

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

TEMA

**“Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en personas de la tercera edad,
Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.”**

AUTORAS

- Br. Grace María Delgado Ruiz.
- Br. Fátima Mercedes González Aguilar.

TUTOR

MsC. Zandra Marcela Blanco Rodríguez.

ASESOR DE METODOLOGIA

Lic. Haroldo Argeñal.

FECHA

Noviembre de 2009

A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.

A Dios, nuestro padre fuente de sabiduría y amor que ha iluminado el camino para alcanzar nuestras metas.

A nuestros padres que con mucho esfuerzo y sacrificio nos ayudaron a llevar a cabo nuestros estudios.

A nuestros hermanos, amigos y esposo que cada día nos motivaron a seguir adelante.

A Claustro de Profesores, que con mucha abnegación y tolerancia nos dieron el pan de la enseñanza.

A las personas de la tercera edad del Reparto la Providencia que gentilmente nos brindaron su apoyo e hicieron posible la culminación de nuestra investigación.

A nuestros tutores Lic. Zandra Blanco y Lic. Haroldo Argeñal, que con tanto empeño y abnegación dedicaron tiempo a nuestro trabajo y compartieron sus conocimientos.

A las demás personas que de forma directa o indirecta colaboraron con nuestra investigación.

A todos ellos, Muchas Gracias!!!!

Grace María Delgado y Fátima Mercedes González.

OPINIÓN DEL TUTOR.

La calidad de vida es un tema de gran interés, sobre todo porque en la actualidad se valora una serie de indicadores más allá de la dimensión económica y física del ser humano, tratando de concebir este concepto de manera más holística.

Creo que este trabajo constituye una fuente valiosa de información porque permite tener datos reales, aunque sea de una parte de la población en un tema que ha sido poco, por no decir nulamente abordado en nuestro país. Este estudio va permitir enriquecer los conocimientos acerca de esta etapa y valorar la tercera edad no como una etapa final de la vida, sino como una más de desarrollo humano con sus dificultades pero también con sus ventajas y alegrías.

En el interior de este trabajo se encuentra información útil que permite conocer un poco más acerca de la percepción que las personas de la tercera edad del Reparto Providencia tienen acerca de su calidad de vida, cuyos resultados confirman la capacidad RESILIENTE DEL NICARAGUENSE. A pesar de la pre-concepción que muchos tenemos al considerar que la calidad de vida de las personas de la tercera edad es baja, en este estudio podemos encontrar datos que nos da una visión general de este aspecto y nos permite comprender la calidad de vida como un término más amplio haciendo énfasis a la salud tanto física como mental.

Esta tesis ha constituido un recorrido lleno de alegría, frustraciones, decepciones, pero sobre todo de aprendizaje tanto para las autoras del mismo como para mí, como su tutora. Todas las páginas que en su interior contiene esta investigación refleja el esfuerzo y dedicación que Grace y Fátima han puesto en cada proceso de esta investigación.

Obviamente cualquier calificativo que haga uso para describir este trabajo estará sesgado, pero no dudo que será de provecho para todas aquellas personas que por una u otra razón, al igual que vos, lo tiene en sus manos. Sólo me resta decir **¡BUEN PROVECHO CON LA LECTURA!**

Zandra Marcela Blanco.

RESUMEN

La tercera edad hace referencia a la población de 65 años de edad a más, y es en esta etapa donde se experimentan un sinnúmero de cambios, en donde las personas que miran en retrospectiva y se sienten satisfechos del significado de su existencia y de haber hecho lo posible adquieren un profundo sentido de integridad personal.

El concepto de calidad de vida ha experimentado un desarrollo tan rápido que ha llegado a convertirse en una expresión de uso común, definiéndose como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Así la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha descrito como un concepto multidimensional que incluye la identificación de síntomas, el estado funcional, la percepción de bienestar psicológico y la percepción general de salud.

Entre algunos de los estudios que miden la calidad de vida en las personas de la tercera edad encontramos: El estudio realizado por Bowling y Windsor (2001) con personas ancianas de Inglaterra el cual reportó que una alta proporción de adultos de todas las edades manifestaron que las relaciones con familiares, parientes, amigos y otras personas (como vecinos) era la dimensión más importante en su calidad de vida.

Nuestro objetivo general es: Determinar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud que presentan las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, en el periodo comprendido Febrero-Septiembre 2009.

El estudio es descriptivo de corte transversal, consta con una muestra de 154 personas de la tercera edad del Reparto La Providencia, a quienes se les aplicó el instrumento SF-36. Los datos se procesaron con el software SPSS 17, dando como resultado una baja puntuación en calidad de vida en la salud (CVRS), sin embargo, la medida sumaria de la salud mental obtuvo altas puntuaciones.

INDICE.

I.	INTRODUCCIÓN.	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA.	4
III.	OBJETIVOS.	5
	5.1 Objetivo General.	5
	5.2 Objetivos Específicos.	5
IV.	MARCO TEÓRICO.	6
	6.1 DÉCADAS DE LA SENECTUD.	6
	*6.1.1 Sexagenarios.	6
	*6.1.2 Septuagenarios.	6
	*6.1.3 Octogenarios.	6
	*6.1.4 Nonagenarios.	6
	6.2 ASPECTOS FÍSICOS DEL ENVEJECIMIENTO.	7
	*6.2.1 Aspecto Físico.	7
	*6.2.2 Sentidos.	7
	*6.2.3 Músculos, huesos y movilidad.	7
	*6.2.4 Órganos Internos.	7
	6.3 CAMBIOS COGNOSCITIVOS.	8
	*6.3.1 Rapidez de la Cognición.	8
	*6.3.2 Memoria.	8
	*6.3.3 Sabiduría.	8

6.4 CONTINUIDAD Y CAMBIOS EN LA VEJEZ.	8
*6.4.1 Personalidad.	8
6.5 CALIDAD DE VIDA.	9
*6.5.1 Conceptos asociados a la calidad de vida.	12
*6.5.2 Factores de calidad de vida.	13
*6.5.3 Indicadores de calidad de vida.	15
*6.5.4 Calidad de vida y envejecimiento.	17
V. DISEÑO METODOLÓGICO.	20
VI. RESULTADOS.	27
VII. DISCUSIÓN.	36
VIII. CONCLUSIÓN.	39
IX. RECOMENDACIONES.	40
X. BIBLIOGRAFIA.	41
ANEXOS.	

I. INTRODUCCION.

La tercera edad hace referencia a la población de 65 años de edad a más, y es en esta etapa donde se experimentan un sinnúmero de cambios, en donde las personas que miran en retrospectiva y se sienten satisfechos del significado de su existencia y de haber hecho lo posible adquieren un profundo sentido de integridad personal (1). Transformándose así en un envejecimiento exitoso, el cual radica ineludiblemente en la “capacidad de adaptación” de la persona de edad avanzada a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes (factores psicosociales) que se experimentan. Así mismo el aumento de la esperanza de vida y la calidad de vida durante el envejecimiento presupone la existencia de nuevas racionalizaciones basadas en el compromiso con la vida que muchos mayores desarrollan contribuyendo así a una mejor calidad de vida (2).

Por tanto en las últimas décadas, el concepto de calidad de vida ha experimentado un desarrollo tan rápido que ha llegado a convertirse en una expresión de uso común (3), definiéndose como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. La realización de la calidad de vida es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo (4). Así la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha descrito como un concepto multidimensional que incluye la identificación de síntomas, el estado funcional (físico, psicológico y social), la percepción de bienestar psicológico y la percepción general de salud (5).

Siendo así, el desarrollo de este concepto ha generado interés en diferentes investigadores como San Martín, H. y Pastor, U. (1990), Solano Berrío (1997) (6), Pedrero (2001) (7), cuyos estudios se centran en la definición y características de los indicadores del término de calidad de vida.

Entre los estudios que se centran en medir la calidad de vida de las personas de la tercera edad encontramos: El estudio realizado por Bowling y Windsor (2001) con personas ancianas de Inglaterra reportó que una alta proporción de adultos de todas las edades

manifestaron que las relaciones con familiares, parientes, amigos y otras personas (como vecinos) era la dimensión más importante en su calidad de vida (7).

En el estudio realizado por Eiriz, J., Suárez, M et al, en Placetas, Villa Clara en el año 2002, encontraron que al analizar la relación entre edad y satisfacción con la vida se observaba un predominio de los ancianos insatisfechos en el grupo etáreo entre 60-69 años (60%) y de satisfechos en los mayores de 80 (66,6%), por consiguiente la concordancia entre sexo y satisfacción con la vida mostró un predominio de la insatisfacción en el sexo femenino (65,3%) y la satisfacción en los hombres (58,8%). El estado civil influyó en la satisfacción con la vida; en el primer momento predominó la insatisfacción en los solteros (69,3%), y en los casados la satisfacción (57,8%), también se analizó el comportamiento de la relación convivencia-satisfacción con la vida; los ancianos que viven solos fueron los más insatisfechos (78,9%), y los casados, los más satisfechos (58,8%) (8).

