

## Percepción de salud en adultos mayores de la provincia Matanzas

### Health perception in elderly persons from the Matanzas province

Dianelis María Dueñas González,<sup>I</sup> Héctor Demetrio Bayarre Veá,<sup>II</sup> Eduardo Alfredo Triana Álvarez,<sup>III</sup> Vivian Rodríguez Pérez<sup>IV</sup>

<sup>I</sup>Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Policlínico Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". Matanzas, Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de II Grado en Bioestadística. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de II Grado en Geriatría y Gerontología. Máster en Informática Médica. Centro Gerontológico de Colón. Matanzas, Cuba.

<sup>IV</sup>Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Bartolomé Masó. Granma, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el estudio de la calidad de vida global y de sus dimensiones es de gran utilidad en los adultos mayores, en tanto constituye un trazador cualitativo de la salud en este segmento poblacional, aquejado con frecuencia de discapacidades que limitan su desempeño social.

**Objetivos:** identificar la percepción de la dimensión salud por parte los adultos mayores de la provincia de Matanzas, y su relación con variables seleccionadas, durante el primer semestre de 2007.

**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 a través de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para estudios descriptivos, elegida por muestreo estratificado polietápico. Para la recogida de la información 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 *Ridit Analysis* y  $X^2$  para la regresión. El procesamiento se realizó con SPSS versión 11,5, y Epidat 3,1. Los resultados de presentan en cuadros estadísticos.

**Resultados:** predominó la categoría alta de la dimensión salud con valores de 91,7 %, aunque en la medida que se incrementa la edad hay una disminución de la percepción alta de salud ( $p= 0,000$ ). La percepción alta de salud es más marcada en los ancianos con pareja, con un 95,5 %, que en los que no tienen pareja (88,2 %) ( $p= 0,000$ ). A pesar de que para todas las categorías de la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de esta, en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad ( $p= 0,000$ ). No hubo diferencias por sexo ( $p= 0,506$ ).

**Conclusiones:** la alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos, pero heterogénea por grupos de edades, estado conyugal y escolaridad, lo cual evidencia la relación importante que existe entre estas últimas y la dimensión investigada.

**Palabras clave:** Adulto mayor, calidad de vida, salud percibida.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the study of the global quality of life and of its dimensions is very useful in elderly persons since it is qualitative health marker in this population segment suffering frequently of inabilities limiting its social performance.

**Objectives:** to identify the perception of health dimension by elderly persons from the Matanzas province and its relation to the variables selected during the first semester of 2007.

**Methods:** a cross-sectional and descriptive study was conducted in 108 559 elderly persons selecting a sample including 714 by formula of sample size calculus for descriptive studies using multistage stratified sampling. To information collection the Minimal Examination of Mental Status and the Perceived Quality of Life Assessment were applied. Absolute and percentages frequencies were estimated applying the homogeneity test and other like Ridit Analysis and  $X^2$  for regression. Processing was carried out with SPSS version 11,5 and Epidat 3,1. Results are showed in statistical charts.

**Results:** there was predominance of high category in health dimension with values of 91,7 %, although just as an increase in age there is a decrease of high health perception ( $p= 0,000$ ). The high health perception is more marked in elderly persons with a couple, with a 95,5 % than those without couple (88,2 %) ( $p= 0,000$ ). In spite of the fact that for all the categories of schooling variable predominated the high health perception, there is a trend to its increase according to increases the schooling level.

**Conclusions:** the high health perception declared by study population, it is expressed in a homogenous way by sexes, but like heterogeneous by age groups, marital condition and schooling level evidencing the significant relation between these latter and the study dimension.

**Key words:** Elderly person, quality of life, perceived health.

---

## INTRODUCCIÓN

---

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas,<sup>1,2</sup> lo cual 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.

Se observa 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 (un 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.<sup>3</sup>

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

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez.<sup>1</sup> En 1950 solo el 5,4 % de la población tenía 60 años o más, en 2002 se estimó un 8 %, para el 2025 se estima un 12,8 % de la población en este grupo, y para el 2050 el 22 %. De manera que, en un siglo, el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.<sup>2</sup>

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.<sup>1</sup>

Para dar respuesta a la situación planteada se han ido creando las condiciones para enfrentar este reto con responsabilidad y dignidad, y 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.

