

Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas

Quality of life perceived in elderlies from Matanzas province

Dianelis Dueñas González^I; Héctor D. Bayarre Veá^{II}; Eduardo Triana Álvarez^{III}; Vivian Rodríguez Pérez^{IV}

^ILicenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Policlínico Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". Colón, Matanzas, Cuba.

^{II}Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

^{III}Máster en Informática Médica. Especialista de II Grado en Geriatria y Gerontología. Centro Gerontológico. Colón, Matanzas, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Bartolomé Masó, Granma, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el estudio de la calidad de vida es de gran utilidad en las poblaciones envejecidas, en tanto constituye un trazador cualitativo de la salud en este segmento poblacional, aquejado con frecuencia de discapacidades que limitan su desempeño social.

OBJETIVO: describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general, y su relación con variables seleccionadas en adultos mayores de la provincia de Matanzas.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 108 559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741, por muestreo estratificado polietápico. Se aplicaron el Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, y se aplicó la prueba de homogeneidad y otras específicas como *Bartholomew*, *Ridit Analysis* y χ^2 para la regresión. El procesamiento se realizó con SPSS versión 11,5, y Epidat 3,1. Los resultados de presentan en tablas.

RESULTADOS: predominio de calidad de vida percibida *baja*, que constituyó el

43,3 % de la muestra investigada. Hubo diferencias importantes en el comportamiento de la calidad de vida por edad y escolaridad, con tendencia a empeorar en la medida que se incrementa la edad ($p=0,000$) y disminuye la escolaridad ($p=0,000$). No hubo diferencias por sexo ($p=0,343$) ni por estado conyugal ($p=0,123$).

CONCLUSIONES: el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este constructo, para lo cual resulta de interés su relación con la edad y la escolaridad.

Palabras clave: Adulto mayor, calidad de vida, Matanzas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: quality of life study is very useful in aging populations, since it is a qualitative marker of health in this segment of population, frequently affected by disabling events limiting its social performance.

OBJECTIVE: to describe quality of life behavior in general, and its relation with selected variables in elderlies from Matanzas province.

METHODS: a cross-sectional and descriptive study was made in a cohort of 108 559 elderlies, from which we selected a sample of 741 by multistage stratified sampling. We applied the minimum Examination of Mental State and the Scale for Assessment of Perceived Quality of Life. Absolute frequencies and percentages were estimated, and Homogeneity Test was applied as well as another specific including Bartholomew, Ridit Analysis and X^2 for regression. Processing was performed with the SPSS version 11,5 and Epidat 3.1. Results are presented in tables.

RESULTS: there was a predominance of low perceived quality of life being the 43,3 % of study sample. There were significant differences in quality of life behavior by age and schooling with a trend to deterioration in so far as age increases ($p=0,000$), and decrease the schooling ($p=0,000$). There were not differences neither by sex ($p= 0,343$) nor by marital state ($p=0,123$).

CONCLUSIONS: predominance of a poor quality of life in study population shows the need of to continue the study on this basis, where its relation with age and schooling in interesting.

Key words: Elderly, quality of life, Matanzas.

INTRODUCCIÓN

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

Cuando se analizan las estadísticas de población se puede valorar cuán rápido se ha producido el envejecimiento en el mundo; el número total de adultos mayores —

con 60 años y más— se duplicará en los próximos 50 años (de 606 millones en 2000 hasta más de 1,2 billones alrededor de 2050). Se observará un incremento rápido de la población anciana en los países en desarrollo y en los desarrollados. Mientras, la población total se incrementará desde alrededor de 6 billones en 2000 a 9 billones en el 2050 (50 % de incremento). La población anciana en el mundo aumentará un 300 % en el mismo período, incremento que será de 400 % en los países en desarrollo.²

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

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

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez.³ En 1950 solo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más, en 2002 se estimó un 8 %, mientras que para 2025 se estima un 12,8 % de la población en este grupo y para 2050 el 22, de manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.^{4,5}

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. En 1950 había aproximadamente 427 000 personas de 60 años y más, 6,7 % de la población total; en 1985 ese grupo de edad alcanzaba 1 151 146 personas, para un 11,3 %; mientras que en diciembre de 2000 se registraron 1 601 993 ancianos, el 14,3 %. Se estima que para el año 2025 este grupo ocupará un 20,1 % de la población total.¹