La investigación acerca de los "Componentes de la calidad de vida del adulto mayor y factores asociados" realizado por Barros, C., socióloga de la Universidad Católica en Chile en el año 2004, establece que la capacidad de funcionamiento físico, la percepción del estado de salud, el significado que se atribuye a la vejez, el apoyo social instrumental (tener a quien recurrir en caso de problema o necesidad), y la realización de actividades como leer, salir de la casa y hacer ejercicio fueron algunos de los factores asociados a la calidad de vida. Siendo el nivel socioeconómico la variable que más impacta en la calidad de vida, es el factor que más influye en el bienestar y el estrés (sentirse solo, triste y angustiado)". El 49% de los encuestados declaró que sus ingresos no alcanzaban para satisfacer sus necesidades. Este estudio también destaca la importancia que los adultos mayores le dan a la familia considerándola como un pilar fundamental de la calidad de vida, además señala que la pareja constituye un soporte incondicional, teniendo "la viudez un impacto muy importante en la calidad de vida y la sensación de soledad, y este peso se lo llevan más fuertemente las mujeres, que viven más tiempo" (9).

El estudio realizado por Uribe, A., Valderrama, L., y Molina, J. catedráticos de la Universidad Católica de Colombia en el año 2007, encontraron que el análisis realizado según el Breve cuestionario de Calidad de Vida (CUBRECAVI) muestra diferencias significativas en función

al sexo, pero no en relación al estado civil y la edad. En relación a la edad, se pudo observar que la salud psíquica, objetiva y total, no varía según avance la edad dentro del grupo de adultos mayores, los resultados también evidenciaron que los hombres presentan mayor puntuación en todas las escalas en comparación con las mujeres, es decir que la frecuencia de sintomatología o dolores es superior y hay mayor presencia de síntomas depresivos, de memoria y orientación (10).

La calidad de vida en la tercera edad nos ha generado interés de estudio porque es una parte de la población que se encuentra olvidada, muchas veces sin apoyo de familiares y amigos, además porque esta población constituyen un grupo etéreo que representa la minoría, con tan solo 3,3% de la población total de Nicaragua (11) y porque en esta etapa de la vida se producen unos patrones de cambios y estabilidad así como de desarrollo y declive que pueden llevar a una disminución de la interacción social, tales como la jubilación, la muerte del cónyuge o de seres queridos, así también el cambio de las condiciones en que ellos viven, lo cual puede afectar su calidad de vida ya sea negativa o positivamente. Lo cual nos ha motivado a conocer como es la calidad de vida en las personas de la tercera edad.

De tal forma que este trabajo nos va a generar como egresadas de Psicología información acerca de la percepción de las personas de la tercera edad con respecto a su salud y forma de vida. Aspecto que será de gran importancia para nuestro desarrollo profesional. Así mismo constituirá una fuente de referencia para todas aquellas personas interesadas en el tema, también servirá de base para otros estudios de mayor profundidad que estén orientados a la planificación y ejecución de programas de intervención que permita mejorar la calidad de vida de estas personas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como es del conocimiento de todos, la tercera edad es una etapa en la cual trascienden grandes cambios a nivel social, físico y mental, así como asignación de nuevos roles. Estos cambios pueden ser apreciados por las personas como aspectos positivos o negativos de su vida de tal manera que influirá en su satisfacción con la vida y por ende en su calidad de vida.

El concepto de calidad de vida encierra un conjunto de indicadores, cuya satisfacción hacia ellos puede ser diferente. Uno de los indicadores más relevante de calidad de vida dentro del sistema de valoración de los seres humanos es la salud y puede constituirse en el aglutinamiento del resto de factores que configuran la calidad de vida. Además, la salud no solo afectará directamente la valoración vital del individuo, sino que también afectara indirectamente a la calidad de vida a través de su impacto sobre el resto de las áreas vitales (ocio, trabajo, autonomía, relaciones sociales, etc.).

En este sentido el concepto de salud ha dejado de ser considerado como una cuestión estrictamente física para convertirse en un ente complejo de carácter psicosocial. Así el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) permite integrar estas aportaciones en una visión global de la salud.

Por tal razón nos hemos planteamos la siguiente pregunta:

¿Qué calidad de vida relacionada con la salud presentan las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009?

III. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud que presentan las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, en el periodo comprendido Febrero-Septiembre 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Especificar las características socio-demográficas de la población en estudio.
- Identificar los niveles de calidad de vida según las medidas sumarias de salud física y salud mental que presentan las personas de la tercera edad.
- Determinar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en las personas de la tercera edad.
- Identificar la calidad de vida en la medida sumaria de la salud mental según las características sociodemográficas de la población.

IV. MARCO TEÓRICO.

El envejecimiento es un fenómeno universal. Ocurre antes en algunas personas y después en otras, pero es inevitable (1). Los cambios que generalmente acontecen en esta etapa de la vida son adversos, relacionados con la pérdida de estatus social, autonomía, etc. (2). Hay además algunas señales psicológicas, la mayor parte de las cuales se refiere a aspectos de continuidad y cambio (1).

Aunque nuestro estudio se enfatizó en la calidad de vida en personas ancianas cabe destacar de forma general algunos cambios que se dan en esta etapa de la vida.

Irene Burnside y sus colegas (1979) analizaron la senectud a partir de cuatro décadas (1). A continuación se ofrece un breve resumen de las principales características de cada una:

6.1 DÉCADAS DE SENECTUD.

6.1.1 Sexagenarios (de 60 a 69 años de edad): En muchos de ellos comienza a desaparecer la fuerza física y sin embargo, algunos se conservan fuertes, sanos y resistentes.

6.1.2 Septuagenarios (de 70 a 79 años de edad): Aumentan los problemas de salud y se observa una notable reducción de la actividad sexual.

6.1.3 Octogenarios (de 80 a 89 años de edad): A la mayoría de las personas le es más difícil llevar una vida normal y comienzan a debilitarse y a necesitar algún tipo de cuidado.

6.1.4 Nonagenarios (de 90 años en adelante): Los problemas psicológicos y de salud son más graves para muchas personas de 90 o más años de edad, aunque algunos son más sanos y activos que otros ancianos más jóvenes.

6.2 ASPECTOS FÍSICOS DEL ENVEJECIMIENTO.

El cuerpo cambia en muchas formas, se producen modificaciones en el aspecto físico, en los sentidos, en los músculos, en los huesos, en la movilidad y en los órganos internos.

6.2.1 Aspecto Físico: Las señales más evidentes son las canas, la piel vieja, el cambio de postura y las arrugas profundas. La piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad. Aumentan los lunares en el tronco, en el rostro y en el cráneo.

6.2.2 Sentidos: Los sentidos del oído, vista, gusto y olfato por lo general pierden eficiencia en esta edad. Las deficiencias auditivas son muy frecuentes, suelen ir de ligeras a moderadas y a menudo se relacionan con la identificación de voces en medio de un ruido de fondo.

El deterioro visual que se observa en los ancianos son: cataratas (opacamiento del cristalino que bloquea la luz), glaucoma (acumulación de presión en el interior del globo ocular), disminución de la capacidad para enfocar los objetos y menos agudeza visual (capacidad para distinguir los detalles finos). En el gusto se manifiesta una gran estabilidad. Sin embargo, el olfato presenta a menudo un gran deterioro en comparación con el gusto.

6.2.3 Músculos, huesos y movilidad: Con la edad disminuye el peso muscular y, por tanto, también la fuerza y la resistencia. Los huesos se debilitan, se vuelven huecos y más frágiles, de ahí que son más vulnerables a las fracturas y tardan más tiempo en sanar.

6.2.4 Órganos Internos: El sistema cardiovascular pierde eficiencia con los años y disminuye la capacidad pulmonar. También decrece la capacidad de reserva del corazón, de los pulmones y de otros órganos. El sistema inmunológico cambia durante la senectud de modo que hace más vulnerable al anciano a las enfermedades.

6.3 CAMBIOS COGNOSCITIVOS:

6.3.1 Rapidez de la cognición: Con la senectud disminuye la rapidez del desempeño mental y físico. Investigaciones han demostrado que, en esta etapa de la vida, se deterioran las funciones intelectuales que exigen un desempeño acelerado (Salthouse, 1985, 1990). Por lo regular los ancianos muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos perceptuales y en los procesos cognoscitivos en general.

6.3.2 Memoria: El almacenamiento sensorial y la memoria a corto plazo, cambia un poco con la edad pero se deteriora la memoria a largo plazo, pero con una instrucción cuidadosa y un poco de práctica, los ancianos pueden mejorar su capacidad de retención. La memoria terciaria o recuerdo de hechos sumamente remotos parece conservarse más o menos intacta en esta fase de la vida.

6.3.3 Sabiduría: Esta comprende el buen juicio y consejo sobre asuntos trascendentes de la vida. Con la edad mejora a menudo la cantidad y la calidad del individuo relacionado con la sabiduría.

6.4 CONTINUIDAD Y CAMBIOS EN LA VEJEZ.

Atchly puntualiza que la continuidad no significa que no se den cambios en lo absoluto, es evidente que cambian los roles, las capacidades y relaciones. Este cambio exige modificaciones en el comportamiento, expectativas e incluso en los valores.

6.4.1 Personalidad: En esta etapa de la vida no parecen existir grandes cambios de personalidad (2). Investigaciones señalan que algunos rasgos de la personalidad como el neuroticismo y la extroversión se mantienen estables de la madurez a la vejez (1). Sin embargo, ponen de manifiesto un leve incremento de la introversión y disminución de la apertura de la experiencia (2).

