

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

UNAN – LEÓN

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Psicología



Tesis para optar a la Licenciatura en Psicología

Tema:

Calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los Centros de Salud cabecera del Municipio de León en el período Febrero – Mayo del 2012.

Autoras:

Mildre Sisiley Narváez Olivas.

Margarita del Socorro Toruño Vargas.

Tutor:

Lic. Jairo Rodríguez Cruz.

Docente de la Carrera de Psicología.

UNAN – León

León, 05 de Junio del 2013

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

INDICE

CONTENIDOS	Nº DE PÁGINAS
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTAEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO TEÒRICO	8
VII. DISEÑO METODOLÒGICO	27
VIII. RESULTADOS	34
IX. DISCUSIÓN	52
X. CONCLUSIONES	55
XI. RECOMENDACIONES	56
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII. ANEXOS	60

RESUMEN.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas y según Fernández Ballesteros (1999) se han realizado muchas investigaciones sobre los cambios que se producen en la ancianidad; especialmente en la atención, aprendizaje, memoria y son menos las investigaciones sobre el mundo afectivo, la personalidad del adulto mayor y la calidad de vida. Por tal razón hemos decidido investigar este tema para determinar la calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los centros de salud cabecera del Municipio de León en el periodo Febrero – Mayo del 2012.

El estudio es de tipo mixto, cualicuantitativo descriptivo, con una muestra de 363 adultos mayores, utilizamos el tipo de muestreo estratificado proporcional y por conveniencia, los instrumentos utilizados fueron una entrevista y el breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI).

En nuestra investigación se encontró que la mayoría de la población son mujeres entre las edades de 65 a 69 años, son de procedencia urbana, solteros, la mayoría padecen de hipertensión arterial, diabetes y asma y tienen de padecer la enfermedad entre 6 a 10 años, la mayoría pertenecen al centro de salud Mántica Berio. La calidad de vida de las personas de la tercera edad que asisten al programa de pacientes crónicos de los centros de salud cabeceras del Municipio de León es alta ya que la capacidad adquisitiva les permite vivir con las necesidades básicas cubiertas, aunque no de manera integral. La percepción de las personas de la tercera edad que asisten al programa de pacientes crónicos sobre la calidad de vida que llevan es que se encuentran satisfechos con ésta.

Palabras Claves: Calidad de vida, personas de la tercera edad, enfermedades crónicas, percepción de la calidad de vida.



I. INTRODUCCIÓN.

El concepto de vejez resulta difícil de definir de manera unívoca. Desde la psicología del desarrollo simplemente se define como la última fase del ciclo vital que comienza a los 65 años. Sin embargo, no existe ningún hecho objetivo que nos permita establecer tajantemente esa edad como el inicio de la vejez. Debido a las dificultades planteadas por este criterio cronológico, se ha establecido el concepto de “edad funcional” que se refiere a la capacidad del individuo más que a su edad cronológica, describiendo el desarrollo en términos biológicos, psicológicos y sociales. (Craig, Grace. 2001).

El proceso del envejecimiento del organismo humano no puede reducirse a un mero proceso biológico, debe analizarse en el contexto total en que se produce: la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. (Quintero, DG. 1996).

De acuerdo a Fernández Ballesteros (1999), es necesario establecer una distinción entre el proceso de envejecimiento que ocurre a lo largo de la vida, y la vejez como un estado que comienza en algún momento del ciclo vital. Es decir, el proceso de envejecimiento empieza cuando empieza la vida, no hay vida orgánica sin envejecimiento.

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. (Agudelo, C. 1992).

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo (Eigenwelt), en relación con el grupo social (Milwelt) y en relación con el medio ambiente (Umwelt). (Arango, C.; Misutu, G. 1997).



La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” (Baltes, Werner. 1985) que es un concepto eminentemente evaluador y valorativo, capaz de abarcar mucho más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias. Esta, resulta de la combinación de factores objetivos y subjetivos donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales, intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológico, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. (Espinoza, Mauricio. 2000)

Sin embargo, la satisfacción de las necesidades humanas pueden estar limitadas debido a las enfermedades crónicas o incapacitantes que son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que son de larga duración y por lo general de progresión lenta. (Lopategui, Edgar. 2000)



II. ANTECEDENTES.

Desde 1994, el Servicio de Psicología de la Vejez se aboca al estudio de los aspectos psicológicos y psicosociales relacionados con el envejecimiento y la vejez. Las investigaciones se desarrollan en forma articulada, para hablar de calidad de vida de las personas adultas mayores debemos considerar que se tiene seguridad económica, se está libre de incapacidad o enfermedades invalidantes, se tiene buena salud física y mental y se cuenta con buena integración social. (Pineda, Zaira. 2007).

Una investigación realizada por Arango y Misutu en Colombia (1997) sobre calidad de vida y autonomía en personas mayores, desde un enfoque cualitativo y en el cuál realizó un estudio de 8 casos de personas de 70 años (4 hombres y 4 mujeres) y cuyo objetivo fue explorar la percepción de calidad de vida de las personas mayores con base en su autonomía psicológica y conducta funcional, demostró que en general los adultos perciben un sentimiento de bienestar desde los diferentes ámbitos físico, social, espiritual, ocupacional, intelectual y psicoemocional, el cual se fortalece por ser personas autónomas y funcionales.

Annali Guzmán realizó en México un estudio sobre calidad de vida en personas de 65 años, este estudio lo llevo a cabo con 14 mujeres y 7 hombres, el cual describe las características socio demográficas de seguridad social y de condiciones de salud física y emocional con el objetivo de orientar la implementación de programas de la salud, el cual describe las características socio demográficas de seguridad social y de condiciones de salud física y emocional con el objetivo de orientar la implementación de programas de la salud, atención y socialización del adulto mayor en el que concluye que el proceso de envejecimiento en México es un fenómeno demográfico de mayor importancia durante el siglo XXI, las características de la vejez radican en la vulnerabilidad en cuanto a la salud física, desempeño mental y dificultades de adaptabilidad.



Un estudio de la situación actual del adulto mayor realizado en Nicaragua establece que el abordaje de la salud de las personas mayores, con mucho deja de ser integral limitándose al seguimiento y control de padecimientos crónicos. Sin embargo se carece del enfoque preventivo del deterioro físico y mental durante la vejez y mucho menos se consideran abordajes mucho más integrales como el de la promoción del envejecimiento activo y la adopción de hábitos de vida saludables.(Pineda, Zaira. 2007).

Uno de los factores de mayor importancia y trascendencia que sin duda afectará a los sistemas de salud de la Región durante el próximo decenio serán en las condiciones de la salud de los adultos mayores, según la encuesta realizada por SABE en siete países de América Latina en un periodo de cuatro años con 3,000 adultos de sesenta años a más. (Encuesta salud, bienestar y envejecimiento. 2008)

Uno de los estudios más recientes realizado en Nicaragua, “El envejecer desde la perspectiva del que envejece” cuyo objetivo fue propiciar un acercamiento a la cosmovisión subjetiva del anciano, en relación a sí mismo, a los otros y a su entorno históricosocio-cultural. Identificó diez temas sustanciales que condujeron a la percepción y sentir que tienen las participantes acerca de la tercera edad: 1) Depresión, tristeza, conformidad, alegría; 2) Desánimo, resentimiento, soledad, resignación, satisfacción; 3) Incertidumbre, preocupación, tristeza anhelo, determinación; 4) Temor a la invalidez y a la muerte; 5) Valores; 6) Imagen proyectada; 7) Afecto, cariño en relaciones interpersonales; 8) Rol social de los ancianos, pobreza, tristeza, sabiduría; 9) Estigma y maltrato a la tercera edad; 10) Integración a la comunidad. En este trabajo se pudo constatar que la percepción de las participantes acerca de la tercera edad en general está impregnada tanto de aspectos positivos como negativos. Estos aspectos se refieren tanto a su autoconcepto como a la visión que tienen de los otros y de su entorno. (Rodríguez, Angélica. 2008)



III. JUSTIFICACIÓN.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas y según Fernández Ballesteros (1999) se han realizado muchas investigaciones sobre los cambios que se producen en la ancianidad; especialmente en la atención, aprendizaje, memoria y son menos las investigaciones sobre el mundo afectivo, la personalidad del adulto mayor y la calidad de vida.

Por tal razón hemos decidido investigar la calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas a los centros de salud cabecera del Municipio de León en el periodo Febrero – Mayo del 2012.

Consideramos que el estudio será de vital importancia a la sociedad en general ya que existen muy pocas investigaciones sobre la calidad de vida del adulto mayor en Nicaragua, además esperamos que sirva a los familiares de la población de la tercera edad ya que es un grupo vulnerable y no es tomado en cuenta los cuales convierten en una carga social y familiar, sobre todo esperamos que sirva de referencia a las personas que al igual que nosotras están interesadas en realizar y ampliar estudios sobre la calidad de vida en la tercera edad.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La gran mayoría de personas mayores de 65 años se convierten en una carga social o en una carga familiar. En el caso de Nicaragua donde la mayoría de la población vive en estado de pobreza, se observa una dependencia económica de las personas ancianas las que deben vivir con sus hijos o familiares, pasando a constituir una carga más sobre el debilitado presupuesto familiar. A esto se suma el deterioro de la salud con las enfermedades crónicas, en especial, la diabetes, hipertensión y artritis.

Las personas de la tercera edad en especial los que sufren enfermedades crónicas enfrentan una problemática que involucra el desequilibrio mental, emocional y físico es por esto que quizás, el mayor reto de un anciano es poder enfrentar las enfermedades, la pérdida de control; los cambios ocasionados por la jubilación, los cambios en la imagen, los cambios financieros y la muerte de sus seres queridos; cada uno de estos cambios no sólo significa perder algo o alguien, sino que también suponen un proceso de adaptación que será determinante en el sentimiento de satisfacción o insatisfacción de los ancianos respecto a sus vidas.