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

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por su evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son: la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.⁶

El concepto *calidad de vida* ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada cual ha enfocado el tema de manera diferente. Los ambientalistas han puesto énfasis en las condiciones y los atributos del ambiente biológico y en la importancia de preservar los recursos naturales; los economistas, en indicadores como el

producto nacional bruto; mientras que los psicólogos, en las necesidades humanas y su satisfacción.¹ Hay que tener en cuenta que el concepto *calidad de vida* es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud.⁷ La *calidad de vida* es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario.¹

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

La perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor fue el foco de atención de este estudio que se desarrolló en la provincia Matanzas, que no está exenta del crecimiento de la población anciana. En la actualidad residen en la provincia un total de 108 559 ancianos, para un 15,9 % de la población general, y a través de esta investigación pretendemos describir cómo perciben la calidad de vida los gerontes de manera global. De esta manera, se aportarán conocimientos para el diseño de estrategias de intervención en la población adulta mayor de la provincia de Matanzas, si se logra responder cómo se comporta la calidad de vida percibida, de forma general y según variables seleccionadas en adultos mayores de la provincia Matanzas, para lo cual se ha trazado el objetivo siguiente: describir el comportamiento de la calidad de vida percibida en general y según variables seleccionadas, en los adultos mayores de la provincia Matanzas, durante el período comprendido entre el 1ro. de enero y el 30 de junio de 2007.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre el comportamiento de la calidad de vida percibida por la población geriátrica de la provincia de Matanzas durante el primer semestre de 2007. El universo estuvo constituido por los 108 559 adultos mayores que se estimaba residían en la provincia al 1ro. de enero de 2007, de los que se escogió una muestra de 741, seleccionados mediante la aplicación de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra mínimo necesario para estudios descriptivos en poblaciones finitas.

La selección definitiva se realizó a través de muestreo estratificado polietápico (MEP). Los estratos se seleccionaron tomando como base la clasificación de la provincia de referencia, según condiciones de vida. Así, se seleccionó el municipio Matanzas del estrato de *condiciones de vida favorables* (I), el municipio Colón dentro del estrato con *condiciones intermedias* (II), y Los Arabos entre los de *condiciones de vida menos favorables* (III). A continuación se seleccionaron, con probabilidades proporcionales a su tamaño, un policlínico como Unidad de Segunda Etapa (USE) en los municipios de los estratos II y III, en tanto que del municipio seleccionado en el estrato I, se seleccionaron 2 policlínicos. Del municipio Matanzas se seleccionaron los policlínicos "Carlos Verdugo" y "Milanés"; del municipio Colón, el policlínico "Dr. Francisco Figueroa Véliz"; y de Los Arabos, el policlínico "San Pedro". Después se seleccionaron las unidades de la tercera etapa (consultorios médicos) con probabilidades proporcionales a su tamaño. Se escogieron 10 consultorios en el policlínico "Carlos Verdugo", 8 en el "Milanés", 15 en el "Dr. Francisco Figueroa Véliz", y 6 en el "San Pedro". Por último, se eligieron por muestreo simple aleatorio (MSA), los ancianos de los conglomerados seleccionados en la etapa anterior.

Para dar salida al objetivo propuesto se estudiaron las variables: *calidad de vida percibida*, clasificada en escala ordinal, como baja, media, alta; *sexo*, como masculino y femenino; *grupo de edad*, en los intervalos 60-59, 70-79, 80 y más; *estado conyugal*, que incluye con pareja y sin pareja; y la *escolaridad*, clasificada en analfabeto, primaria inconclusa, primaria concluida, secundaria concluida, preuniversitario concluido y universidad concluida.

La recogida de la información se realizó mediante la aplicación de los instrumentos siguientes: Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), de *Folstein y Mc Hug* (1975). Su objetivo es evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano. Se diseñó para aplicarlo en contacto directo con el individuo y con un entrenamiento previo. El tiempo de aplicación es breve (aproximadamente 10 min). La fiabilidad interjueces y la validez concurrente son aceptables. Este instrumento se ha utilizado ampliamente en los servicios de geriatría del país y en el ámbito comunitario (anexo 1).⁸ También se utilizó la Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida (MGH), que es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por *Álvarez, Bayarre y Quintero*. Consta de 34 afirmaciones, las cuales, al ser agrupadas, miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida (anexo 2).