No cabe duda que durante nuestra vida trascendemos por diferentes cambios ya sean físicos, cognoscitivos y psicosociales que de una u otra manera podría afectar nuestra manera de ver la vida y la satisfacción con la misma.

Es por eso que en esta etapa la satisfacción con la vida y el ajuste depende de múltiples factores, pero poco tienen que ver con la edad propiamente dicha (Larson, 1978). La salud es el factor más importante, y después de esta, el dinero, la clase social, el estado civil, una vivienda adecuada, el nivel de interacción social y hasta el transporte son factores que influyen de manera profunda que uno sienta o no satisfacción con la vida.

La satisfacción en la vejez también depende de cómo definan los longevos un funcionamiento positivo.

Los factores importantes de un envejecimiento exitoso se basan en no interrumpir las actividades, compensar de forma activa cualquier deterioro físico y mental. Así que muchos ancianos se refugian en la religión y en redes sociales para obtener apoyo y validación y así tener una mejor calidad de vida. A continuación abordaremos sobre este aspecto:

6.5 CALIDAD DE VIDA.

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. Además de estas consideraciones se toma como una variable importante dentro del concepto calidad de vida, el nivel de actividad física de los sujetos. La calidad de vida es un concepto complejo cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia (Rojas, 1999 y Rojas, 1997) (12).

No es de extrañar entonces que la calidad de vida haya sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el biomédico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. De igual forma, se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad. Tal como apunta Browne “La calidad de vida es producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones” (7).

El anciano que presenta avanzados niveles de autonomía social, psicológica y económica busca vivir físicamente independiente de su familia, manteniendo lazos directos con sus familiares. Sin embargo, cuando esta situación no puede darse por dificultades económicas o de salud, el adulto mayor opta por vivir con aquel pariente que cuente con las mejores condiciones materiales y afectivas para recibirlo.

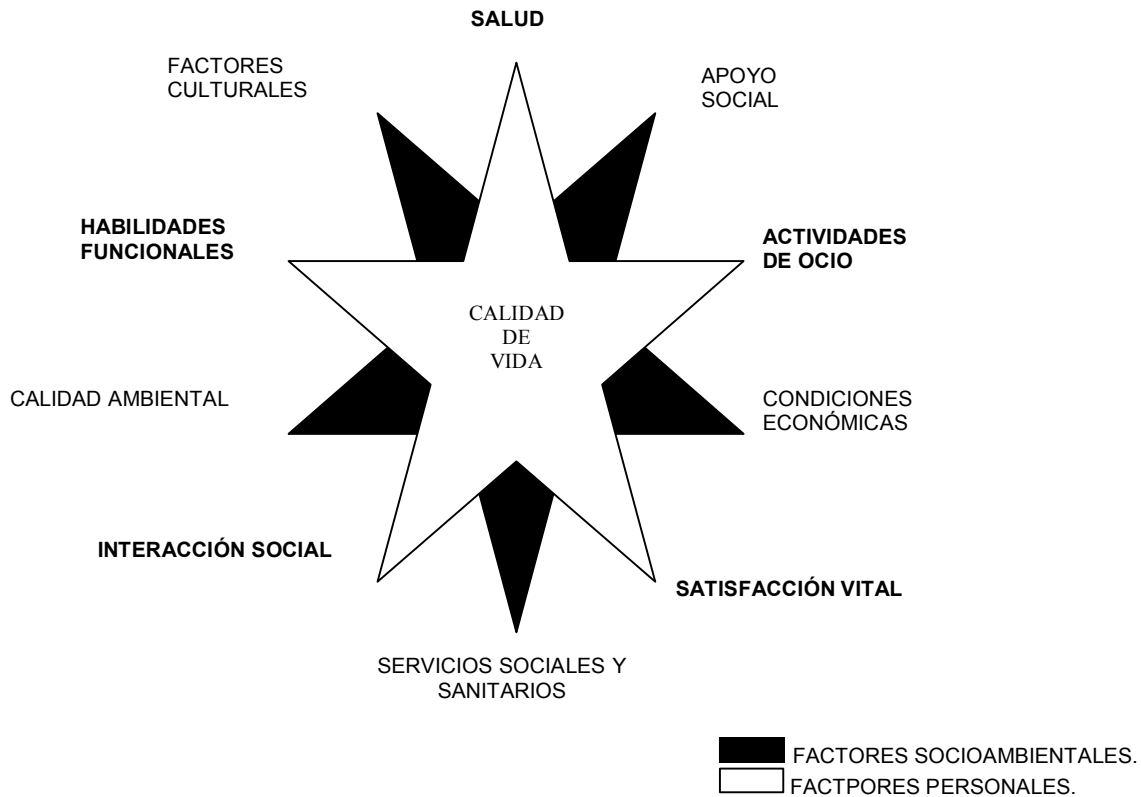
Es así como las estadísticas nos muestran que en su mayoría son las hijas quienes reciben a sus padres en sus hogares para hacerse cargo de sus necesidades, a cambio de la administración de sus ingresos (esto presenta variadas formas de adaptación según el tipo de relación familiar predominante).

La calidad de vida en el adulto mayor debe de estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentará 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 (13).

La calidad de vida en su condición de concepto multidimensional, implica factores personales (la salud, las actividades de ocio, la satisfacción con la vida, las relaciones sociales y las habilidades funcionales) también considera factores socio-ambientales, o externos, ya que la salud está íntimamente asociada con los servicios sociales existentes y disponibles, las actividades de ocio con la calidad del ambiente, la satisfacción con factores culturales, las relaciones sociales con el apoyo social y las habilidades funcionales con las condiciones económicas de las personas mayores (7).

Fernández, R. (1993) en sus conocidas “Estrellas”, presenta un modelo a través del cual es posible integrar las dimensiones personales y socio-ambientales de la calidad de vida en personas mayores:

MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA.



Por otra parte, sabemos que diferentes personas y personas en diferentes grupos de edad, con diferentes características y que han vivido en diferentes circunstancias vitales necesariamente tendrán diversas prioridades a la hora de evaluar su calidad de vida. En otras palabras, la valoración de cada dimensión de la calidad de vida dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta social e individualmente la vejez (7).

De igual forma, la calidad de vida está asociada con una serie de conceptos, los cuales serán mencionados a continuación:

6.5.1-Conceptos asociados a la Calidad de Vida:

Entre estos conceptos se encuentran los siguientes:

Bienestar subjetivo y bienestar económico son dos conceptos generalmente equiparados a la calidad de vida de las personas mayores. Como ya hemos visto, ni uno ni otro representan la calidad de vida en sí. Sin embargo, resulta útil referirnos a ambos conceptos dada su innegable utilidad instrumental.

El concepto de bienestar subjetivo adolece de falta de teorización, lo que ha influido en que los instrumentos diseñados para su medición presenten imprecisiones y generalidad conceptual (Quintero y González, 1997). No obstante, la abundante investigación especializada indica, sin mayor precisión, que el “componente subjetivo” es parte integrante de la calidad de vida de las personas mayores, constituye un indicador importante en el proceso de envejecimiento y no debe dejarse de lado al considerar la situación real de las personas mayores.

Es usual que el término bienestar se asocie al ámbito subjetivo del confuso concepto de calidad de vida, siendo utilizado con especial interés por la psicología y la gerontología social. Bienestar, desde una perspectiva subjetiva, se ha definido como “la satisfacción por la vida, felicidad moral y se conceptualiza como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función a criterios propios”. Para algunos investigadores, la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a la “estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, y esa satisfacción se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas. Para otros, el tono emocional es el núcleo de la satisfacción del sujeto con su vida presente al compararla con su ajuste en el pasado” (7).

Por otro lado, el bienestar económico se refiere al entorno socioeconómico dentro del cual transcurre la vejez y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como apunta Pérez Ortiz (1997) el bienestar económico de las personas mayores “necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica

relativa de los individuos ancianos, en momentos actuales medida utilizando algún indicador de renta y también más allá de la incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importe de las pensiones que perciben”.

Dentro del concepto de bienestar económico es posible diferenciar una dimensión objetiva que incluye el análisis de las necesidades y recursos económicos de una persona, familia o comunidad de una dimensión subjetiva que hace referencia a la forma en que las personas perciben la situación económica. De esta forma, algunas observaciones referidas usualmente a la calidad de vida, como la importancia de la experiencia cultural, son también aplicables al concepto de bienestar económico. “Características individuales, como la clase, la raza o el género, pueden tener efectos determinantes no sólo sobre las condiciones de vida de los individuos sino también sobre sus expectativas y valores y, por tanto, sobre sus visiones subjetivas de lo que es buena o mala calidad de vida. La edad o la cohorte de nacimiento son variables importantes, pues individuos de distintas edades o generaciones dentro de una misma cultura que poseen experiencias históricas diferentes sobre las condiciones de vida y actitudes sociales definirán la calidad de vida también de diferentes formas. Lo mismo se puede decir con respecto a la percepción de bienestar o de la posición económica” (7).

6.5.2- Factores de calidad de vida:

Entre los factores que contribuyen a la calidad de vida se encuentran:

6.5.2.1 Factores Materiales: Los factores materiales son los recursos de los que uno dispone:

*Ingresos disponibles.

