la bondad de ajuste del modelo, la colinealidad entre variables y otros supuestos estadísticos, garantizando así la validez de los resultados obtenidos.

5.3. Consideraciones éticas

5.3.1. Comité de ética

El protocolo de este proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

5.3.2. Selección equitativa de los sujetos

Las historias clínicas seleccionadas se utilizaron únicamente por motivos relacionados con las cuestiones científicas.

5.3.3. Consentimiento informado

Fue necesario ya que es estudio es de naturaleza de analítica prospectiva.

5.3.4. Protección de los sujetos

Se garantiza la confidencialidad de los datos recogidos de las historias clínicas de los pacientes a estudiar y de la confidencialidad de datos recogidos mediante la ficha de recolección de datos e instrumentos que se utilizarán en este proyecto de investigación.

RESULTADOS

Se encuestaron a 250 adultos mayores, de estos se excluyeron a 2 por tener deterioro cognitivo grave bajo escala Pfeiffer y a 1 debido a antecedente de esquizofrenia. Finalmente tuvimos una población de 247 adultos mayores.

Tabla 1. Factores influyentes más robustos de calidad de vida los adultos mayores atendidos en el C.S. San Francisco, Moquegua (mayo–julio 2025)

Característica	β Crudo (IC 95%)	β Ajustado (IC 95%)
Sexo		
Femenino	Ref	Ref
Masculino	0.07 (-1.69 a 1.83)	-
Edad categorizada		
Adultos Mayores Jóvenes (60 a 74 años)	Ref	Ref
Adultos Mayores Intermedios (75-84 años)	-1.58 (-3.40 a 0.24)	-
Adultos Mayores Avanzados (≥85 años)	-1.88 (-4.94 a 1.18)	-
Grado de instrucción		
No tiene estudios escolares	Ref	Ref
Primaria completa	-0.81 (-2.76 a 1.14)	-2.93 (-8.43 a 2.56)
Secundaria completa	-1.62 (-3.92 a 0.69)	-1.27 (-3.13 a 0.59)
Superior técnico	6.56 (2.68 a 10.43)	7.18 (2.36 a 12.00)
Estado laboral		
Ningún trabajo actualmente	Ref	Ref
Jubilado	-1.02 (-6.54 a 4.50)	-
Trabaja independientemente	0.51 (-1.23 a 2.25)	-
Trabaja para alguna empresa	9.40 (4.58 a 14.22)	-
Lugar de residencia		
Área rural	Ref	Ref
Área urbana	1.65 (-4.48 a 7.78)	
Estado civil		
Soltero / viudo / divorciado	Ref	Ref
Con su esposo (a) / conviviente	1.96 (0.22 a 3.69)	2.26 (0.57 a 3.95)
Sustenta de manera independiente sus gastos		
No	Ref	Ref
Sí	0.33 (-1.64 a 2.30)	-
Recibe pensión del estado		
No	Ref	Ref
Sí	-1.82 (-3.77 a 0.12)	-
Recibe dinero de algún familiar		
No	Ref	Ref
Sí	-0.71 (-2.46 a 1.05)	-
Asma		

No	Ref	Ref
Sí	-3.24 (-6.62 a 0.15)	-
Diabetes		
No	Ref	Ref
Sí	-1.98 (-4.15 a 0.18)	-2.17 (-4.56 a 0.22)
Hipertensión arterial		
No	Ref	Ref
Sí	-2.82 (-5.33 a -0.31)	-
Síntomas depresivos (HSCL-25)		
Sin síntomas depresivos (HSCL < 1.75)	Ref	Ref
Síntomas depresivos (HSCL ≥ 1.75)	-3.48 (-5.19 a -1.77)	-3.06 (-5.26 a -0.85)
Síntomas ansiosos (HSCL-25)		
Sin síntomas ansiosos (HSCL < 1.75)	Ref	Ref
Síntomas ansiosos (HSCL ≥ 1.75)	-2.69 (-4.41 a -0.97)	-0.87 (-3.00 a 1.25)
Fragilidad (Frail Score)		
Sin fragilidad	Ref	Ref
Pre fragilidad	0.58 (-1.83 a 2.99)	-
Frágil	2.84 (-0.52 a 6.21)	-

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; Ref: Variable de referencia; -: Variable que no ingresó al modelo multivariado por no ser significativa en el modelo bivariado.

En el análisis bivariado (crudo), se identificaron varios factores asociados significativamente con la calidad de vida. Tener un grado de instrucción superior técnico (6.56, IC 95%: 2.68 a 10.43) y trabajar para una empresa (9.40, IC 95%: 4.58 a 14.22) se asociaron con un mayor puntaje de calidad de vida. De igual manera, la convivencia con un esposo(a) o conviviente (1.96, IC 95%: 0.22 a 3.69) mostró una asociación positiva. Por el contrario, la presencia de hipertensión arterial (-2.82, IC 95%: -5.33 a -0.31), síntomas depresivos (-3.48, IC 95%: -5.19 a -1.77) y síntomas ansiosos (-2.69, IC 95%: -4.41 a -0.97) se asociaron de manera significativa con una menor calidad de vida.

Posteriormente, en el modelo de regresión ajustado, se confirmaron los factores independientes más robustos. Tener un grado de instrucción superior técnico (7.18, IC 95%: 2.36 a 12.00) y la convivencia con una pareja (2.26, IC 95%: 0.57 a 3.95) se mantuvieron como factores asociados a una mejor calidad de vida. El factor negativo más importante fue la presencia de síntomas depresivos, que se mantuvo fuertemente asociada a una peor calidad de vida tras el ajuste (-3.06, IC 95%: -5.26 a -0.85). Es importante destacar que la asociación observada con los síntomas de ansiedad en el análisis crudo perdió significancia estadística en el modelo ajustado, sugiriendo que su efecto podría estar mediado por la presencia de síntomas depresivos u otros factores incluidos en el modelo **(Tabla 1)**.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población y distribución del puntaje de calidad de vida (n=147)