La información fue almacenada en una base de datos creada en SPSS 11,5, la que se procesó de manera automatizada utilizando microcomputadora IBM compatible. Para el objetivo propuesto se construyeron tablas de contingencia que fueron analizadas de forma descriptiva (a través de frecuencias absolutas y relativas). Además, en la búsqueda de posibles asociaciones entre la calidad de vida y las variables, se utilizó la prueba χ^2 para la homogeneidad, χ^2 de *Bartholomew*, *Ridit Analysis*, y χ^2 para la regresión según se tratase de variables cualitativas nominales, ordinales o cuantitativas. El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete de programas SPSS 11,5 y el Epidat versión 3,1.

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

Antes de ser incluidos en el estudio se les solicitó a cada adulto mayor, o en su defecto, familiar (en caso de deterioro cognitivo importante), su consentimiento informado (anexo 3). Se explicaron los objetivos del estudio, la importancia de su participación, los riesgos y los beneficios del estudio. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían, y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseasen sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior. La aceptación de los pacientes a participar en el estudio se solicitó verbalmente y por escrito.

RESULTADOS

La distribución de ancianos según niveles de la calidad de vida muestra que hubo un predominio de calidad de vida baja, con 283, para un 43,3 %, seguida por la calidad de vida media con un 36,4 %, mientras que solo un 20,2 % de las unidades de análisis del estudio presentó calidad de vida alta ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de ancianos según calidad de vida

Calidad de vida	No.	%
Baja	283	43,3
Media	238	36,4
Alta	132	20,2
Total	653	100,0

La distribución de la calidad de vida por sexo se presenta en la [tabla 2](#), y denota un comportamiento similar, es decir, hay un predominio de calidad de vida baja, seguida por la media, que logran alcanzar en cada caso una frecuencia relativa acumulada de 82,1 y 77,5 %. Los resultados de la prueba de hipótesis evidencian homogeneidad, al no rechazar la hipótesis de homogeneidad en las distribuciones poblacionales de la calidad de vida percibida por sexo ($p=0,343$). Ello permite afirmar que los resultados del estudio no muestran evidencias para afirmar relación entre el sexo y la calidad de vida percibida.

Tabla 2. Distribución de calidad de vida según sexo

Calidad de vida	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Baja	143	44,8	140	41,9
Media	119	37,3	119	35,6
Alta	57	17,9	75	22,5
Total	319	100	334	100
$X^2= 2,143$		$gl= 2$		$p= 0,343$

La [tabla 3](#) presenta la relación entre la calidad de vida y la edad. En ella se observa que si bien para todos los grupos de edades en estudio hubo un predominio de la categoría baja, existen diferencias en las distribuciones, con tendencia a que la percepción de la calidad de vida sea peor en la medida que se incrementa la edad y viceversa, así para el grupo de viejos-jóvenes el 30,1 % de los estudiados percibió una calidad de vida alta, mientras que en los viejos-viejos, este solo fue del 9,0 %. Estas diferencias son significativas ($p=0,000$).

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

Calidad de vida	Grupos de edad (en años)					
	60 - 69		70 - 79		80 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baja	103	41,9	94	41,0	86	48,3
Media	69	28,0	93	40,6	76	42,7
Alta	74	30,1	42	18,3	16	9,0
Total	246	100	229	100	178	100
$\chi^2 = 32,518$ $gl = 4$ $p = 0,000$						

La relación que se presenta entre la calidad de vida y el estado conyugal se observa en la [tabla 4](#). Existe una discreta mejoría de la calidad de vida baja en los ancianos con pareja con respecto a los que pertenecen a la categoría sin pareja (40,1 vs. 46,3 %), aunque estas diferencias no son significativas ($p=0,123$).