La calidad de vida, a pesar de representar un aspecto muy importante para los seres humanos, es un concepto que, debido a los elementos que lo determinan, resulta difícil de definir y de medir.

Por lo tanto nos hemos planteado el siguiente problema:

¿Cómo es la calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los Centros de Salud cabecera del Municipio de León, en el período de febrero a mayo del 2012?



V. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Determinar la calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los Centros de Salud cabecera del Municipio de León.

Objetivos Específicos:

1. Describir sociodemográficamente a las personas de la tercera edad que asisten al programa de enfermedades crónicas de los centros de salud cabeceras del municipio de León.
2. Señalar el nivel de calidad de vida alcanzado por las personas de la tercera edad que asisten al programa de enfermedades crónicas.
3. Identificar la percepción de las personas de la tercera edad acerca de la calidad de vida que llevan.



VI. MARCO TEÓRICO.

La vejez comienza alrededor de los 60 a 65 años este es un periodo progresivo con deterioro del organismo ocasionado por el proceso de envejecimiento, tanto estructural como funcional. Según las ciencias sociales “la vejez es la edad de la jubilación como consecuencia del declive biológico acarreado por el proceso de envejecimiento”, en ella se producen cambios físicos debido al desgaste propio de las células; cambios materiales por la pérdida del poder adquisitivo con motivo de una disminución de ingresos; cambios emocionales producidos por la pérdida de seres queridos, etc. (Pinazo, Hernández; Sánchez, Martínez. 2005)

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (cualquier elemento del medio ambiente que actúa sobre el organismo afectando su salud) que inciden en el individuo. A su vez el envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la llamada “calidad de vida” y ésta es, a su vez, el fundamento concreto de bienestar social. Envejecer es la creciente incapacidad del cuerpo de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes. El resultado es que con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de fallecimiento. Aunque esta definición describe el proceso biológico, no explica el porqué envejecen las personas. Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades. (Craig, Grace. 2001)



La clasificación más aceptada según Fernández Ballesteros (1993) es la que considera tres tipos de envejecimiento.

Envejecimiento normal:

El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento del pelo). Debe diferenciarse del envejecimiento patológico, aunque a veces es muy difícil establecer la diferencia entre ambos.

Envejecimiento patológico:

El envejecimiento patológico o secundario, se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc., y, que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer) y que, en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

Envejecimiento óptimo:

Es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales), teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades. El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud (física y psicológica), fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludables, etc., de forma que eviten, en la medida de lo posible la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo de redes sociales.



La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando por tanto, un envejecimiento óptimo.

Teorías del envejecimiento.

El envejecimiento de la población está relacionado con los cambios producidos en la estructura por edades de dicha población. Una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años.

La teoría psicosocial de Erickson. Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erickson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo. Contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado.

En su crisis final, integridad vs. Desesperación, “Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida –la manera como han vivido- con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente”.



De acuerdo con Erikson “Las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final construyendo sobre los resultados de las siete crisis previas, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La ‘virtud’ que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, ‘un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma’”; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podía y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

Según Erikson “la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilita y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar ‘una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente’”.

- **La teoría de Jung. Jung.**

Vio a las personas mayores cómo todavía se esforzaban para desarrollarse a sí mismos, dado que creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona veía fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung proponía que esta tendencia aparecía por primera vez en la mitad de la vida, y observó que la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad.

Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en conflicto. Jung propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que dominó extroversión, y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llamó introversión.



En la juventud y en gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. “Para una persona joven”, escribió Jung (1969), “es casi un pecado o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero para la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma”.

Este cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar con paso firme la tendencia hacia la introversión.

- **Pensamiento postformal de Jean Piaget.**

Piaget consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite –en ocasiones- al pensamiento postformal.

La madurez del pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos ó racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos (Labouvie-Vief y HakimLarson, 1.989). En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real.

Esta madurez de pensamiento, o pensamiento postformal, se basa en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura, característica del pensamiento en las operaciones formales. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas.



El pensamiento postformal también se caracteriza por un desplazamiento de la polarización (correcto Vs. Incorrecto, lógica Vs. Emoción, mente Vs. Cuerpo) hacia una integración de conceptos. (Espinoza, Hernao; Mauricio. 2000)

CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ.

Etapas evolutivas de la tercera edad. El interés por la vida y el envejecimiento ha sido una constante en la historia de la humanidad, sobresalen dos aspiraciones constantes a través de distintas culturas y momentos históricos, la inmortalidad y la búsqueda de la longevidad. “Distintos mitos como el “Elixir de la vida” buscado por los alquimistas o la “fuente de la vida”, presenta en distintas culturas (hebrea, griega, romana) desde la antigüedad hasta hoy, reflejan bien la preocupación por la prolongación de la vida.

Ciertos vestigios de estos mitos perviven en la sociedad actual: consumo de vitaminas (por ejemplo, vitamina C), tratamientos termales anti-envejecimiento, dietas especiales, programas de ejercicio físico intensivo, entre otros, y forman parte de los métodos que se proponen para mejorar la vitalidad y la longevidad”. (Craig, Grace. 2001)

Además de la longevidad y la eterna juventud, la propia comprensión del proceso de envejecimiento y de los problemas de la edad avanzada ha captado el interés de los pensadores durante siglos.

Para poder lograr un concepto adecuado de lo que es el envejecimiento, hay que cumplir todo el desarrollo entre la temprana adultez y la vejez propia mente dicha. A menudo los problemas de ajuste de la persona mayor son simples variaciones de sus dificultades durante la edad media.

La forma en que una persona resuelva sus problemas en la edad adulta será un buen índice de cómo bregará con ellos en los años de la vejez. Lo que halla ocurrido en la biografía de la persona indudablemente influye en su concepto de la vejez. la vejez es un mal que puede aliviarse en muchísimos aspectos. Si se observa detalladamente, el



proceso de crecer puede ser hasta más difícil que el de envejecer, en el proceso de saber vivir la vejez mucho cuentan las actitudes y acciones de la sociedad en que el individuo envejece. La vejez no es una enfermedad, es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias; hay enfermedades propias de la vejez, lo mismo que hay enfermedades propias de la infancia, pero eso no quiere decir que la infancia sea una enfermedad, como tampoco es la vejez.

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivan cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. La gerontología se interesa principalmente en los cambios que ocurren entre el logro de la madurez y la muerte del individuo, así como en los factores que influyen en estos cambios progresivos.

Se hace extremadamente difícil señalar cuándo comienza la vejez. Esto se debe a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos. Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente.

El envejecimiento comienza bien temprano en la vida. Distintas partes de la anatomía envejecen a ritmos diferentes. Específicamente, se ha señalado el caso del arcus senilis (arco senil o círculo del envejecimiento), que es la parte coloreada de los ojos de las personas viejas. Generalmente, tal cambio puede observarse por primera vez alrededor de los 80 años, pero en otras personas puede notarse a los 50.

La vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En este



sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y la adolescencia, la plenitud, la declinación y la muerte. Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales psicológicas. Hasta este momento, la atención de la sociedad se ha orientado mayormente hacia la provisión de ciertos auxilios a los ancianos en sus necesidades biológicas: alimentación, salud física y albergue.

La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento. Ya para fines de la cuarta década, hay declinación en la energía física, también aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades, se va haciendo cada vez más difícil, mantener la integración personal, así como la orientación en la sociedad, el individuo acaba retrayéndose de las actividades. Los ingresos económicos pueden ser insuficientes, hay una multitud de problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, en la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo, una persona sufrida, en el aspecto emocional, envejece físicamente de la noche a la mañana, viejo es aquel que ha llegado a su horizonte, quien se estanca, ha envejecido, esto no significa que se pase por alto el hecho irrefutable de los años.

Se envejece porque transcurre el tiempo por encima de cada persona, pero también se envejece porque se permite que el tiempo corra por encima de cada una sin aprovecharlo como se debe. En casi todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría dar más de lo que se ha dado.

Evolución psicológica normal de la vejez. Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores: El deterioro progresivo de las propias funciones físicas, el declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales, la transformación del medio familiar y de la vida profesional, las reacciones del sujeto ante estos diversos factores. Los tres primeros factores ejercen sobre el



psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos).

El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad. La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida, a cualquier edad es posible morir la diferencia estriba en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida, es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad a la muerte.

En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido, quien no pueda aceptar su finitud ante la muerte o se sienta frustrado o arrepentido del curso que ha tomado su vida, será invadido por la desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es breve, demasiado breve para intentar comenzar otra vida y buscar otras vías hacia la integridad.

El duelo es uno de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría debe enfrentarse con un sin número de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la merma de la salud física y de las habilidades. Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima, además es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol el de ser abuelo. El nieto compensa la exogamia del hijo la partida del hijo y la llegada



del nieto son dos caras de la misma moneda. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar, en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Entonces, hay que prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

Relaciones afectivas. La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales, muchos eventos de la vida son especialmente típicos de la familia de edad avanzada (aunque no se limitan a ellas): volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del trabajo y perder al cónyuge.