*Posición en el mercado de trabajo.

*Salud.

*Nivel de educación, etc..

Muchos autores asumen una relación causa-efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga, mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

6.5.2.2 Factores Ambientales: Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como:

*Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple.

*También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida.

6.5.2.3 Factores de Relación: Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales.

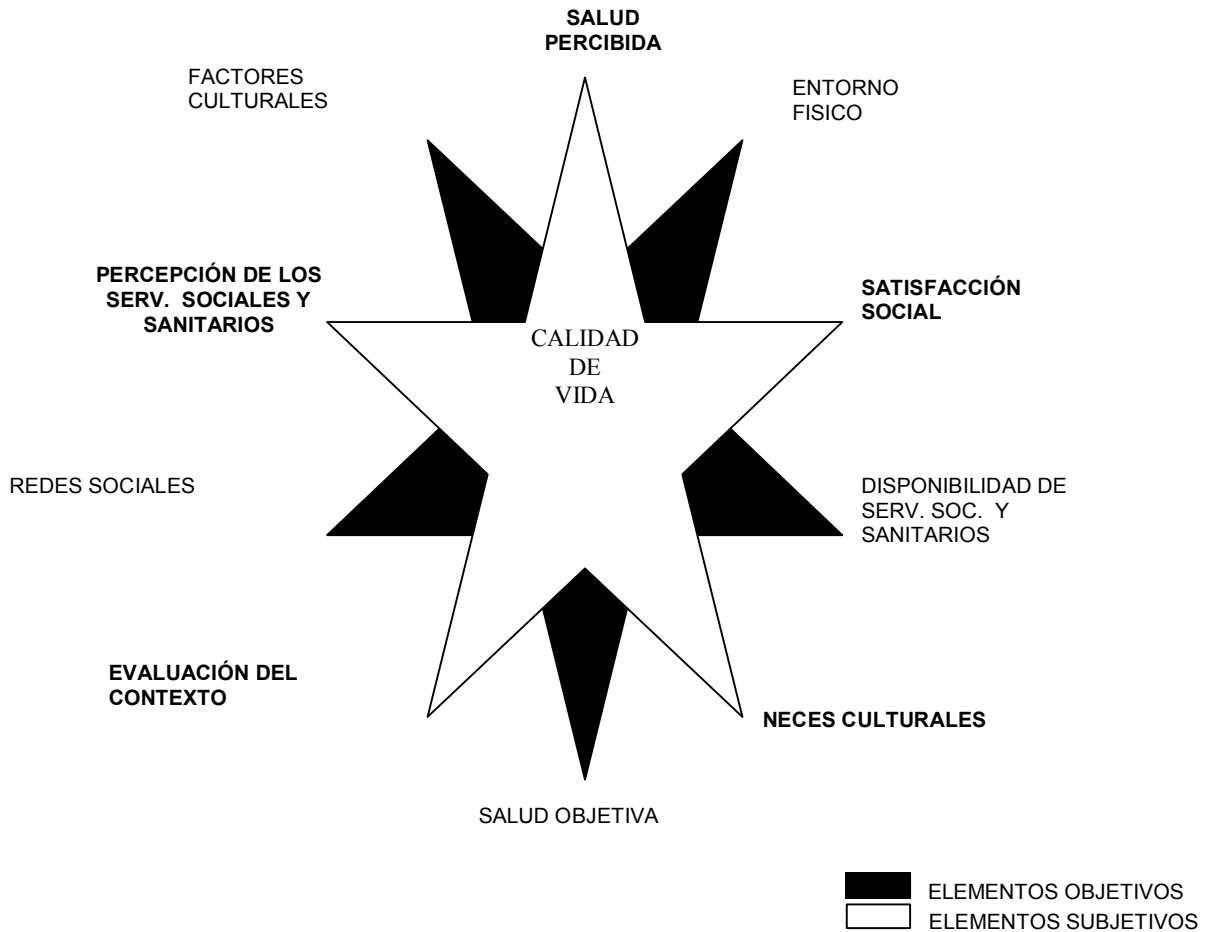
*La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas.

*Cuando la familia juega un rol central en la vida de los adultos mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo tienen un rol modesto.

6.5.2.4 Políticas Gubernamentales: La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino también hay que considerar la perspectiva social.

*La calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes (14).

Por otra parte Rocío Fernández Ballesteros (1993) presenta un modelo que resume los elementos subjetivos y objetivos implicados en la calidad de vida de las personas mayores, tal como se muestra a continuación (7):



6.5.3 Indicadores de calidad de vida.

Berrio, S. en un documento periodístico publicado en Medellín (1997) plantea considerar la calidad como algo mucho más lejos de los simples y fríos indicadores económicos y propone el uso de los siguientes indicadores, no lejano de lo planteado por otros autores. Entre estos indicadores se destacan:

- *Disfrute de la afectividad.
- *Respeto de los derechos humanos.
- *Felicidad.
- *Autorrealización.
- *Acceso al trabajo, la salud y la recreación.
- *Oportunidad de empleo y seguridad social.
- *Posibilidades de acceder a una vivienda digna con todos los servicios públicos.

- *Participación en las acciones colectivas.
- *Respeto por la democracia.
- *Acceso a los nuevos medios electrónicos.
- *Disfrute de las manifestaciones artísticas.
- *Facilidad de estudiar investigar y actualizarse en los campos en los que a cada uno le interesa y dominar siquiera una lengua extranjera.
- *Espacios de participación.
- *Capacidad de desarrollar un concepto de ciudadanía.
- *Garantía para ser interlocutor y sujeto activo de los procesos de la sociedad (6).

J.E. Ware, C.D. Sherbourne proponen que la calidad de vida comprende ocho dimensiones:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.

3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (15).

6.5.4 Calidad de vida y envejecimiento.

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad.

A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

A nivel práctico, la CEPAL (2002) identifica tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez:

1. A nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo.
2. A nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar.
3. A nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo (16).

La calidad de vida en la tercera edad estudia aspectos, tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y la determinación de factores de riesgo. Según algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez es el

principal criterio de un envejecimiento exitoso, uno de los criterios objetivos es la longevidad y el mantenimiento de la competencia para vivir de forma independiente.

La separación entre los criterios subjetivos y objetivos para un envejecimiento exitoso puede tener algún valor teórico. Sin embargo, esta distinción es menos significativa para la vida diaria de las personas ancianas, quienes aprecian la longitud de su existencia solamente, si viven un estado subjetivo de bienestar.

Las evidencias indican que la situación de las personas mayores es heterogénea, pero en general dista mucho de suponer el disfrute de una calidad de vida acorde a sus necesidades de ingresos, salud, autonomía e integración intergeneracional.

Las condiciones y estructuras de oportunidades que ofrecen los países para vivir los últimos años de vida no siempre aseguran calidad. Como contrapartida, las personas mayores están contribuyendo a sus familias y a su comunidad.

Por esto, uno de los objetivos de las intervenciones dirigidas a las personas mayores debe tener relación directa con el mejoramiento de su calidad de vida y, por ende, con la seguridad en el ejercicio de sus derechos sociales. Esto significa reducir los riesgos de discriminación y consecuentemente de desigualdad a causa de la edad, a través del mejoramiento de la condición y la posición de las personas mayores (16). La condición se refiere a un estado material que garantice el acceso y disfrute de recursos y servicios para una vejez digna (ingresos, créditos, vivienda adecuada, salud). La posición concierne a los aspectos estructurales que determinan la ubicación de las personas mayores en el conjunto de la sociedad (imagen social, solidaridad intergeneracional). Ambas considerando que la vejez no es una categoría unitaria ni homogénea, sino compuesta por personas con intereses y necesidades diversas e incluso contrastantes.

Además de la calidad de vida que juega un papel muy importante en la salud mental del adulto mayor, en esta etapa de la vida se trascienden por muchos cambios a nivel físico, psicológico y social, que puede traer consigo estados de ánimo depresivos asociados además a los estilos de vida que estos puedan llevar (16).

V. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Reparto La Providencia, ubicado al noroeste de la ciudad de León.

Universo: 257 personas de la tercera edad que habitan en el Reparto La Providencia de la Ciudad de León, según el censo 2009 proporcionado por el centro de salud Sutiava correspondiente a la población total de cada sector del territorio de Sutiava.

Muestra: 154 personas de la tercera edad que habitan en el Reparto La Providencia de la Ciudad de León.

Selección de Individuos a participar en el estudio: Los datos se obtuvieron en el Centro de Salud Sutiava, en donde nos proporcionaron la cantidad existente de la población total correspondiente a este sector.

Debido a que se careció de información de la ubicación de las casas de estas personas se hizo necesario hacer visita casa a casa para poder ubicar a las personas de la tercera edad hasta completar la muestra. En aquellos casos en que se presentaron problemas de salud física y cognitivos que dificultaron la aplicación del instrumento, así mismo las personas que no desearon participar en el estudio, se procedió a la búsqueda de otras personas de la tercera edad que si podían y deseaban participar hasta completar dicha muestra.