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

Calidad de vida	Estado conyugal			
	Con pareja		Sin pareja	
	No.	%	No.	%
Baja	126	40,1	157	46,3
Media	115	36,6	123	36,3
Alta	73	23,2	59	17,4
Total	314	100	339	100
$\chi^2 = 4,199$ $gl = 2$ $p = 0,123$				

La [tabla 5](#) presenta la relación entre la calidad de vida y la escolaridad. Con excepción de las categorías secundaria terminada y preuniversitario, donde predominó la categoría media, con 42,8 y 60,7 %, en las restantes predomina la categoría baja. Sin embargo, existen diferencias en los niveles en que estas se presentan, que al aplicar la prueba de homogeneidad, resultó significativa ($p=0,000$).

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

Escolaridad	Calidad de vida								
	Baja		Media		Alta		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Analfabeto	3	42,9	1	14,3	3	42,9	7	100	
Primaria sin terminar	79	56,0	39	27,7	23	16,3	141	100	
Primaria terminada	95	49	52	26,8	47	24,2	194	100	
Secundaria terminada	74	36,8	86	42,8	41	20,4	201	100	
Preuniversitario terminado	23	25,8	54	60,7	12	13,5	89	100	
Universitario terminado	9	42,9	6	28,6	6	28,6	21	100	
$\chi^2 = 47,812$		gl = 10		p = 0,000					

DISCUSIÓN

Investigaciones realizadas en la provincia de Guantánamo por *Fernández Martínez* y en Ciudad de La Habana por *López Fernández* encuentran un predominio de calidad de vida baja (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 1998*), (*López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico "19 de Abril". Municipio Plaza. [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997*). Los investigadores de referencia plantean que los resultados pudiesen estar relacionados con la crisis económica por la que ha atravesado el país durante más de 18 años, que si bien se encuentra en fase de resolución, aún está ejerciendo sus efectos negativos sobre la población cubana, con mayores consecuencias para los grupos más vulnerables, entre los que se incluye la tercera edad. Vale aclarar los esfuerzos que ha desarrollado el gobierno provincial por favorecer a este segmento de la población con un conjunto de acciones encaminadas a tal fin, entre las que se incluye, fomentar la creación de casas de abuelos, el fortalecimiento del movimiento de los círculos de abuelos, el desarrollo de los geroclub en los joven club de computación y electrónica, entre otras.

En relación con el sexo, los resultados son muy similares a los obtenidos por *Fernández* y *López*, para los que la calidad de vida según sexo tuvo un comportamiento homogéneo (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 1998*), (*López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico "19 de Abril". Municipio Plaza. [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997*). Los autores no emiten ningún juicio en relación con este resultado. Consideramos que, probablemente la política seguida por la Revolución cubana desde sus inicios, que favorece la equidad entre los sexos, pudiese estar relacionada con el resultado alcanzado.

Fernández encuentra un incremento de la categoría baja de la calidad de vida en la medida en que aumenta la edad, lo que coincide con los hallazgos de esta. Sin embargo, no ocurre de esta manera en la investigación realizada por *López Fernández*, en la que los ancianos que se encontraban en el rango de 60 años a 74 años se enmarcaron con una calidad de vida más baja que los de 80 años y más (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 1998*), (*López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico "19 de Abril". Municipio Plaza. [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997*).

Varios estudios han señalado que la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes (*López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico "19 de Abril". Municipio Plaza. [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997*).^{8,9} A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes,^{10,11} unido a la incapacidad y la restricción de actividades que afectan la autonomía del anciano (constructo descriptor de la salud del anciano) y esto afecta la percepción de su calidad de vida.

Los resultados de la calidad de vida según el estado conyugal encontrados en esta investigación, se corresponden con los de *Fernández*, para quien los ancianos con pareja tuvieron mejor calidad de vida que los que carecen de pareja (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. Ciudad de la Habana: ENSAP; 1998*); mientras que *López*, al relacionar la calidad de vida y el estado marital, no encuentra relación significativa (*López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico "19 de Abril". Municipio Plaza. [tesis]. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997*).

Compartimos el criterio expresado en la literatura revisada, en la que se plantea que la relación de pareja estrecha los lazos afectivos entre ambos miembros, tanto para realizar tareas domésticas como para buscar compañía. Ello constituye una verdadera fuente de apoyo a las personas de la tercera edad.¹¹ Aparentemente los ancianos que aún se encuentran en pareja mantienen relaciones de apoyo que hacen su vida más placentera y llevadera, se ayudan desde el punto de vista espiritual y afectivo. Cuando por alguna razón ocurre la pérdida de la pareja, pudieran aparecer en el anciano sentimientos de soledad que puedan provocar estados de depresión, tristeza, duelo y otros, que, de permanecer, afectarían la percepción de su calidad de vida.

