

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Tesis para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud

Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia Matanzas. Primer semestre 2007

Autora: Lic. Dianelis M. Dueñas González  
Centro de trabajo: Dirección Municipal de Salud Colón.  
Provincia Matanzas  
Email: dianelysdg@infomed.sld.cu

Tutor: DrC. Héctor D. Bayarre Veá

Asesor: MSc. Eduardo A. Triana Álvarez

Fecha de realización del ejercicio: noviembre 2007.

Ciudad de La Habana  
2007

## INTRODUCCIÓN

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas.<sup>1</sup> El mismo es consecuencia de las variaciones que se han producido en la fecundidad y la mortalidad, las que han traído aparejado un incremento de la esperanza de vida al nacer, de alrededor de 20 años, por lo que los efectivos poblacionales se han desplazado hacia los grupos superiores.

Cuando analizamos las estadísticas de población podemos valorar cuán rápido se ha producido el envejecimiento en el mundo; el número total de adultos mayores, - con 60 años y más - , se duplicará en los próximos 50 años (de 606 millones en el 2000 hasta más de 1,2 billones alrededor del 2050). Se observará un incremento rápido de la población anciana tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Mientras, la población total se incrementará desde alrededor de 6 billones en el 2000 a 9 billones en el 2050 (un 50 por ciento de incremento), la población anciana en el mundo aumentará un 300 por ciento en el mismo período; incremento que será de 400 por ciento en los países en desarrollo.<sup>2</sup>

La prioridad de la salud pública y los compromisos sociales con los adultos mayores debe comprender acciones orientadas a evitar la discapacidad prematura en la vejez y a prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas en este grupo de edad.

Se espera un aumento de la proporción de ancianos en la población general, en prácticamente todos los países del mundo. El envejecimiento poblacional puede ser comparado con una revolución silente que impactará en todos los aspectos de la sociedad. Resulta imperativo prepararse de la manera más apropiada para ello: las oportunidades y los retos son múltiples.<sup>2</sup>

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez.<sup>3</sup> En 1950 sólo el 5.4 por ciento de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8 por ciento, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 por ciento de la población en este grupo y para el 2050 el 22 por ciento. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.<sup>4,5</sup>

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. En 1950 había aproximadamente 427 000 personas de 60 años y más, 6.7 por ciento de la población total, en 1985 ese grupo de edad alcanzaba 1 151 146 personas, para un 11.3 por ciento; mientras que en diciembre del 2000 se registraron 1 601 993 ancianos, el 14.3 por ciento. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará un 20.1 por ciento de la población total.<sup>1</sup>

Para dar respuesta a la situación planteada se han ido creando las condiciones para enfrentar este reto con responsabilidad y dignidad, para este fin la atención al anciano se lleva a cabo mediante el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, tanto en el ámbito comunitario, como institucional y hospitalario. Los servicios comunitarios de este programa tienen como orientación básica la promoción de salud a través de los círculos de abuelos, casa de abuelos, grupos de recreación y orientación. En el sistema de atención al adulto mayor en el domicilio, se beneficia a los ancianos que viven solos, a los que se les brinda atención integral e intersectorial. La atención gerontológica se realiza con equipos multidisciplinarios (EMAG) que laboran en la Atención Primaria de Salud.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública son los principales responsables de la ejecución de los programas sociales dirigidos al anciano solo o sin apoyo familiar.<sup>6</sup> Todo esto con la finalidad de aumentar la calidad de vida y así favorecer un envejecimiento satisfactorio.

El envejecimiento poblacional no constituye en sí mismo un problema, sin embargo, a pesar de ser considerado uno de los logros más importantes de la sociedad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones a las dificultades que trae aparejado tales como: cambios en los patrones de morbilidad, aparición de enfermedades crónicas o degenerativas y discapacidades física, mental o mixtas, que contribuyen a disminuir en el anciano su percepción de salud.

El desarrollo de las ciencias en general y de las ciencias médicas y de la salud en particular ha demostrado que lo más importante no es que haya un aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada. Desde esta perspectiva muchas investigaciones centran su atención en la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores,<sup>1</sup> con el fin no solo de agregar más años a la vida sino darle más vitalidad a los años, es decir, proporcionar mayor calidad a la vida.

La tendencia creciente de las discapacidades en la población senescente ha sido destacada por gerontólogos, geriatras, investigadores sociales, decisores y otros; quienes enfatizan en la necesidad del abordaje de esta problemática desde diferentes aristas, pues ellas evidencian el deterioro de la calidad de vida objetiva de este

segmento de la población, a través del incremento de la dependencia familiar y (o) social que afecta a los adultos mayores, con la consecuente problemática que ocasiona a la familia y a la sociedad.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.<sup>7</sup>

El término calidad de vida ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada cual ha enfocado el tema de manera diferente. Los ambientalistas han puesto énfasis en las condiciones y los atributos del ambiente biológico y en la importancia de preservar los recursos naturales; los economistas en indicadores como el producto nacional bruto y los psicólogos en las necesidades humanas y la satisfacción de las mismas.<sup>1</sup> Hay que tener en cuenta que el concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud.<sup>8</sup> La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario.<sup>1</sup>

A los estudios sobre el constructo calidad de vida se les han señalado de manera genérica tres tipos de problemas: conceptuales, metodológicos e instrumentales. En relación con el primero, Moreno y Ximénez (1996), y Grau (1997, 1998) han señalado su "indistinción conceptual", atribuida a la naturaleza compleja del término; en torno a esta problemática se plantea que el mismo suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad. "De ahí que resulte una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata".<sup>1, 9, 10</sup>

El segundo problema, de carácter metodológico, se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo – subjetiva) de la calidad de vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad.<sup>1, 5, 10</sup>

La cuestión de la objetividad se refiere también a quién es el evaluador: un observador externo o el propio sujeto. Esto es particularmente importante en la evaluación de la calidad de vida en relación con la salud.

En los últimos años las evaluaciones han privilegiado el componente subjetivo, de naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo; dado que muchos han considerado este componente como el más importante. Así, se ha planteado que las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad.<sup>10</sup>

Otro problema metodológico de actualidad es si la calidad de vida debe definirse como una medida global que se evalúa en su totalidad, o si se define en función de determinadas dimensiones relevantes en un contexto determinado.

El tercer tipo de problema se relaciona con los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, dado por la naturaleza bipolar, ya señalada, y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, que le otorgan a ésta diversos matices en función de la alternativa a ejecutar.<sup>10</sup> Los problemas conceptuales ya referidos originan problemas instrumentales, pues cabe esperar una medición imprecisa, de un concepto borroso y ambiguo. De ahí que, a pesar del desarrollo alcanzado en la producción de instrumentos, globales y específicos, para la evaluación de la calidad de vida, la mayoría de éstos adolecen de falta de la fiabilidad y la validez necesarias para ser utilizados.<sup>1</sup>

Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes y preocupaciones.<sup>11</sup>

Diferentes investigadores han formulado múltiples conceptos de calidad de vida.

Así, Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.<sup>8</sup>

Para el psicólogo español A. Font, que investiga calidad de vida en pacientes con cáncer, ésta es “la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud”.<sup>12</sup>

Browne plantea que “La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones”.<sup>1, 13</sup>

Andrews y Withey insisten en que no es el reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo.<sup>9</sup>

Para este grupo de autores los indicadores objetivos, son insuficientes para comprender y evaluar la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida se utilizó inicialmente para evaluar las condiciones de vida de la población general, siendo esta idea diferente de lo que se ha dado en definir como calidad de vida relacionada con la salud,<sup>14</sup> concepto más amplio que incluye no sólo el estado de salud sino también la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, entre otros.

La calidad de vida relacionada con la salud es un constructo que se nutre de los conceptos, salud, estado de salud y calidad de vida y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud.<sup>15</sup>

Patrick y Erickson (1993) definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política.<sup>15</sup> Esta definición incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud o su estado de salud.

Hasta hace pocos años la investigación sobre calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores ha sido escasa.

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria<sup>1</sup>.

Investigadores cubanos plantean que la calidad de vida en la tercera edad es la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida. En la tercera edad, este concepto significa en buena medida la capacidad funcional del anciano para valerse por sí mismo y realizar sus actividades, seguridad económica y condiciones de la vivienda, que le permite resolver sus necesidades materiales, además de experimentar satisfacción por la vida que se corresponde con las necesidades espirituales propias de la edad.<sup>16</sup>

El incremento de la longevidad implica un nuevo cuestionamiento de los problemas de salud y de cómo mantener la calidad de vida de este grupo poblacional, que está constantemente en ascenso.