Las relaciones personales, especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes bien entrada la vejez. A continuación se verán las relaciones que tienen las personas de edad avanzada con las personas de su propia generación, los cónyuges, hermanos y amigos, y con sus hijos y nietos. También se examinará la vida de los adultos de mayor edad que se divorcian o enviudan, los que nunca se han casado y han casado y los que no tienen hijos. (Schaie, Warner.; Willis, Sherry. 2003)

Temor a la enfermedad o a enfermarse. El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser desterrado, y así permitir que los viejos puedan gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida. Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que del proceso de envejecimiento no está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud. En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchos viejos son saludables. El envejecimiento afecta a las funciones



perceptivas, sensoriales, y la memoria. Las funciones sensorio-perceptivas disminuyen con la edad: en el plano sensorial ante todo, se manifiestan en alteraciones de la agudeza visual y de la agudeza auditiva, pero también en una disminución de la adaptación a la oscuridad, lenta desde los 30 a los 60 años, y luego acelerada a partir de los 60 años. El olfato se debilita. Por el contrario, el gusto, en lugar de disminuir con la edad, más bien aumenta y concretamente se hace más sensible a los alimentos azucarados. La pérdida del oído favorece la desconfianza, los celos, el egocentrismo; el presbita no puede ya leer y se aburre. (Vejez y Salud. 2006)

Por lo que el cuadro de apatía, de inactividad y de desinterés general que puede observarse en el anciano se debe tanto a la disminución de la sensorio-receptividad como a la de la actividad cerebral: la vigilancia, la capacidad de atención, incluso el nivel de conciencia están efectivamente en razón directa con el número de estímulos recibidos.

Jubilación. La idea estéril de que realmente no hay vida que valga la pena cuando se ha dejado el trabajo ha sido refutada muchas veces. No todos los jubilados permanecen retirados muchos continúan activos en campos relacionados con inclinaciones que han tenido toda su vida, otros cultivan nuevas aficiones o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar, es probable que valores tales como el aprendizaje, el descubrimiento de sí mismos y la ayuda a otras personas sean considerados con tanto respeto, en el futuro, como trabajar y producir.

La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprendan las estrecheces económicas, condición esencial además es que se disfrute de una razonable salud física y mental, la higiene mental es clara y precisa en su recomendación de la vida activa, la actividad es un atributo de la persona mentalmente saludable. El retiro, tal como indica la situación actual, constituye un problema psicológico y social para muchas personas, el ser humano necesita vivir en sociedad ya que la soledad engendra inseguridad, depresión y deterioro, a lo que se llama felicidad es en gran parte el producto de las relaciones con los demás. Si se observa que esta vida de relación se



deteriora, es de esperar que un acoso de sentimientos de soledad e incertidumbre. El retiro positivo y exitoso empieza con un estado mental, con el reconocimiento de que es una oportunidad para comenzar una nueva vida en muchos sentidos. Por eso se reitera una y otra vez la necesidad que tiene todo individuo de planear anticipadamente en qué va ocuparse cuando le llegue el turno de la jubilación. Jamás este plan debe posponerse para la última hora.

Calidad de vida. La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador y valorativo, capaz de abarcar mucho más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias. Esta, resulta de la combinación de factores objetivos y subjetivos donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales, intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológico, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos. (Fernández, Rocío.; Macía, A. 1993).

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física - psíquica y de una relación social satisfactoria. Entre los investigadores no hay consenso en la definición de "calidad de vida". concepto que involucra muchas variables subjetivas satisfacción, felicidad, autoestima...es difícil de medir. Las variables objetivas son de medición más fácil, la economía, el nivel sociocultural los déficits funcionales, problemas de salud. Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional.



La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer. La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento, eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

Salud en la vejez: El deterioro de la salud es contemplado a menudo como uno de los problemas más serios de la vejez. Se constata biológicamente que la fortaleza física de una persona merma paulatinamente a medida que esta envejece. Como resultado, se ve expuesta a gran variedad de enfermedades. Una de las causas del deterioro de la salud de la gente mayor tendría su origen en una dieta inadecuada. Pero los problemas de salud de los ancianos son muchos y variados. Las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, las enfermedades pulmonares crónicas, los diferentes tipos de cáncer, la enfermedad de Alzheimer, las deficiencias seniles y los reumatismos son los principales. En las mujeres, el envejecimiento comporta características diferentes respecto a los hombres. (Maddox, George. 2003)

Las mujeres viven más tiempo que los hombres, su esperanza de vida es entre cinco y ocho años mayor. La salud de las personas de edad requiere tres veces más de cuidados, cuesta dos veces más cara, y siete veces más de visitas a urgencias. Las necesidades de cuidados médicos de los ancianos requieren cuidados geriátricos, tratamiento paliativo, ayuda doméstica.

(Piña, Marcelo. 2003)



Interacción social en la vejez: Otro aspecto fundamental, y con el cual existe una fuerte relación, es el nivel de socialización que tenga el adulto mayor. La participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, reforzando la marginación social y ocasionando la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema. De esta manera, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud y que pueden perjudicar el contacto con otros.

De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. La socialización en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar potencialidades a partir del mismo; además la integración social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, entendiendo éstas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida específicamente con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros. Se ha observado que tales redes juegan un papel vital en la adultez mayor, convirtiéndose en el sustento emocional que permite en muchos casos sobrepasar las crisis que se puedan presentar y, además, que los adultos mayores sean reconocidos como personas, mejorando su autoestima, su auto percepción, la eficacia personal y, por ende, la identidad. (Rodríguez, Angélica. 2008)

Habilidades funcionales en la vejez: La funcionalidad se evidencia en el momento en que el adulto mayor tiene todas las facultades para realizar las actividades de la vida diaria y puede enfrentar las demandas del ambiente, viviendo de manera independiente. En el caso en que se origine una pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y tareas definidos socialmente se ven afectados, y el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir. Es allí donde aparece el concepto de discapacidad, como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren de la asistencia o ayuda



para realizar actividades de la vida diaria. Éstas se operacionalizan en funciones principales, como vestirse, bañarse, utilizar los servicios, o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia. (Yanguas, Lezaun; José Javier. 2006)

Por tanto, la disminución en la capacidad funcional se afronta de manera más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares, un ingreso económico estable y acceso a la atención en salud. Desde un enfoque puramente funcional se suele considerar la vejez como decadencia, deterioro y pérdida de aptitudes, habilidades y destrezas. (Langarica, Raquel. 1985)

Actividad y ocio en la vejez: Cuando hablamos de ocio nos referimos al tiempo que cada persona tiene para sí misma, para hacer lo que le gusta una vez cumplidas sus obligaciones, para enriquecerse y desarrollarse como persona. Este tiempo de ocio permite a las personas recuperarse del trabajo o del estudio, hacer lo que les gusta, saber más, convivir con los seres queridos, reflexionar sobre sí mismas y su entorno, recuperar el contacto con la naturaleza, etc. Se puede clasificar en **ocio pasivo** (oír música o ver tele o cine en casa) y **ocio activo**: (requiere ponerse en movimiento). El envejecimiento bien llevado consiste, sencillamente, en vivir más y disfrutar del tiempo libre haciendo lo que no se pudo, no se quiso o no se supo hacer antes de alcanzar la madurez. Sin embargo, la sociedad todavía no ofrece suficientes propuestas para llenar los momentos de ocio de ese periodo de la vida y da la espalda a la realidad. (Políticas del envejecimiento y la vejez. 1995)

Calidad ambiental en la vejez: hay 9 dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población entre estos se encuentran los aspectos del ambiente físico-biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive (el clima, condiciones geográficas, etc). Elementos del ambiente social (Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “sociedades de tipo humano que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros



sociales). Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar (accesibilidad de bienes y servicios).

Seguridad de las personas. Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios. La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc. La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad. Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva. Desarrollo de la personalidad, cultura y educación. Trabajo y empleo. Situación económica, personal y familiar. Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones. Nivel de vida de la comunidad (grupos, familias, individuos). Modos de vida-estilos de vida (hábitos, costumbres, comportamientos, creencias). (Calidad ambiental en la vejez. 2001)

Satisfacción con la vida en la vejez: la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social, en este sentido se entiende como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal social, en relación con los cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad. (Schaie, Warner.; Willis, Sherry. 2003)

Vejez y educación: En nuestro entorno social, tal y como están las cosas, es frecuente pensar que la vejez no es una edad para aprender, que las capacidades intelectuales han decrecido y es un desperdicio social y económico hacer esfuerzos en este sentido, pareciera que la educación estuviera, más bien, al servicio de la producción económica. Se supone que los viejos no van a producir, no son útiles, y no se tiene en cuenta el gran capital de experiencia que poseen, y la función de transmisión que pueden realizar, tanto en el ámbito familiar como social en general. Es evidente que, con la edad, disminuyen ciertas capacidades, disminuye la agilidad mental y ello trae como consecuencia un proceso de identificación, se tarda más en reconocer a alguien, en recordar un dato inmediato, en resolver un problema. Se disminuye la rapidez, mas no disminuyen las habilidades.



Otras funciones tales como la atención, concentración, escritura y cálculo se deterioran, pero muchas dificultades son más atribuibles a la falta de hábito. Se trata de una cuestión de uso, es necesario ejercitar las facultades. La educación en la vejez puede ser fuente de placer, creación y recreación. Facilita la integración y la elaboración de las ilusiones y deseos, algo que no es extraño ocurre en todas las edades. (Piñazo, Hernández; Sánchez, Martínez. 2005)

Ingresos en la vejez: El problema de la pobreza en la vejez, época de la vida en que la persona debe ser recompensada por sus años de desempeño y de su fuerza productiva, está estrictamente relacionado con la amplitud e ineficiencia del sistema de pensiones de los países. Los resultados de encuestas sobre la pobreza en la vejez en América Latina y África demuestran que las personas mayores y sus hogares registran un nivel elevado de pobreza de ingresos o de consumo. El principal factor de exclusión de las personas mayores en las obras públicas suele ser el tipo de trabajo requerido, en general el mantenimiento o la mejora de infraestructuras. Por lo general, los programas de microfinanzas y microseguros suelen excluir a las personas y a los trabajadores mayores (beneficiarios potenciales).