Los resultados de la escolaridad y la calidad de vida de esta investigación se corresponden con los de *Fernández* en su investigación, donde en las categorías *preuniversitaria terminada* y *primaria terminada* predominó la calidad de vida alta, en las restantes hubo un predominio de la calidad de vida baja, diferencias que no resultaron significativas (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 1998*). Por otra parte, *López*, en investigación realizada en Ciudad de La Habana, tampoco encuentra diferencias significativas en el comportamiento de la calidad de vida entre las diferentes categorías de la escolaridad.¹¹

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

escolaridad superior, posean mayor satisfacción personal, cuyos resultados contribuyan a que estos clasifiquen en niveles de calidad de vida mejores.⁸⁻¹⁰

Se concluye que el predominio de baja calidad de vida en la población investigada evidencia la necesidad de continuar el estudio sobre este concepto, con la finalidad de diseñar proyectos de intervención para este grupo poblacional, con vistas a mejorar la percepción de la calidad de vida; y que la calidad de vida percibida por los adultos mayores de la población investigada, se relaciona con la edad y la escolaridad, de forma tal, que en la medida en que se incrementa la edad la percepción de esta es peor, mientras que existe una tendencia a percibir mejor calidad de vida con el incremento de la escolaridad.

Anexo 1

Examen Mínimo del Estado Mental

Encuesta para medir el funcionamiento cognoscitivo en el adulto mayor.

Datos generales

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Estado conyugal: _____ Escolaridad: _____

Policlínico: _____ Consultorio: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

I. EMEM

<p>I. Orientación (máximo 10 puntos)</p> <p>Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle donde habita o vive, número de su casa.</p> <p>¿En qué ciudad estamos? ¿Qué provincia? ¿Qué país?</p>	<p>1. Día de hoy _____ 2. Mes _____ 3. Año _____ 4. Día de la semana _____ 5. Estación _____ 6. Dirección _____ 7. Número de la casa _____ 8. Ciudad _____ 9. Provincia _____ 10. País _____</p>
<p>II. Registro (máximo 3 puntos)</p> <p>Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: PELOTA/BANDERA/ÁRBOL.</p>	<p>11. Pelota _____ 12. Bandera _____ 13. Árbol _____ # de intentos _____</p>

<p>Repartirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.</p>	
<p>III. Cálculo y atención (máximo 5 puntos). Contar desde 100 hasta abajo restando 7. Parar después de 5 respuestas (93, 86, 79, 72, 65). Dar 1 punto por cada respuesta correcta. Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante. Dar 1 punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODNUM=5/ODMUN=3</p>	<p>14. _____ 93 _____ 15. _____ 86 _____ 16. _____ 79 _____ 17. _____ 72 _____ 18. _____ 65 _____ 19. No. de letras bien ubicadas: _____</p>
<p>IV. Recuerdo (máximo 3 puntos) Preguntar por las 3 palabras repetidas previamente. 1 punto por cada respuesta correcta.</p>	<p>20. Pelota _____ 21. Bandera _____ 22. Árbol _____</p>
<p>V. Lenguaje (máximo 9 puntos) - Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: "¿Qué es esto?" Repetir lo mismo para el lápiz. 1 punto por respuesta correcta. - Repetir la frase: "Ni sí, ni no, ni peros". - Realizar una orden en 3 tiempos (tomar un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso). - Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS. - Escritura: Orientar al sujeto para que escriba una frase u oración. - Copiar un dibujo del <i>test</i> de Bender.</p>	<p>23. Reloj _____ 24. Lápiz _____ 25. Repetición _____ 26. Coger el papel con la mano derecha _____ 27. Doblarlo por la mitad _____ 28. Ponerlo en el piso _____ 29. Cerrar los ojos _____ 30. Escritura de la oración _____ 31. Dibujo _____</p>

Puntuación:

Sumar el número de respuestas correctas.

