

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ

CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“SALUD GENERAL SEGÚN ESCALA GHQ-28 DE LOS ADULTOS  
MAYORES CONCURRENTES A LA PLAZA DE ARMAS DE LA  
CIUDAD DE HUACHO JUNIO-AGOSTO 2021”

PRESENTADO POR:

**ROBLES CAMONES, Joseph Jefferson**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

**Dr. BERMEJO SÁNCHEZ, Fredy Ruperto**

HUACHO - PERÚ

2021

  
DR. FREDY BERMEJO SÁNCHEZ  
MÉDICO - CIRUJANO - PSIQUIATRA  
C.M.P. N° 15209 R.N.E. N° 7691

**“SALUD GENERAL SEGÚN ESCALA GHQ-28 DE LOS ADULTOS  
MAYORES CONCURRENTES A LA PLAZA DE ARMAS DE LA  
CIUDAD DE HUACHO JUNIO-AGOSTO 2021”**

ROBLES CAMONES, JOSEPH JEFFERSON

**TESIS DE PREGRADO**

**ASESOR:**

DR. BERMEJO SANCHEZ, FREDY RUPERTO

**JURADO:**

M(O) MARTIN MANUEL DAJHALMAN SANTOS REYES

**PRESIDENTE**

M.C. JAIME TEODOSIO LAZARO DIOSES

**SECRETARIO**

M.C. HENRY KEPPLER SANDOVAL PINEDO

**VOCAL**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ  
CARRIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**HUACHO – PERÚ**

**2021**

## DEDICATORIA

A mis amados padres Ysidora Camones Robles y Félix Hipólito Robles Caballero quienes fueron mi inspiración y soporte para la realización de esta tesis, así como en diversos factores de mi vida, a mis hermanas Isabel Lizabeth Robles Camones y Blanca Ruby Robles Camones por guiarme, protegerme y dame todo su apoyo a pesar de las adversidades durante tanto tiempo.

A mis familiares y amigos que a través de los años me ayudaron de una u otra manera a definir los diversos aspectos de mi vida, dándome su apoyo y soporte en la medida de sus posibilidades, con respeto y consideración.

Joseph Jefferson Robles Camones

## AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que me permitieron lograr mis objetivos hasta el día de hoy.

A mi familia por ser mi fuerza y mi motivación día a día.

A todos aquellos compañeros de formación y profesores, quienes fueron parte de mi vida durante esta carrera; aprendiendo siempre día a día algo de cada uno de ellos.

A mi asesor y jurado por ser partícipe de esta presenta tesis

A mi hermana Lic. Isabel Lizabeth Robles Camones, por guiarme desde mucho tiempo en mi formación.

A mi madre Ysidora Camones Robles por siempre brindarme su fuerza y apoyo.

A mi padre Félix Hipólito Robles Caballero, por brindarme su apoyo logístico en este estudio.

Al Sr Javier Lino, amistad que me ayudó mucho en esta etapa final de la carrera formativa.

Al Sr. Milton Saavedra Coral, amistad que me proporcionó apoyo durante los últimos meses de carrera formativa.

A los adultos mayores que fueron parte de esta tesis, por su confianza, amabilidad, tiempo, y sinceridad al responder cada pregunta abriéndose ante mi persona por unos minutos de su vida brindándome información sensible de sus vidas.

Joseph Jefferson Robles Camones

## INDICE

<b>TITULO</b>	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>IX</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>X</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>XII</b>
<b>1 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Descripción de la realidad problemática</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Formulación del problema</b>	<b>2</b>
<b>1.2.1 Problema general</b>	<b>2</b>
<b>1.2.2 Problemas específicos</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Objetivos de la investigación</b>	<b>3</b>
<b>1.3.1 Objetivo General</b>	<b>3</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Justificación e importancia de la investigación</b>	<b>3</b>
<b>1.4.1 Conveniencia</b>	<b>3</b>
<b>1.4.2 Relevancia social</b>	<b>4</b>
<b>1.4.3 Implicaciones prácticas</b>	<b>4</b>
<b>1.4.4 Valor teórico</b>	<b>4</b>
<b>1.4.5 Utilidad metodológica</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Delimitaciones del estudio</b>	<b>5</b>
<b>1.5.1 Delimitación espacial</b>	<b>5</b>
<b>1.5.2 Delimitación temporal</b>	<b>5</b>

1.5.3	Delimitación temática	5
1.6	Viabilidad del estudio	5
1.6.1	Temática	5
1.6.2	Económica	6
1.6.3	Administrativa	6
1.6.4	Técnica	6
2	<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1	Antecedentes de la investigación	7
2.1.1	Internacionales	7
2.1.2	Nacionales	18
2.2	Bases Teóricas	23
2.3	Bases filosóficas	26
2.4	Definición de términos básicos	27
2.4.1	Salud General	27
2.4.2	Adulto mayor	27
2.4.3	Síntoma somático	28
2.4.4	Ansiedad	28
2.4.5	Disfunción social	28
2.4.6	Depresión	28
3	<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	29
3.1	Diseño Metodológico	29
3.1.1	Tipo	29
3.1.1.1	Según la intervención de la investigación	29
3.1.1.2	Según la planificación de la toma de datos	29
3.1.1.3	Según el número de ocasiones en que se miden	29

	<b>las variables del estudio</b>	
	3.1.1.4 Según las variables de interés	29
	3.1.2 Enfoque	29
	3.2 Población y muestra	30
	3.2.1 Población	30
	3.2.2 Muestra	30
	3.3 Operacionalización de variables e indicadores	31
	3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
	3.4.1 Técnicas a emplear	31
	3.4.2 Descripción de los instrumentos	32
	3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	32
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>33</b>
	4.1 Análisis de resultados	33
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	<b>37</b>
	5.1 Discusión de resultados	37
<b>6</b>	<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>40</b>
	6.1 Conclusiones	40
	6.2 Recomendaciones	41
<b>7</b>	<b>CAPÍTULO VII: REFERENCIAS</b>	<b>42</b>
	7.1 Fuentes Bibliográficas	42
	7.2 Fuentes Hemerográficas	42
	7.3 Fuentes Electrónicas	44
	<b>ANEXOS</b>	<b>46</b>
	<b>Matriz de consistencia</b>	<b>47</b>
	<b>Instrumento para la toma de datos</b>	<b>48</b>

<b>Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-</b>	<b>49</b>
<b>Cuestionario GHQ28 Adaptación española</b>	<b>51</b>
<b>Protocolo de consentimiento informado</b>	<b>53</b>
<b>Base de datos</b>	<b>55</b>
<b>Fotos de campo</b>	<b>56</b>
<b>Evidencia de protocolo informado</b>	<b>57</b>
<b>Evidencia de Cuestionario</b>	<b>58</b>
<b>Constancia del Ing. Estadístico</b>	<b>60</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>1. Tabla 1: Frecuencias absolutas de los participantes aptos respecto al género</b>	<b>33</b>
<b>2. Tabla 2: Frecuencias relativas de los participantes aptos respecto al género</b>	<b>34</b>
<b>3. Tabla 3: Resultados positivos en el Test</b>	<b>35</b>
<b>4. Table 4: Mayores puntajes encontrados en el Test</b>	<b>36</b>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** determinar cómo está la salud general según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho junio-agosto 2021.

**MATERIALES Y METODOS:** estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, de alcance descriptivo y de enfoque cuantitativo. La población censal fue de treinta (30) adultos mayores que concurrieron a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021. Se usó el instrumento “Golberg Health Questionary – 28” y los programas Microsoft Excel y Microsoft Word.

**RESULTADOS:** los participantes en el estudio fueron 66,67% varones y un 33,33% de mujeres; entre los cuales, de los casos hallados positivos al test fueron varones un 42,86% y mujeres 57,14%. De los resultados de los puntajes obtenidos positivamente en el test, según cada bloque de preguntas, que corresponden a cada una de las cuatro variables de estudio; se resalta la mayor cantidad de positivos en el bloque de “ansiedad-insomnio” y menor cantidad en el bloque de “depresión”. El mayor puntaje obtenido en el test corresponde a una mujer. Se concluye, que según la escala GHQ-28 la salud general es buena, ya que los casos negativos al test son de 23 (76,7%), y son pocos los casos positivos hallados, siendo 7 (23,3%); a excepción de 4 casos con puntuaciones altas (57,1%); la mayor cantidad de preguntas con respuestas positivas al test fueron del bloque B “ansiedad-insomnio”, la menor cantidad de preguntas con respuestas positivas al test fueron del bloque D “depresión”.

**Palabras claves:** Salud general, escala GHQ-28, adultos mayores, síntomas somáticos, síntomas de ansiedad-insomnio, disfunción social, depresión, INEI.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the general health according to the GHQ-28 scale of older adults attending the main square of the city of Huacho, june-august 2021.

**MATERIALS AND METHODS:** An observational, prospective, cross-sectional study with a descriptive scope and a quantitative approach. The census population was thirty (30) older adults who attended the main square of the city of Huacho, june-august 2021. The instrument "Golberg Health Questionary - 28" and the Microsoft Excel and Microsoft Word programs were used.

**RESULTS:** the participants in the study were 66,67% men and 33.33% women; among which, of the cases found positive to the test, 42,86% were men and 57,14% women. From the results of the scores obtained positively in the test, according to each block of questions, which correspond to each of the four study variables; the highest number of positives is highlighted in the "anxiety-insomnia" block and the least in the "depression" block. The highest score obtained in the test corresponds to a woman. It is concluded that according to the GHQ-28 scale the general health is good, since the negative cases to the test are 23 (76,7%), and few positive cases are found, being 7 (23,3%); except for 4 cases with high scores (57,1%); the largest number of questions with positive responses to the test were from block B "anxiety-insomnia", the fewest questions with positive responses to the test were from block D "depression".

**Key words:** General health, GHQ-28 scale, older adults, somatic symptoms, anxiety-insomnia symptoms, social dysfunction, depression, INEI.

## INTRODUCCIÓN

Como resultado del importante cambio demográfico en el país durante las últimas décadas, la estructura de edad y género de la población está cambiando significativamente. “En la década de 1950, la estructura de la población peruana estaba compuesta esencialmente por niños y niñas; así, 42 de cada 100 personas tenían menos de 15 años; En 2021, 25 de cada 100 residentes serán menores de 15 años. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, la proporción de la población adulta pasó de 5,7% en 1950 a 13,0% en 2021. Se considera personas mayores a los mayores de 60 años. Años según los criterios adoptados por Naciones Unidas”. (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2021)

“En el primer trimestre de 2021, el 40,5% de los hogares del país contaba con al menos una persona de 60 años y más”. (Instituto nacional de estadística e informática (INEI), 2021)

“En el área metropolitana de Lima, la proporción de hogares con un adulto mayor alcanzó el 44,3%. Los hogares del resto de la ciudad con un adulto mayor registran un 38,0%. En las zonas rurales, hay alguien en este grupo de edad en el 40,7% de los hogares”. (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2021)

“Los hogares del Resto urbano con un/a adulto/a mayor registran el 38,0%. En tanto en el Área rural, el 40,7% de los hogares tienen una persona de este grupo etario”. (Instituto nacional de estadística e informática (INEI), 2021)

# 1 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción de la realidad problemática

De acuerdo con datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el fondo de población de naciones unidas:

(...) quienes temen que el 11,5% de la población mundial tenga 60 años o más expresaron preocupación por el aumento de la proporción de personas mayores de 60 años en comparación con otros grupos de edad, comprometiendo su capacidad mental; Por tanto, el envejecimiento de la población requiere, en consecuencia, una amplia respuesta de salud pública. (OMS, 2016, p. 1)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala:

(...) que aquellos con problemas de salud o seres queridos causarán un deterioro en el bienestar de la familia y la comunidad si solo las intervenciones apropiadas mejoran la participación de este grupo en el desarrollo social y prevén que se convertirán en una fuente de crisis para la estructura de salud y seguridad social de Estados Unidos. (OPS, 2012, p. 3)

Existe una creciente preocupación en cuanto a la población de adultos mayores a nivel nacional, y mucho más ahora debido a la coyuntura actual por la pandemia; acompañado a esta realidad se observa la presencia de ancianos en las plazas de las ciudades en nuestro territorio, hecho que dejó de darse por los protocolos restrictivos del estado, pero que en los últimos meses volvió a suceder, consecuentemente también se da en la plaza de armas de Huacho; debido a esta concurrencia, incluso durante varias horas, de forma periódica,

surge una interrogante: ¿Cuentan con buena salud general?; siendo algo preocupante puesto que son una población de riesgo. Para ello optaremos por los siguientes indicadores: síntomas somáticos, síntomas de ansiedad-insomnio, tal vez alguna disfunción social o depresión.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cómo está la salud general según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho junio-agosto 2021?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

1. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, síntomas somáticos según escala GHQ-28, junio-agosto 2021?
2. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, síntomas de ansiedad-insomnio según escala GHQ-28, junio-agosto 2021?
3. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, disfunción social según escala GHQ-28, junio-agosto 2021?
4. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, síntomas de depresión según escala GHQ-28, junio-agosto 2021?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

1. Determinar cómo está la salud general según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho junio-agosto 2021.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar los síntomas somáticos según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021.
2. Determinar los síntomas de ansiedad-insomnio según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021.
3. Determinar la disfunción social según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021.
4. Determinar la depresión según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021.