Criterios de inclusión:

- Personas de la tercera edad (65 años de edad a más).
- Que habitaran en el Reparto La Providencia de la Ciudad de León.
- Que desearan participar en nuestro estudio.
- Que no presentaran ningún tipo de impedimento mental y físico que dificultara la comprensión y aplicación del instrumento.

Método de recolección: Para obtener información sobre la población de estudio se solicitó autorización al Dr. Fermín Valdivia director del centro de Salud Sutiava, para obtener información acerca de la población de estudio.

Se procedió a hacer visita casa a casa para localizar a las personas de la tercera edad, se les informo en qué consistía nuestro estudio, se pidió consentimiento verbal y escrito para participar en la aplicación del instrumento. Dicho instrumento fue heteroaplicado por las investigadoras.

Instrumento: Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne. El cual evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, consta de 36 ítems que se agrupan en 8 dimensiones: Funcionamiento Físico, Rol Físico, Dolor, Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional, Salud Mental. Las ocho dimensiones se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: Salud Física y Salud Mental. Las dimensiones que forman la Salud Física son: Funcionamiento Físico, Rol Físico, Dolor, Salud General y Vitalidad. Las dimensiones que forman la Salud Mental son: Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental. Los ítems se puntúan con escalas Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 6 (15).

Para la corrección de este instrumento los ítems de 2 categorías se puntúan 0 - 100, con 3 categorías se puntúan 0 - 50 - 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75 - 100; con 6 categorías 0 - 20 - 40 - 60 - 80 - 100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 dimensiones que van de 0 a 100. Los ítems no respondidos no se consideran (16). Este instrumento proporcionó un perfil de calidad de vida con puntuaciones que oscilan entre 0 y 100, que gozan de popularidad por la traducción directa de su máximo y su mínimo al mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente (17). Cabe destacar que para obtener las puntuaciones de cada medida sumaria (Salud Física y Salud mental)

se siguió el mismo procedimiento que se utilizó para obtener la puntuación global del cuestionario descrito anteriormente.

Los puntos de corte para la calidad de vida relacionada con la salud fueron los siguientes:

0 - 50= baja calidad de vida relacionada con la salud.

51 - 100= alta calidad de vida relacionada con la salud.

Los puntos de corte para la calidad de vida relacionada con la salud en la medida sumaria de salud física fueron:

0 - 50= baja calidad de vida en salud física.

51 - 100= alta calidad de vida en salud física.

Los puntos de corte para la calidad de vida relacionada con la salud en la medida sumaria de salud mental fueron:

0 - 50= baja calidad de vida en salud mental.

51 - 100= alta calidad de vida en salud mental.

Pilotaje: Se realizó una prueba piloto para determinar la comprensión del Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud. La prueba piloto fue aplicada a algunas personas de la tercera edad que habitan en el Barrio de Sutiava.

Plan de análisis: El análisis se realizó en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0. Los resultados se expresan en función de frecuencias absolutas y porcentuales. Los resultados son mostrados a través de tablas y gráficos.

Control de sesgos: A continuación se explican los procedimientos utilizados para reducir los diferentes sesgos que se pudieron presentar en esta investigación:

*Sesgos de selección: Para reducir estos sesgos se elaboraron criterios de inclusión que permitieron que las personas que formaron parte de la muestra tuvieran características similares. Así también la muestra que participo en nuestro estudio es representativa.

*Sesgo de no respuesta: En este caso se explicó cada ítem del instrumento a los participantes con el fin de obtener una respuesta lo más cercana a su realidad. Así también se trató de proporcionar un ambiente de confianza que permitirá la libre expresión de los participantes.

*Sesgos de Medición: Este sesgo fue controlado mediante el uso de un instrumento que presenta niveles de fiabilidad y validez aceptados (mayores 0.7), así también es un instrumento que ha sido creado para medir las variables de nuestro estudio. Otra forma de controlar este sesgo fue aplicar una prueba piloto que permitió identificar las principales dificultades que los participantes pudieran tener al contestar los ítems, de tal forma que se pudiera realizar una adecuación del lenguaje para nuestra población, favoreciendo la comprensión de los mismos.

Consideraciones éticas: Las consideraciones éticas a tomar en cuenta en el procedimiento de recolección de datos fueron:

- a) Antes de proceder a recolectar datos se les informó a los participantes en qué consistía el trabajo investigativo mediante el consentimiento informado de manera verbal y escrita, evitando así la distorsión de resultados.
- b) Todos los datos recopilados fueron utilizados únicamente para fines investigativos, sin tomar en cuenta los nombres y direcciones domiciliarias de las personas de la tercera edad que habitan en el Reparto La Providencia de la ciudad de León.
- c) Se respetó en todo momento las respuestas proporcionadas por los participantes del estudio, evitando cualquier tipo de comentario referente a la misma.
- d) Se aceptó la decisión de los participantes de no querer continuar en el estudio.

Operacionalización de las Variables.

Variable.	Definición de la variable.	Indicador.	Dimensión.
Edad.	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Encuesta	65 años a más.
Sexo.	Se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre.		Mujer. Hombre.
Religión.	Creencia o adoración de un Dios o de varios dioses, que tiene su origen en el reconocimiento por parte del hombre de una realidad suprema.		Católica. Evangélica. Testigo de Jehová. Otra.
Escolaridad.	Período de tiempo que ha durado la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.		Primaria. Secundaria. Técnico. Universitario. Otro.
Estado civil.	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.		Soltera. Unión de hecho. Casada. Divorciada. Viuda.
Ocupación.	Son las distintas actividades que el ser humano realiza.		Empleado. Desempleado.

Variable.	Definición de la variable.	Indicador.	Dimensión.
Nivel de Calidad de vida relacionada con la salud	Percepción general de la salud, el estado funcional (físico, psicológico y social) y bienestar psicológico de una persona.		0-50 Baja. 51-100 Alta.
Nivel de la medida sumaria de la Salud Física.	Bienestar físico de una persona que incluye su funcionamiento Físico, Rol Físico, Dolor, Salud General y Vitalidad.	Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D.	0-50 Baja. 51-100 Alta.
Nivel de la medida sumaria de la Salud Mental.	Bienestar mental subjetivo que comprende buen funcionamiento social, rol emocional, salud general y vitalidad que presenta una persona.	Sherbourne.	0-50 Baja. 51-100 Alta.

VI. RESULTADOS.

El presente estudio valoró la Calidad de Vida relacionada con la salud en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009, mediante la aplicación del Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud, (Short-Form, SF-36) obteniéndose los siguientes resultados:

I-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Tabla 1. Características socio-demográficas de las personas de la tercera edad del Reparto la Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.			%	n
EDAD	65-74	103	66,9%	154
	75-84	38	24,7%	
	85 a más	13	8,4%	
SEXO	Hombre	40	26,0%	154
	Mujer	114	74,0%	
OCUPACIÓN	Empleado	20	13%	154
	Desempleado	134	87%	
RELIGIÓN	Católico	119	77,3%	154
	Evangélico	19	12,3%	
	Testigo de Jehová	5	3,2%	
	No tiene Religión	11	7,1%	
ESCOLARIDAD	Sin estudio	60	39,0%	154
	Primaria	82	53,2%	
	Secundaria	9	5,8%	
	Técnico	3	1,3%	
	Universitario	1	0,6%	
ESTADO CIVIL	Soltero	39	25,3%	154
	Unión De Hecho Estable	7	4,5%	
	Casado	41	26,6%	
	Divorciado	10	6,5%	
	Viudo	57	37,0%	

Fuente: Encuesta.

La muestra estuvo constituida por 154 personas, de las cuales el 66,9% corresponde a las edades de 65 - 74 años, el 24,7% a los 75 - 84 años y el 8,4% a las edades de 85 años a más. El sexo predominante fue el femenino 74%.

El 87% no desempeñan ninguna actividad económica, 77,3% son católicos, 53,2% tienen un nivel educativo de primaria, el 39% carece de estudios, el estado civil predominante fue la viudez con 37%, seguido del casado con el 26,6% y los solteros con el 25,3% (ver tabla 1).

II-CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA MEDIDA SUMARIA DE SALUD FÍSICA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DEL REPARTO LA PROVIDENCIA-LEÓN, FEBRERO-SEPTIEMBRE 2009.

En la medida sumaria de calidad de vida en Salud física se encontró que el 64,3% presenta baja puntuación (ver tabla 2).

Tabla 2. Medida sumaria de la salud física en personas de la tercera edad del Reparto la Providencia-León, Febrero-Septiembre, 2009.

MEDIDA SUMARIA DE LA SALUD FISICA.		
	n	%
Baja puntuación	99	64,30
Alta puntuación	55	35,70
	154	

Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

Esta medida sumaria está constituida por cinco dimensiones. A continuación será descrita cada una (ver tabla 3):

-Funcionamiento físico: El 64,9% obtuvo baja puntuación en esta dimensión, lo que indica que manifestó mucha limitación para realizar actividades físicas, incluyendo bañarse y vestirse debido a la salud.

-Rol físico: El 74% de la muestra presenta baja puntuación en esta dimensión, es decir manifestó problemas en el trabajo u otras actividades diarias, como resultado de su actividad física.

-Dolor: En esta dimensión el 50% obtuvo alta puntuación, lo que indica que manifiesta dolor físico muy severo y altamente limitante. Sin embargo, es necesario señalar que la otra mitad de la muestra manifiesta ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo.