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.<sup>4</sup> El concepto calidad de vida es utilizado fundamentalmente en el contexto médico, y es aquí donde alcanza su mayor magnitud. La calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario.<sup>2</sup> 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 un estudio que se desarrolló en la provincia Matanzas, que no está exenta de la problemática del crecimiento de la población anciana. En ella reside un total de 108 559 adultos mayores, para un 15,9 % de la población general. En dicha investigación se describió cómo perciben la calidad de vida los gerontes de manera global, y se obtuvo como resultado un predominio de calidad de vida percibida baja, que constituyó el 43,3 % de la población objeto de estudio. El grupo de edad con situación más desfavorable fue el de 80 y más, con 48,3 % de adultos mayores con percepción baja de su calidad de vida, y solo el 9,0 % la percibía como alta. A través de esta investigación pretendemos describir cómo perciben la

dimensión salud de la calidad de vida los gerontes de forma general y según variables de persona. 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 la interrogante siguiente: ¿cómo perciben la salud - de forma general y según variables de persona- los adultos mayores de la provincia de Matanzas?, para lo cual se ha trazado el objetivo siguiente: identificar la percepción de la dimensión salud por los adultos mayores de la provincia de Matanzas, y su relación con variables seleccionadas, durante el primer semestre de 2007.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre la percepción de la dimensión salud de la calidad de vida, por parte de los adultos mayores 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 Matanzas desde el 1ro. de enero de 2007. De ella se determinó estudiar una muestra de 741 adultos mayores, mediante la aplicación de la fórmula de cálculo de tamaño de muestra mínimo necesario para poblaciones finitas en estudios descriptivos. La selección de la muestra se realizó mediante la aplicación del muestreo estratificado polietápico (MEP) en 3 etapas, que consistieron en: clasificación de la provincia en 3 estratos, según condiciones de vida; selección de los municipios Matanzas (estrato I), Colón (estrato II) y Los Arabos (estrato III), como unidades de primera etapa (UPE); selección -con probabilidades proporcionales a los tamaños- de 1 policlínico por cada uno de los estratos II y III, y de 2 policlínicos en el estrato I, como unidades de segunda etapa (USE); y selección de consultorios como unidades de tercera etapa (UTE), con probabilidad proporcional a su tamaño. Por último, se eligieron por muestreo simple aleatorio (MSA) los ancianos de los conglomerados seleccionados en la etapa anterior.<sup>5</sup>

Para la recogida de la información se aplicaron los instrumentos siguientes: Examen Mínimo Estado Mental (EMEM) (Folstein y Mc Hugo; 1975), de amplio uso en grupos comunitarios para evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano. Se diseñó para aplicarlo en contacto directo con el individuo y con un entrenamiento previo, en un tiempo de aplicación 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 (anexo 1). Además, se utilizó la escala creada por *Miriam Álvarez Pérez, Gema Quintero Danuy y Héctor Bayarre Vea* (MGH), instrumento cubano creado y validado por los autores antes mencionados, para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, que consta de 34 afirmaciones, que, al ser agrupadas, miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida (anexo 2).

Las variables estudiadas fueron: dimensión salud, cualitativa ordinal, con la categoría baja (si obtuvo hasta 24 puntos), media (si obtuvo entre 25 y 27 puntos) y alta (si obtuvo más de 27 puntos) al computarse los ítems 1, 2, 7, 8, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 26 y 28; la edad en años cumplidos al momento de la investigación, clasificada mediante la escala 60-69, 70-79, 80 y más; el sexo masculino o femenino; la escolaridad según las categorías de analfabeto, primaria inconclusa, primaria concluida, secundaria concluida, preuniversitaria o técnico medio y universitaria; y estado conyugal, clasificado en con pareja o sin pareja.

La aplicación de los instrumentos se efectuó por Enfermeras y Médicos de Familia de los consultorios seleccionados, previo adiestramiento a los entrevistadores

---

mediante un seminario que permitió asegurar la recogida de la información. Además, los autores realizaron el control de calidad de la aplicación, al reevaluar el 10 % de las aplicaciones efectuadas. Se realizaron coordinaciones con el Grupo Provincial de Gerontología y Geriátrica, direcciones municipales, policlínicas y CMF seleccionados. Además, se obtuvo el consentimiento informado de los adultos mayores o de su familiar (anexo 3).

La información fue almacenada en una base de datos creada en SPSS 11,5, la que se procesó de manera automatizada en una microcomputadora. 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  $X^2$  para la homogeneidad, *Ridit Analysis* y  $X^2$  para la regresión según se tratase de variables cualitativas nominales, ordinales o cuantitativas. Se utilizaron los paquetes de programa Epidat versión 3,1, Epiinfo versión 6,04 y SSPS para *Windows* versión 11,5.