Enfermedades crónicas no transmisibles.

Son enfermedades de larga duración que necesitan tratamientos continuos para su control, tales como la hipertensión arterial, diabetes, asma, epilepsia insuficiencia cardíaca y otras menos frecuentes. Para garantizar el éxito del tratamiento, es indispensable la participación activa de la persona, quien tiene que modificar su estilo de vida además de cumplir con el resto del tratamiento. Para lograr esto es necesario el seguimiento y apoyo del equipo que trabaja en los servicios de salud. Si las personas con enfermedades crónicas son identificadas y atendidas correctamente en los puestos y centros de salud corren menos peligro de tener crisis agudas y complicaciones que requieren hospitalización. (Revista Española de salud pública. 2005)



El personal de salud a nivel local juega un papel importante y debe:

- Realizar búsqueda de personas con “factores de riesgo”, (obesas, sedentarias, con tabaquismo, alcoholismo) para orientar su modificación.
- Detectar tempranamente personas que sufran enfermedades crónicas para confirmar el diagnóstico y decidir el tratamiento.
- Promover que estas personas tengan siempre los medicamentos que necesitan y los usen de manera adecuada.
- Orientar sobre la importancia de los hábitos de vida saludable y del cumplimiento del tratamiento para controlar su enfermedad. Se puede hacer a nivel individual (con cada persona) y de manera colectiva (reuniendo a las personas que padecen una misma enfermedad y promoviendo el apoyo mutuo). Recomendar a las personas asistir a esos grupos cuando existen.
- Orientar a la comunidad sobre la importancia de adoptar hábitos de vida saludable. (Lopategui, Edgar. 2000)

Servicios de salud.

Nicaragua se ha embarcado en reformas ambiciosas que a lo largo de la década pasada han contribuido a lograr avances significativos en el sector salud. Si bien los indicadores de salud muestran una evolución gradual, también es constante: hubo avances en cuanto al acceso a los servicios básicos, como la mejora de la provisión de agua de consumo humano y las instalaciones sanitarias, así como otros indicadores sectoriales de desempeño, como la esperanza de vida, la mortalidad de niños menores de 5 años y mayores de 5 años, las tasas de inmunización, y la nutrición infantil, entre otros. A pesar de estos logros, todavía hay importantes desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud entre los diversos grupos socioeconómicos y las regiones. Las personas pobres que viven en las áreas rurales (especialmente en las regiones del Atlántico y Central), la población indígena, y las personas que viven en hogares dedicados a la agricultura, tienen menos acceso a los servicios de salud y prevención que el promedio general de la población. La falta de mecanismos de mitigación de riesgos como seguros médicos y protección social hace que los usuarios de servicios de salud en Nicaragua estén pagando directamente con sus recursos,



medicamentos y otros ítems que están fuera de las consultas, como los análisis de laboratorio, lo cual representa un gasto significativo del ingreso del hogar, para poder atender las necesidades de salud. Largas distancias, falta de medicinas, altos costos y otros factores indirectos (como la auto-medicación), constituyen las principales razones para que las personas de los sectores pobres utilicen sistemas informales de salud, o no busquen atención del todo, cuando padecen una enfermedad. (Ministerio de salud, 2009)

PROVEEDORES.

Los centros de salud son el punto de atención de salud más concurrido en Nicaragua. Los puestos de salud, los centros de salud, los hospitales públicos y privados, el Instituto de Seguridad Social (INSS), y las clínicas privadas son los principales proveedores de servicios de salud en Nicaragua. Los puestos de salud son más comúnmente utilizados en las áreas rurales, y en las regiones del Atlántico y del Centro. Las clínicas privadas, habitualmente asociadas con una mejor calidad de los servicios, y el INSS, son más concurridas por parte de los pacientes en las áreas urbanas y en las regiones del Pacífico y Central. Los centros de salud y los puestos de salud son los principales proveedores de servicios entre los pobres (aproximadamente 71 por ciento de todos los pacientes pobres recurren a estos centros). Cerca de 16 por ciento de todos los pacientes pobres utilizan los puestos de salud; éstos no están muy bien equipados y proveen servicios realmente básicos (generalmente en áreas rurales y pequeños poblados). Sólo cerca de 10 por ciento de los pobres acuden al INSS o a clínicas privadas. Por el contrario, aproximadamente 4 de cada 10 no pobres asisten al INSS o a clínicas privadas: cuanto más rico es el paciente más probabilidades hay de que utilice clínicas privadas y centros del INSS, y menos probabilidades de que utilice un puesto de salud. (Urdinola, Diego.; Tanabe, Kimie. 2003)



VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

➤ **Tipo de estudio:**

Cuali – cuantitativo de corte trasversal.

➤ **Área de estudio:**

Centros de salud cabeceras del Municipio de León, ubicados en las respectivas direcciones; Mántica Berio: Esta ubicado al noreste de la Ciudad de León, Félix Pedro Picado: Esta ubicado al suroeste de la Ciudad de León en el Barrio Sutiaba, contiguo Asilo de Anciano. Perla María Norori: Esta ubicado al sureste de la Ciudad de León en el Barrio Guadalupe, León, Nicaragua, América Central. Los centros de salud cabecera están constituidos por un conjunto de pequeños puestos de salud situados en distintos Repartos aledaños a cada centro de salud cabecera.

➤ **Unidad de análisis:**

Pacientes crónicos mayores de 65 años que asisten a los Centros de Salud cabecera del Municipio de León.

➤ **Universo de estudio:**

Está constituida por 1209 pacientes crónicos mayores de 65 años, registrados en el censo trimestral (Enero – Marzo 2012) de los respectivos centros de salud: Mántica Berio 423 pacientes, Félix Pedro Picado 399 pacientes y Perla María Norori 387 pacientes.

➤ **Muestra:**

Seleccionamos una muestra representativa de la población en base a la siguiente fórmula:



N

$$nh = n \frac{\sum N}{\sum N}$$

Población (1208 Pacientes).

nh= Estadístico al 95%

Nh= Proporción de individuos con la característica (90%).

Eh1= Total de la población.

La muestra es de 363 pacientes crónicos mayores de 65 años que asisten a los Centros de Salud cabeceras del Departamento de León que equivale al 30% de la población total, la cual fue seleccionada mediante un muestreo estratificado proporcional y distribuida por cada Centro de Salud de la siguiente manera: Mántica Berio (35%) para un total de 126 pacientes; Perla María Norori (32%) para un total de 116 pacientes; Félix Pedro Picado (33%), para un total de 121 pacientes.

➤ **Tipo de muestreo:**

Estratificado proporcional y por conveniencia.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Personas mayores de 65 años.
- Pacientes crónicos que asisten a los puestos de salud cabeceras de la Ciudad de León.
- Personas que quieran participar.
- Personas sin enfermedad degenerativa demencia o alteración mental.



➤ **Control de sesgos:**

Posibles sesgos:

- Falta de cooperación y participación.
- Problemas visuales y/ o auditivos de los pacientes.
- Analfabetismo.

Solución a posibles sesgos.

- Establecer una buena relación con cada paciente.
- Se les explicará que su identidad será manejada con la confiabilidad requerida.
- Se informará sobre los objetivos del estudio que se realizará.
- Se realizaran aclaraciones sobre las dudas a la hora que participen en la investigación.
- Se buscará lugares con buena ambientación e iluminación.
- Se les leerá el cuestionario y el entrevistador anotara las respuestas dadas por el entrevistado.
- Se creará una atmósfera de confiabilidad entre los investigadores y la población de estudio.

➤ **Método, técnica e instrumento de recolección de datos.**

Procedimiento para la recolección de la información:

Para la recolección de la información se presentó a las autoridades administrativas de los Centros de Salud (Mántica Berio, Perla María Norori y Félix Pedro Picado), la propuesta del trabajo y los fines con que sería utilizada la información recolectada con el tema Calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los centros de salud cabeceras del municipio de León, solicitamos una autorización formal por escrito, para poder llevar a cabo el estudio. Una vez aceptado la propuesta de trabajo, se procedió a revisar expedientes y visitar de



casa en casa a los pacientes crónicos mayores de 65 años, se les explicó el objetivo del estudio, a los que aceptaron participar se les solicitó firmar el consentimiento informado y luego se procedió a recolectar los datos del cuestionario y la entrevista ambos procedimientos se realizaron de manera simultánea durante los meses de Abril-Mayo del 2012.

Los instrumentos fueron aplicados por un personal capacitado, se realizó una prueba piloto del instrumento, con 10 pacientes que asisten al programa de enfermedades crónicas del adulto mayor en el Dispensario San Vicente de Paul, con la intención de verificar y corregir las inconsistencias encontradas en el instrumento.

Instrumentos para la recolección de la información:

Método cuantitativo:

Cuestionario de datos sociodemográfico nos permitió reconocer brevemente algunas características que identifica particularmente a cada participante, como por ejemplo: edad, sexo, procedencia, estado civil, enfermedades crónicas, años que lleva padeciendo la enfermedad y centro de salud al que asisten.

Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI) de R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón (2007). El cuestionario permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas mayores, además permiten comparar con un grupo normativo el nivel de calidad de vida del sujeto en cada una de las 9 dimensiones evaluadas: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), Integración social, Habilidades funcionales, Actividad y ocio, Calidad ambiental, Satisfacción con la vida, Educación, Ingresos y Servicios sociales y sanitarios. El CUBRECAVI es un cuestionario que el propio sujeto puede contestar en aplicaciones individuales o grupales, aunque en los casos que sea necesario también puede aplicarse mediante una entrevista individual realizada por un profesional. El tiempo de duración es de 20 minutos aproximadamente para adultos mayores de 65 años.