-Salud General: El 60,4% presenta baja puntuación en esta dimensión, es decir indica que la muestra evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará.

-Vitalidad: Esta fue la única dimensión en que la muestra con un 59,7% obtuvo alta puntuación, por lo tanto manifiesta sentirse lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.

Tabla 3. Dimensiones de la medida sumaria de salud física de la calidad de vida en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero- Septiembre 2009.

DIMENSIONES.					
	Baja Puntuación		Alta Puntuación		
	n	%	n	%	n
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	100	64,9	54	35,1	154
ROL FÍSICO	114	74	40	26	154
DOLOR CORPORAL	77	50	77	50	154
SALUD GENERAL	93	60,4	61	39,6	154
VITALIDAD	62	40,3	92	59,7	154

Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

III. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA MEDIDA SUMARIA DE SALUD MENTAL EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DEL REPARTO LA PROVIDENCIA-LEÓN, FEBRERO-SEPTIEMBRE 2009.

En la medida sumaria de calidad de vida en Salud Mental se encontró que el 54,5% obtuvo alta puntuación (ver tabla 4).

Tabla 4. Medida sumaria de la salud mental en personas de la tercera edad del Reparto la Providencia-León, Febrero-Septiembre, 2009.

MEDIDA SUMARIA DE LA SALUD MENTAL.		
	n	%
Baja puntuación	70	45,5
Alta puntuación	84	54,5
	154	100

Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

Esta medida sumaria está constituida por cinco dimensiones, de las cuales dos (Vitalidad y Salud general) son compartidas con la medida sumaria de Salud física, descrita anteriormente, por lo que a continuación sólo serán descrita las 3 dimensiones restantes (ver tabla 5):

-Funcionamiento social: El 54,5% de la muestra obtuvo alta puntuación en esta dimensión, esto indica que la muestra manifiesta realizar actividades sociales normales sin interferencias debidas a problemas físicos o emocionales.

-Salud mental: El 72,7% obtuvo alta puntuación en esta dimensión, es decir manifestaron sentirse en paz, en calma y con una sensación de felicidad todo el tiempo o la mayor parte del tiempo.

-Rol emocional: En esta dimensión el 63% obtuvo baja puntuación en rol emocional, manifestando así la muestra que presentan problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a problemas emocionales.

Tabla 5. Dimensiones de la medida sumaria de salud mental de la calidad de vida en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.

DIMENSIONES.	Baja		Alta Puntuación		
	Puntuación		n	%	n
	n	%			
SALUD GENERAL	93	60,4	61	39,6	154
VITALIDAD	62	40,3	92	59,7	154
FUNCIÓN SOCIAL	70	45,5	84	54,5	154
ROL EMOCIONAL	97	63	57	37	154
SALUD MENTAL	42	27,3	112	72,7	154

Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

IV. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DEL REPARTO LA PROVIDENCIA-LEÓN, FEBRERO-SEPTIEMBRE, 2009.

Cabe destacar que el 55,8% tienen baja puntuación en calidad de vida relacionada con la salud (ver tabla 6)

Tabla 6. Calidad de vida relacionada con la salud en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre, 2009.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.		
	n	%
Baja Calidad de Vida Relacionada con la salud.	86	55,8
Alta Calidad de Vida Relacionada con la salud.	68	44,2
	154	100

Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

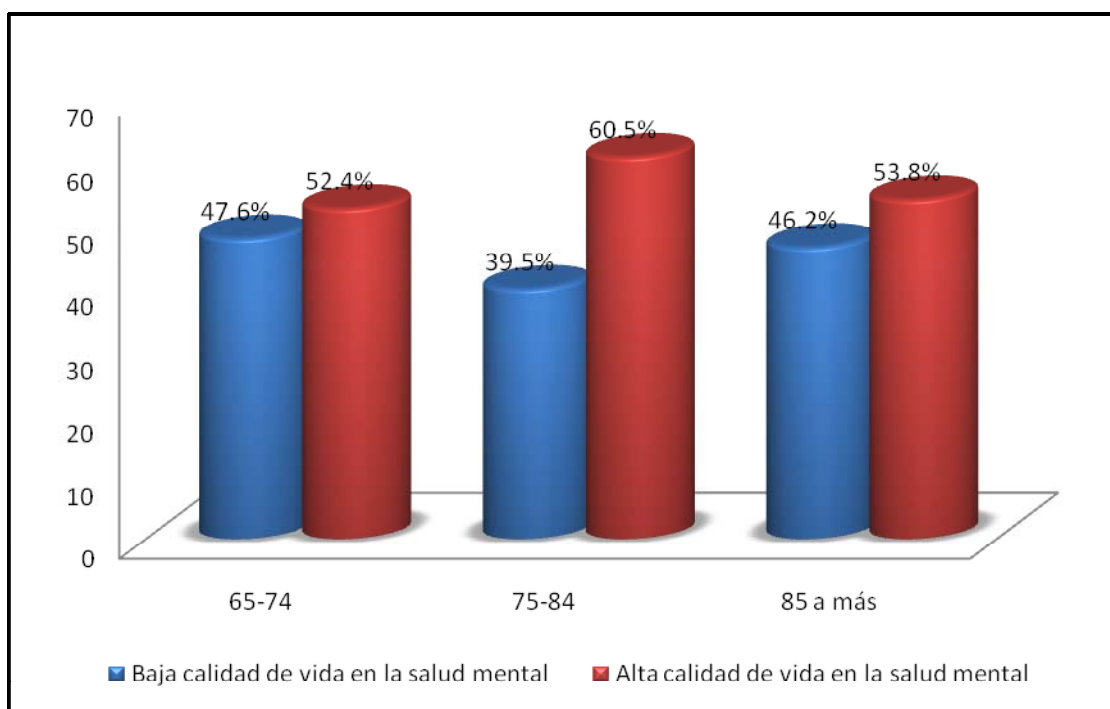
V. CALIDAD DE VIDA EN LA MEDIDA SUMARIA DE SALUD MENTAL Y CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DEL REPARTO LA PROVIDENCIA-LEÓN, FEBRERO-SEPTIEMBRE 2009.

Resulta importante considerar la medida sumaria de la salud mental con las características socio-demográficas de la muestra, aspecto que será abordado a continuación:

Calidad de vida en la medida sumaria de salud mental y edad.

El grupo etáreo que obtuvo una mayor proporción de individuos con alta puntuación en calidad de vida en salud mental corresponde a las edades de 75 a 84 años con un 60,5% (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Calidad de Vida en la medida sumaria de la salud mental y edad de las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.

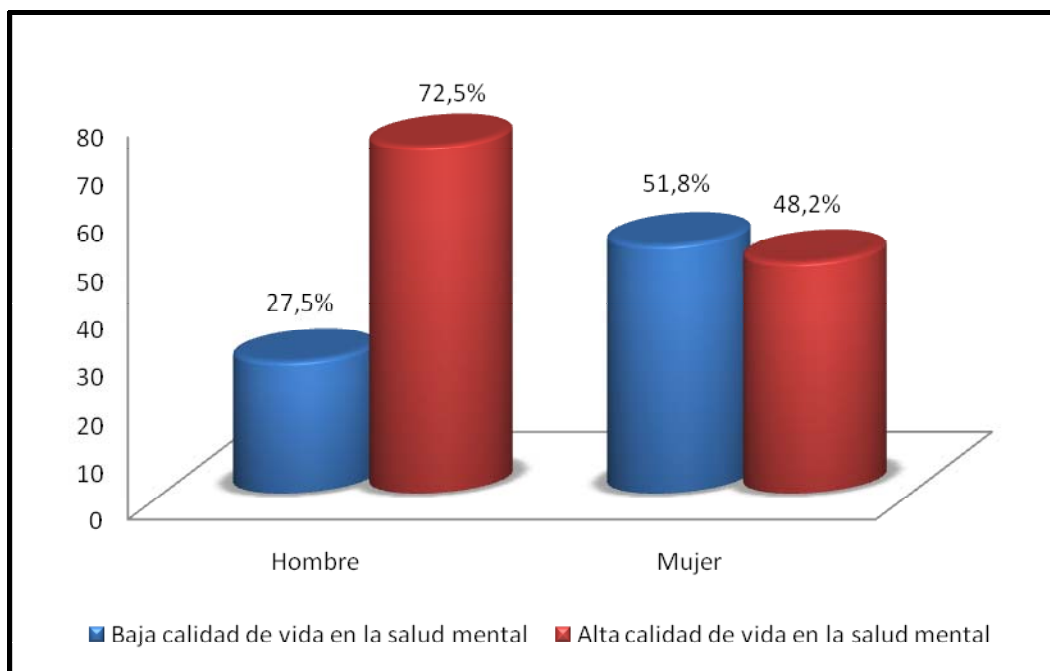


Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

Calidad de Vida en la medida sumaria de la salud mental y Sexo.

En cuanto al sexo el 72,5% de los hombres obtuvieron una puntuación alta en esta medida sumaria, a diferencia del 48,2% de las mujeres (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Calidad de Vida en la medida sumaria de la salud mental y sexo de las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.