Generalmente, las investigaciones realizadas sobre calidad de vida se dirigen a personas aquejadas por enfermedades crónicas como: cardiopatías, enfermedades renales, tumores, accidentes vasculares, discapacidades físicas, mentales, entre otras, sin embargo, es la población anciana la más investigada dentro del grupo de los supuestamente sanos, aunque no lo suficiente.<sup>17</sup>

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad ha estado bastante restringido a las personas enfermas, al igual que ocurre con el abordaje del tema en otras etapas de la vida. Los estudios sobre calidad de vida en personas sanas han sido por lo tanto menos frecuentes.<sup>18</sup>

Hasta hace alrededor de una década no existía un instrumento específico para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad. El déficit instrumental señalado con anterioridad ha ido resolviéndose en los últimos años. Así, un grupo de científicos cubanos confeccionaron, en 1996, el MGH y, posteriormente, en 1999, la Escala para la Evaluación de Bienestar Subjetivo, cuyo proceso de validación ha arrojado resultados que demuestran su validez y fiabilidad.<sup>16, 19</sup>

A partir del desarrollo de los nuevos instrumentos cubanos se han realizado investigaciones que han evaluado la calidad de vida percibida en adultos mayores de las provincias Ciudad de La Habana y Guantánamo, cuyos resultados evidencian un predominio de calidad de vida baja en ambas provincias. Para ambas poblaciones

objetos de estudio se encontró que ésta es más baja en la medida que la edad disminuye, mientras que no se encontró asociación con el sexo, la escolaridad y el estado conyugal.<sup>16, 17</sup>

La calidad de vida en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad. Por lo que matemáticamente se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad.

En la actualidad existe una tendencia a confundir el concepto de calidad de vida y fundamentalmente a tratarlo solamente desde una de sus dimensiones, pues, aunque la calidad de vida pertenece al ámbito de la subjetividad, tiene mucho que ver también con la objetividad que envuelve a la persona.<sup>8</sup>

Otro elemento importante en el estudio de la calidad de vida es el bienestar subjetivo, autores cubanos han hecho énfasis en la medición de la calidad de vida percibida en este grupo etéreo, para ello han utilizado los instrumentos referidos con anterioridad.<sup>17, 22</sup>

Algunos autores sugieren que el bienestar subjetivo en la vejez, es el principal criterio de un envejecimiento exitoso, afirman que los indicadores más fiables parecen ser los subjetivos, ya que reflejan la percepción del propio paciente de su estado físico, emocional y social. Por otra parte en la discusión actual acerca de este concepto, otros investigadores han planteado que hay índices objetivos más que subjetivos, que deben utilizarse, uno de estos criterios objetivos es la longevidad y otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.<sup>14</sup>

La separación entre estos criterios para un envejecimiento exitoso, puede tener algún valor teórico. Sin embargo, esta distinción es menos significativa para la vida diaria de las personas pertenecientes a este grupo de edad, quienes apreciarán la longitud de su existencia solamente, si viven un estado subjetivo de bienestar.

La perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor fue el foco de atención de este estudio que se desarrolló en la provincia Matanzas, la cual no está exenta de la problemática del crecimiento de la población anciana. En la actualidad residen en la provincia un total de 108 559 ancianos, para un 15.9 por ciento de la población general, a través de esta investigación pretendemos describir cómo perciben la calidad de vida los gerontes de manera global y por dimensiones, así como la contribución de cada dimensión a la calidad de vida global. De esta manera se aportarán conocimientos para el diseño de estrategias de intervención en la población adulta mayor de la provincia de Matanzas, lo cual será posible si el estudio logra responder las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se comporta la calidad de vida percibida y sus dimensiones, de forma general y según variables de la persona, en adultos mayores de la provincia Matanzas?
- ¿Cuál es la dimensión que más aporta a la calidad de vida percibida por la población bajo estudio?

## **OBJETIVOS**

1. Describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general y según variables de persona seleccionadas, en los adultos mayores de la provincia Matanzas, durante el período comprendido entre el primero de enero y el 30 de junio del 2007.
2. Describir cómo se comporta la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida de manera general y según variables seleccionadas, en los adultos mayores de la provincia Matanzas en igual período.
3. Determinar la contribución de las dimensiones del MGH a la calidad de vida percibida por la población objeto de estudio en igual período de tiempo.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que nos permita describir el comportamiento de la calidad de vida percibida por la población geriátrica de la provincia de Matanzas durante el primer semestre del 2007, así como la contribución o importancia relativa de cada dimensión a la medición del concepto en la población estudiada.

### **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Para dar salida a los objetivos propuestos se consideraron las siguientes variables:

<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Calidad de vida	Cualitativa ordinal	Baja  Media  Alta	Se consideró baja cuando el sujeto obtuvo entre 34 y 110 puntos en el MGH; media cuando obtuvo entre 111 y 118 puntos y alta cuando obtuvo entre 119 y 136 puntos.
Edad	Cuantitativa continua	60 a 69  70 a 79  80 y más años	Se consideró la edad en años cumplidos al momento del estudio, luego se clasificaron los ancianos en los tres grupos previamente definidos
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Analfabeto  Primaria Inconclusa  Primaria Concluida  Secundaria Concluida  Preuniversitario Concluido,  Universidad Concluida	Se consideró analfabeto todo anciano que refiere no haber cursado estudios; con primaria inconclusa, si habiendo comenzado la escuela primaria no terminó los estudios de este nivel; con primaria concluida, si alcanzó sexto grado; con secundaria si obtuvo el noveno grado; con preuniversitario si alcanzó el 12 <sup>mo</sup> grado, y universitario todo anciano con título universitario.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Según el sexo biológico.
Estado Conyugal	Cualitativa nominal dicotómica	Con pareja  Sin pareja	Se consideró con pareja si el sujeto estaba casado o en unión consensual, y sin pareja en otro caso
Dimensión Salud	Cualitativa ordinal	Baja Media Alta	Se consideró baja cuando el anciano obtuvo hasta 24 puntos en esta dimensión del MGH; media cuando el anciano obtuvo desde 25 hasta 27 puntos; y alta

			cuando el anciano obtuvo más de 27 puntos.
Dimensión Condiciones Socioeconómicas	Cualitativa ordinal	Baja Media Alta	Se consideró baja cuando el anciano obtuvo hasta 5 puntos en esta dimensión del MGH; media cuando el anciano obtuvo desde 6 hasta 9 puntos; y alta cuando el anciano obtuvo más de 9 puntos.
Dimensión Satisfacción por la vida	Cualitativa ordinal	Baja Media Alta	Se consideró baja cuando obtuvo hasta 55 puntos en esta dimensión del MGH; media cuando obtuvo desde 56 hasta 64 puntos; y alta cuando obtuvo más de 64 puntos.

### ÉTICA

Antes de ser incluidos en el estudio se les solicitó a cada adulto mayor, o en su defecto familiar (en caso de deterioro cognitivo importante), su consentimiento informado (ver anexo). Se explicaron los objetivos del estudio, la importancia de su participación, los riesgos y los beneficios del estudio. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo desearan, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito.

### TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

#### ▪ *Universo y Muestra*

El universo estuvo constituido por los 108 559 adultos mayores que se estimaba residían en la provincia Matanzas al 1ro de enero de 2007. De ellos se seleccionó una muestra de 741 adultos mayores, determinada a través de la aplicación de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra mínimo necesario para estudios descriptivos en poblaciones finitas, cuya expresión es:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$\text{donde } n_0 = \frac{(1,96)^2 PQ}{E_0^2}$$

Siendo:

*P*: Prevalencia esperada de individuos dentro de la muestra con baja calidad de vida.

**Q: 100 - P**

$E_0^2$ : Cuadrado del máximo error admisible

*n*: Tamaño de la muestra.

$N$ : Tamaño de la población.

Se utilizó una  $P = 45\%$ . Además, se fijó un  $E_o=4.5$  y la confiabilidad a utilizar fue de 95%. La prevalencia se obtuvo a partir de un estudio piloto realizado en la provincia Matanzas.

Se consideró un efecto de diseño (deff) de 1.5, por el que se multiplicó el valor de  $n$ . Se estimó una caída muestral de aproximadamente 5%.

Finalmente, se escogieron 653 adultos mayores, las 88 pérdidas (11.8%) fueron por: 3 permutas, 2 fuera del país, 50 por deterioro cognitivo o trastornos psiquiátricos, 18 fallecidos, 5 hospitalizados, 10 no dieron su consentimiento.

Para la selección definitiva, se utilizó como técnica muestral el Muestreo Estratificado Polietápico (MEP)<sup>23</sup> que detallamos a continuación.

### Definición de estratos

Se utilizó como criterio de estratificación las condiciones de vida, teniendo en cuenta una clasificación de los municipios de cada provincia, según esta variable.<sup>24</sup>

Estrato I: Condiciones de vida favorables.

Estrato II: Condiciones de vida medianamente favorables.

Estrato III: Condiciones de vida menos favorables.

**Provincia:** Matanzas

Estrato I	Estrato II	Estrato III
Varadero	Perico	Limonar
Matanzas	Pedro Betancourt	Los Arabos
Jovellanos	Colón	Calimete
Cárdenas	Unión de Reyes	Ciénaga de Zapata
Jagüey Grande		Martí

### Selección de Unidades de Primera Etapa (UPE)

Se seleccionó, con probabilidades proporcionales a su tamaño, un municipio dentro de cada estrato,<sup>23</sup> tal decisión se tomó a partir de un análisis de factibilidad. En el estrato I, se seleccionó el Municipio Matanzas, en el II, el Municipio Colón, y en el III, Los Arabos.