Calificación e interpretación del CUBRECAVI:

El test consta de nueve dimensiones donde a cada una se le suman las puntuaciones de todos los elementos contestados y se dividen por el número de elementos que proceda para la puntuación media.

Con las excepciones en la segunda dimensión que se computa sumando las tres variables (P5, P6 Y P7), siempre que la persona viva acompañada en caso contrario se computará (P6 más P7) entre dos.

Cualquier puntuación por encima de 50 indica que el sujeto tiene una calidad de vida alta. Puntuación por debajo de 50 indica que el sujeto tiene una calidad bajo

➤ **Plan de análisis:**

El tipo de análisis fue descriptivo ya que la información recolectada para el cuestionario sobre datos sociodemográficos y las pruebas psicológicas se procesaron y analizaron a través del programa SPSS, versión 17, los resultados se organizaron y presentaron en tablas de frecuencias con porcentajes obtenidos a través de los instrumentos de recolección de datos, todo esto se realizó en un corto periodo de tiempo.

Método cualitativo:

Entrevista: Con el uso de la técnica obtuvimos una información más completa para dar respuestas al tercer objetivo, al ser un método más flexible y abierto, permitió encauzar las preguntas para adaptarlas a las diferentes situaciones y características particulares de las 363 personas que asisten al programa de enfermedades crónicas de los centros de salud cabeceras del Municipio de León, además nos ayudó a profundizar en los aspectos subjetivos, opiniones, criterios, valoraciones de las cuestiones estudiadas. Para llevar a cabo la entrevista a profundidad se confeccionó una guía de preguntas que nos orientara en la búsqueda de información y que diera respuestas a nuestros objetivos específicos.



➤ **Plan de análisis:**

Los datos fueron analizados por el equipo a cargo de la investigación, que consistió en la recolección de aquellos datos que sean repetitivos en las preguntas abiertas realizadas durante una entrevista a profundidad, haciendo un consolidado de esta forma respondimos a los objetivos propuestos. Además fueron analizados de acuerdo a las dimensiones seleccionadas para cada uno de los descriptores del estudio. Se identificaron patrones de respuesta a partir de la elaboración de una matriz de análisis y contenido, donde se vaciaron los datos encontrados.

➤ **Consideraciones éticas:**

Están basadas en los principios de la Declaración de Helsinki, que dentro de sus principios básicos dice:

- Al sujeto investigado se debe respetar y salvaguardar su integridad física y mental.
- Se debe cesar cualquier investigación si los riesgos son mayores que los beneficios.
- Se está obligado a preservar la exactitud de los resultados.
- El investigado debe ser informado con exactitud de los objetivos, beneficios previstos, riesgos potenciales del estudio, y molestias que se pueden producir.
- No coaccionar jamás al afirmar el consentimiento informado.
- El protocolo de investigación debe tener una declaración de las condiciones éticas pertinentes y deberá indicar que los principios enunciados en esta declaración se están cumpliendo.
- La información debe ceñirse estrictamente a la verdad.
- Los resultados deben publicarse.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CUANTITATIVAS.

Dimensiones	Definición	Variables
Caracterización de la población	Atributos distintivos de cada persona.	<ol style="list-style-type: none">1. Edad2. Sexo3. Procedencia4. Estado civil5. Enfermedad crónica6. Años que lleva padeciendo la enfermedad7. Centros de salud
Calidad de vida	Es la capacidad adquisitiva que permite vivir con las necesidades básicas y de la combinación de factores objetivos y subjetivos.	<ol style="list-style-type: none">1. Salud2. Integridad social3. Habilidades funcionales4. Actividad y ocio5. calidad ambiental6. satisfacción con la vida7. educación8. ingresos9. servicios sociales y sanitarios.
Percepción de la calidad de vida que llevan	Es el reflejo generalizado de un objeto o fenómeno de la realidad	<ol style="list-style-type: none">1. conocimiento sobre su propia calidad de vida



VIII. RESULTADOS.

Resultados cuantitativos:

Tabla N° 1. Describir sociodemográficamente a las personas de la tercera edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65 – 69	186	51,2%
70 – 79	111	30,6%
80 – 89	63	17,4%
Mayores de 90	3	0,8%
Total	363	100%
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	237	65,3%
Hombre	126	34,7%
Total	363	100%
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	287	79,0%
Rural	76	21,0%
Total	363	100%
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	160	44,1%
Casado	46	12,7%
Divorciado	57	15,7%
unión libre	60	16,5%
Viudo	40	11,0%
Total	363	100%
Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	140	38,5%
Diabetes	95	26,2%
Asma	58	16,0%
Artritis	41	11,3%
Otra	29	8,0%
Total	363	100%



Años de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
1 - 5 años	97	26,8%
6 - 10 años	121	33,3%
11 - 15 años	79	21,8%
16 - 20 años	35	9,6%
más de 20 años	31	8,5%
Total	363	100%
Centros de salud	Frecuencia	Porcentaje
Mántica Berio	126	34,7%
Félix Pedro Picado	121	33,3%
Perla María Norori	116	32,0%
Total	363	100%

Fuente: Cuestionario sociodemográficos

El 51,2% tienen las edades de 65 a 69 años correspondiente a 186 pacientes y el 0,8% son mayores de 90 años. El 65,3% son del sexo Femenino correspondiente a 237 mujeres y el 34,7% del sexo Masculino correspondiente a 126 hombres. El 79,0% son de procedencia urbana correspondiente a 287 pacientes y el 21,0% son de procedencia rural correspondiente a 76 pacientes. El 44,1% son solteros correspondiente a 160 personas y el 11,0% son viudos correspondiente a 40 personas. El 38,5% padecen de Hipertensión arterial correspondiente a 140 personas y el 8,0% padecen otra enfermedad crónica correspondiente a 29 personas. El 33,3% llevan padeciendo la enfermedad entre 6 y 10 años correspondiente a 121 personas y el 8,5% llevan padeciendo la enfermedad más de 20 años correspondiente a 31 personas. El 34,7% pertenecen al centro de salud Mántica Berio equivalente a 126 pacientes, luego un 33,3% pertenece al centro de salud Félix Pedro Picado equivalente a 121 pacientes y el 32,0% asisten al centro de salud Perla María Norori equivalente 116 pacientes.



Objetivo 2: Determinar el nivel de calidad de vida alcanzado por las personas de la tercera edad que asisten al programa de enfermedades crónicas.

Tabla N° 2.

Satisfacción con el actual estado de salud

Satisfacción con la salud	Frecuencia	Porcentaje
Nada	89	24,6%
Algo	202	55,6%
Bastante	46	12,7%
Mucho	15	4,1%
NS/NC	11	3,0%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 55,6% se sienten algo satisfechos con su estado actual de salud correspondiente a 202 personas y el 3,0% no contestaron o no sabían correspondiente a 11 personas.



Tabla Nº 3.

Síntomas que ha tenido en las últimas semanas.

Síntomas	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Total	Porcentaje
Dolor de huesos, columna y articulaciones	4	8	3	2	17	4,7%
Mareos	2	5	9	16	32	8,8%
Tos, catarro, gripe	1	5	12	5	23	6,3%
Tobillos hinchados		3	2	2	7	1,9%
Cansancio sin razón aparente	1	2	1	1	5	1,4%
Dificultad para dormir	2	3	9	5	19	5,2%
Flojedad de piernas		1	1	1	3	0,8%
Dificultad para respirar	2	4	2	1	9	2,5%
Palpitaciones	2	3	11	5	21	5,8%
Dolor u opresión en el pecho		1	1		2	0,6%
Manos o pies fríos	1	7	4	3	15	4,1%
Adormilado durante el día	2	2			4	1,1%
Boca seca	3	6	3	1	13	3,6%
Sensación de nauseas	1	4	2	1	8	2,2%
Gases	3	9	17	5	34	9,4%
Levantarse u orinar por las noches	5	34	20	8	67	18,5%
Escapársele la orina	2	3	1		6	1,7%
Zumbidos de oídos	1	1	2	1	5	1,4%
Hormigueo en brazos o piernas	2	13	6	4	25	6,9%
Picores en el cuerpo	3	5	1	1	10	2,7%
Sofocos	7	12	5	3	27	7,4%
Llorar con facilidad	1	3	4	3	11	3,0%
Total	45	145	116	57	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 18,5% de los pacientes crónicos han tenido alguno de estos síntomas en las últimas semanas, Levantarse u orinar por las noches equivalente a 67 personas y el 0,6% tiene Dolor u opresión en el pecho correspondiente a 2 personas.

**Tabla N° 4.**

Frecuencia con que le ocurren las siguientes cuestiones.

Cuestiones	Nunca	Casi nunca	A veces	frecuente mente	Total	Porcentaje
Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado	29	80	138	50	297	81,8%
Tener problemas de memoria,	10	32	16	5	63	17,4%
Se desorienta o se pierde en algún lugar	1	2			3	0,8%
Total	40	114	154	55	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 81,8% de los pacientes crónicos a veces se han sentido con mayor frecuencia deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado equivalente a 297 personas y el 0,8% se desorienta correspondiente a 3 personas.

Integración social**Tabla Nª 5.**

Con quien vive cada paciente crónico.

Con quien vive	Frecuencia	Porcentaje
Solo	17	4,7%
Acompañado	346	95,3%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 95,3% de pacientes crónicos viven acompañados correspondiente a 346 personas y el 4,7% viven solos, correspondiente a 17 personas.