Características	n (%)	Puntaje de calidad de vida Media (ds)	Valor p
Sexo			
Femenino	147 (59.5)	46.8 ± 6.9	0.530°
Masculino	100 (40.5)	46.9 ± 6.9	
Edad¨	68 (74 - 79)		
Edad categorizada			0.002"
Adultos Mayores Jóvenes (60 a 74 años)	126 (51.0)	47.6 ± 7.8	
Adultos Mayores Intermedios (75-84 años)	98 (39.7)	46.0 ± 5.5	
Adultos Mayores Avanzados (≥85 años)	23 (9.3)	45.7 ± 6.4	
Grado de instrucción			0.292"
No tiene estudios escolares	107 (43.3)	47.1 ± 7.0	
Primaria completa	80 (32.4)	46.2 ± 6.5	
Secundaria completa	47 (19.0)	45.4 ± 6.8	
Superior técnico	13 (5.3)	53.6 ± 4.5	
Estado laboral			0.977"
Ningún trabajo actualmente	128 (51.8)	46.3 ± 6.8	
Jubilado	6 (2.4)	45.3 ± 7.2	
Trabaja independientemente	105 (42.5)	46.8 ± 6.6	
Trabaja para alguna empresa	8 (3.2)	55.7 ± 6.2	
Lugar de residencia			0.701°
Área rural	5 (2.0)	45.2 ± 6.9	
Área urbana	242 (98.0)	46.9 ± 6.9	
Estado civil			0.027°
Soltero / viudo / divorciado	143 (57.9)	46.0 ± 7.2	
Con su esposo (a) / conviviente	104 (42.1)	48.0 ± 6.2	
Sustento de gastos			
Sustenta de manera independiente sus gastos	64 (25.9)	47.1 ± 6.8	0.740°
Recibe pensión del estado	65 (26.3)	45.5 ± 6.5	0.066°
Recibe dinero de algún familiar	99 (40.1)	46.4 ± 6.6	0.430°
Trabaja de manera independiente o en casa	117 (47.4)	47.3 ± 6.9	0.291°

°Prueba estadística T de Student; “ Prueba estadística de Anova.

De los 247 adultos mayores, la mayoría era de sexo femenino (59.5%). El grupo más representativo fue el de "Adultos Mayores Jóvenes" (60 a 74 años) con un 51.0%, seguido por los "Adultos Mayores Intermedios" (75-84 años) con un 39.7%. En cuanto al grado de instrucción, un 43.3% no contaba con estudios escolares, mientras que un 32.4% tenía primaria completa. La gran mayoría residía en el área urbana (98.0%) y más de la mitad se

identificó como soltero, viudo o divorciado (57.9%), sustentando sus gastos principalmente a través del trabajo independiente (47.4%) o con dinero de algún familiar (40.1%) **(Tabla 2).**

Tabla 3. Características clínicas de la población y distribución del puntaje de calidad de vida (n=147)

Síndromes geriátricos	**n (%)**	**Puntaje de calidad de vida Media (ds)**	**Valor p**
Enfermedad coronaria	3 (1.2)	53.8 ± 6.9	0.076°
Enfermedad cerebrovascular	2 (0.8)	34.4 ± 0.0	0.009°
Asma	17 (6.9)	43.8 ± 2.7	0.060°
Diabetes	48 (19.4)	45.2 ± 7.4	0.072°
Hipertensión arterial	33 (13.4)	44.4 ± 6.6	0.028°
Sospecha de cáncer en estudio	3 (1.2)	42.0 ± 4.2	0.223°
Fractura en los últimos 6 meses	2 (0.8)	49.5 ± 5.2	0.584°
Número de comorbilidades*	0 (0 - 1)	-	
Fragilidad (Frail Score)			
Escala de Frail (rango 0 a 5 puntos)	2 (1 - 2)	-	0.211"
Sin fragilidad	38 (15.4)	46.1 ± 6.5	
Pre fragilidad	181 (73.3)	46.7 ± 6.7	
Frágil	28 (11.3)	48.9 ± 8.4	

°Prueba estadística T de Student; “ Prueba estadística de Anova.

En cuanto a los síndromes geriátricos, se observó que los adultos mayores con enfermedad cerebrovascular presentaron un puntaje de calidad de vida significativamente menor (p=0.009), lo cual sugiere un impacto clínico importante de esta condición en el bienestar global. De manera similar, los pacientes con hipertensión arterial mostraron un puntaje inferior de calidad de vida (p=0.028), confirmando la relevancia de las enfermedades crónicas en la percepción de salud. Aunque condiciones como la diabetes (p=0.072) y el asma (p=0.060) evidenciaron una tendencia negativa, estas no alcanzaron significancia estadística. Respecto a la fragilidad, la mayoría de los adultos mayores se encontraba en estado de pre-fragilidad (73.3%), sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en el puntaje de calidad de vida entre los distintos niveles de fragilidad (p=0.211) **(Tabla 3).**

Tabla 4. Características de salud mental de la población y distribución del puntaje de calidad de vida (n=147)

Síntomas depresivos (HSCL-25)	**n (%)**	**Puntaje de calidad de vida Media (ds)**	**Valor p**
Escala (rango 15 a 60 puntos)	30 (23 - 38)		<0.001 °
Sin síntomas depresivos (HSCL < 1.75)	97 (39.3)	48.9 ± 7.0	
Síntomas depresivos (HSCL ≥ 1.75)	150 (60.7)	45.5 ± 6.5	
Síntomas ansiosos (HSCL-25)			
Escala (rango 10 a 40 puntos)	16 (12 - 21)	-	0.002°
Sin síntomas ansiosos (HSCL < 1.75)	146 (59.1)	47.9 ± 6.8	
Síntomas ansiosos (HSCL ≥ 1.75)	101 (40.9)	45.2 ± 6.7	

°Prueba estadística T de Student; “ Prueba estadística de Anova.