## RESULTADOS

El comportamiento de la dimensión salud de la calidad de vida se expone en la tabla 1. Se observa un predominio de la categoría alta con valores de 91,7 %. Un análisis de la dimensión salud en relación con variables de personas seleccionadas se exponen en las tablas 2 a la 5. Así, en la tabla 2 se presenta la distribución de adultos mayores según los resultados de la dimensión salud y el sexo, en la que se observa un comportamiento homogéneo de la salud percibida, con predominio en ambos de la categoría alta, con porcentajes de 92,8 para el sexo masculino y de 90,7 para el femenino. La prueba de hipótesis realizada no encontró diferencias significativas, por lo se puede afirmar un comportamiento homogéneo de la salud percibida por los adultos mayores de ambos sexos.

**Tabla 1.** Distribución de ancianos según dimensión salud de la calidad de vida

Dimensión	Resultados					
	Baja		Media		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Salud	31	4,7	23	3,5	599	91,7

**Tabla 2.** Distribución de ancianos según percepción de salud y sexo

Dimensión salud	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Baja	12	3,8	19	5,7
Media	11	3,4	12	3,6
Alta	296	92,8	303	90,7
Total	319	100	334	100
$\chi^2= 1,362$		gl= 2		p= 0,506

La percepción de salud en los diferentes grupos de edad se observa en la tabla 3, en la que se muestra que, si bien en general hay un predominio de la categoría alta, en la medida que se incrementa la edad hay una disminución de esta, con porcentajes que se mueven desde 95,9 en el grupo de 60-69, hasta 81,5 en el grupo de 80 y más años, diferencias importantes ( $p= 0,000$ ), lo que habla a favor de una disminución de la percepción de salud en la medida que se envejece, que se corresponde con lo esperado.

**Tabla 3.** Distribución de ancianos según percepción de salud y grupos de edad

Dimensión salud	Grupos de edad					
	60 - 69		70 - 79		80 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baja	3	1,2	7	3,1	21	11,8
Media	7	2,8	4	1,7	12	6,7
Alta	236	95,9	218	95,2	145	81,5
Total	246	100	229	100	178	100
$\chi^2=36,894$		gl= 4		p= 0,000		

La tabla 4 muestra la relación entre la percepción salud y el estado conyugal, y se ve que tanto para los que tenían pareja como para los que no, predomina una percepción de salud alta, y existen diferencias significativas que hacen que el comportamiento descrito sea más marcado en los que tienen pareja, con porcentaje de 95,5 contra 88,2. Ello permite afirmar que los que tienen pareja perciben una mejor salud respecto a los que no la tienen.

**Tabla 4.** Distribución de ancianos según percepción de salud y estado conyugal

Dimensión salud	Estado conyugal			
	Con pareja		Sin pareja	
	No.	%	No.	%
Baja	7	2,2	24	7,1
Media	7	2,2	16	4,7
Alta	300	95,5	299	88,2
Total	314	100	339	100
$\chi^2= 11,906$ $gl=2$ $p= 0,003$				

En la tabla 5 se presenta la distribución de los adultos mayores según percepción de su salud y escolaridad, en la que se aprecia que a pesar de que para todas las categorías de la variable escolaridad predominó la alta percepción de salud, existe una tendencia al incremento de esta en la medida en que aumenta el nivel de escolaridad ( $p= 0,000$ ).

**Tabla 5.** Distribución de ancianos según percepción de salud y escolaridad

Escolaridad	Percepción de salud							
	Baja		Media		Alta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Analfabeto	2	28,6	0	0	5	71,4	7	100
Primaria sin terminar	17	12,1	6	4,3	118	83,7	141	100
Primaria terminada	8	4,1	10	5,2	176	90,7	194	100
Secundaria terminada	3	1,5	3	1,5	195	97,0	201	100
Preuniversitario terminado	0	0	3	3,4	86	96,6	89	100
Universidad terminada	1	4,8	1	4,8	19	90,5	21	100
$\chi^2= 39,663$ $gl= 10$ $p= 0,000$								

## DISCUSIÓN

Resultados parecidos encuentra *Fernández Martínez*, con predominio de la categoría alta para la dimensión salud (Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. ENSAP; 1998).