### **1.4 Justificación e importancia de la investigación**

#### **1.4.1 Conveniencia**

Éste trabajo es importante porque a partir de la salud general, podrá servir de base para posteriores estudios en los adultos mayores, en favor de identificar diversos deterioros de su salud general y la capacidad funcional para la realización de las actividades diarias, ya que la falta de

conocimiento al respecto podría inducir a adoptar actitudes muchas veces erradas con respecto al cuidado y a la calidad de vida para ellos.

#### **1.4.2 Relevancia Social**

“Debido al envejecimiento demográfico que se está produciendo actualmente, la esperanza de vida ha aumentado a medida que los adultos mayores envejecen, lo que significa una mayor conciencia y un importante desafío a nivel social para afrontar estos cambios en este grupo de edad”.  
(OPS/OMS, 2015, p. 3)

Por ello en este trabajo se busca dar información sobre la salud general de los adultos mayores circundantes a la plaza de armas de Huacho, junio-agosto 2021, si presentan síntomas somáticos, síntomas de ansiedad-insomnio, alguna disfunción social o depresión.

#### **1.4.3 Implicaciones prácticas**

En este trabajo se pretende que los estudiantes de salud también den importancia a las prácticas comunitarias, así como a “las prácticas clínicas”, por lo que puede servir de base para futuras investigaciones y llegar a categorías superiores a través de su intervención; así avanzar en el área de prevención y promoción de la salud y al mismo tiempo sensibilizar a la sociedad sobre el cuidado e importancia de las personas mayores.

#### **1.4.4 Valor teórico**

En este trabajo, los estudiantes de salud también deben otorgar importancia a las prácticas comunitarias, así como a las prácticas clínicas para que puedan servir de base para futuras investigaciones y alcanzar categorías superiores a través de su intervención; Avanzando así en el ámbito de la prevención y promoción de la salud y al mismo tiempo

sensibilizando a la sociedad sobre el cuidado y la importancia de las personas mayores.

#### **1.4.5 Utilidad metodológica**

Durante el proceso de ejecución de la presente tesis, se buscó la presencia de indicadores que puedan darnos una estimación de la salud general de los adultos mayores, mediante la aplicación del cuestionario “Golberg Health Questionary – 28” (GHQ-28), lo cual servirá como retroalimentación y mejoras para investigaciones futuras similares; las variables a examinar se incluyeron en el instrumento.

### **1.5 Delimitaciones del estudio:**

#### **1.5.1 Delimitación espacial**

El área de recolección de datos fue la plaza de armas del distrito de Huacho, provincia de Huaura, Lima provincias – Lima y sus alrededores.

#### **1.5.2 Delimitación temporal**

Se obtuvieron los datos en el mes de julio-agosto del 2021.

#### **1.5.3 Delimitación temática**

La investigación cubre el área general de las ciencias médicas y de la salud, en las subáreas de medicina comunitaria y geriatría.

### **1.6 Viabilidad del estudio:**

#### **1.6.1 Temática**

El tema elegido es de interés nacional ya que se trata de una población algo desatendida en nuestro país y su incipiente atención se advierte día a día en nuestro ya colapsado sistema de salud pública. Hay estudios internacionales, algunos nacionales, pero aún muy pocos estudios en nuestra ciudad de Huacho.

### **1.6.2 Económica**

La investigación fue autofinanciada y el presupuesto que se consideró necesario para realizarla estuvo dentro del presupuesto estimado por el investigador.

### **1.6.3 Administrativa**

El proyecto se realizó luego de contar con la aprobación del asesor de tesis, así como por el jurado evaluador de tesis designados por la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina de la UNJFSC. Así se pudo recopilar la información necesaria de manera formal para el desarrollo de la investigación.

### **1.6.4 Técnica**

En esta investigación la recolección de datos se basó en la utilización del cuestionario “Golberg Health Questionary – 28” (GHQ-28) mediante el cual se recogió la información en base a las variables síntomas somáticos, síntomas de ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. Así, la presente tesis cuenta con las características, condiciones técnicas y operativas que aseguraron su ejecución para cumplir las metas y objetivos.

## 2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Internacionales

Quintero M., & Cerquera A. (2018) en la investigación “Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia” tuvieron como “objetivo es investigar la relación entre las autopercepciones negativas sobre la salud general y la mortalidad en adultos mayores”. (Quintero M., & Cerquera A., 2018) Para ello, “utilizaron el método de revisión sistemática, cuyos criterios de inclusión fueron estudios longitudinales, la evaluación de la autoimagen sobre la salud a través de una pregunta de salud general, con muestras de personas de 60 años o más residentes en la comunidad. Investigación en bases de datos electrónicas y verificación de referencias”. (Quintero M., & Cerquera A. 2018). “Con los resultados de la selección de 18 estudios publicados entre 1993 y 2011. Seis de los siete que analizaron muestras de ambos sexos encontraron un mayor riesgo de muerte en personas que calificaron su estado de salud como malo; las covariables más comunes fueron edad, sexo, enfermedad crónica y estado funcional. La mitad de los estudios que solo analizaron a hombres o mujeres encontraron que la asociación era significativa. El impacto de la salud auto percibida sobre la mortalidad se ha observado en niños menores de 75 años”. (Quintero M., & Cerquera A. 2018). El tiempo de seguimiento no afectó los resultados. Concluyeron que *“los resultados apoyan los hallazgos previos de que las percepciones negativas de la salud general predicen la mortalidad. Es necesario dilucidar los mecanismos por los cuales este indicador puede predecir la mortalidad en adultos mayores, que puede ser diferente para hombres y mujeres. Se sugiere que se explore el papel de la depresión ya que el impacto de la salud auto percibida sobre la mortalidad estuvo ausente en los estudios que la incluyeron.”*

Flores B., Castillo Y., Ponce D., et al. (2018). En su estudio: “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar” (México), tuvieron como “objetivo evaluar es evaluar la calidad de vida de los adultos mayores desde su contexto familiar”.( Flores B., Castillo Y., Ponce D., et al. 2018). “Utilizando un diseño descriptivo y transversal en una muestra de 99 adultos mayores, en quienes calificaron la percepción de las dimensiones de la calidad de vida con la escala WHOQOL-BREF”(Flores B., Castillo Y., Ponce D., et al. 2018). Los resultados fueron: “La percepción de la calidad de vida fue mala en el 45,5% de los ancianos; fue aceptable con un 44,4% y solo alto con un 10,1%. La dimensión salud física promedió 39,32, la psicológica 42,67, las relaciones sociales 39,30 y la ambiental 37,40”(Flores B., Castillo Y., Ponce D., et al. 2018). Concluyeron que *“casi la mitad de los adultos mayores tenían una mala calidad de vida. La dimensión más afectada fue el medio ambiente”*

Herrera E., Pablos A., Chiva-Bartoll O., Pablos C. (2017). En su estudio “Efectos de la Actividad Física en la Salud Percibida y Condición Física de los Adultos Mayores” (España), tuvieron como “objetivo conocer los efectos de un programa integral de actividad física (PAFI) sobre la salud percibida (SP) y la condición física (CF) en adultos mayores de 65 años” (Herrera E., Pablos A., Chiva-Bartoll O., Pablos C. 2017). “Optaron por un diseño cuasi-experimental con una intervención (PAFI) basado en medidas pre-test y post-test. La muestra estuvo formada por 26 adultos mayores en el grupo experimental (EG) y 20 en el grupo control (KG). El PAFI estaba orientado al desarrollo de la función fisco-motora, la estimulación cognitiva, el bienestar psicológico y las relaciones sociales. El programa duró 8 meses en 2 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Para medir las variables utilizaron el cuestionario

SF12v2, que puntúa 8 componentes relacionados con la salud física y mental. Utilizaron el Senior Fitness Test para evaluar su condición física”. (Herrera E., Pablos A., Chiva-Bartoll O., Pablos C. 2017). “Para sus resultados realizaron un análisis estadístico con ANOVA para SP y MANOVA para CF. Encontraron que hubo una mejora significativa en las variables salud mental y condición física en general”. (Herrera E., Pablos A., Chiva-Bartoll O., Pablos C. 2017). Concluyeron que *“El cumplimiento del PAFI conduce a un aumento en la percepción de bienestar emocional y condición física. Ambos resultados podrían ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores”*

Cuadra A., Medina E. y Salazar K. (2016) en la investigación “Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica” (Chile), “Su principal objetivo fue relacionar las variables bienestar mental, apoyo social, salud física y mental con la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Arica”.(Cuadra A., Medina E. y Salazar K. 2016). “El tipo de muestreo utilizado fue poco probable debido a su disponibilidad. Participaron 150 adultos mayores (42 hombres y 108 mujeres) de diferentes puntos de la ciudad” (Cuadra A., Medina E. y Salazar K. 2016) .Concluyeron que *“Los resultados de la calidad de vida se correlacionaron de manera positiva y estadísticamente significativa con el bienestar mental (0,763), el apoyo social (0,431) y la salud física y mental (0,586)”*.

Corugedo M., et al. (2014) en la investigación “Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces” (Cuba), moldeó la calidad de vida percibida de las personas mayores en el hogar de ancianos de la comunidad de Cruces. “Entre febrero de 2012 y febrero de 2013 realizó un estudio observacional descriptivo transversal. El universo estuvo formado por 28 personas mayores. La información fue

proporcionada a solicitud de M.G.H. Se utilizaron métodos estadísticos”(Corugedo M., et al. 2014). “Los resultados fueron que las personas mayores perciben en general una baja calidad de vida independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios). La dimensión de resultado más baja fue la satisfacción con la vida. El 82% de los adultos mayores percibió una mala calidad de vida al respecto, seguido de la dimensión socioeconómica” (Corugedo M., et al. 2014). Concluyeron que “*Casi todas las personas mayores del estudio sentían una mala calidad de vida debido al predominio de estados de resentimiento y malos lazos o mala calidad en las relaciones con sus familiares*”.