Los resultados mostraron que la salud mental fue uno de los factores más influyentes en la calidad de vida. Los adultos mayores con síntomas depresivos obtuvieron puntajes significativamente menores en comparación con aquellos sin síntomas (45.5 ± 6.5 vs. 48.9 ± 7.0; p<0.001). De igual forma, la presencia de síntomas ansiosos se asoció con una reducción significativa en la calidad de vida (45.2 ± 6.7 vs. 47.9 ± 6.8; p=0.002). Estos hallazgos confirman que tanto la depresión como la ansiedad tienen un efecto negativo y estadísticamente relevante en la percepción de bienestar de los adultos mayores evaluados, constituyéndose como determinantes psicosociales prioritarios a considerar **(Tabla 4).**

Tabla 5. Puntaje y dimensiones de la calidad de vida

Dimensiones	Puntaje de calidad de vida Media (ds)
Funcionamiento sensorial	53.5 ± 10.9
Autonomía	41.9 ± 12.5
Actividades pasadas presentes y futuras	41.3 ± 15.2
Participación social	39.8 ± 17.0
Muerte y morir	58.2 ± 21.8
Intimidad	42.2 ± 21.5
Puntaje total de la calidad de vida	46.8 ± 6.9

La dimensión de la calidad de vida con mayor puntaje fue la relacionada con la muerte y el morir (media 58.2 ds ± 21.8), por otro lado la dimensión con menor puntaje fue la relacionada con la participación social (media 39.8 ds ± 17). La media del puntaje total de calidad de vida fue de 46.8 ± 6.9 puntos **(Tabla 5).**

DISCUSIÓN

El presente estudio identificó que los factores asociados de manera significativa con la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el centro de salud San Francisco de Moquegua fueron: el grado de instrucción superior técnico, la convivencia con una pareja y la ausencia de síntomas depresivos. Estos factores se mantuvieron significativos incluso tras el ajuste multivariado, confirmando su impacto independiente sobre la percepción de calidad de vida en adultos mayores.

Los resultados obtenidos concuerdan con diversos estudios internacionales como los de Flaka S. y Col (20), y Tanja S. y Col (33), que destacan el rol del nivel educativo y la red de apoyo social como determinantes clave de la calidad de vida. A nivel latinoamericano, López Ortega y Konigsberg también resaltaron la relevancia del apoyo social y el estado civil (24). Nacionalmente, los hallazgos coinciden con los estudios de Murillo-Llorente (39) y Fhon (28), quienes vinculan la salud mental y el soporte social con el bienestar del adulto mayor. Sin embargo, a diferencia de algunas investigaciones que hallaron relaciones significativas con el sexo, el estado civil o el nivel de ingreso, en el presente estudio estas variables no resultaron relevantes de forma independiente, lo que puede deberse al contexto social homogéneo de los adultos mayores que acceden a servicios públicos en Moquegua.

Además se encontró que la dimensión con mayor puntaje fue muerte y morir (58.2 ± 21.8), mientras que la más baja correspondió a participación social (39.8 ± 17.0), con un promedio general de 46.8 ± 6.9. Estos resultados coinciden parcialmente con lo reportado en Perú por Chambergo-Michilot y Corcuera-Ciudad (75), quienes encontraron que el dolor y la discapacidad disminuyen la calidad de vida en adultos mayores oncológicos, confirmando el rol de los factores clínicos y de salud mental en la percepción de bienestar. De manera similar, Ochoa-Pacheco et al. (76) en México y Ecuador reportaron diferencias entre ambos países, destacando que la participación social y las habilidades sensoriales fueron determinantes de la calidad de vida, lo que guarda relación con los bajos puntajes encontrados en la dimensión de participación social en la población estudiada. Asimismo, Karakaş et al. (77) en Turquía hallaron que la calidad de vida en adultos mayores de 90 años estuvo influida principalmente por factores socioeconómicos y contextuales, con un promedio más alto (64.04 ± 11.14) que en el presente estudio, lo cual puede explicarse por las diferencias en edad, recursos comunitarios y acceso a servicios, pero en ambos casos se coincide en que los factores sociales y económicos son determinantes centrales.

Nuestros hallazgos difieren de lo reportado por Llanos Carrasco (2025) (78), quien evaluó la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Salud Chen Chen utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF y variables sociodemográficas clásicas como edad, grado de instrucción, caídas e insomnio. A diferencia de dicho trabajo, nuestro estudio aplicó el WHOQOL-OLD, diseñado específicamente para adultos mayores, además del Hopkins Symptom Checklist-25 para síntomas de depresión y ansiedad, y la escala FRAIL para fragilidad. Asimismo, incluimos variables clínicas adicionales como antecedente o presencia de cáncer, polifarmacia, fracturas y úlceras por decúbito, no consideradas en la otra investigación. Estas diferencias metodológicas explican la divergencia en los resultados: en nuestro estudio, los síntomas depresivos y ansiosos fueron los factores más influyentes, mientras que en el trabajo de Llanos se destacaron variables como la edad y el nivel educativo. Esto resalta la importancia de adaptar los instrumentos y variables al contexto local y confirma que la calidad de vida del adulto mayor es un fenómeno multifactorial que requiere enfoques específicos según la población evaluada.

Desde una perspectiva biopsicosocial, los hallazgos pueden deberse a múltiples mecanismos. Una mayor instrucción puede traducirse en mayor acceso a información sobre salud, mejores condiciones socioeconómicas, acceso a mejores oportunidades laborales durante la vida activa y una actitud más proactiva frente a la salud (79). La convivencia con pareja podría reducir la soledad, brindar apoyo emocional constante, asistencia en actividades básicas que son elementos que podrían influir positivamente en la calidad de vida. Por otro lado, la salud mental, especialmente la presencia de síntomas depresivos puede distorsionar la percepción del bienestar, reducir la motivación, el apetito, el sueño y el interés en actividades placenteras, afectando todas las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

Nuestro estudio presenta limitaciones propias de su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Asimismo, la muestra no es representativa de toda la población peruana, especialmente de aquellos que no acceden al sistema de salud. Se identificaron posibles sesgos de autoinforme condicionados por percepción subjetiva, fatiga durante la encuesta, y dificultades sensoriales que pudieron afectar la precisión de las respuestas. Sin embargo, estas limitaciones no invalidan los resultados, ya que el análisis estadístico fue riguroso, y los factores significativos se mantuvieron aún después del ajuste multivariado. Además, se trata de una primera aproximación sistemática en un contexto donde la evidencia empírica es

escasa, lo que incrementa el valor del estudio como base para intervenciones y futuras investigaciones.