Por otra parte, *López Fernández* concluye que en la percepción salud la categoría baja fue la que más repercutió en los ancianos estudiados (*López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico 19 de Abril. Municipio Plaza. [tesis]. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 1997*). Ambos resultados aún no han sido publicados.

En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía, e implica la posibilidad de poder llevar una vida independiente. El gobierno provincial ha desarrollado esfuerzos por favorecer a este segmento de la población con un conjunto de acciones encaminadas a tal fin, entre las que se incluyen: fomentar la creación de casa 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 al encontrado por *Fernández* en su investigación realizada en Guantánamo (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. ENSAP; 1998*). La autora no emite ningún juicio en relación con este resultado. Es criterio de los autores del trabajo 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.

En relación con la percepción de salud según la edad (tabla 3), los resultados concuerdan con los de *Fernández Martínez*, quien obtiene un mayor porcentaje de salud percibida alta en el grupo de 60 a 69 años, mientras que el más bajo correspondió al grupo de 80 y más años (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. ENSAP; 1998*).

Varios estudios han señalado que la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, así como de discapacidades físicas y mentales,<sup>6-10</sup> 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 percepción de salud en la población investigada, según el estado conyugal, no coinciden con los hallazgos de *Fernández Martínez*, quien no encuentra diferencias importantes entre los grupos de adultos mayores con y sin pareja, respecto a la salud percibida (*Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. ENSAP; 1998*). En este sentido, los autores de este trabajo consideran que los resultados de la investigación que se presenta se corresponden con lo esperado, pues es conocido el efecto positivo que, en términos generales, ejerce la compañía en esta etapa del ciclo vital, donde la soledad y las pérdidas suelen ser frecuentes, y constituyen factores de riesgo de discapacidades, a la vez que pueden disminuir la percepción de salud y la calidad de vida global en el adulto mayor. Es de esperar que ancianos con pareja cuenten con un mayor apoyo de esta, con la que es capaz de intercambiar emociones, sentimientos y compartir secretos y necesidades propias de la edad, al emerger esta como uno de sus confidentes más importantes. La pareja puede constituir un apoyo afectivo sin igual que ayuda al anciano a llevar su vida en compañía.<sup>6</sup>

Aparentemente los ancianos que aún viven en pareja mantienen relaciones de apoyo que hacen su vida más placentera y llevadera, se ayudan desde el punto de vista espiritual, afectivo y llevan a cabo la sexualidad, necesaria en todas las etapas

del ciclo vital. Cuando por alguna razón ocurre la pérdida de la pareja, pueden aparecer en el anciano sentimientos de soledad que puedan provocar estados de depresión, tristeza, duelo y otros, que pueden afectar la percepción de su calidad de vida.<sup>6,8</sup>

La percepción de salud en los adultos mayores, vista a través de la escolaridad, brinda resultados que concuerdan con los de *Fernández Martínez*, quien considera que "esto puede estar influido porque a medida que aumenta la escolaridad, la persona pudiera tener mayores opciones, se amplía su esfera de intereses y el individuo puede tener una mayor tendencia a permanecer activo y adoptar estilos de vida salutogénicos" (Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998. [tesis]. ENSAP; 1998). Los autores de este trabajo concuerdan con la autora citada.

A modo de resumen puede concluirse que: la alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se expresa de manera homogénea por sexos, y heterogénea por grupos de edades, estado conyugal y escolaridad, lo cual evidencia la relación importante que existe entre estas últimas y la dimensión investigada. De ello se deriva la necesidad de comunicar a las autoridades de la provincia los resultados del estudio, para su utilización en la toma de decisiones en salud que privilegien este segmento de la población de la provincia de Matanzas.

## Anexo 1

### **Examen Mínimo Estado Mental (EMEM). Folstein y Mc. Hugo; 1975. Su objetivo es evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano.**

Datos generales

Nombre: Fecha:

Edad: \_ Ocupación: Escolaridad:

Policlínico: Consultorio:

Municipio: Provincia:

#### I. Examen Mínimo del Estado Mental

##### I. Orientación (máximo 10 puntos)

Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle donde habita o vive, número de su casa.

¿En qué ciudad estamos?

¿Qué provincia?

¿Qué país?

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 \_\_\_\_\_

##### II. Registro (máximo 3 puntos)

Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: pelota/bandera/árbol.

---

Repetirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.

11. Pelota \_\_\_\_\_
  12. Bandera \_\_\_\_\_
  13. Árbol \_\_\_\_\_
- No. de intentos. \_\_\_\_\_

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. Por ej., odnum=5 / odmun=3 14.