### Selección de Unidades de Segunda Etapa (USE)

A continuación se seleccionaron, con probabilidades proporcionales a su tamaño,<sup>23</sup> 1 policlínico (USE) en los municipios de los estratos II y III, en tanto que del municipio seleccionado en el estrato I, se seleccionaron dos policlínicos. Del Municipio Matanzas se seleccionaron los policlínicos "Carlos Verdugo" y "Milanés"; del municipio Colón el policlínico "Dr. Francisco Figueroa Véliz", y de Los Arabos el policlínico "San Pedro".

### Selección de las Unidades de Tercera Etapa (UTE)

Después se seleccionaron las unidades de la tercera etapa (Consultorios Médicos) con probabilidades proporcionales a su tamaño.<sup>23</sup> Se escogieron 10 consultorios en el policlínico "Carlos Verdugo", 8 en el "Milanés", 15 en el "Dr. Francisco Figueroa Véliz", y 6 en el "San Pedro".

## Selección de las Unidades de Análisis

Por último se eligieron por Muestreo Simple Aleatorio (MSA), los ancianos de los conglomerados seleccionados en la etapa anterior. Para ello se empleó el programa MSA.<sup>23</sup>

### ▪ **Recogida de la información**

Para la recogida de la información se aplicaron los siguientes instrumentos: Examen Mínimo Estado Mental (EMEM), Folstein y Mc Hugo (1975), se ha usado ampliamente en grupos comunitarios. El objetivo del mismo es evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano. Se diseñó para aplicarlo en contacto directo con el individuo y con un entrenamiento previo. El tiempo de aplicación es breve (aproximadamente diez minutos). La fiabilidad interjueces y la validez concurrente son aceptables. Este instrumento se ha utilizado ampliamente en los servicios de geriatría del país. (Ver anexo II).<sup>12</sup>

Escala MGH: es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero. Consta de 34 afirmaciones, las cuales al ser agrupadas miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida. (Ver anexo III)

DIMENSIÓN	CATEGORIAS	ÍTEMS
Salud	Funcionabilidad Física	1,7,12,19
	Funcionabilidad psíquica	8,13,20,28
	Funcionabilidad Social	2,14,21,26
Condiciones Socioeconómicas	Situación monetaria	15
	Condiciones de la vivienda	27,31
Satisfacción por la vida	Familia	3,9,22,29
	Estados afectivos predominantes	4,10
	Expectativa de futuro	5,23,33
	Apoyo social	16,24
	Satisfacción por el presente	11,17,18,25,30,32,34,6

Las categorías de respuestas posibles a los ítems son:

- Casi siempre
- A menudo
- Algunas veces
- Casi nunca

Se designó a la misma un valor entre 1 y 4 puntos, correspondiendo el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva. De esta forma la escala de calificación de los ítems (1, 2, 3, 4, 5. 7. 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34) es como sigue:

- Casi siempre: 4 puntos
- A menudo: 3 puntos
- Algunas veces: 2 puntos

- Casi nunca: 1 punto

Mientras que esta escala se invierte para los ítems (6, 10, 11, 12, 20, 28) quedando de la siguiente forma:

- Casi siempre: 1 punto
- A menudo: 2 puntos
- Algunas veces: 3 puntos
- Casi nunca: 4 puntos

En la validación efectuada, el instrumento obtuvo un coeficiente de correlación de 0.97 y una consistencia interna de 0.91, adecuada validez de criterio, de contenido y de constructo.

La aplicación de los instrumentos se efectuó por enfermeras y médicos de la familia de los consultorios seleccionados, previo adiestramiento a los entrevistadores mediante un seminario que permitió asegurar la recogida de la información. La autora del trabajo realizó el control de calidad al 10 por ciento de las unidades de análisis estudiadas.

Se realizaron coordinaciones con el grupo provincial de Gerontología y Geriátrica, municipios, policlínicas y consultorios del médico de la familia seleccionados, lo cual permitió la recogida de la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

#### ▪ **Técnicas de procesamiento y análisis**

La información fue almacenada en una base de datos creada en SPSS 11.5, la que se procesó de manera automatizada utilizando microcomputadora IBM compatible. Para el primer objetivo se construyeron tablas de contingencia que fueron analizadas de forma descriptiva (a través de frecuencias absolutas y relativas). Además, en la búsqueda de posibles asociaciones entre la calidad de vida y las variables, se utilizó la prueba  $X^2$  para la homogeneidad,  $X^2$  de Bartholomew, Ridit Analysis y  $X^2$  para la regresión según se tratase de variables cualitativas nominales, ordinales o cuantitativas.

Para determinar el aporte de cada dimensión a la calidad de vida se utilizó el análisis factorial, a través del Análisis de componentes Principales (ACP). Técnica descriptiva multivariada que permitió determinar cuáles son los factores (variables, ítems) que más contribuyen a la medición del constructo en la provincia investigada.<sup>19</sup>

Se utilizaron los paquetes de programa Epidat versión 3.1, Epi info versión 6.04 y SSPS para Windows versión 11.5.

#### ▪ **Técnicas de presentación**

Los resultados se presentan de manera resumida, a través de tablas y gráficos diseñados al efecto. Ello permitió que, mediante la aplicación de los procesos de análisis, síntesis, abstracción y generalización se arribaran a conclusiones y se formularan recomendaciones.

## DESARROLLO

### Limitaciones del estudio

En la presente investigación se planificó un tamaño muestral de 741 adultos mayores; sin embargo, por las razones referidas en el método hubo una caída muestral de 11.8 por ciento, es decir, 6.8 por ciento superior a lo estimado, lo cual pudiese influir en los resultados, aunque la magnitud de la pérdida indicada no debe invalidar éstos.

Por otra parte la escasez de estudios nacionales y foráneos que utilicen este instrumento para la evaluación de la calidad de vida percibida limita las comparaciones, afectando la discusión.

### Análisis y discusión de los resultados

La muestra estudiada se caracteriza por 344 mujeres (51.1 por ciento), y 319 hombres (48,9 por ciento); con predominio del grupo de 60-69, con 246 efectivos (37,7 por ciento), seguido por el de 70-79, con 229 (35.1 por ciento); en tanto que el número de adultos mayores sin parejas fue ligeramente superior con 339 (51.1), respecto al que tiene parejas. Las categorías primaria terminada y secundaria terminada fueron las que más aportaron al estudio, con 194 y 201 respectivamente.

### *Percepción de la calidad de vida según edad, sexo, escolaridad y estado conyugal*

La tabla 1 muestra la distribución de ancianos según niveles de la calidad de vida. Hubo un predominio de calidad de vida baja, con 283, para un 43.3 por ciento, seguida por la calidad de vida media con un 36.4 por ciento, mientras que sólo un 20,2 por ciento de las unidades de análisis del estudio presentó calidad de vida alta.

Los resultados se corresponden con los obtenidos por Fernández Martínez en la provincia Guantánamo, y por López Fernández en Ciudad de La Habana, en ambos estudios predomina la calidad de vida baja.<sup>20, 21</sup>

Los resultados obtenidos en esta investigación pudiesen estar relacionados con la crisis económica por la que ha atravesado el país durante más de 17 años, que si bien se encuentra en fase de resolución aún está ejerciendo sus efectos negativos sobre la población cubana, con mayores consecuencias para los grupos más vulnerables, entre los que se incluye la tercera edad. Aunque vale aclarar los esfuerzos que ha desarrollado el gobierno provincial por favorecer a este segmento de la población con un conjunto de acciones encaminadas a tal fin, entre las que se incluye fomentar la creación de casa de abuelos concluyendo una por municipio y en algunos territorios hoy la meta es tener una casa de abuelos por consejo popular, el fortalecimiento del movimiento de los círculos de abuelos, el desarrollo de los geroclub en los joven club de computación y electrónica, la aparición y capacitación de cuidadoras de ancianos, la Universidad del Adulto Mayor, unido a medidas nacionales, como la elevación de pensiones y jubilaciones y la atención integral del adulto mayor a nivel comunitario a través del EMAG.

Tabla 1. Distribución de ancianos según calidad de vida

Calidad de vida	Número	Porcentaje
Baja	283	43.3
Media	238	36.4
Alta	132	20.2
Total	653	100.0

La distribución de la calidad de vida por sexo se presenta en la tabla 2, en ella se aprecia un comportamiento similar, es decir, hay un predominio de calidad de vida baja, seguida por la media, que logran alcanzar en cada caso una frecuencia relativa acumulada de 82.1 y 77.5 por ciento. Los resultados de la prueba de hipótesis evidencian homogeneidad, al no rechazar la hipótesis de homogeneidad en las distribuciones poblacionales de la calidad de vida percibida por sexo ( $p=0.343$ ).Ello permite afirmar que los resultados del estudio no muestran evidencias para afirmar relación entre el sexo y la calidad de vida percibida.

Resultados muy similares encuentra Fernández y López, para las que la calidad de vida según sexo tuvo un comportamiento homogéneo.<sup>20, 21</sup> Los autores no emiten ningún juicio en relación con este resultado. En nuestro

caso consideramos que, probablemente la política seguida por la Revolución Cubana desde sus inicios, que favorece la equidad entre los sexos, pudiese estar relacionada con el resultado alcanzado.