Los hallazgos nos ofrecen una base sólida para guiarnos en la formulación de programas de intervención individual y grupal. Específicamente, pueden usarse para: Promover talleres que de fortalecimiento de redes familiares y sociales, programas de alfabetización digital y de salud, priorizar el cribado y tratamiento de la depresión en consultas geriátricas. A nivel institucional, esta información puede utilizarse para diseñar actividades educativas y participativas que integren a adultos mayores con baja escolaridad o bajo soporte social. Asimismo, los resultados pueden ser útiles para capacitar al personal de salud en una atención geriátrica integral que no se limite a lo físico, sino que contemple activamente el componente emocional y social del bienestar.

A partir de este estudio se sugiere el desarrollo de investigaciones longitudinales que permitan explorar relaciones de causalidad entre los factores identificados y la calidad de vida. También es recomendable realizar estudios con enfoque mixto para comprender en mayor profundidad cómo los adultos mayores conceptualizan su bienestar, e incorporar a poblaciones rurales y no institucionalizadas para tener una visión más representativa del contexto regional. Además, se podrían explorar intervenciones piloto dirigidas a los factores identificados (educación, convivencia, salud mental) para evaluar su efectividad y replicabilidad en otros centros de salud del país.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que los factores más influyentes en la calidad de vida fueron la salud mental (presencia de síntomas depresivos como principal factor negativo), el grado de instrucción superior técnico y la convivencia con una pareja. Estos elementos se mantuvieron significativos incluso en el análisis ajustado, confirmando su impacto independiente en la percepción de calidad de vida.

2. La mayoría de los adultos mayores fueron de sexo femenino (59.5%), con predominio del grupo etario de 65 a 74 años (51%). Asimismo, más de la mitad eran solteros, viudos o divorciados (57.9%) sustentando sus gastos principalmente a través del trabajo independiente (47.4%) o con dinero de algún familiar (40.1%). La gran mayoría residía en áreas urbanas (98%), y un número importante no había completado estudios escolares (43.3%).

3. A pesar de que variables como el sexo, lugar de residencia y estado laboral no se asociaron significativamente con la calidad de vida, otros factores clínicos como la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial se asociaron de manera significativa con una peor calidad de vida en los adultos mayores, confirmando el impacto negativo de estas enfermedades crónicas en su bienestar. Otras condiciones como la diabetes y el asma mostraron una tendencia a disminuir la calidad de vida, aunque sin alcanzar significancia estadística.

4. Se encontró que el 60.7% presentó síntomas depresivos y el 40.9% síntomas ansiosos. La depresión resultó ser el factor más determinante y de mayor impacto negativo sobre la calidad de vida, mientras que la ansiedad mostró asociación en el análisis crudo, pero perdió significancia tras el ajuste multivariado.

5. La calidad de vida presentó una media global de 46.8 puntos, siendo menor en los adultos mayores de más edad. Aquellos que convivían con una pareja y que tenían estudios técnicos superiores alcanzaron puntajes significativamente más altos, mientras que los que presentaban síntomas depresivos tuvieron los puntajes más bajos.

.

SUGERENCIAS

- Implementar programas sistemáticos de detección temprana de síntomas depresivos y ansiosos en adultos mayores en centros de atención primaria. Estos programas deben integrar escalas validadas como el HSCL-25, aplicadas por personal capacitado. Además, se deben desarrollar protocolos de referencia a servicios psicológicos o psiquiátricos accesibles y sensibles al contexto del adulto mayor.
- Diseñar e implementar programas educativos comunitarios que fortalezcan la alfabetización en salud en adultos mayores con baja escolaridad. Estos talleres deben ser visuales, participativos y adaptados a sus capacidades cognitivas y sensoriales. La temática puede incluir nutrición, manejo de enfermedades crónicas, salud emocional, derechos del adulto mayor y tecnologías básicas para la comunicación.
- Desarrollar e institucionalizar actividades comunitarias orientadas a fortalecer la red social y afectiva de los adultos mayores. Estas actividades pueden incluir círculos de apoyo, clubes recreativos intergeneracionales, grupos de autocuidado, y programas de voluntariado geriátrico. La convivencia y la interacción social estructurada deben promoverse como estrategias de salud preventiva.
- Formar al personal de salud en enfoques integrales y humanizados para el cuidado geriátrico. La capacitación debe incluir aspectos como comunicación efectiva con adultos mayores, empatía, identificación de factores sociales y emocionales que afectan la salud, y estrategias para minimizar el sesgo por parte del profesional.
- Impulsar políticas públicas de atención geriátrica basadas en evidencia local, que incluyan a la salud mental y la red de apoyo social como pilares del bienestar en la vejez. Los resultados del estudio pueden utilizarse para sustentar propuestas de presupuesto y normativas que favorezcan intervenciones comunitarias, mejoras en la infraestructura para actividades recreativas, y ampliación de servicios de salud mental en centros de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28417&filter=ths_termall&q=Calidad

2. García-García JA, Carrizales-Berlanga D, García-García JA, Carrizales-Berlanga D. Calidad de vida relacionada con la salud, Expectativas y Satisfacción Académica de jóvenes universitarios. Interacciones. 2021;7:e241.

3. Bureau UC. Census.gov. [citado 30 de marzo de 2025]. An Aging Nation: The Older Population in the United States. Disponible en: https://www.census.gov/library/publications/2014/demo/p25-1140.html

4. Nations U. United Nations. United Nations; [citado 30 de marzo de 2025]. Envejecimiento | Naciones Unidas. Disponible en: https://www.un.org/es/global-issues/ageing

5. Parsuraman G, Vijayakumar P, Anantha Eashwar VM, Dutta R, Mohan Y, Jain T, et al. An epidemiological study on quality of life among elderly in an urban area of Thirumazhisai, Tamilnadu. J Fam Med Prim Care. junio de 2021;10(6):2293.