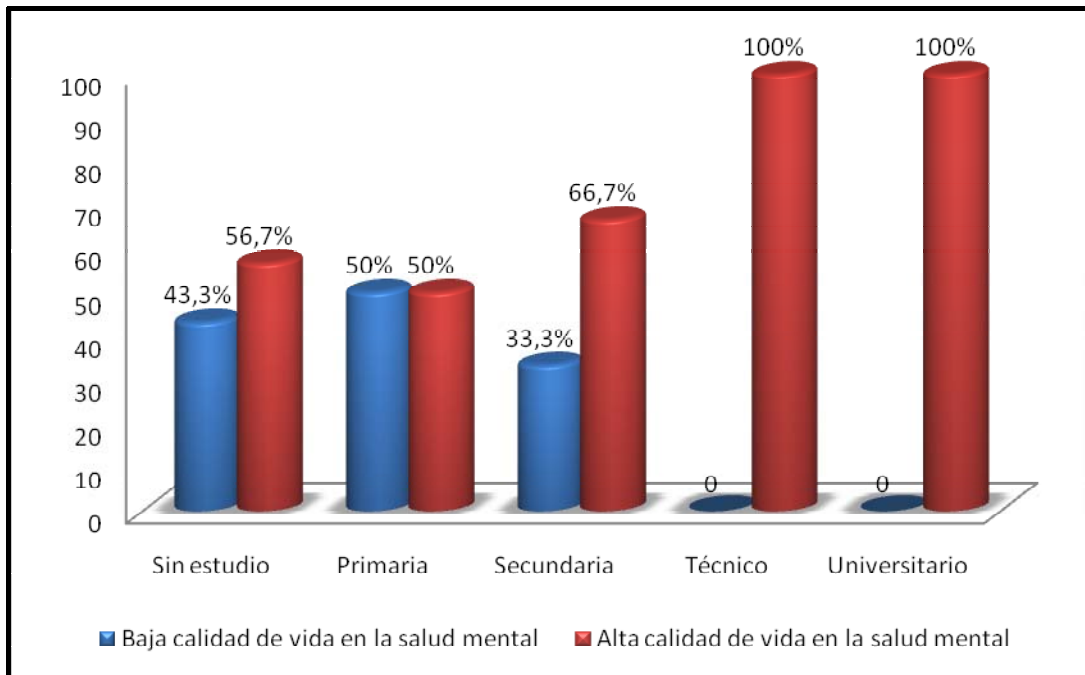


Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

Calidad de Vida en la medida sumaria de salud mental y Escolaridad.

Los niveles de escolaridad que obtuvieron altas puntuaciones en esta medida corresponde a: técnico y universitarios (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Calidad de Vida en la medida sumaria de la salud mental y escolaridad de las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.

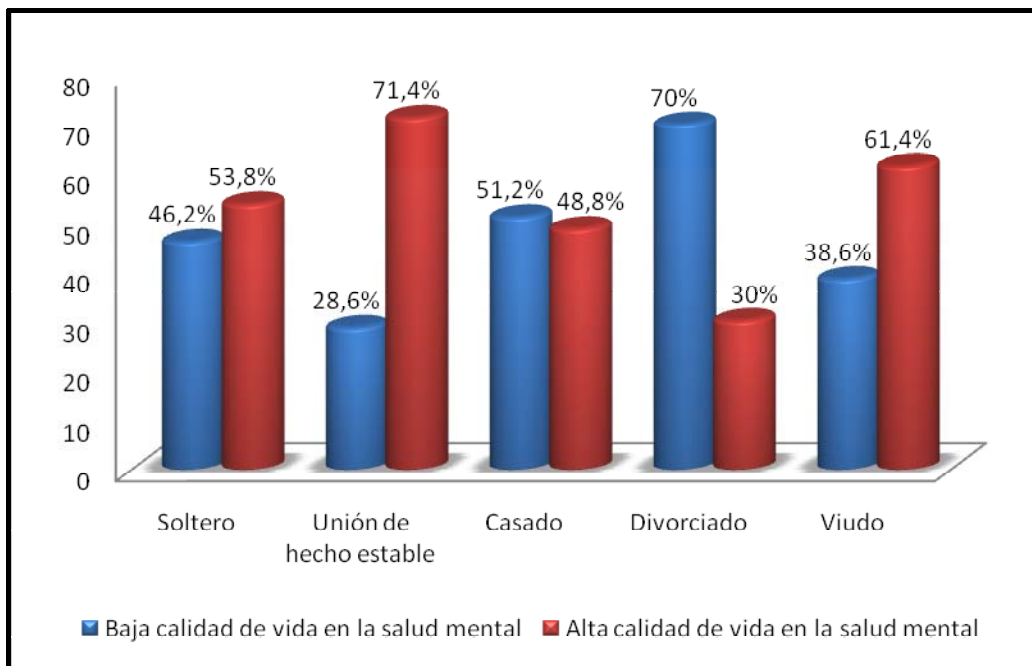


Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

Calidad de Vida en la medida sumaria de salud mental y Estado Civil.

El 71,4% de Unión de hecho estable obtuvieron alta puntuación, a diferencia del 70% de los divorciados que obtuvieron baja puntuación en la medida sumaria de salud mental (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Calidad de Vida en la medida sumaria de la salud mental y estado civil de las personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009.



Fuente: Cuestionario SF-36 sobre el estado de Salud, de J.E. Ware, C.D. Sherbourne.

VII. DISCUSIÓN.

Los datos obtenidos en este estudio demuestran que las personas de la tercera edad tienen baja calidad de vida relacionada con la salud. Cabe destacar que la medida sumaria de Salud física obtuvo mayor proporción de sujetos con baja puntuación en comparación a la medida sumaria de salud mental.

Con respecto a la medida sumaria de salud física se obtuvieron bajas puntuaciones en las diferentes dimensiones correspondiente a esta medida sumaria (Funcionamiento físico, rol físico y salud general), lo cual resulta lógico ya que según la literatura en esta etapa de la vida se experimenta un declive significativo a nivel de las funciones físicas, observándose un deterioro o reducción de capacidades físicas (1).

Por otro lado nos encontramos que en la mayoría de las dimensiones de la medida sumaria de salud mental (Vitalidad, función social y salud mental) la muestra obtuvo alta puntuación. La diferencia en las puntuaciones obtenidas en la salud mental y física de los sujetos coinciden con los resultados proporcionados por el estudio de Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran, de Maryam, Tajvar et al. en el cual se establece que el estatus mental de la población de ese estudio es mejor que su condición física (18).

Además de la diferencia que se ha encontrado entre las medidas sumarias, también los resultados han indicado que existen diferencias en algunas dimensiones específicamente de la salud mental teniendo en cuenta algunas características sociodemográficas como: edad, sexo y nivel educativo.

Los resultados de nuestro estudio destaca que el grupo etéreo con alta puntuación en calidad de vida en salud mental es el de 75 - 84 años de edad y los de 65 - 74 años son los que obtuvieron baja puntuación, tales datos coinciden con el estudio realizado por Eiriz, J., Suárez, M et al, en Placetas, Villa Clara en el año 2002, que se encontró que los ancianos que se encuentran insatisfechos corresponde al grupo etéreo entre 60 - 69 años (60%) y los satisfechos en los mayores de 80 (66,6%). Cabe destacar que en el estudio de Eiriz, J. se

considera satisfacción como componente principal de la calidad de vida, de tal manera que se usa indistintamente ambos conceptos (8).

En cuanto al sexo, el femenino presenta una mayor proporción con baja calidad de vida en salud mental, dichos datos coinciden con los resultados del estudio realizado por Eiriz, J., Suárez, M et al, en Placetas, Villa Clara en el año 2002 en donde se encontró mayor insatisfacción en el sexo femenino (65,3%) y la satisfacción en los hombres (58,8%) (8). Así también estos datos coinciden con los resultados proporcionados por el estudio de Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran, de Maryam, Tajvar et al (18).

En lo que se refiere a calidad de vida en salud mental y escolaridad los resultados de nuestro estudio indican que los técnicos y universitarios obtuvieron alta puntuación a diferencia de los que no tienen estudio o un nivel de escolaridad de primaria. Dichos resultados coinciden con el estudio realizado por Maryam, Tajvar que señala que a mayor nivel educativo mayor calidad de vida (18).

Cabe destacar que en nuestros resultados se debe tomar en cuenta que la mayoría de la muestra presenta un nivel de escolaridad de primaria o sin estudio. De tal forma que si comparamos los resultados obtenidos en ambos grupos (sin estudio/ primaria) encontramos una alta puntuación en calidad de vida en salud mental en las personas sin estudio.

En cuanto al estado civil fue el divorciado el que presentó baja puntuación en calidad de vida en salud mental, seguido del casado y soltero. Estos datos no coinciden en su totalidad con los resultados de otros estudios tales como el de Eiriz, J. et al (8), el realizado por Carmen Barros (9) y el de Maryam, Tajvar (18) en donde se señala que los solteros son los más insatisfechos o presentan más bajas puntuaciones en este aspecto.

En nuestro estudio los de unión de hecho estable obtuvieron alta puntuación en calidad de vida en la salud mental dichos resultados coinciden por una parte con el estudio de Carmen Barros en donde se señala que la pareja constituye un soporte incondicional y se espera mayor calidad de vida en personas que tengan pareja (9). Sin embargo, no coincide en la alta puntuación obtenida por los viudos.