Tabla 2. Distribución de ancianos según calidad de vida y sexo

Calidad de vida	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Baja	143	44.8	140	41.9
Media	119	37.3	119	35.6
Alta	57	17.9	75	22.5
Total	319	100	334	100
$\chi^2 = 2.143$ $gl = 2$ $p = 0.343$				

La tabla 3 presenta la relación entre la calidad de vida y la edad, en ella se observa que si bien para todos los grupos de edades en estudio hubo un predominio de la categoría baja, existen diferencias en las distribuciones, con tendencia a que la percepción de la calidad de vida sea peor en la medida que se incrementa la edad y viceversa, así para el grupo de viejos - jóvenes el 30.1 por ciento de los estudiados percibió una calidad de vida alta, mientras que en los viejos - viejos, éste sólo fue del 9.0 por ciento. Estas diferencias son significativas ( $p=0.000$ ).

Resultados similares se observa en la investigación de Fernández donde se observa un incremento de la categoría baja de la calidad de vida en la medida en que aumenta la edad.<sup>20</sup> Sin embargo, no ocurre de esta manera en la investigación realizada por López Fernández donde los ancianos que se encontraban en le rango de de 60 años a 74 años se enmarcaron con una calidad de vida más baja que los de 80 años y más.<sup>21</sup>

Varios estudios han señalado que la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes.<sup>25</sup> A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes,<sup>26</sup> unido a la incapacidad y la restricción de actividades que afecta la autonomía del anciano, (constructo descriptor de la salud del anciano) y esto afecta la percepción de su calidad de vida.<sup>27</sup>

Tabla 3. Distribución de ancianos según calidad de vida y grupos de edad

Calidad de vida	Grupos de edad					
	60 – 69		70 - 79		80 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baja	103	41.9	94	41.0	86	48.3
Media	69	28.0	93	40.6	76	42.7
Alta	74	30.1	42	18.3	16	9.0
Total	246	100	229	100	178	100
$\chi^2 = 32.518$ $gl = 4$ $p = 0.000$						

La relación que se presenta entre la calidad de vida y el estado conyugal se observa en la tabla 4. Existe una discreta mejoría de la calidad de vida baja en los ancianos con pareja con respecto a los que pertenecen a la categoría sin pareja (40.1 vs. 46.3 por ciento), aunque estas diferencias no son significativas ( $p=0.123$ ).

Estos resultados se corresponden con los encontrados por Fernández donde los ancianos con pareja tuvieron mejores resultados de calidad de vida que los que carecen de pareja,<sup>20</sup> por otra parte López cuando combinó en su investigación calidad de vida y estado marital no encontró relación significativa.<sup>21</sup>

Compartimos el criterio expresado en la literatura revisada, donde se plantea que la relación de pareja estrecha los lazos afectivos entre ambos miembros, tanto para realizar tareas domésticas como para buscar compañía, lo que constituye una verdadera fuente de apoyo a las personas de la tercera edad.<sup>28</sup> Aparentemente los ancianos que aún se encuentran en pareja mantienen relaciones de apoyo que hace de su vida más placentera y llevadera, se ayudan desde el punto de vista espiritual, afectivo. Cuando por alguna razón ocurre la pérdida de

la pareja, pudieran aparecer en el anciano sentimientos de soledad que puedan provocar estados de depresión, tristeza, duelo y otros, que pueden afectar la percepción de su calidad de vida.

Tabla 4. Distribución de ancianos según calidad de vida y estado conyugal

Calidad de vida	Estado conyugal				
	Con pareja		Sin pareja		
	No.	%	No.	%	
Baja	126	40.1	157	46.3	
Media	115	36.6	123	36.3	
Alta	73	23.2	59	17.4	
Total	314	100	339	100	
$\chi^2=4.199$		gl =2		p = 0.123	

La tabla 5 presenta la relación entre la calidad de vida y la escolaridad, en ella se observa que con excepción de las categorías secundaria terminada y preuniversitario donde predominó la categoría media, con 42.8 y 60.7 por ciento, en las restantes predomina la categoría baja. Sin embargo, existen diferencias en los niveles en que éstas se presentan, que al aplicar la prueba de homogeneidad, resultó significativa ( $p=0.000$ )

Estos resultados no se corresponden, con los encontrados por Fernández en su investigación, donde en las categorías preuniversitaria terminada y primaria terminada predominó la calidad de vida alta, en las restantes hubo un predominio de la calidad de vida baja, diferencias que no resultaron significativas.<sup>20</sup> Por otra parte López, en investigación realizada en Ciudad de La Habana, tampoco encuentra diferencias significativas en el comportamiento de la calidad de vida entre las diferentes categorías de la escolaridad.<sup>21</sup>

Los resultados del estudio indican que existe una tendencia a percibir una mejor calidad de vida en la medida que se incrementa la escolaridad, lo cual pudiese estar relacionado con expectativas diferentes en virtud de niveles de escolaridad distintos. Es probable que sujetos con similares condiciones de vida, pero con una escolaridad superior, posean mayor satisfacción personal, cuyos resultados contribuyan a que éstos clasifiquen en niveles de calidad de vida mejores.

Tabla 5. Distribución de ancianos según calidad de vida y escolaridad

Escolaridad	Calidad de vida							
	Baja		Media		Alta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeto	3	42.9	1	14.3	3	42.9	7	100
Primaria sin terminar	79	56.0	39	27.7	23	16.3	141	100
Primaria terminada	95	49	52	26.8	47	24.2	194	100
Secundaria terminada	74	36.8	86	42.8	41	20.4	201	100
Preuniversitario Terminado	23	25.8	54	60.7	12	13.5	89	100
Universitario terminado	9	42.9	6	28.6	6	28.6	21	100
$\chi^2= 47.812$		gl =10		p = 0.000				

### Comportamiento de las dimensiones de calidad de vida

El comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida se expone en la tabla 6. Se observa que para la dimensión salud y condiciones socioeconómicas predominó la categoría alta con valores de 91.7 y 49.8 por ciento respectivamente, mientras que para la dimensión satisfacción por la vida predominó la categoría media, con 49,8 por ciento.

Resultados parecidos encuentra Fernández, con predominio de la categoría alta para la dimensión salud, y de la baja para la satisfacción por la vida.<sup>20</sup> Por otra parte López Fernández concluye que la dimensión salud fue la que más influyó en sus resultados, donde la categoría baja fue la que más repercutió en los ancianos estudiados.<sup>21</sup>

Algunos autores plantean que la salud es uno de los elementos clave en una vida larga, satisfactoria y competente. Por ello resulta un punto de referencia común para describir el bienestar, así como para juzgarnos a nosotros mismos o a los demás como “mayores”. En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente. Por este motivo la conservación de la salud para poder vivir independiente constituye uno de los principales objetivos y preocupaciones de las personas mayores y de la Gerontología.<sup>15</sup>

Los resultados descritos con anterioridad nos hacen pensar que la dimensión que más contribuye a la calificación final, y con ello a la clasificación de la calidad de vida percibida es la satisfacción por la vida, en tanto la dimensión salud aporta poco, a diferencia de lo señalado por López Fernández.

Tabla 6. Distribución de ancianos según dimensiones de la calidad de vida

Dimensión	Resultados					
	Baja		Media		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Salud	31	4.7	23	3.5	599	91.7
Condiciones Socioeconómicas	34	5.2	294	45.0	325	49.8
Satisfacción por la Vida	132	20.2	325	49.8	196	30.0

#### Dimensión salud:

En las tablas 7 a la 11 se exponen los resultados relacionados con la dimensión salud del constructo calidad de vida percibida, medido por el MGH. Aquí se realiza el análisis de los resultados seguido de su discusión.

En la tabla 7 se presenta la distribución de adultos mayores según los resultados de la dimensión salud y el sexo. En ella se observa un comportamiento homogéneo de la calidad de vida, con predominio en ambos de la categoría alta, con porcentajes de 92.8 para el sexo masculino y de 90.7 para el femenino. La prueba de hipótesis realizada no encontró diferencias significativas, por lo se puede afirmar un comportamiento homogéneo.

Resultados similares encuentra Fernández en investigación realizada en Guantánamo, para la que en ambos grupos hay un número importante que clasifica en la categoría alta para ambos sexos, sin diferencias importantes en el comportamiento.<sup>20</sup>

Tabla 7. Distribución de ancianos según percepción de salud y sexo

Dimensión salud	Sexo				
	Masculino		Femenino		
	No.	%	No.	%	
Baja	12	3.8	19	5.7	
Media	11	3.4	12	3.6	
Alta	296	92.8	303	90.7	
Total	319	100	334	100	
$X^2 = 1.362$		gl = 2		p = 0.506	

La percepción de salud en los diferentes grupos de edad se observa en la tabla 8, en la que se muestra que si bien, en general, hay un predominio de la calidad de vida alta, en la medida que se incrementa la edad hay una disminución de ésta, con porcentajes que se mueven desde 95.9, en el grupo de 60-69 hasta 81.5 en el grupo de 80 y más años. Al realizar la prueba de hipótesis, las diferencias encontradas son significativas, por lo que existen evidencias suficientes para pensar que el incremento de la edad disminuye la percepción de una salud alta.

Estos resultados concuerdan con los de Fernández, quien obtiene un mayor porcentaje de salud percibida alta en el grupo de 60 a 69 años, mientras que el más bajo correspondió al grupo de 80 y más años.<sup>20</sup>

Tabla 8. Distribución de ancianos según percepción de salud y grupos de edad.