6. World Health Organization (WHO) [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int

7. Este 26 de agosto más de 4 millones 747 mil adultos mayores conmemoran su día - Noticias - Instituto Nacional de Estadística e Informática - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1010099-este-26-de-agosto-mas-de-4-millones-747-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia

8. CEPLAN. Observatorio Nacional de Prospectiva [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://observatorio.ceplan.gob.pe

9. Lin CF, Huang YH, Ju LY, Weng SC, Lee YS, Chou YY, et al. Health-Related Quality of Life Measured by EQ-5D in Relation to Hospital Stay and Readmission in Elderly Patients Hospitalized for Acute Illness. Int J Environ Res Public Health. 24 de julio de 2020;17(15):5333.

10. Loayza LS, Valenzuela MT. Health-related quality of life in older people with functional independence or mild dependence. Aging Ment Health. diciembre de 2021;25(12):2213-8.

11. Nolan RP, Sharpe MJ. A process-based approach to health-related quality of life as a “way of living”. Qual Life Res. 2023;32(9):2425-34.

12. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005

13. Group WQ of LA. ¿Qué calidad de vida? Foro Mund Salud 1996 174 385-387 [Internet]. 1996 [citado 30 de marzo de 2025]; Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/55264

14. Pu F, Chen W, Li C, Fu J, Gao W, Ma C, et al. Heterogeneous associations of multiplexed environmental factors and multidimensional aging metrics. Nat Commun. 10 de junio de 2024;15:4921.

15. Abordar la complejidad del envejecimiento cerebral - Polidori - 2024 - FEBS Letters - Wiley Online Library [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://febs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1873-3468.14941

16. Kim BR, Hwang HH. Analysis of Major Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in Korea in Preparation for a Super-Aged Society. Int J Environ Res Public Health. 4 de agosto de 2022;19(15):9618.

17. Fronteras | Comprender las experiencias vitales de las personas mayores en aislamiento social desde la perspectiva de los sistemas sociales: utilizando Hong Kong como ejemplo ilustrativo [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1114135/full

18. Seniors feeling lost? Rediscovering Identity in Aging & Empowering Seniors - Care Corner Singapore l [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.carecorner.org.sg/resource/seniors-feeling-lost-rediscovering-identity-in-aging-empowering-seniors/

19. NewYork-Presbyterian [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Managing loss as we age. Disponible en: https://www.nyp.org/patients-and-visitors/advances-consumers/issues/managing-loss-as-we-age

20. Siqeca F, Yip O, Mendieta MJ, Schwenkglenks M, Zeller A, De Geest S, et al. Factors associated with health-related quality of life among home-dwelling older adults aged 75 or older in Switzerland: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 21 de diciembre de 2022;20(1):166.

21. Wijesiri HSMSK, Wasalathanthri S, De Silva Weliange S, Wijeyaratne CN. Quality of life and

its associated factors among home-dwelling older people residing in the District of Colombo, Sri Lanka: a community-based cross-sectional study. BMJ Open. 12 de abril de 2023;13(4):e068773.

22. Geigl C, Loss J, Leitzmann M, Janssen C. Social factors of health-related quality of life in older adults: a multivariable analysis. Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. noviembre de 2023;32(11):3257-68.

23. Bally ELS, Korenhof SA, Ye L, van Grieken A, Tan SS, Mattace-Raso F, et al. Factors associated with health-related quality of life among community-dwelling older adults: the APPCARE study. Sci Rep. 21 de junio de 2024;14(1):14351.

24. López-Ortega M, Konigsberg M. Health-related quality of life among Jewish older persons in Mexico and its determinants. Health Qual Life Outcomes. 25 de mayo de 2020;18(1):152.

25. Larnyo E, Tettegah S, Griffin B, Nutakor JA, Preece N, Addai-Dansoh S, et al. Effect of social capital, social support and social network formation on the quality of life of American adults during COVID-19. Sci Rep. 1 de febrero de 2024;14(1):2647.

26. Conde-Sala JL, Portellano-Ortiz C, Calvó-Perxas L, Garre-Olmo J. Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare-analysis of data from the SHARE project (Wave 5). Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil. abril de 2017;26(4):1059-70.

27. Flores-Flores O, Otero-Oyague D, Rey-Evangelista L, Zevallos-Morales A, Ramos-Bonilla G, Carrión I, et al. Agency and Mental Health Among Peruvian Older Adults During the COVID-19 Lockdown. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 3 de marzo de 2023;78(6):1109-17.

28. Fhon JRS, Villanueva-Benites ME, Goméz-Luján M del P, Mocarro-Aguilar MR, Arpasi-Quispe O, Peralta-Gómez RY, et al. The Mental Health of the Peruvian Older Adult during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 15 de diciembre de 2022;19(24):16893.

29. Moya-Salazar J, Villareal CA, Cañari B, Moya-Salazar B, Chicoma-Flores K, Contreras-Pulache H. COVID-19 may lower quality of life when infections and deaths increase: A longitudinal study in the Peruvian jungle. Front Psychiatry. 28 de marzo de 2023;14:905377.

30. Attafuah PYA, Everink I, Abuosi AA, Lohrmann C, Schols JMGA. Quality of life of older adults and associated factors in Ghanaian urban slums: a cross-sectional study. 1 de febrero de 2022 [citado 21 de febrero de 2025]; Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e057264

31. Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. BMC Geriatr. 5 de julio de 2019;19(1):187.

32. Jazayeri E, Kazemipour S, Hosseini SR, Radfar M. Quality of life in the elderly: A community study. Casp J Intern Med. 2023;14(3):534-42.

33. Schmidt T, Christiansen LB, Schipperijn J, Cerin E. Social network characteristics as correlates and moderators of older adults' quality of life-the SHARE study. Eur J Public Health. 13 de julio de 2021;31(3):541-7.

34. Santini ZI, Jose PE, Koyanagi A, Meilstrup C, Nielsen L, Madsen KR, et al. Formal social participation protects physical health through enhanced mental health: A longitudinal mediation analysis using three consecutive waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Soc Sci Med 1982. abril de 2020;251:112906.

35. Longitudinal Associations Between Multimorbidities and Patient-Reported Quality of Life | The Journals of Gerontology: Series B | Oxford Academic [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/79/2/gbad173/7589547?login=false#google_vignette

36. Briere J, Wang SH, Khanam UA, Lawson J, Goodridge D. Quality of life and well-being during the COVID-19 pandemic: associations with loneliness and social isolation in a cross-sectional, online survey of 2,207 community-dwelling older Canadians. BMC Geriatr. 30 de septiembre de 2023;23(1):615.