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

El máximo de puntos es 30 puntos.

Anexo 2

Escala para la Evaluación de la Calidad de Vida

Lic. Miriam S. Álvarez Pérez

Ítem	Casi siempre	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
1. Realizo las actividades físicas que otras personas de mi edad pueden hacer (ejercicios físicos, subir y bajar escaleras).				
2. Puedo ir a la bodega a hacer los mandados.				
3. Mi familia me quiere y me respeta.				
4. Mi estado de ánimo es favorable.				
5. Me siento confiado y seguro frente al futuro.				
6. Con la jubilación mi vida perdió sentido.				
7. Mi estado de salud me permite realizar por mí mismo las actividades cotidianas (bañarme solo, cocinar, lavar, limpiar, etcétera).				
8. Puedo leer libros, revistas o periódicos.				
9. Soy importante para mi familia.				
10. Me siento solo y desamparado en la vida.				
11. Mi vida es aburrida y monótona.				
12. Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón.				
13. Puedo aprender cosas nuevas.				
14. Puedo usar transporte público.				
15. Mi situación monetaria me permite resolver todas mis necesidades de cualquier índole.				
16. Mi familia me ayuda a				

resolver los problemas que se puedan presentar.				
17. He logrado realizar en la vida mis aspiraciones.				
18. Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo.				
19. Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona.				
20. Estoy nervioso e inquieto.				
21. Puedo ayudar en el cuidado o atención de mis nietos.				
22. Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso.				
23. Mis creencias me dan seguridad en el futuro.				
24. Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos.				
25. Soy feliz con la familia que he construido.				
26. Salgo a distraerme (solo, con mi familia, o con mis amigos).				
27. Mi vivienda tiene buenas condiciones para vivir solo en ella.				
28. He pensado quitarme la vida.				
29. Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar.				
30. Considero que todavía puedo ser una persona útil.				
31. Mi vivienda resulta cómoda para mis necesidades.				
32. Mi estado de salud me permite disfrutar la vida.				
33. Tengo aspiraciones y planes para el futuro.				
34. Soy feliz con la vida que llevo.				

Se suman al final todos los puntos y se evalúan los resultados en:

- De 34 a 94 puntos calidad de vida muy baja.
- De 95 a 110 puntos calidad de vida baja.
- De 111 a 118 puntos calidad de vida media.
- De 119 a 134 puntos calidad de vida alta.

Anexo 3

Planilla de consentimiento informado

Yo, _____ manifiesto mi disposición para participar en la investigación "Calidad de vida percibida por adultos mayores de la provincia de Matanzas", bajo compromiso de los autores de no divulgar la información brindada.

Firma

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Díaz Garrido D, et al. Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba, 2000-2004. Rev Cubana Salud Pública. 2008; 34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado 13 de diciembre de 2008.
2. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Rev GerolInfo. 2006; 1(3). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf Consultado enero de 2008.
3. Fong JA, Hechavarría JB. Geriátría: ¿Es desarrollo o una necesidad? MEDISAN. 2002; 6(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm Consultado 29 de mayo de 2006.
4. Hernández Castellón R. El envejecimiento de la población en Cuba. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 1997: 1-40.

5. ONU. Populations ageing 2002. Nueva York: United Nations; 2002.
6. Gómez VM. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Disponible en:
<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> Consultado 5 de abril de 2006.
7. Lugones Botell M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(4): 287-9. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&nrm=iso Consultado 30 de mayo de 2008.
8. Llantá MC, Grau J, Chacón M, Pire T. Calidad de vida en oncopedología: problemas y retos. Rev Cubana Oncol. 2000; 16(3). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_3_00/onc12300.htm Consultado 19 de enero de 2007.
9. Cáceres Rodas RI. Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2004. Disponible en:
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-3/1-2-3.pdf> Consultado 25 de octubre de 2007.
10. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marin C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5-6): 353-61.
11. Colom R. Gerontología y salud. Perspectivas actuales. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1997.

Recibido: 21 de diciembre de 2008.

Aprobado: 8 de enero de 2009.

Dianelis Dueñas González. Calle Agramonte No. 87, entre Colón y Máximo Gómez, Colón, Matanzas, Cuba. E mail: dianelysdg@infomed.sld.cu