Dimensión salud	Grupos de edad					
	60 – 69		70 - 79		80 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baja	3	1.2	7	3.1	21	11.8
Media	7	2.8	4	1.7	12	6.7
Alta	236	95.9	218	95.2	145	81.5
Total	246	100	229	100	178	100
$X^2=36.894$		gl =4		$p = 0.000$		

La tabla 9 muestra la relación entre la percepción salud y el estado conyugal, en ella se observa que, aunque tanto para los que tenían pareja como para los que predomina una alta salud percibida, existen pequeñas diferencias que hacen que el comportamiento descrito sea más marcado en los que tiene pareja, con porcentaje de 95.5 contra 88.2, diferencias significativas. Ello permite afirmar que los que tienen pareja perciben mejor la dimensión salud.

En la investigación realizada por Fernández no se observan diferencias importantes entre los grupos respecto a la salud percibida.<sup>20</sup>

Los resultados del estudio nos hacen pensar que es probable que los ancianos con pareja cuenten con un mayor apoyo de su pareja, que es capaz de intercambiar emociones, sentimientos propios de la edad de una manera más comprensible, la pareja puede constituir un apoyo afectivo sin igual que ayuda al anciano a llevar su vida en compañía. De manera contraria ha sido señalada la soledad, la pérdida de la pareja y la ausencia confidentes como factores de riesgo de baja calidad de vida y de discapacidad.<sup>1</sup> De manera que la existencia de la pareja, quien acompaña al cónyuge, a la vez que sirve de confidente muchas veces, pudiese ejercer un efecto protector, mejorando la salud percibida.

Tabla 9. Distribución de ancianos según percepción de salud y estado conyugal

Dimensión salud	Estado conyugal				
	Con pareja		Sin pareja		
	No.	%	No.	%	
Baja	7	2.2	24	7.1	
Media	7	2.2	16	4.7	
Alta	300	95.5	299	88.2	
Total	314	100	339	100	
$X^2 = 11.906$		gl =2		$p = 0.003$	

En la tabla 10 se presenta la distribución de la percepción de salud y la escolaridad, donde se aprecia que a pesar de que para todas las categorías de la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de ésta, en la medida en que aumentan el nivel de escolaridad, lo cual quedó evidenciado al realizar el Redit Analysis ( $p=0.000$ ).

Estos resultados concuerdan con los de Fernández, quien considera que “esto puede estar influenciado porque a medida que aumenta la escolaridad, la persona pudiera tener mayores opciones, se amplía su esfera de intereses y el individuo puede tener una mayor tendencia a permanecer activo y adoptar estilos de vida salutogénicos”.<sup>20</sup> La especulación realizada por la autora se corresponde con la interpretación que le damos al resultado alcanzado.

Tabla 10. Distribución de ancianos según percepción de salud y escolaridad

Escolaridad	Percepción de salud								
	Baja		Media		Alta		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Analfabeto	2	28.6	0	0	5	71.4	7	100	
Primaria sin terminar	17	12.1	6	4.3	118	83.7	141	100	
Primaria terminada	8	4.1	10	5.2	176	90.7	194	100	
Secundaria terminada	3	1.5	3	1.5	195	97.0	201	100	
Preuniversitario Terminado	0	0	3	3.4	86	96.6	89	100	
Universidad terminado	1	4.8	1	4.8	19	90.5	21	100	
$X^2 = 39.663$		gl = 10		p = 0.000					

La distribución de los ancianos según la puntuación obtenida en los ítems de la dimensión salud se presenta en la tabla 11. En ella se observa que en la mayoría de los ítems hubo un predominio de la puntuación máxima, con destaque para los ítems, 28 (75.9 por ciento), el 1 (72.3), 19 (69.5), 2 (67.2), 14 (67.1), 7 (64.6), 12 (64.6), 13 (60.5) y el 8 (60.2). Esto habla a favor que los procesos cognitivos, de movilidad, actividad física, hacer compras, y otros son percibidos de manera positiva por los ancianos encuestados.

Los resultados se corresponden con los que reporta Fernández, quien con excepción de los ítems 8 y 13, en las restantes categorías predominó la puntuación máxima.<sup>20</sup>

Tabla 11. Distribución de los ancianos según puntuación obtenida en los ítems de la escala MGH de la dimensión salud

Ítem	Puntuación en MGH							
	Cuatro		Tres		Dos		Uno	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	472	72.3	51	7.8	79	12.1	51	7.8
2	439	67.2	69	10.6	86	13.2	59	9.0
7	422	64.6	70	10.7	104	15.9	57	8.7
8	393	60.2	83	12.7	109	16.7	68	10.4
12	422	64.6	103	15.8	14	2.1	114	17.5
13	395	60.5	81	12.4	117	17.9	60	9.2
14	438	67.1	59	9.0	84	12.9	72	11.0
19	454	69.5	66	10.1	97	14.9	36	5.5
20	279	42.7	203	31.1	40	6.1	131	20.1
21	356	54.5	100	15.3	101	15.5	96	14.7
26	237	36.3	101	15.5	176	27.0	139	21.3
28	495	75.9	97	14.9	31	4.7	29	4.4

#### **Dimensión socioeconómica:**

En las tablas 12 a la 16 se exponen los resultados relacionados con la dimensión condiciones socioeconómicas del constructo calidad de vida percibida, medido por el MGH. Aquí se realiza el análisis de los resultados seguido de su discusión.

En la tabla 12 se presenta la distribución de adultos mayores según la dimensión socioeconómica y el sexo, en ella se observa que existe un comportamiento homogéneo entre los sexos. Así, en ambos predominó la categoría alta, con 50.5 por ciento para el masculino y 49.1 para el femenino, seguida por la media con 45.8 y 44.3 respectivamente, en tanto que sólo el 3.8 por ciento de los hombres y el 6.6 por ciento de las mujeres percibe condiciones socioeconómicas bajas. Los resultados no son significativos, por lo que puede plantearse que a nivel poblacional existe un comportamiento homogéneo en las condiciones socioeconómicas percibidas por los adultos mayores de la provincia Matanzas, con confiabilidad del 95 por ciento.

Fernández <sup>20</sup> obtiene resultados similares a los de este estudio, aunque le da importancia a las pequeñas diferencias muestrales, -atribuidas al azar luego de la prueba de hipótesis- y, sobre ella vertebra la discusión, lo cual consideramos erróneo.

Los resultados obtenidos lo atribuimos a la pérdida del protagonismo del hombre en el ámbito familiar una vez jubilado, al dejar de ser el “proveedor” del hogar, y ser desplazado por los hijos o los yernos. Ello no sólo tiene consecuencias económicas, pues se le adiciona el “impacto” psicológico derivado del sentimiento de minusvalía que genera la pérdida de espacio dentro de la familia. A todo lo señalado se le agrega el hecho de que una proporción importante de las mujeres, del segmento poblacional objeto reestudio, se habían incorporado al trabajo con el triunfo de la Revolución Cubana, por lo que llegada la senectud reciben una jubilación, o en caso de haber enviudado una pensión, por lo que no son tan dependientes y, por características socioculturales de nuestra población suelen ser apoyadas económicamente por los hijos, lo que las ponen en situación ventajosa respecto al hombre, minimizando diferencias objetivas, que se reflejan en sus percepciones de ambos.

Tabla 12. Distribución de ancianos según condiciones socioeconómicas percibidas y sexo

Condiciones socioeconómicas	Sexo				
	Masculino		Femenino		
	No.	%	No.	%	
Baja	12	3.8	22	6.6	
Media	146	45.8	148	44.3	
Alta	161	50.5	164	49.1	
Total	319	100	334	100	
$X^2=2.639$		gl =2		p = 0.267	

El comportamiento de las condiciones socioeconómicas percibidas según los grupos de edades se presenta en la tabla 13. En ella se observa cierta tendencia a la heterogeneidad, al reducir la percepción de “altas condiciones socioeconómicas” con el incremento de la edad. En los grupos 60-69 y 70-79 predomina la categoría antedicha, con porcentajes que se mueven entre 50.4 y 56.3 respectivamente, mientras que en los de 80 y más el mayor aporte relativo le corresponde a la categoría “media” con 52.8 por ciento. Al realizar la prueba  $X^2$  para la regresión, esta brinda evidencias suficientes para plantear heterogeneidad en la percepción de las condiciones socioeconómicas según la edad ( $p=0.035$ ).

Los resultados de este estudio se corresponden con los de Fernández,<sup>20</sup> quien plantea que “esto pudiera explicarse porque los ancianos más jóvenes suelen estar más activos, más funcionales. Es decir, tienen mayores posibilidades de buscar alternativas de entrada económica”. Consideramos que los elementos esgrimidos pudiesen ser válidos para explicar los hallazgos de éste.

La inexistencia, en la literatura revisada, de otras investigaciones que aborden estas variables dificulta, como advertimos con anterioridad la comparación y, por ende, la discusión.