Sánchez L., Gonzáles U., Alerm A. y Bacallao J. (2014) en la investigación “Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor” (Cuba); “Evaluaron la calidad de vida psicológica en relación con la función física, examinaron a 190 adultos mayores (131 mujeres y 59 hombres) con una edad promedio de 76 años, que aceptaron participar en el estudio” (Sánchez L., Gonzáles U., Alerm A. y Bacallao J. 2014). “Con 5 cuestionarios examinaron la calidad de vida física y mental. Realizaron un estudio de análisis factorial exploratorio con base en las dimensiones física y psicológica, así como las variables que resumen las escalas en los instrumentos, para comparar el comportamiento de hombres y mujeres” (Sánchez L., Gonzáles U., Alerm A. y Bacallao J. 2014). “De los resultados del análisis factorial surgieron tres factores, y las dimensiones física y psicológica parecían disociadas. La valoración geriátrica fue menos favorable en mujeres” (Sánchez L., Gonzáles U., Alerm A. y Bacallao J. 2014). Concluyeron en que “*Los resultados sugieren que las personas mayores pueden alcanzar altas puntuaciones en el área psicológica de la calidad de vida a pesar de las bajas puntuaciones en el área física debido a la enfermedad. Así, apoyaron la*

*necesidad de desarrollar estrategias que ayuden a fortalecer los aspectos psicoafectivos de la vida en los adultos mayores”.*

Moreno X., Huerta M., Albala C. (2014). En su estudio: “Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores” (Chile), tuvieron como “objetivo de investigar la asociación entre las autopercepciones negativas de la salud general y la mortalidad en adultos mayores. Mediante la revisión sistemática, cuyos criterios de inclusión fueron estudios longitudinales, autoevaluación de la valoración de la salud por una pregunta de salud general, muestras de personas de 60 años o más que vivían en la comunidad. Investigación en bases de datos electrónicas y verificación de referencias”.

(Moreno X., Huerta M., Albala C. 2014) . Resultados: “Se seleccionaron dieciocho estudios publicados entre 1993 y 2011. Seis de los siete que analizaron muestras de ambos sexos encontraron un mayor riesgo de muerte en personas que calificaron su estado de salud como malo; las covariables más comunes fueron edad, sexo, enfermedad crónica y estado funcional. La mitad de los estudios que solo analizaron a hombres o mujeres encontraron que la asociación era significativa. El impacto de la salud auto percibida sobre la mortalidad se ha observado en menores de 75 años. El tiempo de seguimiento no afectó los resultados” (Moreno X., Huerta M., Albala C. 2014). Concluyeron que: *“Los resultados apoyan hallazgos previos de que las autopercepciones negativas sobre la salud en general predicen la mortalidad. Es necesario dilucidar los mecanismos por los cuales este indicador puede predecir la mortalidad en adultos mayores, que puede ser diferente para hombres y mujeres. Se sugiere que se explore el papel de la depresión ya que el impacto de la salud auto percibida sobre la mortalidad estuvo ausente en los estudios que la incluyeron”*

Cardona J., Álvarez M., Pastrana S. (2014). En su estudio “Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012”, tuvieron como “objetivo de conocer el perfil de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los adultos mayores de hogares de retiro públicos y privados en Medellín. comparar” (Cardona J., Álvarez M., Pastrana S. 2014). “Mediante un estudio correlativo transversal de 220 adultos mayores seleccionados mediante muestreo probabilístico. Utilizaron el WHOQOL-BREF y el historial médico de cada individuo. Calificaron la confiabilidad de la escala con el alfa de Cronbach, la consistencia interna y la validez discriminante con las correlaciones según Pearson. Los análisis de CVRS se basaron en medidas de suma y frecuencia, pruebas paramétricas y no paramétricas y regresión lineal” (Cardona J., Álvarez M., Pastrana S. 2014). “Encontraron 50% hipertensión, 23,6% diabetes mellitus, 22,3% dislipidemia y 15% osteoporosis. El WHOQOL-BREF mostró una excelente confiabilidad, consistencia interna y validez discriminante; la mejor puntuación fue para la salud mental y la peor para las relaciones sociales. No se encontraron diferencias en la CVRS por tipo de hogar geriátrico y los principales factores fueron la satisfacción con el apoyo familiar y domiciliario y la participación en grupos sociales”(Cardona J., Álvarez M., Pastrana S. 2014). Concluyeron que *“Se han identificado algunos factores determinantes de la CVRS, que muestran su multidimensionalidad; información relevante para la posterior investigación e implementación de políticas de salud y medidas clínicas”*

De la Revilla L., De los Ríos A. y Luna del Castillo J. (2007) en el estudio “Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales” (uso de GHQ-28)(España); cuyo “objetivo consistió en examinar variables personales y familiares que intervienen en la ocurrencia de problemas psicosociales (PPS), conocer el papel de los eventos vitales estresantes (AVE), la red y el apoyo social en su desarrollo,

y asignar un perfil del paciente con PPS crear” (De la Revilla L., De los Ríos A. y Luna del Castillo J. 2007); “mediante un estudio transversal y descriptivo en el Centro de Salud Almanjayar, Granada, España; en el que tuvieron una muestra sistemática de 314 pacientes mayores de 18 años como participantes; cumplimentando cada paciente el GHQ-28 (se tomaron valores  $\geq 8$  como indicación de PPS), el test de Apgar familiar, la escala de reajuste social de Holmes y Rahe, el cuestionario Duke UNC, para realizar un análisis multivariado para determinar qué categorías eran independientes” (De la Revilla L., De los Ríos A. y Luna del Castillo J. 2007). Llegaron a la conclusión de que “entre las edades de 30 y 59, una mujer y un trabajador no calificado tienen un mayor riesgo de contraer SPP. La estructura de la familia monoparental, la percepción de disfunción familiar, el alto grado de estrés (razón de posibilidades [OR] = 3,02; intervalo de confianza [IC] del 95% [IC] 1,76-5,18) y el bajo nivel de apoyo social funcionan en la misma dirección” (De la Revilla L., De los Ríos A. y Luna del Castillo J. 2007). Concluyeron que *“el perfil de un paciente con SPP en España sería el de una mujer de mediana edad que forma parte de una familia soltera y / o disfuncional que ha tenido un ictus mayor y no cuenta con el apoyo social adecuado”*.

Sanhueza M., Castro M. y Merino J. (2005) en la investigación “Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud” (Chile) revisó “el concepto de la funcionalidad de las personas mayores en un contexto internacional y nacional, con referencia a la investigación realizada en Chile y declaraciones generales sobre las herramientas de evaluación más utilizadas y el rol del sector salud y especialmente de la atención”.(Sanhueza M., Castro M. y Merino J. 2005). Concluyeron en *“proponer un programa de actividades encaminadas a mejorar la funcionalidad de las personas mayores”*.

Wong R., Paláez M. y Palloni A. (2005) en la investigación “Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador”; Su objetivo fue “evaluar el autoinforme de salud general (ASG) como indicador de salud y analizaron sus covariables en personas de 60 años o más que residían en hogares privados en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe” (Wong R., Paláez M. y Palloni A. 2005). “Se trata de un estudio descriptivo transversal basado en datos de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada entre 1999 y 2000 en: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; México, D. F., México; Ciudad de La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; y São Paulo, Brasil ”(Wong R., Paláez M. y Palloni A. 2005). “Se examinaron las características demográficas y socioeconómicas de los participantes, algunos indicadores de salud (autoinforme sobre enfermedades crónicas, padecimiento de depresión y elementos cognitivos), la red de apoyo social y familiar, el uso de los servicios de salud, la funcionalidad reportada y observada. . . , los ingresos del encuestado y los bienes de consumo duraderos en su hogar. En los modelos de regresión (probit) se utilizó como variable dependiente un estado de salud regular o precario según la autoevaluación. El efecto marginal de cada variable explicativa categórica se usó para indicar la diferencia entre la probabilidad de reportar mala salud para las personas con y sin un rasgo en particular” (Wong R., Paláez M. y Palloni A. 2005). Como resultado, encontraron que: “En todas las ciudades estudiadas, la tendencia a reportar una salud excelente fue muy baja (6% o menos). Los resultados del análisis multivariado de la relación entre SGA pobre o regular y covariables mostraron: La importancia relativa de diferentes indicadores de salud como covariables SGA; la relación entre sociodemográficos y SGA; y las diferencias o similitudes encontradas entre los siete centros urbanos en relación con las relaciones estudiadas. La proporción

de buena salud auto informada fue mayor en Buenos Aires y Montevideo (60%), seguidos de Bridgetown y São Paulo (alrededor del 50%) y de Ciudad de La Habana, Santiago y México, D.F. (entre 30 y 40%). La calificación de la memoria propia fue el factor más fuertemente asociado con la puntuación SGA, seguido de la satisfacción nutricional y la satisfacción con la vida” (Wong R., Paláez M. y Palloni A. 2005). Concluyeron que *“la ASG cubrió muchas facetas de la salud de las personas mayores, como el padecimiento de enfermedades crónicas, su satisfacción con la dieta y la vida, su percepción de la memoria y los problemas funcionales que padecían”*.

Azpiazu M. et al. (2002) en la investigación “Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años” (España); tuvieron como “objetivo contribuir a un mejor conocimiento de los principales factores que influyen en la calidad de vida y la percepción de la salud de los mayores de 65 años, así como determinar qué ventajas y desventajas presenta cada uno de los tres instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida frente a los otros dos instrumentos utilizados” (Azpiazu M. et al. 2002). “Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística a partir de entrevistas domiciliarias al 911 de personas mayores de 65 años no institucionalizadas”(Azpiazu M. et al. 2002)., que incluyeron “los resultados del Nottingham Profile (PSN), Euroqol , ambos genéricos en con los cuestionarios de calidad vida; y de Salud Autopercebido ) con las características , la cantidad económicos, el grado de socio-familiar, el estado de desempeño físico y . Los principales factores con las percepciones de mala y mala calidad de vida en (EQ) y Nottingham Profile (PSN) son los de ansiedad (cocientes de 1,8 (IC: , para la movilidad y 7,9: 4,5-13,9) para , trastornos depresivos (OR: 1,8 (IC: , para dolor / -3, 3 (IC: , para aislamiento social), de ejercicio (OR: 1,4 ( CI: . para ansiedad / -3.9 (CI: 2.5-6.2) para diarias), dependencia para básicas de la vida (OR: 0.5 (CI: para

respuesta emocional -4.8 (CI: . para las actividades ) y dependencia de las instrumentales de la vida (OR: 1.5 (CI: . para la Escala Analógica <70-7.1 (CI: . para la higiene )” (Azpiazu M. et al. 2002). Concluyeron que *“La salud mental y el funcionamiento son los factores que más afectan la percepción de la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Como los tres instrumentos utilizados han obtenido resultados similares, el Euroqol ofrece ventajas por su brevedad, incluida una valoración global y por dimensiones”*.

Casado J. Et al. (2001) en la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria” (España) estudió “calidad de vida relacionada con la salud al asesorar a pacientes mayores y factores relacionados; a través de un estudio observacional y transversal; examinó a pacientes mayores de 65 años sin impedimentos físicos o mentales que cambiaran la comunicación médico-paciente que solicitaban consulta” (Casado J. Et al. 2001). “El muestreo continuo se realizó con una precisión de 0.05 puntos y un nivel de confianza del 95% (Figura 386 requerida); Los pacientes completaron la versión española validada del perfil de salud de Nottingham. Las variables sociodemográficas y de morbilidad se registraron a partir de la anamnesis y la entrevista al paciente” (Casado J. Et al. 2001). “El cuestionario fue respondido por 386 pacientes, con una puntuación total media de 9.166 puntos (porcentaje de deterioro 25,5%; IC 95%, 23,8-27,1%). Cada dimensión del cuestionario se deterioró: «Energía» (22%; IC 95%, 25,3) -18,7%), "dolor" (22,5%, IC del 95%, 24,9-20,1%), "sueño" (31,7%; IC del 95%, 34,8-28,6%), "aislamiento social" (16,5% ; IC del 95%, 18,9-14,1%), "estado emocional" (27,9%; IC del 95%, 30,5-25,8%) y "movilidad" (28,3%; IC del 95%, 30,7-25,9%). De las estadísticas Mirándolo, las mujeres mostraron un mayor grado de deterioro que los hombres (28,7% vs 19,0%;  $p < 0,001$ ), excepto en la esfera "energía"; las personas de mayor edad (23,1%, 21,1%,

24,4%, 30,5% y 35,9%, respectivamente, en los grupos de edad 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 y > 84 años;  $p < 0,001$ ), excepto en las esferas "dolor" y "sueño", los que vivían solos o sin su pareja, los incluidos en el programa de atención domiciliaria (42,8% frente a 23,3%;  $p < 001$ ), los que presentaban mayor número de patologías crónicas y los que consumían mayor número de fármacos” (Casado J. Et al. 2001). Concluyeron que *“existe un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas mayores, asociado a diferentes factores sociodemográficos y de morbilidad”*.

Meléndez M., Montero R., Jiménez C. & Blanco L. (2001) en la investigación “Autopercepción de la salud en ancianos no institucionalizados” (España) “su objetivo fue evaluar la autopercepción de salud (AS) de los mayores de 65 años no institucionalizados. Relacionaron dicha AS con edad, sexo, nivel socioeconómico (NSE) y utilización de servicios sanitarios (USS)” (Meléndez M., Montero R., Jiménez C. & Blanco L. 2001); “mediante un estudio descriptivo transversal de la muestra estratificada por edad y sexo en la ciudad de Ávila. El estudio incluyó un total de 425 entrevistas representativas de la población censal mayor de 65 años utilizando el cuestionario de salud SF-36 y un cuestionario complementario que recopila información sobre el NSE y la URSS” (Meléndez M., Montero R., Jiménez C. & Blanco L. 2001). Sus principales resultados fueron que “el índice de bienestar QWB es 0,67 (0,69 hombres; 0,65 mujeres) y disminuye con la edad (0,70 en <70 years; 0.59 in> 84 años). Los mejores valores del cuestionario se dieron en las dimensiones función social (81,1) y rol emocional (79,8) y los peores en salud general (51,9) y vitalidad (58,5), con valores cada vez mejores Hombres ( $p < 0,05$  excepto. ). en función física [ $p = 0,05$ ] y en estado de salud general [ $p = 0,47$ ]). A medida que las personas envejecen, todavía hay peores valores que tienen un impacto en más función física (-50,6%) y rol físico (-

45,7%) y menos salud mental (-12,1%), salud general (-16,1 %) y rol emocional (-17,8%). Los hombres perciben que su salud es más estable que las mujeres (63,7% vs 44,6%;  $p < 0,001$ ). A mayor NSE ( $p < 0,05$  en todas las dimensiones), mayor nivel educativo ( $p < 0,05$  excepto en funciones sociales) y menor USS ( $p < 0,05$  excepto hospitalización psiquiátrica)” (Meléndez M., Montero R., Jiménez C. & Blanco L. 2001). Concluyeron que *“el índice de bienestar de las personas mayores es comparable al de otros grupos de población. Los hombres tienen mejor SA que las mujeres y asumen que una mayor proporción de su salud se mantendrá estable. La EA empeora significativamente con la edad. Un NSE más alto y un USS más bajo están relacionados con un mejor AS”*.

Fernández N., Clúa A., Báez R., Ramírez M. y Prieto V. (2000) en la investigación “Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos” (Cuba) “Se realizó un estudio descriptivo en 3 municipios de la ciudad de La Habana en los años 1994-1997” (Fernández N., Clúa A., Báez R., Ramírez M. y Prieto V. 2000). “La prueba PFEIFFER se utilizó en todos los ancianos seleccionados para descartar un déficit intelectual; el declive intelectual fue un criterio de exclusión. Se estudiaron un total de 324 personas mayores mediante el cuestionario de Neugarten para determinar el bienestar mental y una encuesta elaborada por los investigadores en la que las variables generales (edad, sexo, estado civil, ocupación y educación) y algunas variables de estilo de vida son como tú: Actividad laboral y sus características, tiempo libre y ocupación, actividad física, hábitos de consumo (alcohol y tabaco), relaciones personales y contactos sociales. Además, examinaron algunos elementos del estilo de vida que pudieran afectar el bienestar, las percepciones de salud y la morbilidad que reporta la propia persona en relación con síntomas o dolencias, así como enfermedades crónicas

en cualquiera de ellos, utilizando al médico de familia como una fuente” (Fernández N., Clúa A., Báez R., Ramírez M. y Prieto V. 2000). Concluyeron que: *“El estilo de vida de los ancianos examinados se caracterizó por una actividad laboral asociada a las tareas del hogar o al cuidado de niños y / o ancianos; las actividades con las que utilizaban su tiempo libre eran individuales, sedentarias, en el marco del hogar y con escasa participación en ejercicios físicos sistemáticos. En la muestra examinada, existe una conexión entre la evaluación subjetiva de la salud, la presencia de problemas de salud específicos y la satisfacción con la vida. Se encontró una conexión entre las condiciones socioeconómicas y las evaluaciones subjetivas de la salud. Las quejas y los cambios que más afectan a las personas mayores son los problemas visuales, motores o nerviosos. Aproximadamente 3 de cada 4 personas mayores examinadas padecen una enfermedad crónica”*.

### **2.1.2 Nacionales**

Hernández J., Chavez S. y Yhuri N. (2016) en la investigación “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú” Se evaluaron “la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú” (Hernández J., Chavez S. y Yhuri N. (2016). A través de un “Estudio transversal de una población adulta mayor de cuatro distritos rurales y un distrito urbano, realizado entre octubre de 2014 y enero de 2016. La relación entre el espacio habitable y cinco variables sociodemográficas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado. Mediante el test de suma de rangos de Wilcoxon y la valoración del ámbito de actuación, se midieron y compararon las dimensiones y su puntuación total obtenidas con los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Realizaron regresiones lineales simples y múltiples para encontrar valores ajustados para diferencias sociodemográficas. El cuestionario se entregó a 447 adultos mayores con

una edad promedio de 69 años (+ 6,46 años), 207 de áreas rurales que están predominantemente empleados y han tenido menos años de educación” (Hernández J., Chavez S. y Yhuri N. 2016). “Obtuvieron como resultado que la población adulta mayor del área agrario tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones “Física”, "Psicológico" y "Medioambiente" del WHOQoL-BREF y en "Habilidades sensoriales", "Autonomía", "Actividades del caduco, presente y futuro", "Participación social" y en el puntaje total del WHOQoL-OLD; entretanto que aquellos del área cortesana sólo mostraron mayor función de vida en el intervalo "Intimidad” (Hernández J., Chavez S. y Yhuri N. 2016). Concluyeron que *“El lugar de residencia tiene diferentes efectos sobre las diversas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta mayor examinada”*.

Casas P., Varela L., Tello T., Ortiz P. y Chávez H. (2012) en la investigación “Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general” “Se describieron el perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general” (Casas P., Varela L., Tello T., Ortiz P. y Chávez H. 2012). “A través de un estudio descriptivo y transversal realizado a través de entrevistas a pacientes en el servicio ambulatorio de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) entre agosto de 2011 y enero de 2012. Se calificaron 290 pacientes” (Casas P., Varela L., Tello T., Ortiz P. y Chávez H. 2012). Se obtuvieron los siguientes resultados: “Un 69,3% eran mujeres; El 65,5% tenía entre 60 y 79 años. La hipertensión arterial fue el diagnóstico más común (55,5%). El 83,1% utilizó algún tipo de medicación y el 45% más de 3 medicamentos. En la valoración por áreas: 83,5% eran autónomos, 18,1% tenían deterioro cognitivo, 7,7% depresión, 79,3% riesgo social, 23,8% disfunción familiar, 31,4%% riesgo de desnutrición, 23,4% obesidad, 96% mala higiene del sueño

y 4,9% riesgo de caer. El síndrome geriátrico más frecuente fue “caídas” en 23,8% y de los problemas geriátricos, el “edentulismo” en 77,6%; 17,4% eran frágiles según la velocidad de la marcha; encontraron asociación entre fragilidad y edad avanzada, género femenino y la presencia de riesgo social”(Casas P., Varela L., Tello T., Ortiz P. y Chávez H. 2012). Concluyeron que *“los pacientes que acudieron al ambulatorio geriátrico fueron predominantemente mujeres, funcionalmente autónomas, sin deterioro cognitivo, con riesgo social y función familiar adecuada, prefrail y principalmente con enfermedades crónicas no transmisibles”*.

Mavhier J., Días C., Apolaya M., Manrique L. y Arequipa J. (2009) en la investigación “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo” “evaluaron la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de la ciudad de Chiclayo, e identificaron qué características epidemiológicas están relacionadas con ello” (Mavhier J., Días C., Apolaya M., Manrique L. y Arequipa J. 2009). “Se realizó un muestreo por conglomerados con 400 sujetos, a los que se les aplicaron dos instrumentos: un registro socio epidemiológico y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud Encuesta de salud SF-36, cuyas dimensiones fueron evaluadas: función física (FF) , rol físico (FR), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM)”. (Mavhier J., Días C., Apolaya M., Manrique L. y Arequipa J. 2009). “Encontraron una población predominantemente femenina (56,25%) con una edad media de  $70,62 \pm 8,02$  y una edad media general de  $71,29 \pm 7,90$ . El 52,75% manifestó la presencia de enfermedades agudas y / o crónicas y el 18,3% manifestó haber consumido sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, sedantes).Con respecto a los resultados del SF-36, pudieron observar que las dimensiones FS, SM y VT recibieron las calificaciones más altas con 72,75%,

68,74% y 64,61%, respectivamente; y las dimensiones más bajas se refieren a SG, RF y DC a 50,22, 61,18 y 62,22, respectivamente” (Mavhler J., Días C., Apolaya M., Manrique L. y Arequipa J. 2009). Concluyeron que *“el género masculino, nivel educativo, ingresos > S/. 1.000 son factores protectores; mientras que la vejez, la falta de ocupación lucrativa, la falta de seguro médico y finalmente una enfermedad crónica son nuestros factores de riesgo”*.

Inga J. y Vara A. (2006) en la investigación “Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú” “entrevistó a 122 ancianos residentes de la ciudad de Lima para determinar los principales factores en su satisfacción con la vida. Para ello, construyeron 7 escalas (resentimiento, satisfacción con la vida, maltrato a las personas mayores, dependencia por discapacidad, apoyo social, identidad de amigo prosocial, identidad de amigo antisocial)” (Inga J. y Vara A. 2006). “Los resultados mostraron que las características sociodemográficas de la muestra de estudio son similares a las de la población nacional e internacional de adultos mayores. También encontraron que las personas mayores encuestadas tenían un alto nivel de satisfacción con la vida; Sin embargo, mostraron un mayor nivel de insatisfacción con aspectos como la debilidad física, los sentimientos de abandono por parte de los familiares y la soledad o desesperanza” (Inga J. y Vara A. 2006). Concluyeron que *“el resentimiento fue el factor que está más asociado a la satisfacción de vida en los adultos mayores, seguido del nivel de instrucción, apoyo social recibido, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato familiar y densidad amical”*.

Aliaga G. y Durand M. (2003) en la investigación “Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú” “Determinaron el diagnóstico de la situación de salud en las comunidades campesinas alto andinas con difícil acceso a los servicios del Ministerio de Salud (MINS), en

áreas de alta distribución poblacional correspondientes a las provincias de Huari y Carlos Fermín Fitzcarrald del departamento de Áncash, analizaron y consolidaron los informes médicos y antropológicos de 32 comunidades campesinas, elaborados por el equipo local de excursionistas para la atención de la salud extrauniversitaria (ELITES ) en los meses de febrero a diciembre” (Aliaga G. y Durand M. 2003). “En 2003 se obtuvieron los siguientes resultados: 3% de la población visitada se consideró sana según el diagnóstico médico. La desnutrición crónica es más común en niños menores de 5 años, mientras que la desnutrición aguda es más prevalente en escolares y adolescentes. La caries dental es la principal causa de enfermedad” (Aliaga G. y Durand M. 2003). Concluyeron que *“las enfermedades bucodentales son la principal causa de enfermedad tanto en general como en los distintos grupos estudiados; seguido de parasitosis y desnutrición”*.

## 2.2 Bases teóricas

La Organización mundial de la salud (OMS) define el envejecimiento activo como “el proceso de optimizar las posibilidades de luchar por la salud, por la participación en la vida y por la salvaguarda de la calidad de vida en la vejez. Los adultos mayores pueden contribuir mucho: tienen sabiduría y experiencia, y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y familias, y serán más felices”. (OMS, 2001 – vigente hasta la fecha)

Habitamos en un mundo que envejece. En 2008, más de 600 millones de personas en todo el mundo tenían 60 años o más, y para 2050 eso será aproximadamente el 22% de la población total, o casi 2 mil millones de personas. En América Latina y el Caribe, se cree que la población mayor de 60 años ha aumentado a 42 millones en 2000 y 100 millones en 2005. Los científicos estiman que son unos 120 años, pero llegar a esa edad o incluso prolongar la vida no es importante, pero estar capaces de vivir años sin discapacidad, envejecimiento saludable, para que ser sujetos activos al límite de nuestra vida”. (Martínez A. y Fernández I. (2008)).

“El envejecimiento se ha con una mayor de diversas enfermedades , incluida la enfermedad de las coronarias, la DM no y la osteoporosis. está bien documentado que se cambios concurrentes en la corporal, incluido un de la grasa y una disminución de la masa y la densidad , factores que juntos a una disminución de la muscular y la aeróbica. Las enfermedades se encuentran entre las más importantes que son de morbilidad y en pacientes senescentes. Los del estudio Framingham e investigaciones han demostrado el del HTS en la cardiovascular, particularmente después de los 60 . Esto plantea un de salud grave, ya que plantea un riesgo de desarrollar otras como: afecciones ateroscleróticas, isquémica, accidentes cerebrovasculares y renal. En pacientes , la presencia de HTA al triple el de muerte cardiovascular. Los de riesgo de enfermedades

fueron analizados por grupos de trabajo en estudios y han que la edad, el , el tabaquismo, el social, el alcoholismo, los elevados de colesterol y en sangre, la de ejercicio, correspondiente están estrechamente relacionados. . Un informe de la OPS en la reunión sobre envejecimiento de 2003, Chile, muestra que tres partes de los mayores de 60 años no ejercicio, el 61% sobrepeso y casi la son obesos”. (Martínez A. y Fernández I. 2008)

Según Martínez A. y Fernández I. (2008) en “Ancianos y Salud”, el concepto de salud ha sido “un aspecto muy controvertido de la medicina a lo largo del tiempo. Se descarta el criterio de que salud es igual a ausencia de enfermedad”, la OMS introdujo “el concepto que, como tal, comprende un estado de completo bienestar físico, mental y social, en lugar de solo la ausencia de sufrimiento y enfermedad". La salud y la enfermedad son dos categorías en conflicto. Forman parte de un proceso continuo y móvil que refleja el grado de adaptación humana como ser biosocial a las condiciones biológicas y sociales del entorno. La salud es un estado de equilibrio con un cierto componente subjetivo entre lo biológico y lo psicológico con el entorno social, cultural y natural. La salud, por tanto, no significa simplemente la ausencia de enfermedad, sino un estado biocultural de relativo equilibrio y funcionamiento normal que se mantiene dentro de determinados contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos. Es fácil concluir de esto que los criterios utilizados por la OMS para definir la salud no se aplican a los ancianos. Los cambios relacionados con el proceso de envejecimiento provocan ciertas deficiencias funcionales en los órganos del cuerpo que conducen a la pérdida de la función de todo el cuerpo.

La salud del anciano es considerada como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y gestarse en el seno de la casta y la sociedad, la cual le licencia, de una forma rauda, el desempeño de sus praxis del diario vivir". diversos autores no dejan de tener

“la dificultad existente para regular la capacidad funcional de un andóbal en tres esferas (física, mental y social), y baste todo para seguir de una media real y objetiva la marcha funcional de un cano y valorar la solicitud de la terapéutica que se esté empleando ” (Devesa Colina E. El concepto de salud en el anciano. En: Algunas precisiones en geronto-geriatria. Documento de discusión. Complejo Geriátrico Hospital-Facultad "Dr. Salvador Allende", 1992. (La Habana, Cuba, citado en Martínez A. y Fernández I. 2008)

Las características psicopatológicas más destacadas incluyen las denominadas patologías sociales (soledad, aislamiento, disminución de la autoestima); trastornos del estado de ánimo como “depresión y dolor; la propensión al suicidio; Hipocondría; reacciones paranoides; Reacciones de emergencia; ciertas psicosis y la variedad de trastornos cerebrales orgánicos” (Mishara y Riedel, 1986)

“Las enfermedades mentales son más en los viejos que en otro grupo de edad”. Según Beauvoir (1983).

“En un sector importante de adultos mayores, encontraron que en los sectores urbanos periféricos del Perú comienzan a envejecer a los 65 años, aunque las estimaciones varían en un intervalo de 35 años (de 40 a 75). En la percepción de las causas de la vejez, el 50% son responsables de la edad, el 20% de la pobreza y los demás factores como enfermedad, estilo de vida y eventos críticos de la vida. Al evaluar la dinámica del envejecimiento, el 58% lo ve como un proceso gradual y progresivo, el 28% como un proceso lento y el 14% como un proceso rápido y abrupto. Los indicadores de envejecimiento mencionados con más frecuencia incluyen cambios en la imagen corporal, rendimiento reducido, cambios socioafectivos y cambios funcionales en los órganos”. (Bibolini, Cano y Vásquez, 1990)

“En la vejez se manifiesta en las formas de integración emocional, ajuste social, identidad e individuación, así como en las perspectivas de vida que tienen las personas mayores en respuesta a los déficits y desventajas a las que están expuestas en los distintos planos de existencia, dependiendo de esto. capacidad historia personal y experiencias de vida acumuladas”. (Bibolini, Cano y Vásquez, 1990).

“La salud mental es el equilibrio mental que resulta de la interacción del individuo con su entorno y le permite desarrollar todo su potencial. La salud mental está relacionada con la satisfacción de necesidades” (Zevallos, 1989).

### **2.3 Bases filosóficas:**

La conducta humana está a dos tipos de : legales y morales. Los cambian junto con la social, mientras que las morales, aunque no registradas en él , cambian mucho más , porque la moral no solo a y motivos, sino a emociones sociales como “la empatía y la compasión”, así como a “convivir”. Los pertenecen al “Gremio de , que también incluye , trabajadores sociales y . Este gremio no cabido en la económica habitual que la identifica con él , que afirma que los individuos deben , o buscar, maximizar sus . Los médicos y cuidadores no son ni comerciantes, e maximizar el bienestar de las a su cargo que sus propias . Les confiamos nada que la salud y aun la . O sea, se rigen no sólo por legales sino también por morales, como «Asistirás aun cuando no si serás remunerado». Es que algunos miembros de esta transgreden a veces de esas normas, pero desviaciones son excepcionales y, trascienden, perjudican la de los transgresores, lo que por perjudicarles. El de la medicina ha sido en todas las , pero la ética parece haber emergido recién con el juramento Hipocrático. (Mario Bunge, 2012).

## 2.4 Definición de términos básicos:

- 2.4.1 Salud General:** “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad”. (OMS, 1948).  
Definición que a la fecha sigue vigente.
- 2.4.2 Adulto mayor:** “La OMS considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años” (Varela L, Tello T, 2011). Definición que a la fecha sigue vigente.
- 2.4.3 Síntoma somático:** “Fenómeno que indica un trastorno funcional o lesión y solo es percibido por el paciente”. (Diccionario online de la Academia Nacional de Medicina de Colombia (anmdecolombia), 2014)
- 2.4.4 Ansiedad:** “Sentimiento de desesperación, nerviosismo y aprehensión derivado de la anticipación de un peligro interno o externo”.  
(anmdecolombia, 2014)
- 2.4.5 Disfunción social:** “Anormalidad en el comportamiento en la familia o determinado grupo social”. (Enciclopedia Virtual en español Wikipedia, 2021)
- 2.4.6 Depresión:** “Presencia de síntomas de desánimo, desánimo y tristeza junto con otros síntomas durante un período superior a dos semanas. Los síntomas de la depresión son: estado de ánimo deprimido con sentimientos de malestar y desesperanza, anhedonia y síntomas relacionados como apetito y dificultad para dormir; Agitación o ralentización psicomotora, miedo, pensamientos suicidas, etc”. (anmdecolombia, 2014)

### 3 CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño metodológico

##### 3.1.1 Tipo

###### 3.1.1.1 *Según la intervención de la investigación:*

“Observacional: porque su objetivo es la observación y registro de los síntomas somáticos, ansiedad- insomnio, disfunción social, depresión, sin intervenir en el curso natural de estos” (Manterola y Otzen, 2014).

###### 3.1.1.2 *Según la planificación de la toma de datos:*

“Prospectivo: porque se analizaron datos tomados en un futuro” (Manterola y Otzen, 2014).

###### 3.1.1.3 *Según el número de ocasiones en que se mide las variables del estudio:*

“Transversal: porque se midieron las variables síntomas somáticos, ansiedad- insomnio, disfunción social, depresión en un punto específico en el tiempo”. (Álvarez y Delgado, 2015)

###### 3.1.1.4 *Según las variables de interés:*

“Descriptivo: porque se limita a medir la presencia de las variables síntomas somáticos, ansiedad- insomnio, disfunción social, depresión”. (Veiga, De la Fuente & Zimmerman, 2008)

##### 3.1.2 Enfoque

“Es de tipo cuantitativo, porque se utilizó la recolección de los datos de las variables síntomas somáticos, ansiedad- insomnio, disfunción social, depresión; y su análisis estadístico con el fin de establecer pautas”. (Hernández, Fernández & Baptista, 2017)

## **3.2 Población y Muestra:**

### **3.2.1 Población**

Estuvo constituida por los adultos mayores circundantes en la plaza de armas de Huacho, que aceptaron y completaron correctamente el cuestionario GHQ-28 en junio-agosto 2021 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

*Criterios de inclusión.*

- Pacientes mayores de 60 años sin deterioro cognitivo.
- Pacientes que acepten y completen correctamente el cuestionario GHQ-28.

*Criterios de exclusión*

- *Pacientes menores de 60 años*
- *Pacientes mayores de 60 años con deterioro cognitivo*
- *Pacientes que no acepten, no completen correctamente el cuestionario GHQ-28*

### **3.2.2 Muestra**

Fue la misma que la población.

### 3.3 Operacionalización de Variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL E INDICADORES	TIPO SEGÚN SU NATURALEZA	TIPO SEGÚN SU FUNCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Síntomas somáticos</b>	Fenómeno que revela un trastorno funcional o una lesión y que es percibido sólo por el paciente. (Diccionario online de la Academia Nacional de Medicina de Colombia (anmdecolombia), 2014)	<b>Cuestionario GHQ-28 ítems A</b>	Cuantitativa	Independiente	Nominal
<b>Ansiedad - insomnio</b>	Ansiedad: sentimiento de desesperación, nerviosismo y aprehensión derivado de la anticipación de un peligro interno o externo. (anmdecolombia, 2014) Insomnio: dificultad para conciliar el sueño a la hora de dormir. (anmdecolombia, 2014)	<b>Cuestionario GHQ-28 ítems B</b>	Cuantitativa	Independiente	Nominal
<b>Disfunción social</b>	Anormalidad en el comportamiento en la familia o determinado grupo social. (Wikipedia es, 2021)	<b>Cuestionario GHQ-28 ítems C</b>	Cuantitativa	Independiente	Nominal
<b>Depresión</b>	Presencia de síntomas de desánimo, desaliento y tristeza asociados con otros síntomas por un lapso mayor de dos semanas. (anmdecolombia, 2014)	<b>Cuestionario GHQ-28 ítems D</b>	Cuantitativa	Independiente	Nominal

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.4.1 Técnicas para emplear**

Se obtuvo la información correspondiente de los ancianos que circundaron la plaza de armas de Huacho, sus datos de identificación y el llenado del cuestionario GHQ-28.

#### **3.4.2 Descripción de los instrumentos**

“Golberg Health Questionary – 28”, es un cuestionario autoadministrado que evalúa la salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir realizando funciones normales y saludables y la aparición de nuevos fenómenos de malestar mental. El objetivo no es hacer un diagnóstico, sino identificar los trastornos mentales en instituciones no psiquiátricas. Contiene 4 subescalas (dimensiones) con 7 ítems cada una: A: síntomas somáticos; B: insomnio por ansiedad; C: disfunción social; D: depresión. Tiene una confiabilidad de 0.90, una sensibilidad / especificidad fluctúa entre 44% y 100%, una sensibilidad de 84.6%. (Lobo A., Pérez-Echevarría M., Artal J., 1986); validado para Perú por Tirado P. y cols. En una Tesis presentada a la UNCV Trujillo, 2008.

### **3.5 Técnicas para el procesamiento de la información**

Para el procesamiento se usaron la suite de Microsoft Office, las aplicaciones Microsoft Excel y Microsoft Word.

## 4 CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Luego de realizar las encuestas y de contabilizar las correctas de acuerdo con los criterios de inclusión ya mencionados, descontando a aquellos que no aceptasen o se retirasen en medio de la aplicación del test -como estaba estipulado en el protocolo de consentimiento informado-; se contó con un total de 30 participantes aptos, de los cuales 10 son mujeres y 20 varones. Con toda la información se realizó una base de datos, mostrados en el Anexo “F”

### 4.1 Análisis de resultados.

Del tratamiento de la información, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables señaladas en la investigación y de los factores adyacentes usando el instrumento de la investigación (GHQ-28):

En la tabla 1 y 2, mostramos el total del universo apto encuestado, hallándose un 66,67% de varones y un 33.33% de mujeres; de los entre los cuales, los casos hallados positivos al test fueron: en los varones un 42.86%, en las mujeres 57,14%. Para mejor visualización, se muestran las figuras 1 y 2 seguidas a las tablas 1 y 2:

**Tabla 1**

*Frecuencias absolutas de los participantes aptos respecto al género.*

	Caso	No caso	total
<i>Varones</i>	3	17	20
<i>Mujeres</i>	4	6	10
<i>Total</i>	7	23	30

Fuente: elaborado por el autor en base a encuesta realizada.

**Tabla 2**

*Frecuencias relativas de los participantes aptos respecto al género.*

	Caso	No caso	total
<i>Varones</i>	42,76%	73,91%	66,67%
<i>Mujeres</i>	57,14%	26,09%	33,33%
<i>Total</i>	100%	100%	100%

Fuente: elaborado por el autor en base a encuesta realizada.

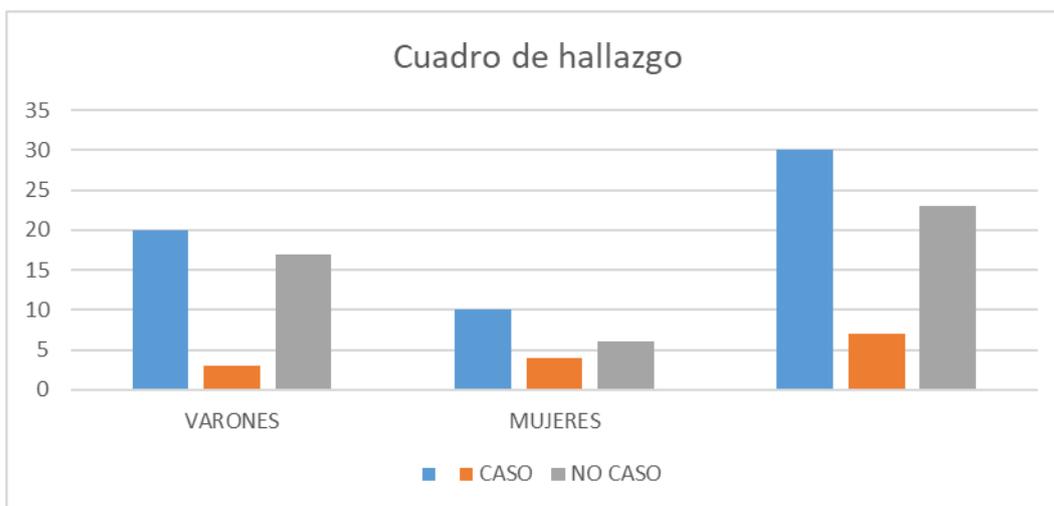


Figura 1. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del formulario “Golberg Health Questionary-28”

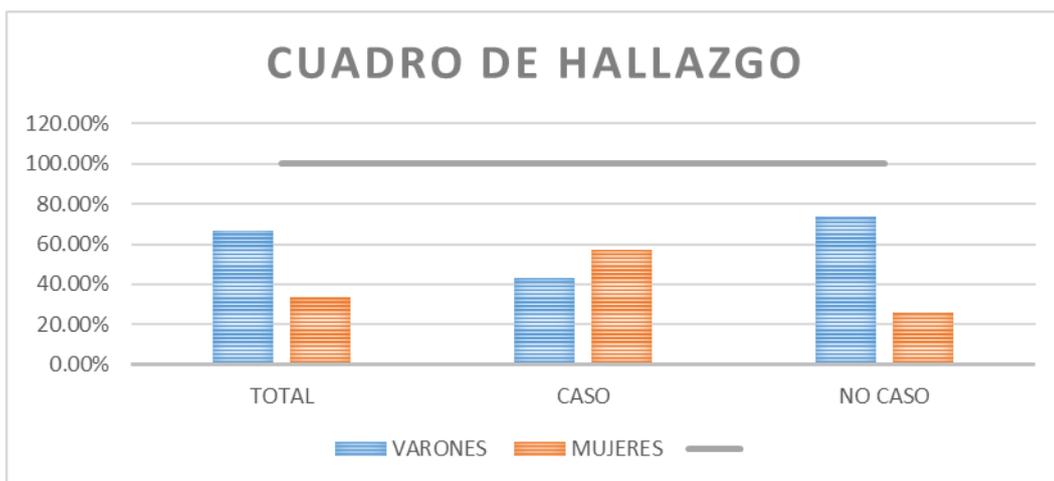


Figura 2. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del formulario “Golberg Health Questionary-28”

En la tabla 3 se muestran los resultados de los puntajes obtenidos positivamente en el test (para cada pregunta del test – como se especifica en el instrumento- corresponden “0” para negativo – las 2 primeras respuestas- y “1” para positivo – las 2 respuestas finales; en un enfoque de hallazgos), según cada bloque de preguntas, que corresponden a 1 variable del estudio. Se resalta la mayor cantidad de positivos en el bloque de “Ansiedad insomnio” y menor cantidad en el bloque de “Depresión”.

**Tabla 3**

*Resultados positivos en el Test.*

PREGUNTAS POSITIVAS	
Bloque A: Somáticos	30
Bloque B: Ansiedad - insomnio	53
Bloque C: Disfunción social	30
Bloque D: Depresión	10
	123

Fuente: elaborado por el autor en base a encuesta realizada.

Para mejor visualización, se muestra la figura 3

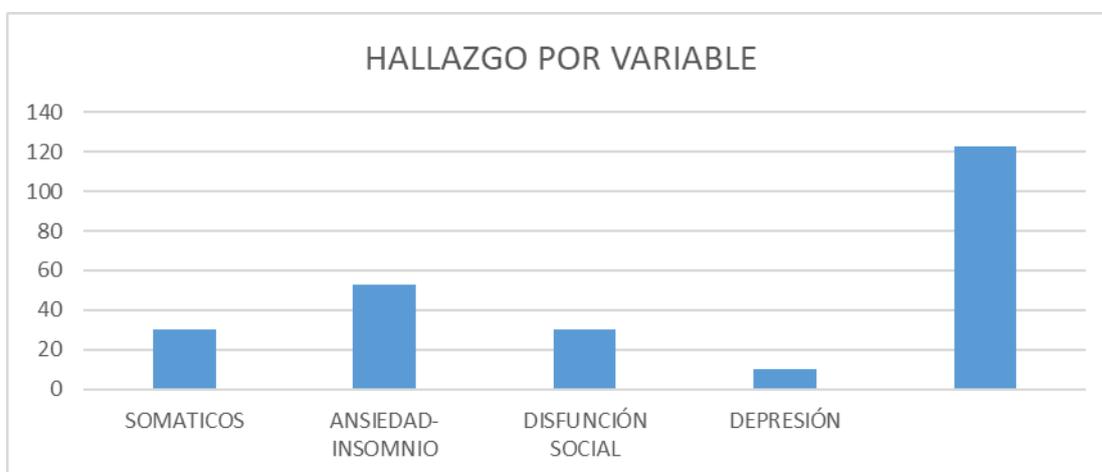


Figura 3. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del formulario “Golberg Health Questionary-28”

En la tabla 4 se muestran las personas con mayores puntajes encontrados en el test, los dos más alto en los varones y los dos más alto en las mujeres, arrojando el mayor puntaje por test global una mujer.

**Tabla 4**

*Mayores puntajes encontrados en el Test.*

	PUNTAJE A	PUNTAJE B
VARONES	17	13
MUJERES	20	15

Fuente: elaborado por el autor en base a encuesta realizada.

Para mejor visualización, se muestra la figura 4

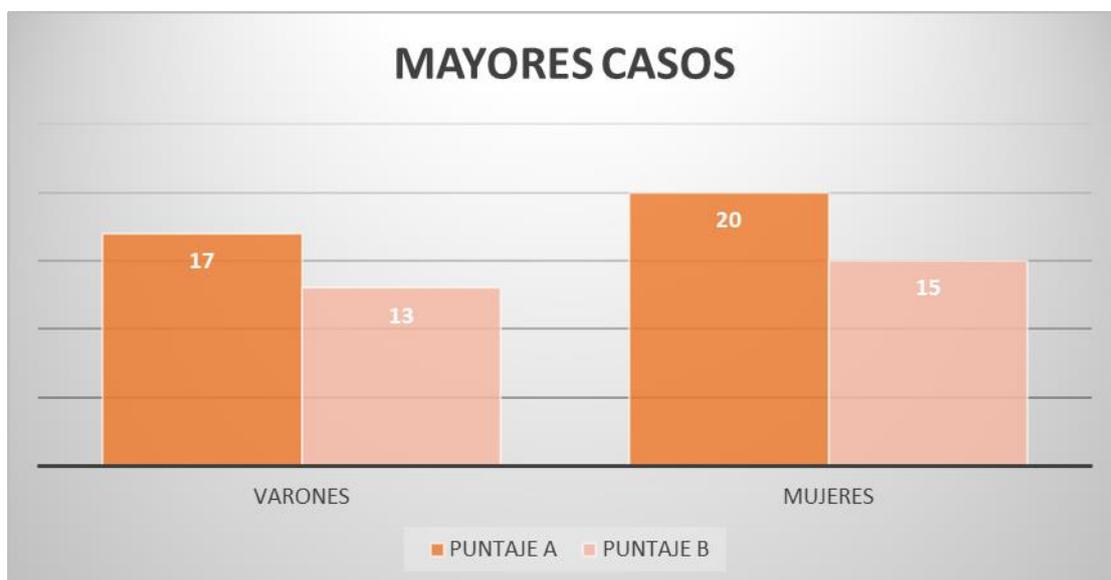


Figura 4. Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del formulario "Golberg Health Questionary-28"

## 5 CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El presente estudio descriptivo, pretende mostrar el hallazgo encontrado en cuanto a la salud general según escala GHQ-28 en la población seleccionada y apta para el mismo, circundantes en la plaza de armas de Huacho, durante los meses de junio y julio del 2021.

Es de conocimiento público que en la plaza de armas de Huacho suelen reunirse en sus bancos e inmediaciones diversas personas, pero especialmente entre ellos adultos mayores, pero para el estudio, algunos se mostraron reacios, no colaboradores, temerosos o simplemente no deseaban ser molestados, por lo cual se vio afectado el universo apto para el estudio.

Si bien el instrumento usado es un auto test, este es flexible y puede ser asistido, lo cual fue de ayuda al momento del desarrollo de las encuestas, ya que usualmente la población encuestada requería alguna orientación para completar satisfactoriamente el cuestionario.

### 5.1 Discusión de resultados:

Quintero M., & Cerquera A. (2018) afirmaron en su estudio que *“los resultados apoyan hallazgos previos de que las percepciones negativas de salud general predicen la mortalidad. Es necesario dilucidar los mecanismos por los cuales este indicador puede predecir la mortalidad en adultos mayores, que puede ser diferente para hombres y mujeres. Se sugiere que se explore el papel de la depresión ya que el impacto de la salud auto percibida sobre la mortalidad estuvo ausente en los estudios que la incluyeron”* En relación con ello debido al resultado de “buena salud general” en la población estudiada, contrasta con el hallazgo de menor cantidad de respuestas positivas para la variable “depresión”, reafirmando lo expuesto por los autores mencionados, ya

que al haber pocos casos de depresión contribuye a que haya una “buena salud general” en la población; remarcando claro las limitaciones del estudio en cuanto a “población de estudio”.

Flores B., Castillo Y., Ponce D., et al. (2018). En su estudio concluyeron que *“casi la mitad de los adultos mayores tenían una mala calidad de vida. La dimensión más afectada fue el medio ambiente”* En relación con ello, como parte importante del medio ambiente, el ambiente social, la variable “disfunción social” obtuvo una buena cantidad de respuestas positivas, un total de 30 de 123, conformando el 24,39%, y en conjunto con los “síntomas somáticos”, que obtuvo un porcentaje igual (24,39%), conforman casi la mitad (48,78%) de las respuestas positivas al test. Ello reafirma la importancia de la función social, que está ligada al medio ambiente, en la vida de los adultos mayores. Y claro hemos de mencionar también las consideraciones geográficas del estudio, pues se realizó en un área pública durante varias sesiones en diversos días.

Herrera E., Pablos A., Chiva-Bartoll O., Pablos C. (2017). En su estudio concluyeron que *“El cumplimiento del PAFI (Actividad Física Integral) conduce a un aumento en la percepción emocional y condición física. Ambos resultados podrían a mejorar la vida de las mayores”*. Ante ello se infiere la reafirmación de dicho enunciado en el estudio, ya que también se hallaron una importante cantidad de respuestas positivas en el bloque A de “síntomas somáticos”, con 30 respuestas positivas que conforman el 24,39% del total. Permittiéndonos así inferir que es necesaria una buena percepción de condición física mediante la variante “síntomas somáticos” para poder afirmar el goce de una “buena salud general”.

Cuadra A., Medina E. y Salazar K. (2016) en su investigación concluyeron que *“Los resultados de la calidad de vida se correlacionaron de manera positiva y estadísticamente significativa con el bienestar mental (0,763), el apoyo social (0,431) y la salud física y mental (0,586)”*. De dicho estudio podemos afirmar la importancia del Bienestar Psicológico, el cual obtiene una relación mayor, en contraste con la de Apoyo social, Salud física y mental de los adultos mayores; éste hecho se refleja en que la mayor cantidad de respuestas positivas al test fueron del bloque C “Ansiedad – Insomnio”, con 53 del total, conformado el 43,09%, corroborando así la mayor relación del Bienestar Psicológico en la Calidad de vida que de los adultos mayores que encontraron dichos autores, el cual es compatible con una “buena salud general”.

Hernández J., Chavez S. y Yhuri N. (2016) en la investigación “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú” evaluaron la calidad de vida relacionada a salud en una muestra de la población adulta mayor de un área rural y urbana del Perú. Concluyeron que *“El lugar de residencia tiene diferentes efectos sobre las diversas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta mayor examinada”*. Ante ello podemos afirmar que, de los resultados de buena Salud General hallados en el estudio realizado, podrían ir en concordancia con lo afirmado por dichos autores, ya que el área en donde se realizó el estudio es “urbana”, lo que influyó también para la obtención de los resultados compatibles con una “buena salud general”.

## 6 CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones

**Se pueden concluir los siguientes enunciados:**

- Los varones conforman el doble de la población de estudio de mujeres, formando las 2/3 partes del universo apto, viéndose así su mayor predisposición al estudio.
- Los casos positivos hallados según el instrumento son pocos, conformando el 23,3%.
- La Salud general según escala GHQ-28 es buena en general, ya que la población negativa al test es de 76,7%; a excepción por el hallazgo de 4 casos con puntuaciones altas.
- La mayor cantidad de preguntas con respuestas positivas al test fueron del bloque B “Ansiedad-insomnio”, arrojando mayor hallazgo de falencias en ese sector en la población estudiada.
- La menor cantidad de preguntas con respuestas positivas al test fueron del bloque D “Depresión”, arrojando una muestra de menores niveles de depresión según el instrumento de la población apta.
- Habiéndose encontrado 4 individuos aptos con puntajes altos, se podría afirmar que necesitan ayuda con mayor urgencia, viéndose reflejado en dicho hallazgo la importancia del estudio periódicamente, con el fin de valorar la Salud General según escala GQH-28 en la población adulto mayor.

## 6.2 Recomendaciones:

- Han de realizarse campañas de información y concientización en la comunidad con el fin de que, en futuros estudios, pueda ampliarse el universo poblacional y por ende poder tener un mayor beneficio de los estudios venideros.
- Si bien se halló una buena salud general según escala GHQ-28 en la población apta (76,7%), aún es motivo de preocupación los individuos que dieron positivo al test, siendo de interés de las autoridades de salud pertinentes la toma de medidas ante ello, en especial de aquellos que arrojaron positivo en el bloque D “Depresión” y de aquellos con puntaje alto.
- Pedir a las autoridades de salud pertinentes la pronta acción para el apoyo de los individuos aptos con puntaje alto, ya que presentan mayores riesgos en cuanto a su salud general según escala GHQ-28.
- De ser necesario, las autoridades de salud pertinentes podrían requerir datos de la investigación para mayor detalle, de entre las pruebas y evidencia debidamente recolectada, con el permiso y consentimiento de los individuos aptos del estudio.

## 7 CAPÍTULO VII: REFERENCIAS

### 7.1 Fuentes bibliográficas

Bunge, M. (2012). Filosofía para Médicos. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista. (2017). “Metodología de la investigación (6ta ed). Editorial Mc Graw Hill.

Varela L, Tello T. (2011). Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. En:  
Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 2da ed: Lima: Universidad  
Peruana Cayetano Heredia. p 19-24.

### 7.2 Fuentes Hemerográficas:

Aliaga G. y Durand M. (2003). Diagnóstico de la situación de salud en las  
comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú. Revista  
peruana de epidemiología; 12(1), 1-7.

Álvarez, G. y Delgado, J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El  
Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad.  
Bol Clin Hosp. Infant Edo Son. 32(1), 26-34

Azpiazu M. Et al. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a  
mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud  
Pública; 76, 683-699.

Bibolini, Cano y Vásquez (1990) citado en Carmen R. y Vásques C. (1993). Salud  
mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento: un estudio en  
ancianos de clase media de Lima (Perú). Rev.Latinoamericana de  
Psicología; 25(3), 453-466.

- Casado J. Et al (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*; 28(3), 167-173.
- Casas P., Varela L., Tello T., Ortiz P. y Chávez H. (2012). Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general” describieron el perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *Revista Médica Herediana*; 23(4), 229-234.
- Inga J. y Vara A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-485.
- Manterola, C., y Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol*, 32(2), 634-645.
- Martínez A. y Fernández I. (2008). Ancianos y Salud. *Rev. Cubana Med Gen Integral*; 24(4), 1-7.
- Mavhier J., Días C., Apolaya M., Manrique L. y Arequipa J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Médica Peruana*; 26(4), 230-238.
- Meléndez M., Montero R., Jiménez C. & Blanco L. (2001). Autopercepción de la salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria*; 28(2), 91-96.
- Quintero Mantilla, M. S., & Cerquera Córdoba, A. M. (2018). Estado de salud general y perfil biopsicosocial de adultos mayores sanos o excepcionales de Santander, Colombia. *Diversitas*, 14(1), 109-120.

Reig A., Cabrero J. y Lizán J. (2009). La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. ELSEVIER; 41(9), 515-519.

Sánchez L., Gonzáles U., Alerm A. y Bacallao J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas;13(2), 337-349.

Sanhueza M., Castro M. y Merino J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Rev.Ciencia y Enfermería; 11(2), 17-21.

Tirado P. y cols. Satisfacción familiar y salud mental en alumnos universitarios ingresantes. Tesis presentada a la UNCV Trujillo, 2008

Wong R., Paláez M. y Palloni A. (2005). Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Rev Panam Salud Pública; 17(5/6), 323–332.

Veiga, J., De la Fuente, E. y Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab. 54 (210), 81-88

### **7.3 Fuentes Electrónicas:**

Instituto nacional de estadística e informática (INEI), 2021. Nota de prensa. Recuperado en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar-2021.pdf>

Academia Nacional de Medicina de Colombia, conceptos básicos (2021). Recuperado de: <http://www.anmdecolombia.net/>.

Beauvoir (1983) citado en Bueno J. (2013). La Vejez: un libro marxista de Simone de Beauvoir. Recuperado de: <http://www.lectura-abierta.com/la-vejez-libro-marxista-de-simone-de-beauvoir/> el 14 de junio de 2021.

Instituto nacional de estadística e informática (INEI), 2015. Nota de prensa. Recuperado en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>

Organización Mundial de la Salud (2001) en Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)

Wikipedia, 2021. Concepto de disfunción social. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Familia\\_disfuncional](https://es.wikipedia.org/wiki/Familia_disfuncional) el 14 de junio de 2021

## **ANEXOS**

## A. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuentan con buena salud general los ancianos concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 síntomas somáticos según GHQ-28?</li> <li>2. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 síntomas de ansiedad-insomnio según GHQ-28?</li> <li>3. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 disfunción social según GHQ-28?</li> <li>4. ¿Presentan los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 síntomas de depresión según GHQ-28?</li> </ol>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar si los ancianos presentes en la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 poseen una buena salud general.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar si los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 presentan síntomas somáticos según GHQ-28.</li> <li>2. Determinar si los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 presentan síntomas de ansiedad-insomnio según GHQ-28.</li> <li>3. Determinar si los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 presentan disfunción social según GHQ-28.</li> <li>4. Determinar si los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021 presentan depresión según GHQ-28.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>Síntomas somáticos</b></li> <li>2 <b>Ansiedad - insomnio</b></li> <li>3 <b>Disfunción social</b></li> <li>4 <b>Depresión</b></li> </ol>	<p><b>Tipo de estudio</b> Observacional, Prospectivo, Transversal, Descriptivo</p> <p><b>Población</b> Estará constituida por los adultos mayores circundantes en la plaza de armas de Huacho, que acepten y completen correctamente el cuestionario GHQ-28 en junio-agosto 2021 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión</p> <p><b>Muestra</b> Será la misma de la población</p> <p><b>Instrumento</b> Golberg Health Questionary – 28”</p> <p><b>Técnica para el procesamiento de la información</b> Para el procesamiento se usará la suite de Microsoft Office, las aplicaciones Microsoft Excel y Microsoft Word.</p>

## B. Instrumento para la toma de datos: Golberg Health Questionary – 28

### **CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-**

Nombre	Fecha
<b>Unidad/Centro</b>	<b>Nº Historia</b>

**Población diana:** Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave).

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Subescalas	Puntuación GHQ	Puntuación CGHQ
<b>A. Síntomas somáticos</b>		
<b>B. Ansiedad-Insomnio</b>		
<b>C. Disfunción social</b>		
<b>D. Depresión</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

#### **Bibliografía**

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.

Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979; 9:139-145.

Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. British Journal of Psychiatry 1985; 146:55-61.

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986; 16:135-140.

Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. Archivos de Neurobiología 1979; 42:139-158.

### C. Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.



C	D
C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

## D. Cuestionario de Salud General de Goldberg – Adaptación española.



Universidad  
Complutense  
Madrid

Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica

Ficha Técnica

### IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Cuestionario de Salud General de Goldberg  
 Nombre original: General Health Questionnaire (GHQ)  
 Autor: David Goldberg  
 Año: el año del GHQ es 1978 y el del GHQ – 28 es 1979  
 Versiones: Hay cuatro versiones distintas GHQ – 60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12

Adaptación española: Lobo et al. (1985)

### DESCRIPCIÓN:

Tipo de instrumento: Cuestionario auto administrado

Objetivos: Evalúa el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (distressing). Su objetivo no es realizar un diagnóstico, pero si detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos.

Población: Pacientes de atención primaria o pacientes médico-quirúrgicos no ambulatorias

Número de ítems: La versión original tiene 60 ítems. La versión que se adjunta, 28.

Descripción: La versión original consta de un factor general referido a síntomas somáticos y cefaleas, y factores específicos (depresión, ansiedad, sueño, somáticos y funcionamiento social) El GHQ-28, contiene 4 subescalas de 7 ítems cada una. Las cuatro subescalas miden: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave).

Criterios de calidad:

Fiabilidad: La consistencia interna de GHQ-60, -30 y -12, oscila entre 0,82 y 0,93.

Fiabilidad test- retest del GHQ – 28 es 0,90 y de las otras versiones, 0,50-0,90.

Validez: de criterio:

Sensibilidad/especificidad: La sensibilidad del conjunto oscila entre el 44% y 100% y la especificidad entre 74% y el 93%.

Predictiva: Lobo et al. Utilizando el GHQ-28, con un punto de corte de 5/6 se obtuvo una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%. Para un punto de corte de 6/7 se obtuvo una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% y un índice de mal clasificados del 15%

APLICACIÓN: Tiempo de administración: 5-10 minutos



**Normas de aplicación:** el sujeto contesta según las instrucciones que parecen en la parte superior.

**Corrección e interpretación:** para determinar la puntuación del GHQ – 28 se pueden utilizar tres métodos: 1) Puntuación leer: asignando valores de 0, 1, 2, 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d); 2) Puntuación GHQ: consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1, y; 3) Puntuación CGHQ: divide los ítems en dos apartados: los positivos que hacen referencia a la salud (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos que hacen referencia a la enfermedad (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1. Esta forma de corregir tiene la ventaja de evitar pasar por alto los trastornos de larga duración. El punto y corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso)

**Momentos de aplicación:** Screening

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Referencias original:

Goldberg DP. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.

Goldberg DP; Hillier VF. (1979) A Escaled versión of the General Health Questionnaire.

*Psychological Medicine*; 9:139-145

Referencia de la adaptación española:

Lobo A, Pérez - Echeverría MJ, Artal J. (1986). Validity of the escaled version of the General Health Questionnaire (GHQ – 28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16:135-140

Goldberg, D.P (1996). *Cuestionario de Salud General de Goldberg*. Barcelona: Masson

## E. Protocolo de consentimiento informado.

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador se quedará con una copia firmada de este documento, mientras usted poseerá otra copia también firmada. La presente investigación se titula “SALUD GENERAL SEGÚN ESCALA GHQ-28 DE LOS ADULTOS MAYORES CONCURRENTES A LA PLAZA DE ARMAS DE LA CIUDAD DE HUACHO, JUNIO-AGOSTO 2021” y es elaborada y dirigida por el bachiller en Medicina Humana “Joseph J. Robles C para optar el título de Médico Cirujano de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. El propósito de la investigación es “Determinar cómo está la salud general según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021”. Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 30 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente. Su identidad será tratada de manera responsable y profesional. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás integrantes y servirá para la sustentación de tesis. Además, esta será conservada por cinco años, contados desde la publicación de los resultados, en la computadora personal del investigador responsable, a la cual podrá también acceder su grupo de investigación. Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, recibirá un resumen con los resultados obtenidos. Si desea, podrá escribir al correo [thejeffer\\_007@hotmail.com](mailto:thejeffer_007@hotmail.com) para extenderle el informe completo. Asimismo, para consultas sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de investigación, al correo [rectorado@unjfsc.edu.pe](mailto:rectorado@unjfsc.edu.pe). Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador (o encargado de recoger información): \_\_\_\_\_

F. BASE DE DATOS:

Excel spreadsheet showing a database of cases and associated charts. The spreadsheet includes columns for blocks (A-D), total counts, sex, and various clinical variables. Three charts are embedded: 'MAYORES CASOS' (Bar chart comparing cases by sex and score), 'CUADRO DE HALLAZGO' (Bar chart comparing findings by sex and case status), and 'HALLAZGO POR VARIABLE' (Bar chart showing findings per variable). A summary table is also present.

BLOQUE A	BLOQUE B	BLOQUE C	BLOQUE D	TOTAL	SEXO	TOTAL	CASO	NO CASO	
3	1	1	0	5	V	VARONES	20	3	17
4	0	1	0	1	V	MUJERES	10	4	6
0	4	1	1	6	M		30	7	23
0	0	0	0	0	V				
0	1	0	0	1	V	SOMATICOS	30		
0	2	0	0	2	V	ANSIEDAD-INSOMNIO	53		
0	0	0	0	0	M	DISFUNCION SOCIAL	30		
0	2	2	0	4	V	DEPRESION	10		
0	0	0	0	0	V		123		
0	1	1	0	2	V				
0	0	0	0	0	V	CASOS CRITICOS	PUNTAJE A	PUNTAJE B	
0	0	2	1	3	M	VARONES	17	13	
0	0	0	0	0	V	MUJERES	20	15	
1	2	0	0	3	M				
0	0	0	0	0	V				
0	0	1	1	2	V				
0	0	0	0	0	V				
0	0	0	0	0	M				
0	7	1	0	8	M				
3	3	7	0	13	V				
0	2	0	0	2	M				
1	3	1	1	6	V				
6	7	2	0	15	M				
2	0	1	0	3	V				
3	1	0	0	4	V				
0	2	0	0	2	M				
6	7	7	0	20	M				
0	1	1	0	2	V				
1	1	1	0	3	V				
0	0	0	0	0	V				
30	53	30	10	123					

TOTAL	TOTAL	CASO	NO CASO
VARONES	66,67%	42,86%	73,91%
MUJERES	33,33%	57,14%	26,09%
	100,00%	100,00%	100,00%

G. FOTOS DE CAMPO:



## H. EVIDENCIA DE PROTOCOLO INFORMADO

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador se quedará con una copia firmada de este documento, mientras usted poseerá otra copia también firmada. La presente investigación se titula "SALUD GENERAL SEGÚN ESCALA GHQ-28 DE LOS ADULTOS MAYORES CONCURRENTES A LA PLAZA DE ARMAS DE LA CIUDAD DE HUACHO, JUNIO-AGOSTO 2021" y es elaborada y dirigida por el bachiller en Medicina Humana "Joseph J. Robles C para optar por el título de Médico Cirujano de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. El propósito de la investigación es "Determinar cómo está la salud general según escala GHQ-28 de los adultos mayores concurrentes a la plaza de armas de la ciudad de Huacho, junio-agosto 2021". Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 30 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente. Su identidad será tratada de manera responsable y profesional. Asimismo, su información será analizada de manera conjunta con la respuesta de los demás integrantes y servirá para la sustentación de tesis. Además, esta será conservada por cinco años, contados desde la publicación de los resultados, en la computadora personal del investigador responsable, a la cual podrá también acceder su grupo de investigación. Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, recibirá un resumen con los resultados obtenidos y será invitado a una conferencia en la cual serán expuestos los resultados. Si desea, podrá escribir al correo thejeffer\_007@hotmail.com para extenderle el artículo completo. Asimismo, para consultas sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad, al correo rectorado@unjfsc.edu.pe. Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

Nombre: Juan Díaz GómezDNI: 1558986Fecha: 22.08.21 / 24.03.1950Correo electrónico: Juandgomezarier@gmail.comFirma del participante: [Firma manuscrita]Firma del investigador (o encargado de recoger información): [Firma manuscrita]

## I. EVIDENCIA DE CUESTIONARIO

## General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 items)

Nombre Juan Diego Jiménez Fecha 22.08.21*Remitir resultados*

## POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

## ÚLTIMAMENTE

- A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?  
 Mejor que lo habitual    Igual que lo habitual    Peor que lo habitual    Mucho peor que lo habitual
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesita un reconstituyente?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
- B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?  
 No, en absoluto     No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?  
 No, en absoluto     No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
3. ¿Se ha notado constantemente agobiado o en tensión?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
5. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual
7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?  
 No, en absoluto    No más que lo habitual    Bastante más que lo habitual    Mucho más que lo habitual

## J. EVIDENCIA CUESTIONARIO

## Anexo V b - 2

- C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?  
 Más activo que lo habitual  Igual que lo habitual  Bastante menos que lo habitual  Mucho menos que lo habitual
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?  
 Más rápido que lo habitual  Igual que lo habitual  Más tiempo que lo habitual  Mucho más tiempo que lo habitual
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?  
 Mejor que lo habitual  Aproximadamente lo mismo  Peor que lo habitual  Mucho peor que lo habitual
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?  
 Más satisfecho  Aproximadamente lo mismo que lo habitual  Menos satisfecho que lo habitual  Mucho menos satisfecho
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?  
 Más tiempo que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos útil que lo habitual  Mucho menos útil que lo habitual
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?  
 Más que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos capaz que lo habitual
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?  
 Más que lo habitual  Igual que lo habitual  Menos que lo habitual  Mucho menos que lo habitual
- D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?  
 No, en absoluto  No más que lo habitual  Bastante más que lo habitual  Mucho más que lo habitual
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?  
 No, en absoluto  No más que lo habitual  Bastante más que lo habitual  Mucho más que lo habitual
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?  
 No, en absoluto  No más que lo habitual  Bastante más que lo habitual  Mucho más que lo habitual
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?  
 Claramente, no  Me parece que no  Se me ha cruzado por la mente  Claramente lo he pensado
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?  
 No, en absoluto  No más que lo habitual  Bastante más que lo habitual  Mucho más que lo habitual
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?  
 No, en absoluto  No más que lo habitual  Bastante más que lo habitual  Mucho más que lo habitual
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?  
 Claramente, no  Me parece que no  Se me ha cruzado por la mente  Claramente lo he pensado

A. \_\_\_\_\_  
 B. \_\_\_\_\_  
 C. \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_  
 Total. 2 / NO OOSO

**K. CONSTANCIA DEL ING. ESTADÍSTICO.**

“Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

**INFORME**

De: Ing. Es. Julio Rosales Morales

Estadístico e informático

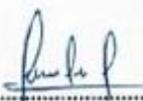
Asunto: Asesoría estadística de tesis

Fecha: Huacho, 16 de setiembre de 2021

Por medio de la presente, hago mención que he brindado asesoría estadística al tesista: ROBLES CAMONES JOSEPH JEFFERSON identificado con DNI: 45264513 sobre el trabajo de investigación titulado: “SALUD GENERAL SEGÚN ESCALA GHQ-28 DE LOS ADULTOS MAYORES CONCURRENTES A LA PLAZA DE ARMAS DE LA CIUDAD DE HUACHO JUNIO-AGOSTO 2021”.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente



ROSALES MORALES JULIO MARTIN  
COESPE 1083  
COLEGIO ESTADÍSTICOS DEL PERÚ