37. Silva e Farias IP, Montenegro L de AS, Wanderley RL, de Pontes JCX, Pereira AC, de Almeida L de FD, et al. Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 6 de octubre de 2020;20:386.

38. Frontera-Escudero I, Bartolomei JA, Rodríguez-Putnam A, Claudio L. Sociodemographic and health risk factors associated with health-related quality of life among adults living in Puerto Rico in 2019: a cross-sectional study. BMC Public Health. 3 de noviembre de 2023;23:2150.

39. Murillo-Llorente MT, Lafuente-Sarabia B, Samper de la Paz J, Flores-Púa M, Tejeda-Adell M, Legidos-García ME, et al. Assessing Nutritional Status and Frailty among Poor Elderly Individuals in Requena del Tapiche, Peru. Nutrients. 2 de septiembre de 2023;15(17):3840.

40. Quispe Sáenz E de J, Salvador-Carrillo JF, Rivera-Lozada O, BONILLA ASALDE CA.

Factors related to depression in older adults during the COVID-19 pandemic in two coastal regions of Peru: An analytical cross-sectional study. F1000Research. 10 de marzo de 2022;10:958.

41. Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/html/

42. Trujillo DM, Abreu BMV, Ferro YE, Izquierdo AIV, Mesa IG. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integral. 2020;36(4):1-10.

43. Lopera-Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Ciênc Saúde Coletiva. 3 de febrero de 2020;25:693-702.

44. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=9465#Details

45. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13104&filter=ths_termall&q=SEXO

46. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4592&filter=ths_termall&q=nivel%20educativo

47. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4727&filter=ths_termall&q=estado%20laboral

48. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=13344

49. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=27804&filter=ths_termall&q=residencia

50. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30663&filter=ths_termall&q=estado%20civil

51. Macias J, Malone M. Geriatric Syndromes. En: Rosenthal RA, Zenilman ME, Katlic MR, editores. Principles and Practice of Geriatric Surgery [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado 30 de marzo de 2025]. p. 67-77. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-47771-8_5

52. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

53. Shukla SD, Swaroop Vanka K, Chavelier A, Shastri MD, Tambuwala MM, Bakshi HA, et al. Chapter 1 - Chronic respiratory diseases: An introduction and need for novel drug delivery approaches. En: Dua K, Hansbro PM, Wadhwa R, Haghi M, Pont LG, Williams KA, editores. Targeting Chronic Inflammatory Lung Diseases Using Advanced Drug Delivery Systems [Internet]. Academic Press; 2020 [citado 30 de marzo de 2025]. p. 1-31. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128206584000017

54. Momtazmanesh S, Moghaddam SS, Ghamari SH, Rad EM, Rezaei N, Shobeiri P, et al. Global burden of chronic respiratory diseases and risk factors, 1990–2019: an update from the Global Burden of Disease Study 2019. eClinicalMedicine [Internet]. 1 de mayo de 2023 [citado 30 de marzo de 2025];59. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00113-X/fulltext

55. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=56963&filter=ths_exact_term&q=fragilidad

56. Arriagada L, Carrasco T, Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de marzo de 2020;31(2):204-10.

57. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=1012&filter=ths_termall&q=ansiedad

58. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=3883&filter=ths_termall&q=depresion

59. Ramírez Martínez JM, NPunto. ARTÍCULO DE REVISIÓN - ÚLCERAS POR PRESIÓN CONCEPTUALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE ALGORITMO DE PREVENCIÓN. Artíc REVISIÓN - ÚLCERAS POR PRESIÓN CONCEPTUALIZACIÓN Present ALGORITMO Prev. 31 de octubre de 2024;134(134):1-134.

60. DeCS [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=50518&filter=ths_exact_term&q=fractura

61. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/

62. Situación de la Población Adulta Mayor: Abril - Mayo - Junio 2023 [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en:

https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4692032-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-abril-mayo-junio-2023

63. Centro De Salud San Francisco en Moquegua | MINSA [Internet]. [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.establecimientosdesalud.info/moquegua/centro-de-salud-san-francisco-moquegua/

64. Vindbjerg E, Mortensen EL, Makransky G, Nielsen T, Carlsson J. A rasch-based validity study of the HSCL-25. J Affect Disord Rep. 1 de abril de 2021;4:100096.

65. Clavería A, Rodríguez-Barragán M, Fernández-San-Martín MI, Nabbe P, Le Reste JY, Miguéns-Blanco I, et al. Traducción y adaptación transcultural al español, catalán y gallego de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención Primaria. Aten Primaria. 1 de octubre de 2020;52(8):539-47.

66. Power M, Quinn K, Schmidt S, WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old Module. Qual Life Res. 1 de diciembre de 2005;14(10):2197-214.

67. Hernandez-Huayta J, Chavez-Meneses S, Carreazo NY. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 13 de diciembre de 2016;680-8.

68. Lucas-Carrasco R, Laidlaw ,Ken, and Power MJ. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. Aging Ment Health. 1 de julio de 2011;15(5):595-604.

69. Hernández-Navor JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arrellano SS, Hernández GA, Márquez-Mendoza O. Validación Del Whoqol-Old En Adultos Mayores De México. [citado 30 de marzo de 2025]; Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333143435001

70. Conrad I, Matschinger H, Riedel-Heller S, von Gottberg C, Kilian R. The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older. Health Qual Life Outcomes. 5 de septiembre de 2014;12(1):105.

71. Queirolo Ore SA, Barboza Palomino M, Ventura-León J, Queirolo Ore SA, Barboza Palomino M, Ventura-León J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). Enferm Glob. 2020;19(60):259-88.

72. Gobbens RJJ, van Assen MALM. Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. Health Qual Life Outcomes. 15 de julio de 2016;14(1):103.

73. Davis-Varona L. Evaluación del estado de fragilidad en adultos mayores aplicando la escala

FRAIL. Arch Méd Camagüey. 16 de mayo de 2024;28(0):10046.