Tabla 13. Distribución de ancianos según condiciones socioeconómicas y grupos de edad

Condiciones socioeconómicas	Grupos de edades					
	60 – 69		70 - 79		80 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baja	12	4.9	10	4.4	12	6.7
Media	110	44.7	90	39.3	94	52.8
Alta	124	50.4	129	56.3	72	40.4
Total	246	100	229	100	178	100
$X^2=10.342$		gl =4		p = 0.035		

En la tabla 14 se relacionan las condiciones socioeconómicas y el estado conyugal. En ella se aprecia un comportamiento bastante parecido de la percepción de las condiciones socioeconómicas entre los que tienen y no tienen parejas, con predominio en ambos de la categoría alta con 49.4 y 50.1 por ciento respectivamente, aunque el porcentaje de sujetos que perciben condiciones socioeconómicas “medias” es discretamente superior para los con pareja (47.4 vs. 42.8 por ciento) y, análogamente los que la perciben “bajas” predominan en los sin pareja (7.1 vs. 3.2 por ciento). La prueba de hipótesis realizada evidencia la homogeneidad, previamente descrita a nivel muestral ( $p=0.062$ ), aunque el valor se aproxima al punto de corte escogido para la zona de rechazo.

Elizabeth y López<sup>20, 21</sup> encuentran un comportamiento heterogéneo, en investigaciones realizadas en Guantánamo y Ciudad de La Habana, que favorecen a los que mantienen un estatus conyugal casado, que atribuyen a que éstos tienen mejores opciones económicas, y pueden compartir los gastos del hogar, así como realizar una mejor planificación de los recursos disponibles.

Los hallazgos de este estudio, discrepantes con los comentados con anterioridad, pudiesen explicarse por el respaldo que los adultos mayores reciben de la familia, así como de la seguridad social que beneficia a un grupo importante de este segmento de la población, que los hace sentir seguros, por lo que con independencia de su estado conyugal, predominó una percepción de las condiciones socioeconómicas adecuadas.

Tabla 14. Distribución de ancianos según condiciones socioeconómicas y estado conyugal

Condiciones socioeconómicas	Estado conyugal				
	Con pareja		Sin pareja		
	No.	%	No.	%	
Baja	10	3.2	24	7.1	
Media	149	47.4	145	42.8	
Alta	155	49.4	170	50.1	
Total	314	100	339	100	
$X^2=5.562$		gl =2		p = 0.062	

La distribución de adultos mayores según las condiciones socioeconómicas y la escolaridad se presenta en la tabla 15, en la que se observa que si bien para todas las categorías de la variable escolaridad hay un predominio de la percepción de condiciones socioeconómicas altas, ellas tienen un ligero comportamiento descendente en la medida que se incrementa la escolaridad, hasta el nivel preuniversitario terminado, con porcentajes que varían desde 57.1 hasta 41.6 y, luego asciende hasta 52.4 para la categoría universidad terminada. Sin embargo, las diferencias no son significativas ( $p=0.273$ ).

En investigación realizada en Guantánamo se encontró una franca tendencia a percibir mejores condiciones socioeconómicas en la medida en que se incrementa la escolaridad, lo que atribuyen a que "las personas con mayor nivel de escolaridad pueden tener la oportunidad de ocupar empleos mejor remunerados, con lo que tienen además mayores posibilidades de crecimiento personal".<sup>20</sup>

En esta investigación no se constataron diferencias importantes en la percepción de las condiciones socioeconómicas según la escolaridad. Ello pudiese estar dado por el hecho de que una parte importante de la población estudiada ya no se encuentra vinculada al trabajo estatal, por lo que lo que reciben no depende de su puesto laboral, que en general se relaciona con la escolaridad. Además de la chequera que reciben por la jubilación, tienen otras entradas bien por el aporte de la familia con que viven o por remesas del exterior, a lo que se le adiciona la posibilidad de una contratación privada o estatal, que le proporciona la tranquilidad económica necesaria.

Tabla 15. Distribución de ancianos según condiciones socioeconómicas y escolaridad

Escolaridad	Condiciones socioeconómicas					
	Baja		Media		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeto	1	14.3	2	28.6	4	57.1
Primaria sin terminar	7	5.0	58	41.1	76	53.9
Primaria terminada	15	7.7	82	42.3	97	50
Secundaria terminada	6	3.0	95	47.3	100	49.7
Preuniversitario Terminado	3	3.4	49	55.0	37	41.6
Universitario terminado	2	9.5	8	38.1	11	52.4
$X^2=12.185$		gl =10		p = 0.273		

En la tabla 16 se muestra la distribución de los adultos mayores estudiados según la puntuación obtenida en los ítems que integran la dimensión "condiciones socioeconómicas percibidas". En todos ítems, la mayoría de los investigados consideró la puntuación máxima, con destaque para los ítems 31 (65.5 Por ciento) y 27 (50.8 por ciento). Par el ítem 15, las respuestas se distribuyeron fundamentalmente entre la puntuación cuatro (34.6 por ciento) y dos (30.9 por ciento). En general consideran que la vivienda que poseen les resulta cómoda para sus

necesidades, que tiene buenas condiciones para vivir solo y que la situación monetaria le permite resolver todas las necesidades de cualquier índole, aunque esta última en menor cuantía.

Estos resultados se corresponden con los obtenidos por Fernández.<sup>20</sup> No se comparan con otros estudios, pues no encontramos investigaciones que aborden este aspecto.

Tabla 16. Distribución de los ancianos según puntuación obtenida en los ítems de la escala MGH de la dimensión condiciones socioeconómicas

Ítem	Puntuación en MGH							
	Cuatro		Tres		Dos		Uno	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15	226	34.6	120	18.4	202	30.9	105	16.1
27	332	50.8	132	20.2	132	20.2	57	8.7
31	428	65.5	93	14.2	97	14.9	35	5.4

La tabla 16 representa la distribución de ancianos según la puntuación en los ítems correspondientes a la dimensión socioeconómica. Se puede observar el predominio de la puntuación alta en la totalidad de los ítems, en tanto la situación monetaria, las condiciones y estructura de las viviendas son percibidas positivamente por los ancianos entrevistados. Sin embargo, la situación monetaria (ítem 15) independientemente de tener su mayor puntuación alta, con respecto a los demás está ligeramente disminuido (34.6).

#### **Satisfacción por la vida:**

En las tablas 17 a la 21 se exponen los resultados relacionados con la dimensión satisfacción por la vida del constructo calidad de vida percibida, medido por el MGH. Aquí se realiza el análisis de los resultados seguido de su discusión.

La tabla 17 presenta la distribución de adultos mayores según la satisfacción por la vida percibida y el sexo. En ella se observa que en ambos sexos predominó la categoría “media” de la satisfacción por la vida, con porcentajes casi idénticos de 49.8, para el sexo masculino y 49.7 para el femenino. Las diferencias en el comportamiento de la satisfacción por la vida según sexo no se consideran importantes ( $p=0.450$ ).

Los resultados se corresponden con los de Fernández<sup>20</sup> aunque, éstos son cualitativamente superiores, pues hay menos adultos mayores que perciben baja satisfacción por la vida. En investigaciones realizadas en España se aprecia una alta satisfacción por la vida.<sup>29</sup> Trujillo reporta buena satisfacción por la vida en los ancianos encuestados.<sup>30</sup>

Ovalle plantea que se puede asumir que la satisfacción plena o la felicidad de la población son factores fundamentales que determinan la calidad de vida entre la población.<sup>31</sup> Alguien puede estar en buena salud según el criterio de su médico, y a pesar de ello sentirse mal.

La felicidad modera el impacto de los acontecimientos de la vida que amenazan la salud. Se cree que una persona feliz, puede salir mejor parada frente a un mismo hecho, que una infeliz ya que su apreciación positiva de la vida modifica la percepción.<sup>31</sup>

Tabla 17. Distribución de ancianos según satisfacción por la vida y sexo

Satisfacción por la vida	Sexo				
	Masculino		Femenino		
	No.	%	No.	%	
Baja	70	21.9	62	18.6	
Media	159	49.8	166	49.7	
Alta	90	28.2	106	31.7	
Total	319	100	334	100	
$X^2=1.598$		$gl=2$		$p = 0.450$	

La distribución de ancianos según percepción de la satisfacción por la vida y la edad se presenta en la tabla 18, en ella se observa que predomina la categoría “media” con ligero incremento de ésta en la medida que se incrementa la edad, con porcentajes que se mueven desde 42.7 en los que tienen entre 60 y 69, hasta 54.5 en los que poseen 80 y más años. De manera contraria se constata una tendencia descendente de la contribución relativa de la categoría alta, desde 39.0 por ciento, en los viejos-jóvenes, hasta 20.8 en los viejos-viejos. Las diferencias encontradas son significativas, o no debidas al azar ( $p=0.001$ ).

Los resultados del estudio difieren de los de Fernández,<sup>20</sup> quien no encuentra diferencias significativas en la percepción de la satisfacción por la vida en virtud de la edad.

Tabla 18. Distribución de ancianos según satisfacción por la vida y grupos de edades

Satisfacción por la vida	Grupos de edades						
	60 – 69		70 - 79		80 y más		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Baja	45	18.3	43	18.8	44	24.7	
Media	105	42.7	123	53.7	97	54.5	
Alta	96	39.0	63	27.5	37	20.8	
Total	246	100	229	100	178	100	
$X^2=18.647$						$gl =4$	$p = 0.001$

En la tabla 19 se presenta el comportamiento de la satisfacción por la vida según estado conyugal, con resultados similares en la importancia relativa de la satisfacción percibida para cada categoría del estado conyugal, para las que la categoría media es la más importante, seguida por la alta y finalmente, la baja. Sin embargo, en relación con la magnitud se constatan diferencias, de manera que los sin pareja tienen un 25.4 por ciento de baja satisfacción por la vida contra un 14.6 por ciento de los con pareja, que constituye la mayor diferencia encontrada. Estas diferencias son significativas ( $p=0.003$ ).