**Tabla Nº 6.**

Satisfacción de la relación con las personas allegadas.

Relaciones interpersonales	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	308	84,8%
Indiferente	21	5,8%
Insatisfecho	26	7,2%
NS/NC	8	2,2%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 84,8% de pacientes crónicos se encuentran satisfechos con la relación que mantienen con las personas allegadas correspondientes a 308 pacientes y el 2,2% no contestaron correspondiente a 8 personas.

Habilidades funcionales.**Tabla Nº 7.**

Capacidad de valerse por sí mismo.

Valerse por sí mismo	Frecuencia	Porcentaje
Muy bien	34	7,7%
Bien	160	44,1%
Regular	141	38,8%
Mal	26	8,8%
NS/NC	2	0,6%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 44,1% de pacientes crónicos pueden valerse bien por si mismo correspondientes a 160 pacientes y el 0,6% no contestaron correspondiente a 2 personas.

**Tabla N° 8.**

Dificultad para realizar las siguientes actividades

Actividades	Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	Total	Porcentaje
Cuidar de su aspecto físico	110	80	5	5	200	55,1%
Realizar tareas caseras	50	22	8		80	22,0%
Caminar	2	1			3	0,9%
Realizar tareas fuera de casa	58	15	5	2	80	22,0%
Total	220	118	18	7	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 55,1% de pacientes crónicos no tiene dificultad para cuidar su aspecto físico correspondiente a 200 pacientes y el 0,9% tienen dificultad para caminar correspondiente a 2 personas.

Actividad y ocio.**Tabla N° 9.**

Nivel de actividad que realiza diariamente

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Casi completamente inactivo	60	16,5%
Actividad normal doméstica	205	56,5%
Alguna actividad física o deportiva ocasional	78	21,5%
Actividad física regular varias veces al mes	16	4,4%
Entrenamiento físico varias veces a la semana	4	1,1%
NS/NC	0	0%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.



El 56,5% de pacientes crónicos realizan actividad normal domestica correspondiente a 205 personas y el 1,1% realizan entrenamiento físico varias veces a la semana correspondiente a 4 personas.

Tabla N° 10.

Frecuencia con que realizan actividades.

Actividades	Frecuente mente	Ocasional mente	Nunca	Total	porcen taje
Leer un libro o periódico		2	5	7	1,9%
Visitar amigos/parientes	19	6	5	30	8,3%
Ver la televisión	98	50	2	150	41,3%
Escuchar la radio	41	22		63	17,4%
Caminar	8	2		10	2,8%
Jugar con otras personas a juegos recreativos		5		5	1,4%
Cuidar niños	43	17	8	68	18,7%
Hacer manualidades	2	2		4	1,1%
Hacer recados o gestiones	5	9	1	15	4,1%
Ir de compras	3	6	2	11	3,0%
Viajar					0%
Total	219	121	23	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 41,3% de pacientes crónicos con mayor frecuencia ven televisión correspondiente a 150 personas y nadie realiza viajes siendo esto 0%.

**Tabla N° 11.**

Satisfacción de la forma en que ocupa el tiempo.

Forma en que ocupa el tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	187	51,5%
Indiferente	121	33,3%
Insatisfecho	55	15,2%
NS/NC	0	0%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

El 51,5% de pacientes crónicos se encuentran satisfechos de la forma en que ocupan el tiempo correspondiente a 187 personas y el 15,2% se sienten insatisfechos correspondiente a 55 personas.

Calidad Ambiental

Tabla N° 12.

Satisfacción que tienen los pacientes crónicos con la vivienda.

Satisfacción con la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	259	71,4%
Indiferente	33	9,1%
Insatisfecho	52	14,3%
NS/NC	19	5,2%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

El 71,4% de pacientes crónicos se encuentran satisfechos con la vivienda donde habitan correspondiente a 259 personas y el 5,2% no contestan correspondiente a 19 personas.

**Satisfacción con la vida.****Tabla N° 13.**

Satisfacción con la vida.

Satisfacción con la vida	Frecuencia	porcentaje
Nada	3	0,8%
Algo	110	30,3%
Bastante	210	57,9%
Mucho	30	8,2%
NS/NC	10	2,8%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

El 57,9% de pacientes crónicos se encuentran satisfechos con la vida correspondiente a 210 personas y el 0,8% no tienen ninguna satisfacción correspondiente a 3 personas.

Educación.**Tabla N° 14.**

Nivel máximo de estudios alcanzados.

Estudios alcanzados	Frecuencia	Porcentaje
Estudios primarios incompletos	207	57,0%
Estudios primarios completos	91	25,1%
Estudios bachillerato incompleto	48	13,2%
Estudios bachillerato completo	10	2,8%
Estudios universitarios incompletos	4	1,1%
Estudios universitarios completos	3	0,8%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.



El 57,0% de pacientes crónicos tienen un nivel máximo de estudios primarios incompletos correspondiente a 207 personas y el 0,8% tienen estudios universitarios completos correspondientes a 3 personas.

Ingresos.

Tabla N° 15.

Ingresos económicos de los pacientes crónicos

Ingresos mensuales en córdobas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 800	197	54,3%
De 801 – 1000	102	28,1%
De 1001 – 2000	58	15,9%
De 2001 – 4000	6	1,7%
Más de 4000	0	0%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 54,3% de pacientes crónicos obtienen ingresos menores de 800 córdobas mensuales correspondientes a 197 personas y el 0% obtienen ingresos económicos mayores de 4000 córdobas mensuales.



Servicios sociales y sanitarios.

Tabla N° 16.

Frecuencia que utiliza los servicios de salud

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje
Frecuentemente	123	33,9%
Ocasionalmente	240	66,1%
Nunca	0	0%
NS/NC	0	0%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 66,1% de pacientes crónicos utilizan ocasionalmente los servicios de salud correspondiente a 240 personas y nunca utilizan estos servicios siendo esto 0%.

Tabla N° 17.

Satisfacción con los servicios de salud

Servicios de salud	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecho	8	2,2%
Bastante satisfecho	93	25,6%
Algo satisfecho	143	39,4%
Nada satisfecho	119	32,8%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.



El 39,4% de pacientes crónicos se encuentran algo satisfechos con los servicios de salud correspondiente a 143 personas y el 2,2% están muy satisfechos con los servicios de salud correspondiente a 8 personas.

Tabla N° 18.

Aspectos para determinar su propia calidad de vida.

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje
Tener buena salud	87	24,0%
Mantener buenas relaciones	40	11,0%
Valerse por sí mismo	69	19,0%
Mantenerse activo	53	14,6%
Tener una vivienda buena y cómoda	20	5,5%
Sentirse satisfecho con la vida	40	11,0%
Tener oportunidades de aprender nuevas cosas	5	1,4%
Tener una buena pensión	11	3,0%
Tener buenos servicios de salud	38	10,5%
Ninguna	0	0%
NS/NC	0	0%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 24,0% de pacientes crónicos determinan su calidad de vida como aspecto importante tener buena salud correspondiente a 87 personas y el 1,4% consideran que aprender nuevas cosas no determina su calidad de vida correspondiente a 5 personas.



Tabla N° 19.

Valoración de los pacientes sobre su propia Calidad de vida.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
alta	71	19,5%
media	257	70,8%
baja	14	3,9%
NS/NC	21	5,8%
Total	363	100%

Fuente: Breve Cuestionario de Calidad de Vida. R. Fernández-Ballester y M. D. Zamarrón.

El 70,8% de pacientes crónicos consideran que poseen una calidad de vida media correspondiente a 257 personas y el 3,9% consideran que tienen una calidad de vida baja correspondiente a 14 personas.

**Matriz de análisis de los datos para estudios cualitativos.**

Códigos	Categorías	Segmentos
IPV1	Integración con las personas que vive	<ul style="list-style-type: none">• Nivel de socialización que tenga el adulto mayor.
HF2	Habilidades funcionales	<ul style="list-style-type: none">• Facultad para realizar actividades de la vida diaria.
FOT3	Forma que ocupa el tiempo	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo que cada persona tiene para sí mismo, para hacer lo que le gusta para enriquecerse y desarrollarse como personas.
IEV4	Ingresos económicos en la vejez	<ul style="list-style-type: none">• Época de la vida en que la persona debe de ser recompensada por sus años de desempeño y de su fuerza productiva.
SS5	Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none">• Es la atención brindada por los especialistas en los diferentes centros de salud.
SV6	Salud en la vejez	<ul style="list-style-type: none">• Se ve expuesta a gran variedad de enfermedades, es contemplado a menudo como uno de los problemas más serios en la vejez.



AD7	Ambiente en el que se desenvuelve	<ul style="list-style-type: none">• Se refiere a los elementos del ambiente social, mas influencias de calidad de vida.
SCV8	Satisfacción con la vida	<ul style="list-style-type: none">• Satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su bienestar.



Categorías y análisis de segmentos.