- 93 \_\_\_\_\_
  15. \_\_\_\_\_
  - 86 \_\_\_\_\_
  16. \_\_\_\_\_
  - 79 \_\_\_\_\_
  17. \_\_\_\_\_
  - 72 \_\_\_\_\_
  18. \_\_\_\_\_
  - 65 \_\_\_\_\_
19. No. de letras bien ubicadas: \_\_\_\_\_

IV. Recuerdo: (máximo 3 puntos)

Preguntar por las 3 palabras repetidas previamente. Un punto por cada respuesta correcta.

20. Pelota \_\_\_\_\_
21. Bandera \_\_\_\_\_
22. Árbol \_\_\_\_\_

V. Lenguaje (máximo 9 puntos)

- Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: ¿Qué es esto? Repetir lo mismo para el lápiz. Un 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 Test de Bender.

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 \_\_\_\_\_

Puntuación:

Sumar el número de respuestas correctas.

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

El máximo de puntos es 30.

## Anexo 2

### Instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, de Miriam Álvarez Pérez, Gema Quintero Danuy y Héctor Bayarre Veá (escala MGH).

Ítem Casi siempre A menudo Algunas veces Casi nunca

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

Edad: en años cumplidos

Sexo: masculino o femenino

Escolaridad: analfabeto, primaria inconclusa, primaria concluida, secundaria concluida, preuniversitario concluido, universidad concluida.

Estado conyugal: con pareja, sin pareja.

## Anexo 3

---

### Consentimiento de participación.

La investigación de la calidad de vida percibida en la tercera edad es de suma importancia para establecer el diagnóstico de la baja calidad de vida es este segmento poblacional y actuar en consecuencia. El propósito del estudio es aportar datos sobre el nivel de la baja calidad de vida percibida es esta población de manera global, y de sus dimensiones y su relación con un conjunto de variables, en la provincia de Matanzas.

El presente documento de consentimiento informado, entregado por uno de los investigadores del proyecto titulado "Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas", es parte del protocolo de investigación que ha sido aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Yo, \_\_\_\_\_ ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder los instrumentos del estudio. He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados mi identidad, ni los detalles personales.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo médico, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aun si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste, firmo el presente consentimiento a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayarre Veá H, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. Rev GerolInfo [serie en internet]. 2006 [citado 2 de febrero de 2010]; 1(3). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=10397>
2. Bayarre Veá HD. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en anciano. Ciudad de La Habana y Las Tunas, 2000. (Tesis). La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003 [citado 2 de febrero de 2010]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/prevalencia\\_y\\_factores\\_de\\_riesgo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/prevalencia_y_factores_de_riesgo.pdf)
3. Fong JA, Hechavarría JB. Geriatría: ¿es desarrollo o una necesidad? MEDISAN [serie en internet]. 2002 [citado 29 de mayo de 06]; (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6\\_1\\_02/san11102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm)
4. Gómez VM. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [monografía en internet]. Salamanca, Facultad de Psicología [citado 5 de abril de 2006]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
5. Dueñas González D, Bayarre Veá HD, Triana Álvarez E, Rodríguez Pérez V. Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. Rev Cubana Med Gen Integ [serie en internet]. 2009 Sep [citado 21 de Febrero

2010]; 25(2). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002&lng=es)

6. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D, et al. Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004. Rev Cubana Salud Pública [serie en internet]. 2008 Jun [citado 21 de Febrero 2010]; 34(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es)

7. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D, et al. Modelos para el vaticinio de discapacidad física en adultos mayores en el nivel primario de atención. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet]. 2009 Mar [citado 21 de Febrero 2010]; 25(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100003&lng=es)

8. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero JS, Menéndez Jiménez J, Tamargo Barbeito TO, Morejón Carralero A, Garrido Díaz D, et al. Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet]. 2008 Jun [citado 21 de Febrero 2010]; 24(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200002&lng=es)

9. 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 [serie en internet]. 2008 Sep [citado 21 de Febrero 2010]; 34(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300002&lng=es)

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.

Recibido: 2 de marzo de 2010.

Aprobado: 11 de octubre de 2010.

*Dianelis María Dueñas González*. Policlínico Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". Calle Maceo No. 95, entre Clotilde García y Martha Abreu, municipio Colón, Matanzas, Cuba. Correo electrónico: [dianelysdg@infomed.sld.cu](mailto:dianelysdg@infomed.sld.cu)