VIII. CONCLUSIÓN.

La mayoría de las personas de la tercera edad que participaron en este estudio se caracterizaron por ser del sexo femenino, con edades entre los 65 - 74 años, desempleados, de religión católica, con educación primaria y con estado civil de viudez.

En la calidad de vida en la salud física la muestra en estudio presenta baja puntuación en esta medida sumaria, obteniendo puntuaciones bajas en las dimensiones: funcionamiento físico, rol físico y salud general.

En la calidad de vida en la medida sumaria de salud mental la muestra obtuvo una alta puntuación, específicamente en las dimensiones de: Vitalidad, función social y salud mental. Siendo los hombres, las edades de 75 - 84 años, los técnicos y universitarios y el estado civil de unión de hecho estable los que obtuvieron alta puntuación en dicha medida.

En general la muestra obtuvo baja puntuación en calidad de vida relacionada con la salud.

IX. RECOMENDACIONES.

Gobierno Municipal.

**Acondicionar los edificios de las instituciones para facilitar el acceso de las personas de la tercera edad.

**Desarrollar actividades recreativas que facilite el ocio de las personas de la tercera edad, contribuyendo así a su salud mental.

**Gestionar la formación y realización de proyectos basado en la terapia ocupacional dirigido a personas de la tercera edad con el fin de fomentar el sentimiento de utilidad de las mismas.

Ministerio de Educación.

**Orientar las actividades de servicio social contempladas por el MINED a la ayuda de las personas de la tercera edad, ya sea en la realización de actividades recreativas o actividades funcionales (diligencias personales, visitas al médico, etc), en la cual los jóvenes puedan contribuir de apoyo físico y emocional.

Al MINSA.

** Crear un programa de asistencia médica móvil para brindar atención a las personas de la tercera edad y garantizar así una mejor salud física.

A la Familia.

**Colaborar con las actividades personales de sus familiares de la tercera edad, específicamente en aquellas que por deficiencia física no puedan realizar.

**Brindar apoyo emocional y tolerar el declive de sus funciones físicas evitando comentarios descalificativos hacia su persona.

**Respetar y valorar la experiencia de las personas de la tercera edad.

**Dedicarle un espacio en el cual puedan compartir con ellos sus vivencias.

A las personas de la tercera edad.

**Participar en actividades recreativas fortaleciendo su salud mental.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Craig, G. y Baucum, D.; Desarrollo Psicológico; Octava Edición, México: Pearson educación; 2001, p 553, 554, 556, 557, 563-567, 580, 581, 583, 584, 601.
2. Fernández- Ballesteros, R. Moya, R., et al.: Qué es la Psicología de la vejez. Editorial biblioteca nueva, S.L., Madrid, 1999 ISBN: 84-7030-693-6. P 120 -122, 204.
3. Rodríguez Antonio, Blanco Alfonso, Pérez María de los Ángeles, “Calidad de vida en la salud: un análisis conceptual”. Clínica y Salud, 2000, [en línea] España. Vol 11 n 3 pág. 309- 328. Disponible en <http://connection.ebscohost.com/content/article/1019075420.html?sessionid=03DD13C1B6905DD332F893633DA3BB55.ehctc1> [consultada 13 de abril 2009].
4. Calidad de vida-Wikipedia, la enciclopedia libre, [en línea] wikimedia, foundation, disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida modificada por última vez a las 18:35, 18 de Febrero de 2009 [consultada el 19 de febrero 2009].
5. *Grau Armand, Font- Mayolas Silvia, Gras Maria Eugenia et al. “Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco” Intervención Psicosocial. 2007, España, Vol. 16 N.” 1 Págs. 79-92. ISSN: 1132-0559, Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2343196> [consultada el 26 de Agosto, 2009].*
6. Maya S. Luz Helena, Componentes de calidad de vida en los adultos mayores, [en línea], Colombia 2003, disponible en [www.funlibre.org/documentos/lemaya2 .htm](http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm) - 136k, [consultada: 15 de Enero, 2009].
7. Aranibar, P, Calidad de Vida y Vejez, España.[en línea] Disponible en: <http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc> [Consultada el 20 de Marzo de 2009].
8. Eirin Jesús, Suárez Marila, Eirin Erick, “Por la calidad de Vida en el Adulto Mayor. Impacto de Técnicas Participativas” Medicentro 2002, Villa Clara.

9. El Mercurio, Cuervas Urizar, Mónica. Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de Vida, [en línea]. Chile Octubre 4, 2004, disponible en: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2004/quality.htm>. [Consultada: 20 de mayo de 2008].
10. Uribe Ana, Valderrama Laura, Molina Juan, SALUD OBJETIVA Y SALUD PSÍQUICA EN ADULTOS MAYORES COLOMBIANOS, Colombia 2007 [en línea], disponible en <http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n1/Acta10v1Art7.pdf> [consultada 9 de Marzo, 2009].
11. Demografía de Nicaragua, [en línea] disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_Nicaragua [consultada el 28 de Octubre de 2009].
12. Mora, M., Villalobos, D., Araya G., Ozols A., Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Revista MHSalud® (ISSN: 1659-097X) Vol. 1. No. 1. Septiembre, 2004. [en línea] Disponible en: [http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/Perspectiva subjetiva de la calidad de vida-Monica Mora1-rev-resm-abs.pdf](http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/Perspectiva_subjetiva_de_la_calidad_de_vida-Monica_Mora1-rev-resm-abs.pdf) [consultada el 12 de Marzo de 2009].
13. Calidad de Vida en el Adulto Mayor, [en línea] disponible en <http://www.vcl.jovenclub.cu/prov/adultomayor/docs/m6/m6-1.pdf> [consultado el 9 de Enero de 2009].
14. Palomba, Rossella, Calidad de Vida: Conceptos y medidas, [en línea] CELADE División de Población, CEPAL, Santiago, Chile, 24 de Julio 2002, disponible en: http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf [consultado en 4 de Marzo de 2009].
15. Cuestionario de Salud SF-36. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. [en línea]. Disponible en:

<http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/hc1.pdf> [consultada: 26 de Enero 2009].

16. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE). División de población de la CEPAL, Santiago de Chile, Diciembre de 2006. [en línea]. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf [consultada: 4 de febrero de 2009].
17. Vilagut, G. , Ferrer, M., Rajmal, L. et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50 [consultada el 03 de Noviembre de 2009].
18. Maryam Tajvar†1,2, Mohammad Arab†2 and Ali Montazeri*3; Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran; BMC Public Health 2008, 8:323. [En línea] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-323.pdf> [Consultado: 16-09-2009].

ANEXOS.

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE.

Cod.

Estudio de investigación:

“Calidad de Vida relacionada con la salud en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre de 2009.”

Objetivo principal:

- Conocer la Calidad de Vida relacionada con la salud en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre de 2009.

Si decide participar en este estudio, se le aplicara un cuestionarios auto-aplicado que de ser necesario serán aplicados por las encuestadoras. Usted tiene la libertad de no desear participar en este estudio.

Tiene que firmar la forma de confidencialidad y devolverla al personal de investigación antes de que pueda participar en el estudio. Protegeremos la información. Será identificado por código. Su información personal no se hará pública. La publicación de los datos obtenidos no mostrara nombres ni otra información personal.

ACUERDO DE VOLUNTARIO.

DECLARACION DEL PARTICIPANTE ACORDANDO A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

He leído el documento de consentimiento que describe el estudio titulado: “Calidad de Vida relacionado con la salud en personas de la tercera edad del Reparto La Providencia-León, Febrero-Septiembre 2009”. La información contenida me la han explicado verbalmente. Todas mis preguntas han sido respondidas. Yo libre y voluntariamente acepto participar en este estudio.

Fecha de aplicación: _____ Firma: _____

ENCUESTA.

DATOS GENERALES:

Nombre del participante: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ sexo: M ___ F ___

Ocupación: _____

Religión:

Católica: _____

Evangélica: _____

Testigo de Jehová: _____

Otra: _____

Escolaridad:

Primaria: _____

Secundaria: _____

Técnico: _____

Universidad: _____

Otro: _____

Estado civil:

Soltero: _____

Unión de hecho estable: _____

Casada: _____

Divorciada: _____

Viuda: _____

CUESTIONARIO SF-36 DEL ESTADO DE SALUD.

Cod.

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:
(SG1)

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? **(CS)**

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? **(FF)**

Actividades	sí, me limita mucho	sí, me limita un poco	no me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1km o mas	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. ¿Durante las últimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? **(DF)**

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej. Le costó más de lo normal)?	1	2

5. ¿Durante las 4 últimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido, o nervioso)? **(DE)**

	si	no
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?	1	2

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? **(FS)**

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte de su cuerpo durante las últimas 4 semanas?

No, ninguno	1
Si, muy poco	2
Si, un poco	3
Si, moderado	4
Sí, mucho	5
Si, muchísimo	6

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a como se ha sentido usted. Durante las últimas semanas, ¿Cuánto tiempo.....

	siempre	casi siempre	muchas veces	algunas veces	solo alguna vez	nunca
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales como visitar amigos o familiares) (FS)

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Solo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	totalmente cierta	bastante cierta	no lo se	bastante falsa	totalmente falsa
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5