Categorías

Segmentos

Integración con las personas que vive

“Me siento bien de convivir con mi familia, mis hijos, nietos y también con los vecinos”

Habilidades funcionales

“Lavo ropa, cocino, limpio, cuido a mis nietos”

Forma que ocupa el tiempo

“Dedico mi tiempo en la familia, en las cosas de la casa, aunque a veces no en mi”

Ingresos económicos en la vejez

“Vivo de lo que me dan mis hijos ya que no puedo trabajar”

Servicios de salud

“De alguna manera nos ayudan con las consultas y medicamentos”

Salud en la vejez

“Vivir con enfermedad crónica no es fácil y algunas veces no me siento bien”

Ambiente que se desenvuelve

“A pesar de pobres somos aseados y tratamos siempre de estar en lo limpio”

Satisfacción con la vida

“Estoy vivo que es lo más importante”



3. Identificar la percepción de las personas de la tercera edad acerca de la calidad de vida que llevan.

IPV1- Integración con las personas que vive: nivel de socialización que tenga el adulto mayor; *“Me siento bien de convivir con mi familia, mis hijos, nietos y vecinos”.*

HF2- Habilidades funcionales: facultad para realizar actividades de la vida diaria; *“Lavamos ropa, cocinamos, limpiamos la casa, cuidamos los nietos”.*

FOT3- Forma que ocupa el tiempo: tiempo que cada persona tiene para sí misma, para hacer lo que le gusta, para enriquecerse y desarrollarse como persona; *“Dedicamos nuestro tiempo en la familia, en las cosas de la casa aunque a veces no en nosotros”.*

IEV4- Ingresos económicos en la vejez: época de la vida en que la persona debe ser recompensada por sus años de desempeño y de su fuerza productiva; *“Vivo de lo que me dan mis hijos ya que no puedo trabajar”.*

SS5- Servicios de salud: es la atención brindada por especialistas en los diferentes puestos de salud; *“De alguna manera pues nos ayudan con las consultas y medicamentos”.*

SV6- Salud en la vejez: se ve expuesta a gran variedad de enfermedades, es contemplado a menudo como uno de los problemas más serios en la vejez; *“Vivir con esta enfermedad no es fácil y la mayoría de tiempo no me siento bien”.*

AD7- Ambiente que se desenvuelve: elementos del ambiente social que mas influyen la calidad de vida; *“A pesar de ser pobres somos aseados y tratamos siempre de estar en lo limpio”.*

SCV8- Satisfacción con la vida: sensación que experimentan los individuos como resultado de su bienestar; *“Estoy vivo que eso es lo más importante”.*



IX. DISCUSION.

En las mujeres existe mayor incidencia de enfermedades crónicas que en los hombres, además que prevalecen entre las edades de 65 a 69 años de edad, lo cual confirma los datos expuestos en la bibliografía vejez y salud (2006) ya que señala que en las mujeres el envejecimiento comporta características diferentes respecto a los hombres. Según nuestro estudio las enfermedades más frecuentes son hipertensión arterial, diabetes y asma esto coincide con Lopategui, Edgar (2000) ya que señala que las enfermedades más frecuentes en la vejez son hipertensión arterial, diabetes, asma.

Los pacientes crónicos se sienten algo satisfechos con su estado de salud y por ello requieren de atención médica esto coincide con Madox, George (2003) ya que señala que el deterioro de la salud es contemplado como uno de los problemas más serios de la vejez ya que estos son muchos y variados

La mayoría de individuos se encuentran satisfechos con la relación que mantienen con sus familiares aunque hay una disminución de socialización con amistades, consideran que el apoyo de sus familiares es esencial y se sienten bien de vivir acompañados por estos, esto coincide con Rodríguez, Angélica (2008) ya que señala que la integración social es un aspecto fundamental en la vejez, el proceso de socialización se ve afectado en esta etapa por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionada con las limitaciones que aparecen a nivel de salud sin embargo la familia es la fuente primaria de apoyo emocional.

La mayor cantidad de pacientes crónicos consideran que pueden valerse bien por sí mismo, esto confirma lo que dice Langarica Salazar (1985) señala que las habilidades funcionales se evidencian en el momento en que el adulto mayor tiene todas las facultades para realizar las actividades de la vida diaria y puede enfrentar las demandas del ambiente, viviendo de manera independiente.



La mayor cantidad de pacientes crónicos disfrutan de ocio pasivo realizan actividad normal doméstica y en su minoría realizan entrenamiento físico varias veces a la semana, con mayor frecuencia ven la televisión, escuchan música, se sienten satisfechos con la forma en que ocupan el tiempo lo que coincide con las políticas del envejecimiento y la vejez (1995) señala que la actividad y ocio en la vejez es el tiempo que cada persona tiene para sí misma, para hacer lo que le gusta, oír música, ver televisión, convivir más con los seres queridos.

La mayor cantidad de pacientes crónicos se encuentran satisfechos con la vivienda donde habitan, esto coincide con la bibliografía de calidad ambiental en la vejez (2001) señala que la calidad ambiental en la vejez se refiere a los elementos del ambiente social que más influyen la calidad de vida, el bienestar en la población y al ambiente en que se vive como son el clima, condiciones geográficas, vivienda.

La mayor cantidad de pacientes crónicos se encuentran bastante satisfechos con la vida es por eso que coincide con lo que señala Schaie, Warner y Willis Sherry (2003) afirman que la satisfacción con la vida en la vejez se encuentra estrechamente relacionada con la participación social, en este sentido se entiende como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en relación con los cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.

La mayor cantidad de pacientes crónicos tienen estudios primarios incompletos pues no cumplen siquiera con los estándares de educación básica, esto coincide con Piñazo Hernández y Sánchez Martínez (2005) señala que en nuestro entorno social es frecuente pensar que la vejez no es una edad para aprender, que las capacidades intelectuales han decrecido y es un desperdicio social y no se tiene en cuenta el gran capital de experiencia que poseen.



La mayoría de los pacientes crónicos manifiestan sentirse insatisfechos con sus ingresos económicos, esto se debe al hecho que en su mayoría obtienen pocos ingresos o no tienen ingresos esto coincide con Schaie Warner y Willis Sherry (2003) ya que señala que el problema de la pobreza en la vejez está directamente relacionado con la amplitud e ineficiencia del sistema de pensiones de los países, los resultados de encuestas sobre la pobreza en la vejez en América Latina y África demuestran que las personas mayores y sus hogares registran un nivel elevado de pobreza de ingresos o de consumos.

La mayor cantidad de pacientes crónicos utilizan ocasionalmente los servicios de salud y se encuentran algo satisfechos con estos, lo que coincide con el ministerio de salud (2009) ya que señala que los indicadores de salud muestran una evolución gradual pero todavía hay desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud, largas distancias, falta de medicina, automedicación constituyen las principales razones para que las personas no busquen atención, además porque estos no están bien equipados.

La mayoría de pacientes crónicos valoran su propia calidad de vida como alta ya que de manera general se sienten satisfechos con esta, esto coincide con Fernández Ballesteros y Macía (1993) señala que la calidad de vida en la vejez tiene que ver con la capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas.



X. CONCLUSIONES.

Luego de haber realizado el estudio llegamos a la siguiente conclusión:

En nuestra investigación se encontró que la mayoría de la población son mujeres entre las edades de 65 a 69 años, son de procedencia urbana, solteros, la mayoría padecen de hipertensión arterial, diabetes y asma y tienen de padecer la enfermedad entre 6 a 10 años, la mayoría pertenecen al centro de salud Mántica Berio.

Se concluyó que la calidad de vida de las personas de la tercera edad que asisten al programa de pacientes crónicos de los centros de salud cabeceras del Municipio de León es alta ya que la capacidad adquisitiva les permite vivir con las necesidades básicas cubiertas, aunque no de manera integral, sin embargo tienen buenas relaciones interpersonales, están satisfechos como ocupan el tiempo con su familia y están satisfechos por valerse por sí mismo.

Hemos concluido que la percepción de las personas de la tercera edad que asisten al programa de pacientes crónicos sobre la calidad de vida que llevan es que se encuentran satisfechos con ésta.



XI. RECOMENDACIONES.

A la institución:

- Que cada centro de salud haga una evaluación de sus puntos fuertes y limitaciones, y elaboren un plan para brindar atención integral a los pacientes en especial a los crónicos y al adulto mayor.

A los familiares:

- Integrar a las personas de la tercera edad con enfermedades crónicas al intercambio social.
- Brindar a los pacientes crónicos mayor atención, afecto y cuidado que merecen.

A la comunidad:

- Promover la participación de las personas de la tercera edad como miembros activos de la comunidad.

A los pacientes crónicos:

- Aumentar el valor social integrándose no solo en actividades de ocio.
- Aumentar el valor familiar no aislándose de sus seres queridos.
- Aumentar el valor a nivel personal es decir dedicando tiempo a uno mismo, a hacer lo que más le gusta.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Agudelo, C. Municipios Saludables: Una oportunidad para las estrategias del Bienestar. Santa Fe de Bogotá. Colombia. 1992.

Arango, C. y Misutu, G. Apoyo Social y Autoestima: Su influencia en el bienestar de los ancianos. Quindío. Colombia. 1997.

Baltes, M. Werner – Wahl, H. Dependencia de los ancianos en Gerontología Clínica. Intervención psicológica y Social. Martínez Roca. Madrid. España. 1985

Calidad ambiental en la vejez.
www.siis.net/.../Calidad%20ambiental%20en%20la%20vejez%20... 2001.

Carbajo, Vélez. María. Calidad de vida del adulto mayor. España. 2007.

Craig, Grace. Desarrollo psicológico. 8va edición. Madrid, España. 2001.

Encuesta Salud, Bienestar, y Envejecimiento. (SABE). 2008.

Espinoza Hernao, Mauricio (2000) enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de vida.

<http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponenciasoscarmauricioespinoza.htm>

Fernández Ballesteros, Rocío; Moya Fresneda, Rosa; Martínez. Julio y Zamarrón María dolores. Qué es la psicología de la vejez. Madrid, España. 1999. 229pp.

Fernández Ballesteros, R. y Macía, A. (1993). Calidad de Vida en la vejez. En: Intervención Psicosocial. Madrid. España.



Fernández Ballesteros, R; Zamarrón M. D. Cuestionario breve de calidad de vida. TEA Ediciones S.A. 2007.

Langarica Salazar, Raquel. Gerontología y geriatría. México: Interamericana, 1985. ... Fundamentos de Gerontología y Geriatría. Barcelona.

Lopategui, Edgar. Enfermedades crónicas. Puerto Rico. 2000.

Maddox, George L. Envejecimiento y bienestar.2003

Ministerio de salud. Plan quinquenal de salud. Managua, Nicaragua. 2005 – 2009.

Pineda, Zaira. Situación actual del adulto mayor en Nicaragua.2007.

Piñazo Hernández y Sánchez Martínez. Gerontología. Madrid, España. 2005. 608pp.

Piña Morán, Marcelo. Gerontología social aplicada. 2003

Política del envejecimiento y la vejez. Secretaría distrital de la calidad de vida y la vejez. www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default... - 153k. 1995

Quintero DG. Aspectos socio-psicológicos del envejecimiento. Calidad de vida y envejecimiento. En: Prieto RO, Vega GE. Temas de Gerontología. La Habana: Edit. Científico Técnica; 1996.p.28-32.

Rodríguez, Angélica. El envejecer desde la perspectiva del que envejece. León, Nicaragua. Diciembre 2008. 44pp

Schaie K. Warner y Willis Sherry L. Psicología de la edad adulta y vejez. 5ta edición. Madrid España. 2003.609pp.

Urdinola – Diego Ángel y Tanabe, kimie. Acceso a la calidad de servicios en Nicaragua .Nicaragua. 2003.



Vejez y salud. Mayo 2006. shvoong.com/humanities/210778-vejez-salud/ - 110k

Yanguas Lezaun, José Javier. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde la perspectiva multidimensional. IMSERSO. Madrid, España. 2006.



ANEXOS



XIII. ANEXOS.

CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Estimado Usuario:

Somos egresadas de la carrera de psicología y el motivo de nuestra investigación es para determinar la calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los Centros de Salud cabecera del Municipio de León. Solicitamos su cooperación para llevar a cabo el siguiente cuestionario y agradecemos de antemano su participación.

Marca con una "X" según tu respuesta:

Edad:

65 años – 69 años: _____

70 años – 79 años: _____

80 años – 89 años: _____

Más de 90 años: _____

Sexo:

Masculino: _____

Femenino: _____

Procedencia:

Urbana: _____

Rural: _____



Estado civil:

Soltero/a: _____

Casado/a: _____

Divorciado/a: _____

Unión libre: _____

Viudo/a: _____

Enfermedad Crónica:

Hipertensión arterial: _____

Diabetes: _____

Asma: _____

Otra: _____

Años padeciendo la enfermedad:

1 – 5 años: _____

6 – 10 años: _____

11 – 15 años: _____

Más de 20 años: _____

Centros de salud:

Mantica Berio: _____

Félix Pedro Picado: _____

Perla María Norori: _____



BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)

El presente cuestionario permite realizar una exploración rápida de los componentes más relevantes de la calidad de vida en las personas de la tercera edad.

Marca con una "X" según tu respuesta.

SALUD

1.1. Salud subjetiva

P.1 ¿Se siente usted satisfecho con su actual estado de salud?

1. Nada 2. Algo 3. Bastante 4. Mucho 5. NS/NC

1.2. Salud objetiva

P.2 ¿En las últimas semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes dolores o síntomas?

Dolor o síntoma	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	NS/NC
1. Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones					
2. Mareos o vahídos					
3. Tos, catarro o gripe					
4. Tobillos hinchados					
5. Cansancio sin razón aparente					
6. Dificultad para dormir					
7. Flojedad de piernas					
8. Dificultad para respirar o sensación de falta de aire					
9. Palpitaciones					
10. Dolor u opresión en el pecho					
11. Manos o pies fríos					
12. Adormilado durante el día					
13. Boca seca					
14. Sensación de náuseas o ganas de vomitar					
15. Gases					
16. Levantarse o orinar por las noches					
17. Escapársele la orina					
18. Zumbido de oídos					
19. Hormigueos en los brazos o en las piernas					
20. Picores en el cuerpo					
21. Sofocos					
22. Llorar con facilidad					



P.7 ¿En qué medida está usted satisfecho de la relación que mantiene con las personas allegadas a usted que le voy a indicar?

Personas, si proceden	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	NS/NC
1. Su cónyuge				
2. Sus hijos				
3. Sus nietos				
4. Otros familiares				
5. Vecinos				
6. Amigos no vecinos				

2. HABILIDADES FUNCIONALES

P.8 ¿Considera que se puede valer por sí mismo?

1. Muy bien 2. Bien 3. Regular 4. Mal 5. No sabe/no contesta

P.9 ¿En qué medida tiene usted dificultades para realizar las siguientes actividades?

Actividades	Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	NS/NC
1. Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)					
2. Realizar tareas caseras					
3. Caminar					
4. Realizar tareas fuera de casa					

3. ACTIVIDAD Y OCIO

P.10 ¿Cuál de las siguientes actividades describe mejor el nivel de actividad que usted tiene diariamente?

1. Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.)
2. Actividad, normal domestica (gestiones, ir a la compra, al cine)
3. Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar, o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo, etc.)
4. Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
5. Entrenamiento físico varias veces a la semana
9. NS/NC



P.11 ¿Con que frecuencia realiza usted las siguientes actividades?

Actividades	Frecuente-mente	Ocasional-mente	Nunca	NS/NC
1. Leer un libro/periódico				
2. Visitar amigos/parientes				
3. Ver la televisión				
4. Escuchar la radio				
5. Caminar				
6. Jugar con otras personas a juegos recreativos				
7. Cuidar niños				
8. Hacer manualidades (coser, anchillo, punto)				
9. Hacer recados o gestiones				
10. Ir de compras				
11. Viajar				

P.12 ¿En general está usted satisfecho de la forma en que ocupa el tiempo?

1. Satisfecho 2. Indiferente 3. Insatisfecho 4. No sabe/No contesta

4. CALIDAD AMBIENTAL

P.13 ¿Qué grado de satisfacción tiene usted en relación con los siguientes aspectos de la casa/residencia donde vive?

Aspectos	Satis-fecho	Indife-rente	Insatis-fecho	NS/NC
1. El ruido/silencio				
2. La temperatura				
3. La iluminación				
4. Orden y limpieza				
5. El mobiliario				
6. Las comodidades (electrodomésticos, etc.)				

P.14 ¿Qué grado de satisfacción tiene usted con la vivienda/residencia en general?

1. Satisfecho 2. Indiferente 3. Insatisfecho 4. NS/NC

5. SATISFACCIÓN CON LA VIDA

P.15 ¿En qué medida está usted satisfecho, en términos generales, con la vida?

1. Nada 2. Algo 3. Bastante 4. Mucho 5. NS/NC



6. EDUCACIÓN

P.16 ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados alcanzados por usted?

- Estudios Primarios incompletos
- Estudios Primarios completos
- Estudios Bachillerato incompleto
- Estudios Bachillerato completo
- Estudios Universitarios o Superiores incompletos
- Estudios Universitarios o Superiores completos

7. INGRESOS

P.17 ¿Podría decirme los ingresos mensuales, que por todos los conceptos, entran en su hogar?

Ingresos mensuales en Córdoba	Puntuación
Menos de 800	
De 801 a 1000	
De 1001 a 2000	
De 2001 a 4000	
Más de 4000	

8. SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

P.18 ¿Con qué frecuencia utiliza usted los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad/residencia?

1. Frecuentemente 2. Ocasionalmente 3. Nunca 4. NS/NC

P.19 ¿En qué medida está usted satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

1. Muy satisfecho 2. Bastante satisfecho 3. Algo satisfecho
4. Nada satisfecho

5.NS/NCIMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES CALIDAD DE VIDA

P.20 Como usted sabe, hoy en día un objetivo importante de lograr una mayor calidad de vida. ¿Podría decirme qué importancia concede usted a cada uno de los aspectos



que le voy a indicar para determinar **su calidad de vida**, indicando cuál es el primero más importante, el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto, y el sexto más importante?

Aspectos	1º.	2º.	3º.	4º.	5º.	6º.
1. Tener buena salud						
2. Mantener buenas relaciones con la familiar y sociales						
3. Poder valerse por sí mismo						
4. Mantenerse activo						
5. Tener una vivienda buena y cómoda						
6. Sentirse satisfecho con la vida						
7. Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas						
8. Tener una buena pensión o renta						
9. Tener buenos servicios sociales y sanitarios						
Otras, ¿Cuáles)						
Ninguna						
NS/NC						

P-21. Cómo valora Ud. su propia Calidad de Vida:

1. Alta 2. Media 3. Baja 4. NS/NC

(Fernández, Rocío.; Zamarron, M. D. 2007)



Entrevista.

- 1) ¿Cómo se siente usted con su estado de salud?
- 2) ¿Cómo se siente con las personas que viven con usted y a su alrededor?
- 3) ¿Cómo considera que se encuentran sus habilidades para realizar tareas?
- 4) ¿Cómo se siente usted de la forma que ocupa el tiempo?
- 5) ¿Se siente cómodo con el ambiente en el que se desenvuelve?
- 6) ¿Cómo se siente con la calidad de vida que lleva?
- 7) ¿Qué piensa de los ingresos económicos que obtiene?
- 8) ¿Qué opina sobre los servicios de salud que se le ofrece a la comunidad?



León, 03 de Abril del 2012

Consentimiento informado

Yo _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio Calidad de vida de personas de la tercera edad, que asisten al programa de enfermedades crónicas de los Centros de Salud cabecera del Municipio de León en el período Febrero – Mayo del 2012 con el fin de dar respuestas a los objetivos planteados en el estudio.

Puedo realizar preguntas con el fin de aclarar las dudas que a la hora de la aplicación del cuestionario y entrevista.