74. Liau SJ, Lalic S, Visvanathan R, Dowd LA, Bell JS. The FRAIL-NH Scale: Systematic Review of the Use, Validity and Adaptations for Frailty Screening in Nursing Homes. J Nutr Health Aging. 1 de diciembre de 2021;25(10):1205-16.

75. Chambergo-Michilot D, Corcuera-Ciudad D. Pain management, activities of daily living and the assessment of the WHOQOL-OLD module: results of a cross-sectional analysis of a cohort of older men with oncological diagnoses. J Gerontol Geriatr. 2021;69:1–8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37746479/

76. Ochoa-Pacheco P, Castro-Pérez R, Coello-Montecel D, Castro-Zazueta NP. Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador. Geriatrics. 2021;6(3):92. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34562993/

77. Karakaş N, Deniz S, Bentli R, Erten B. Quality of Life and Associated Factors among Oldest-Old in Turkey. Act Adapt Aging. 2023;47(5):446–60. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/368690304_Quality_of_Life_and_Associated_Factors_among_Oldest-Old_in_Turkey

78. Llanos Carrasco SE. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el C.S. Chen Chen en la ciudad de Moquegua durante el año 2024 [Tesis]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2025.

79. Li C, Guo Y. The Effect of Socio-Economic Status on Health Information Literacy among Urban Older Adults: Evidence from Western China. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3501. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8036692/

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FILIACIÓN:

Nombres y Apellidos:

1. **Características sociodemográficas**

   1. **Edad:**
   2. **Sexo**
      i. ( ) Femenino
      ii. ( ) Masculino
   3. **Grado de instrucción**
      i. ( )No refiere ningún tipo de estudios
      ii. ( )Primaria completa
      iii. ( )Secundaria completa
      iv. ( )Superior completa
   4. **Estado laboral**
      i. ( ) Empleado
      ii. ( ) Trabajador independiente
      iii. ( ) Jubilado
      iv. ( ) Ninguna
   5. **Evaluación económica**
      i. ( ) No autosustenta gastos
      ii. ( ) Sí autosustenta gastos
      iii. ( )Recibe pensión del estado
      iv. ( )Recibe dinero de algún familiar
      v. ( )Trabaja
   6. **Lugar de residencia**
      i. ( )Urbano
      ii. ( )Rural
   7. **Estado civil**
      i. ( ) Con su esposo (a)/conviviente

ii. ( ) Soltero /viudo/ divorciado

2. Características clínicas

2.1. Síndromes geriátricos

a. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

i. Enfermedades cardiovasculares

( )Enfermedad coronaria

( )Enfermedad cerebrovascular

ii. Enfermedades respiratorias crónicas

1. ( )Asma
2. ( )Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
3. ( )Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID)
4. ( )Fibrosis quística

iii. Diabetes

1. ( )Sí
2. ( )No

iv. Hipertensión arterial

1. ( )Sí
2. ( )No

v. Cáncer

1. ( )Sí
   a. ( )En estudio
   b. ( )En tratamiento
   c. ( )Medidas paliativas
2. ( )No

b. Antecedente de diagnóstico de ansiedad y/o depresión

i. Ansiedad

1. ( ) Sí
2. ( ) No

ii. Depresión

1. ( ) Sí
2. ( ) No

c. Polifarmacia

i. ¿Toma más de 5 medicamentos diarios?

1. ( ) Sí
2. ( )No

d. **Úlceras por presión**

i. ( ) Sí

ii. ( ) No

e. Fractura

¿Sufrió alguna fractura en los últimos 6 meses?

i. ( ) Sí

ii. ( ) No

ANEXO 02: ESCALA DE HOPKINS Y SU INTERPRETACIÓN

Cuadro 1. Cuestionario de Síntomas de Ansiedad, Hopkins (C-25)

Síntomas de Ansiedad	(1) Nada	(2) Un poco	(3) Bastante	(4) Mucho
1.Se asusta súbitamente sin motivo				
2.Siente que tiene miedo				
3. Se desmaya, se marea o se siente débil				
4. Siente nerviosismo o inquietud en su interior				
5. Su corazón late aceleradamente o más rápido de lo usual				
6. Temblor				
7. Se siente tenso/a o entrampado/a				
8. Dolores de cabeza				
9. Períodos de terror o pánico				
10. Siente inquietud o que no puede estar tranquilo				

Cuadro 2. Cuestionario de Síntomas de Depresión, Hopkins (C-25)

Síntomas de Depresión	(1) Nada	(2) Un poco	(3) Bastante	(4) Mucho
11. Siente falta de fuerzas, lentitud				
12. Tiene sentimiento de culpa persistente. Remordimientos				
13. Llora fácilmente				
14. Ha perdido el interés sexual o placer				
15. Falta de apetito				
16. Dificultad para dormir o continuar dormido				

17. Se siente desesperanzado/a sobre el futuro				
18. Se siente triste				
19. Se siente solo/a				
20. Ha pensado acabar con su vida				
21. Se siente atrapado o aprisionado				
22. Se preocupa excesivamente por las cosas				
23. Siente falta de interés por las cosas				
24. Siente que todo requiere demasiado esfuerzo				
25. Se siente inútil				

Puntuación HSCL- 25 para ansiedad y depresión:

1. La respuesta de cada ítem asignarle la siguiente puntuación:

1= Nada. 2 = Un poco 3 = Mucho 4= Bastante

2. Total: sumar los ítems del 1 al 25 y dividirlo entre 25 para obtener el total:

Sumar: ítem 1 + ítem 2+ ... + ítem 25; dividir el total entre 25=

3. Ansiedad: de manera similar, sumar los ítems del 1 al 10 y dividirlo entre el número de ítems para determinar la puntuación de ansiedad.

Sumar: ítem 1 + item 2 + ...+ ítem 10; dividir el total entre 10=

4. Depresión: sumar los ítems I1-25 y dividirlo entre 15 para obtener la puntuación de depresión según DSM IV.
Sumar: ítem 11 + ítem 12+ ....+ ítem 25; dividir el total entre 15=

Resultado: la entrevista con una puntuación de ansiedad o depresión con
un total igual o mayor de 1,75 es generalmente considerada sintomática (“positiva”).