Diferente resultado obtuvo Fernández Martínez, quien no encontró diferencias entre los grupos y un predominio de alta satisfacción por la vida en ambos.<sup>20</sup>

Tabla 19. Distribución de ancianos según satisfacción por la vida y estado conyugal

Satisfacción por la vida	Estado conyugal				
	Con pareja		Sin pareja		
	No.	%	No.	%	
Baja	46	14.6	86	25.4	
Media	164	52.2	161	47.5	
Alta	104	33.1	92	27.1	
Total	314	100	339	100	
$X^2=11.944$				$gl =2$	$p = 0.003$

La distribución de los adultos mayores según la satisfacción por la vida y la escolaridad se presenta en la tabla 20, en la que se aprecia un comportamiento heterogéneo, dado por un predominio de alta satisfacción en los analfabetos, con un 71.4 por ciento, y de media en los restantes grupos, con porcentajes que tienden a incrementar desde la primaria sin terminar con 42.5 hasta el preuniversitario terminado con 62.9. Las diferencias detectadas evidencian un comportamiento heterogéneo ( $p=0.000$ ).

Fernández Martínez<sup>20</sup> no encuentra diferencias en el comportamiento de la escolaridad según la satisfacción por la vida percibida.



### **Contribución de las dimensiones del MGH a la Calidad de Vida percibida**

La tabla 22 muestra los resultados del Análisis Factorial a través del método de Componentes Principales en relación con los factores retenidos. El índice KMO obtenido fue de 0.833, lo que evidencia fuertes correlaciones parciales entre los pares de variables, que se corrobora al aplicar la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p=0.000$ ). Estos resultados ponen de manifiesto que es posible la utilización del método con la finalidad previamente planteada.

El método determinó inicialmente la existencia de 7 factores. De ellos consideramos que los tres primeros son los de mayor aporte a la reproducción de la estructura original del instrumento aplicado.

El primer factor aporta el 17.818 por ciento de la varianza total, en tanto que el segundo el 10.265 por ciento y el tercero el 7.0 por ciento. Los restantes factores en su conjunto, sólo adicionan el 23,459 por ciento de la varianza total.

Tabla 22. Resultados de ACP. Extracción de los factores

<b>Factores (Dimensiones)</b>	<b>Valores propios</b>	<b>Porcentaje de varianza</b>	<b>Porcentaje de varianza acumulada</b>
1	6.058	17.818	17.818
2	3.490	10.265	28.083
3	2.385	7.015	35.099
4	1.728	5.082	40.181
5	1.636	4.810	44.992
6	1.308	3.846	48.837
7	1.272	3.742	52.580
8	1.019	2.998	55.578
9	1.013	2.980	58.558

En la tabla 23 se aprecia que los ítems 1, 2, 7, 12, 14 están fuertemente correlacionados con el factor 1. Se observa que estos ítems pertenecen a la **dimensión salud**, en tanto que los ítems 3, 9, 22, 29 y 30 están fuertemente correlacionados con el factor 2, que se corresponde con la **dimensión satisfacción por la vida**, y con el tercer factor estuvieron más correlacionados los ítems 5, 33 y 34 que también pertenecen a la **satisfacción por la vida**. Un análisis de los tres primeros factores permite apreciar que la varianza acumulada de los factores dos y tres, relacionados con la **dimensión satisfacción por la vida**, es de 17.28, muy próximo a la varianza del primer factor (17.818). Ello hace pensar, a priori, que las dimensiones salud y satisfacción por la vida son las de mayor contribución en la medición del constructo calidad de vida percibida, aunque el que los tres factores analizados sólo acumulen un 35.099 por ciento de varianza evidencia que este resultado se debe tomar con cautela.

Un análisis de los restantes seis factores retenidos, permite observar que 4 factores (4, 5, 7 y 9) se corresponden con la **dimensión satisfacción por la vida**, y al adicionar la varianza acumulada de éstos y los ya analizados representan un 33.15 por ciento, por lo que, un segundo análisis permite afirmar que es la **satisfacción por la vida** el factor que más aportó a la medición de la calidad de vida percibida en la investigación realizada.

Los resultados obtenidos explican el porqué a pesar de que en el análisis de las dimensiones, la salud y las condiciones socioeconómicas tuvieron resultados que clasifican en la categoría "alta", en tanto que los de la satisfacción por la vida clasificaron fundamentalmente como "media", en la calidad de vida global predominaron las categorías "baja" y "media".

Tabla 23. Resultados del CAP. Correlaciones de las variables según los factores

Factor	Ítems	Correlaciones ( $\lambda$ , j, k)
1	1	0.735
	2	0.807
	7	0.691
	12	0.517
	14	0.543
2	3	0.655
	9	0.652
	22	0.601
	29	0.697
	30	0.658
3	5	0.600
	33	0.671
	34	0.764
4	6	0.640
	10	0.772
	11	0.782
5	4	0.610
	15	0.625
	17	0.601
	18	0.617
6	8	0.583
	19	0.744
7	23	0.729
	24	0.746
8	27	0.500
	31	0.628
9	16	0.719

## **CONCLUSIONES**

1. El predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, con la finalidad de diseñar proyectos de intervención para este grupo poblacional, con vistas a mejorar la percepción de la calidad de vida.
2. La calidad de vida percibida por los adultos mayores de la población investigada se relaciona con la edad y la escolaridad, de forma tal que en la medida en que se incrementa la edad la percepción de ésta es peor, mientras que existe una tendencia a percibir mejor calidad de vida con el incremento de la escolaridad.
3. La alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos, y heterogénea por grupos de edades, estado conyugal y escolaridad, lo cual evidencia la relación importante que existe entre estas últimas y la dimensión investigada.
4. La población de adultos mayores investigada percibe que sus condiciones socioeconómicas son altas o medias, sin diferencias marcadas por sexo, estado conyugal y escolaridad; mientras que existe tendencia a disminuir esta percepción en la medida que se incrementa la edad.
5. La satisfacción por la vida percibida clasifica fundamentalmente como media, sin diferencias marcadas entre sexos, mientras que este nivel se incrementa en la medida que aumenta la edad, y análogamente disminuye la percepción alta. La baja satisfacción personal se incrementa ante la falta de pareja, con comportamiento heterogéneo para la variable escolaridad, que muestra predominio de la categoría alta en los analfabetos y media, con tendencia ascendente desde la primaria hasta el preuniversitario.
6. La satisfacción por la vida constituyó la dimensión que más contribuyó a la medición de la calidad de vida percibida en la investigación realizada, seguida por la dimensión salud, con escasa contribución de las condiciones socioeconómicas, lo cual debe ser tomado en consideración para la realización de una estrategia que incremente la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores de la provincia Matanzas.

## **RECOMENDACIONES**

1. Desde el punto de vista metodológico consideramos necesario continuar el estudio de la calidad de vida en los adultos mayores de la provincia Matanzas, que incluya la inclusión de la calidad de vida objetiva, y con ello la evaluación integral de este constructo, como elemento previo a la realización de una estrategia de intervención, encaminada al mejoramiento de la calidad de vida de la población objeto reestudio.
2. Comunicar a las autoridades de la provincia los resultados del estudio, para su utilización en la toma de decisiones en salud, que privilegien este segmento de la población de la provincia de Matanzas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bayarre H, Pérez J, Menéndez J, Tamargo T, Morejón A, Díaz D, González A. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en Ancianos. Ciudad de la Habana, Camaguey, Las Tunas, Granma y Holguín. 2000-2004. Trabajo para optar por premio anual de la salud 2005. Ciudad de la Habana: ENSAP - CITED; 2005
- 2) Pérez J. The Cambridge handbook of Age and Ageing. Ciudad de la Habana: ENSAP; 2006
- 3) Fong J A, Hechavarria J B, geriatría: ¿Es desarrollo o una necesidad?: MEDISAN [serie en Internet]. 2002[citado 29/5/06]; 6(1): [aprox. 14p]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6102/san11102.htm>
- 4) Hernández Castellón R. El envejecimiento de la población en Cuba. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 1997: 1 – 40.
- 5) Populations ageing 2002. Nueva York: United Nations; 2002
- 6) Organización Panamericana de Salud. La salud de las Américas. Volumen II. Washington: OPS; 2002. Publicación Científica No.587
- 7) Gómez V M. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [serie en Internet]. [Citado 5 abril 2006]: [aprox. 12p]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- 8) Lugones M. Algunas consideraciones sobre calidad de vida: Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet]. 2002[citado 2006 feb 22]: [aprox. 2 p]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_4\\_02/mgi1342002.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi1342002.htm)
- 9) Grau Abalo J, García viniégras C R V, Hernández Meléndez E. Calidad de vida y psicología de la salud. En: Hernández Meléndez E, Grau Abalo J. Psicología de la salud Fundamentos y aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2005.
- 10) Grau Abalo JA. Calidad de Vida y Salud: Problemas actuales en su investigación. Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Cali, Colombia; 1998.
- 11) Calidad de vida. Artículo de la enciclopedia libre Universidad en Español. [Serie en Internet]. 2007 [citado 19 oct. 2007]; [aprox. 6p]. Disponible en: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida)
- 12) Llantà M C, Grau J, Chacón M, Pire T. Calidad de vida en oncopedología: problemas y retos. Ver Cubana Oncol. [serie en Internet]. 2000 [citado 19 ene 2007];16(3):[aprox.8p]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16\\_3\\_00/onc12300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_3_00/onc12300.htm)
- 13) Schwartzmann L. Health-Related Quality of Life: Conceptual Aspects. Cienc. Enferm [serie en Internet]. 2003 dic. [citado 19 ene 2007]; 9 (2): [aprox. 20p]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16\\_3\\_00/onc12300.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_3_00/onc12300.htm)
- 14) Aranzabal J, Lavari R, Magaz A, Olaizola P, López. I. Calidad de Vida de los Trasplantados de Órganos [monografía en Internet]. Ciudad Vasco; 2006 [citado 5 abril 2006]. Disponible en: [http://donacion.organos.ua.es/info\\_sanitaria/proceso/calidad.htm](http://donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/proceso/calidad.htm)
- 15) Yanguas Lezaun JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2006
- 16) Álvarez Pérez MS. Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la Tercera Edad. La Habana: ENSAP; 1998
- 17) Bayarre H D. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en ancianos. Ciudad de la Habana y las Tunas. 2000[tesis] Ciudad de la Habana. ENSAP; 2001