ANEXO 03: WHOQOL-OLD

Lee detenidamente las siguientes preguntas y marque la que usted crea conveniente con su calidad de vida actual.

3.1. ¿En qué medida los problemas con sus sentidos (por ejemplo, vista, oído, gusto, olfato, tacto) afectan su vida diaria?

3.2. ¿Hasta qué punto los problemas con sus sentidos le impiden hacer las cosas que le gustaría hacer?

3.3. ¿Hasta qué punto los problemas con sus sentidos afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?

3.4. ¿Cómo calificaría el estado de sus sentidos?

3.5. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?

3.6. ¿Hasta qué punto se siente capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?

3.7. ¿Hasta qué punto siente que las personas que lo rodean respetan su libertad?

3.8. ¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?

3.9. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con lo que ha logrado en la vida?

3.10. ¿Cómo de feliz se siente con las cosas que puede esperar en el futuro?

3.11. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con sus oportunidades para seguir logrando cosas en la vida?

3.12. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?

3.13. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su nivel de actividad?

3.14. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con la forma en que pasa su tiempo?

3.15. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con sus oportunidades para participar en actividades comunitarias?

3.16. ¿Hasta qué punto se siente parte de su comunidad?

3.17. ¿Cuánto le preocupa la forma en que podría morir?

3.18. ¿Hasta qué punto le preocupa dejar asuntos sin resolver después de su muerte?

3.19 ¿Hasta qué punto piensa en la muerte?

3.20. ¿Cómo de tranquilo/a se siente al pensar en su propia muerte?

3.21. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad para tener relaciones personales cercanas?

3.22. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con el apoyo emocional que recibe de otras personas?

3.23. ¿Hasta qué punto siente que tiene personas a las que puede recurrir cuando lo necesita?

3.24. ¿Hasta qué punto se siente amado/a?

ANEXO 04: LISTA DE PUNTUACIONES PARA EL CUESTIONARIO WHOQOL-OLD.

Dimensión	Número de Ítems	Ítems
Funcionamiento sensorial (FS)	4 ítems	old_01* old_02* old_10* old_20
Autonomía (AUT)	4 ítems	old_03 old_04 old_05 old_11
Actividades pasadas presentes y futuras (PPF)	4 ítems	old_12 old_13 old_15 old_19
Participación social (PSO)	4 ítems	old_14 old_16 old_17 old_18
Muerte y Morir (MEM)	4 ítems	old_06* old_07* old_08* old_09
Intimidad (INT)	4 ítems	old_21 old_22 old_23 old_24
Puntuación total (OLD)	24 ítems	old_01* old_02* old_03 old_04 old_05 old_06* old_07* old_08* old_09* old_10* old_11 old_12 old_13 old_14 old_15 old_16 old_17 old_18 old_19 old_20 old_21 old_22 old_23 old_24

Nota: *variables con puntuaciones invertidas.

ANEXO 05: FRAIL SCORE Y SU INTERPRETACIÓN

Parámetros	Puntuación
Fatiga (en las últimas cuatro semanas)	1= Todo el tiempo 2= La mayor parte del tiempo 3= Algo de tiempo 4= Muy poco tiempo 5= En ningún momento Las respuestas de «1» o «2» se califican con 1 punto y todas las demás con 0 puntos.
RESISTENCIA: ¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?	Sí = 1 punto No = 0 puntos
DEAMBULACIÓN: Por sí mismo/a y sin el uso de ayuda, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	Sí = 1 punto No = 0 puntos
COMORBILIDAD: Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada alguna/s de las 11 enfermedades)? Las enfermedades son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar crónica, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.	De 5 a 11 enfermedades = 1 punto De 0 a 4 enfermedades = 0 puntos
PÉRDIDA DE PESO: – ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] – Y hace un año en (MES, AÑO), ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos?	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: [(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] * 100. Si la pérdida de peso es ≥5% se suma un punto (+1), si es <4% se puntúa como 0.

Para evaluar el estado de fragilidad se incluyeron los siguientes criterios:

-Fragilidad: 3 a 5 puntos

-Prefragilidad: 1 a 2 puntos

-Sin fragilidad o robustez: 0 puntos

ANEXO 06: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela profesional de Medicina Humana

"Factores asociados a calidad de vida en adultos mayores atendidos en el centro de salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio en el año 2025"

Usted ha sido invitado/a a participar en esta investigación que tiene como objetivo principal determinar qué factores se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud entre los adultos mayores atendidos en el Centro de salud San Francisco de Moquegua entre los meses mayo a julio en el año 2025..

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted está en total derecho de negarse a responder cualquier pregunta o simplemente de no participar en la misma si así usted lo desea.

Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándose al investigador, sin que ello signifique modificaciones en el estudio. De igual manera su médico tratante o el investigador podrán determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

MANIFIESTO: Que he leído y conozco el contenido del presente documento y, por ello, firmo este consentimiento informado de manera voluntaria y participación en esta investigación sobre el "Factores asociados a calidad de vida en adultos mayores atendidos en el centro de salud San Francisco en el año 2024"

Investigación por: Univ. Dalia Ruth Cáceres Olazo Copaja. Ante cualquier aclaración que usted solicite puede llamar a mi número personal 950506047 y el correo electrónico dc2018000348@virtual.upt.pe. También puede comunicarse con el Comité de Ética e Investigación de la FACSA-UPT a través del correo: cei_facsa@upt.pe.

_____

Firma

ANEXO 07: COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo CÁCERES OLAZO COPAJA, Dalia Ruth, identificada con DNI: 72664211, en mi condición de bachiller de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna.

Me comprometo a guardar confidencialidad desde el inicio del presente trabajo; así mismo, no divulgar datos que deba manejar (datos personales: nombres de personas, resultados clínicos encontrados, entre otros no especificados), que pongan en riesgo la confidencialidad y afecten de manera directa o indirecta a las personas evaluadas en el presente estudio.

De igual manera, me comprometo a guardar confidencialidad con respecto a la base de datos y técnicas empleadas en este trabajo, así como no modificar y/o copiar la base de datos, protocolos técnicos o clínicos y resultados mencionados anteriormente.

Tacna, 04 de agosto de del 2025