- 18) Quintero Danauy G, González Pérez U. Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En: Buendía J. Gerontología y salud, perspectivas actuales. Madrid: Biblioteca Nueva S L; 1997
- 19) Jocik Hung G. Construcción de un instrumento para medir Bienestar subjetivo en adultos mayores. Granma: 2001.
- 20) Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. Ciudad de la Habana: ENSAP; 1998
- 21) López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico 19 de Abril. Municipio Plaza. [tesis]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias médicas de la Habana; 1997
- 22) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de deficiencias, incapacidad y minusvalidez. Ginebra: OMS; 1986.
- 23) Silva Ayçaguer LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- 24) Alonso Alomá I. Construcción de un índice de Condiciones de Vida. [tesis]. Ciudad de la Habana: Facultad de Salud Pública; 1999
- 25) Cáceres Rodas R I. Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica: Población y Salud en Mesoamérica [serie en internet]. 2004[citado 2007 oct 25]: [aprox. 21 p]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-3/1-2-3.pdf>
- 26) Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marin C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17 (5/6): 353-61
- 27) Colom R. Gerontología y salud. Perspectivas actuales. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1997.
- 28) Fernández Brañas S, Almunia Güemes M, Chil OA, Blanco Mesa B. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 2001; 39 (2): 77-81
- 29) Rublo Herrera R, Aleixandre Rico M y cols. Calidad de vida y senectud, Estudio comparativo en función del sexo. España: Editorial Biblioteca Nueva; 1997.
- 30) Trujillo Blanco E. Calidad de vida en ancianos del municipio Arrollo Naranjo. [Tesis] Ciudad de la Habana. Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1997.
- 31) Ovalle O, Martínez J. La calidad de vida y la felicidad: Contribuciones a la Economía [serie en internet]. 2006[citado 2007 oct 26]: [aprox. 18 p]. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/2006/oojm.htm>
- 32) Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vázquez L. Repercusión del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(2):178-82
- 33) León Díaz E M, Alfonso Fraga J C. Redes de apoyo y calidad de vida en cuba. Reunión de expertos en redes sociales de apoyo a las personas adultas mayores; el rol del estado, la familia y la comunidad. Santiago de Chile; 9-12 dic. 2003.
- 34) Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev. Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6):307-22.
- 35) Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana de Salud Pública. 2005; 31 (2): 16 - 22
- 36) Malagón Cruz Y, Guevara González A. Enfoques de la situación de salud del adulto mayor. [serie en Internet]. 2004. [citado 25 sep 2007]: [aprox. 11p]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfoques\\_de\\_la\\_situacion\\_de\\_salud\\_del\\_am.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfoques_de_la_situacion_de_salud_del_am.pdf)

- 37) Suárez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor de América Latina y el caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17 (5-6): 419-428
- 38) Friedrich, W: Métodos estadísticos para la comprobación del criterio de calidad de vida de la investigación marxistas-leninista. Ciudad de la Habana: Ciencias Sociales; 1988. p 239-240
- 39) Mora M, Villalobos D, Araya G, Azols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. MHSalud [serie en internet]. Setiembre 2004[citado 3 mayo 2006]; 1(1): [aprox.33p]. Disponible en: [http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA\\_017.pdf](http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/ARTICULOMONICAMORA_017.pdf)
- 40) Lebr U. La calidad de vida de la tercera edad: Una labor individual y social. En: Buendía J. Envejecimiento y psicología de la salud. España: Editorial Siglo XXI de España; 1994
- 41) Dulcey Ruiz E, Quintero Danauy G. Calidad de vida y envejecimiento. En: Rocabrano Medero JC. Tratado de gerontología y geriatría clínica. La Habana: Instituto Cubano del libro; 1999

## **ANEXO I**

### **PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo \_\_\_\_\_ manifiesto mi mayor disposición para participar en la investigación CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR ANCIANOS DE MATANZAS. PRIMER SEMESTRE 2007, bajo compromiso de los autores, de no divulgar la información brindada.

-----  
FIRMA

**ANEXO II**Datos generales.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Policlínico: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

I.- Examen Mínimo del Estado Mental.

<p>I. Orientación ( máximo 10 puntos ) Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle dónde habita o vive, número de su casa. ¿En qué ciudad estamos? ¿Qué provincia? ¿Qué país?</p>	<p>1.- Día de hoy _____          2.- Mes _____          3.- Año _____          4.-Día de la semana _____          5.-Estación _____          6.-Dirección _____          7.-Número de la casa _____          8.-Ciudad _____          9.- Provincia _____          10.-País _____</p>
<p>II. Registro: ( máximo 3 puntos ) Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: PELOTA/ BANDERA/ ARBOL. Repartirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.</p>	<p>11.-Pelota _____          12.-Bandera _____          13.-Árbol _____          # de intentos _____</p>
<p>III. Cálculo y Atención: ( máximo 5 puntos ) Contar desde 100 hasta abajo restando 7. Parar después de 5 respuestas: (93, 86, 79, 72, 65). Dar un punto por cada respuesta correcta. Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODNUM=5 / ODMUN=3</p>	<p>14.-93 _____          15.-86 _____          16.-79 _____          17.-72 _____          18.-65 _____          19.- No. de letras bien ubicadas: _____</p>
<p>IV. Recuerdo: ( máximo 3 puntos ) Preguntar por las tres palabras repetidas previamente. Un punto por cada respuesta correcta.</p>	<p>20.-Pelota _____          21.-Bandera _____          22.- Árbol _____</p>

<p>V. Lenguaje: ( máximo 9 puntos )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: "¿Qué es esto?". Repetir lo mismo para el lápiz. Un punto por respuesta correcta.</li> <li>- Repetir la frase: "Ni sí, ni no, ni peros".</li> <li>- Realizar una orden en 3 tiempos (Tomar un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso).</li> <li>- Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS.</li> <li>- Escritura: Orientar al sujeto para que escriba una frase u oración.</li> <li>- Copiar un dibujo del Test de Bender.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>23.- Reloj _____</li> <li>24.- Lápiz _____</li> <li>25.-Repetición _____</li> <li>26.- Coger el papel con la mano derecha _____</li> <li>27.- Doblarlo por la mitad _____</li> <li>28.- Ponerlo en el piso _____</li> <li>29.- Cerrar los ojos _____</li> <li>30.- Escritura de la oración _____</li> <li>31.- Dibujo _____</li> </ul>
--	---

Puntuación:

Sumar el número de respuestas correctas.

En las respuestas del Aspecto III, incluir los ítems del 14 al 18 ó el ítem 19, pero no ambos.

El máximo de puntos es 30.

**ANEXO III INSTRUMENTO PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA.** Lic. Miriam S. Álvarez Pérez.

Ítem	Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras, agacharse, levantarse).				
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3. Mi familia me quiere y me respeta.				
4. Mi estado de ánimo es favorable.				
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.				
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas (como bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etc.)				
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
9. Soy importante para mi familia.				
10. Me siento solo y desamparado en la vida.				
11. Mi vida es aburrida y monótona.				
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.				
13. Puedo aprender cosas nuevas.				
14. Puedo usar el transporte público.				
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole.				
16. Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se puedan presentar.				
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.				
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.				
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.				
20. Estoy nervioso e inquieto.				
21. Puedo ayudar en el cuidado o atención de mis nietos.				
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso				
Ítem	Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				

24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
25. Soy feliz con la familia que he construido.				
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia o con mis amigos).				
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir sólo en ella.				
28. He pensado quitarme la vida.				
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.				
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.				
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades				
32. Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida.				
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
34. Soy feliz con la vida que llevo.				

EDAD:

SEXO: Masculino: Femenino:

ESCOLARIDAD: Analfabeto: Primaria inconclusa: Primaria concluida: Secundaria concluida: Preuniversitario concluido: Universidad concluida:

ESTADO CONYUGAL: Con pareja: Sin pareja: