



**UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN  
NICOLÁS DE HIDALGO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Calidad de vida del adulto mayor en dos centros de salud de La  
Piedad**

**TESIS**

**Que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería**

**Presenta**

**Donalda García Trejo**

**Asesoras**

**Dra. Elva Rosa Valtierra Oba**

**Dr. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

**Coasesoras**

**Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala**

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

**Morelia, Michoacán**

**Enero 2019**

## **Directivos**

**ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN**

**Directora de la Facultad de Enfermería**

**DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

**Secretaria Académica**

**ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA**

**Secretaria Administrativa**

**Mesa Sinodal**

**Presidente**

**Dra. Elva Rosa Valtierra Oba**

---

**Vocal**

**Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala**

---

**Vocal**

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

---

## **Dedicatoria**

A Dios por brindarme la oportunidad en la vida de estudiar la carrera de enfermería la cual es humanista ya que brinda el rol de cuidar a las personas que más lo necesitan, por permitirme lograr la elaboración de mi investigación.

A mi padre Fidel García Cano que creyó en mí en todo momento hasta el último día de su vida, le dé dedico mi trabajo entero que gracias a él soy quien soy.

Por su confianza, cariño e inmenso amor de padre que desde pequeña alentó a seguir adelante con altas y bajas de la vida, sin embargo he logrado una de las metas que me he propuesto en mi vida.

Gracias papá por ser mi ejemplo a seguir, por tus consejos y cada uno de los regaños, por ser tal y como fuiste, por darme la vida y por permitirme ser parte de la tuya. Te amo papá.

## **Agradecimientos**

Doy gracias a Dios el cual ha estado a mi lado siempre y llenarme de bendiciones por permitirme llegar hasta este punto de mi vida y lograr terminar la carrera de enfermería, la cual es una de mis metas desde mi infancia y hoy después de tantos años de esfuerzos concluye.

A mis padres que gracias a ellos he logrado terminar mi carrera por brindarme la confianza de estudiar lejos, el cariño, amor, comprensión y los valores inculcados desde pequeña y por todo el esfuerzo que han realizado para que yo siga adelante y poder ser alguien en la vida.

A mis siete hermanos que gracias a ellos han sabido aconsejarme a lo largo de mi carrera, por la confianza de a cada uno de ellos y el apoyo incondicional que me han brindado.

A Rogelio Rojas Gutiérrez por ser el apoyo incondicional en todo momento que con su amor y cariño ha sabido aconsejarme y comprenderme en el transcurso de la elaboración de mi investigación y por ser parte de mi vida.

A mis asesoras Dra. Elva Rosa Valtierra Oba, Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz, las cuales admiro, les agradezco de todo corazón por el apoyo incondicional, consejos, asesorías, por su tiempo, dedicación y esfuerzo ya que con su experiencia me ayudaron a concluir la investigación de mi trabajo.

A la Facultad de enfermería le doy gracias por darme la oportunidad de ser parte de ella, por los cinco años de conocimientos y permitirme conocer grandes personas dentro de sus instalaciones y a todos los profesores por su enseñanza y conocimientos brindados a lo largo de mi formación como futura enfermera.

Al centro de salud de La Piedad de Cavadas “Guadalupe Mateos y Vega”, a la jefa de enfermería y al director de este centro de salud por las atenciones y la información que me permitieron recolectar dentro de sus instalaciones.

## Resumen

La calidad de vida percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia. Adulto mayor (AM) funcionalmente sano como aquel individuo que se adapta al cambio de esta etapa de la vida con un grado aceptable de satisfacción persona. Objetivo: evaluar la calidad de vida del adulto mayor (AM) en dos centros de salud de La Piedad. Estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal; muestra no probabilística de 150 AM. Instrumento: CASP-19 con cuatro dimensiones, Control, (C), Autonomía (A), Autorrealización (AR) y Satisfacción (S), con 19 ítems y escala Likert de 1 (nunca) a 4 (casi siempre). A mayor puntuación mayor calidad de vida. Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y porcentajes en SPSS v25 y U de Mann Whitney para diferencias. Resultados. Mayoría sexo masculino (60%), media de edad 68.77 años ( $DE=5.313$ ), 48% vive con pareja, 30% analfabetas, 26.7 jubilados/pensionados, 76.7% padece alguna enfermedad (99.3% con Diabetes y 70.7% no se ha hospitalizado en el último año. En cuanto a CV, se encontró alta en escala total (74%) y en dimensiones fue regular en control (58.0%) y autonomía (89.3%) y alta en autorrealización (95.3%) y satisfacción (95.3%). Conclusión. Los AM refieren tener CV alta y regular.

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor, evaluar, centros de salud, dimensiones.

## Abstract

The quality of life. Perception that an individual has about his own existence place, in the culture context and the values system that is influenced in a complex way by the physical health of the subject, his psychological condition and his Independence level. Elderly (AM) functionally healthy like the individual able to adaptation to the stage change, with an acceptable level of personal satisfaction. Objet: evaluate the life quality of the Elderly (AM) in two health centers from La Piedad. Non-experimental studio, descriptive, prospective, and transversal; 150 AM non-probabilistic model. Instrument: CASP-19 with four dimentions, control (C), autonomy (A), self realisation (AR) and satisfaction (S) with 19 items and Likert scale from 1 (never) to 4 (almost always). Where higher score means higher quality life. It used descriptive statistics with central tendence measurements, dispersión, frequency and percentages in SPSS v25 and U of Mann Whitney to differentiate them. Results: Males in the most (60%), age average 68.77 years old. (DE=5.313), 48% lives whit their couple, 30% illiterate, 26.7% retired, 75.7% suffer a disease, (99.3 diabetes and 70.7% has not been hospitalized in the past year. In regard to CV, it found a high total scale (74%) in dimentions, the control was regular (58%),autonomy (89.3), high in self realisation (95.3%) and satisfaction (95.3). Conclusion: the AM refer have a CV high and regular level.

Key words: quality of life, elderly, evaluate, health centers, dimensions.

## Índice

I. Introducción.....	11
II. Justificación.....	14
III. Planteamiento del problema.....	20
IV. Objetivos .....	22
4.1. General .....	22
4.2. Específicos .....	22
V. Hipótesis .....	22
VI. Marco teórico .....	24
6.1. Calidad de vida .....	24
6.2 Concepto.....	24
6.3. Dimensiones .....	27
6.4. Generalidades.....	29
6.5. Instrumentos .....	30
6.2 Adulto mayor .....	39
6.2.1. Concepto.....	39
6.2.2. Características .....	40
6.2.3. Clasificación .....	40
VII. Material y métodos.....	45
7.1 Tipo y diseño de estudio.....	45
7.2 Límites de tiempo y espacio.....	45
7.3 Universo.....	45
7.4 Muestra.....	46
7.5 Variables.....	46
7.6 Criterios .....	46
7.6.1 Criterios de inclusión .....	46
7.6.2 Criterios de exclusión .....	46
7.6.3 Criterios de eliminación .....	46

7.7 Operalización de variables.....	47
7.8 Instrumentos .....	47
7.9 Prueba piloto .....	47
7.10 Procedimiento.....	48
7.11 Análisis estadístico .....	49
7.12 Consideraciones éticas y legales.....	50
VIII. Resultados .....	53
IX. Discusión.....	57
X. Conclusiones.....	60
XI. Sugerencias .....	62
XII. Referencias bibliográficas .....	63
XIII. Anexos .....	67
Anexo 1 Instrumento de calidad de vida, cuestionario CASP-19.....	67
XIV. Apéndices .....	68
Apéndice 1 Operacionalización de variables .....	68
Apéndice 2 Variables sociodemográficas.....	69
Apéndice 3 Hoja de Consentimiento informado.....	71

## I. Introducción

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno de acuerdo a lo que establece la OMS (2007).

La cantidad de adultos mayores se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasaría de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El 80% de estas personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medianos.

Por eso, este estudio pretende evaluar e identificar la calidad de vida del adulto mayor de 65 años en primer nivel de atención. Enfermería busca establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado ya que este se debe en gran medida al descenso en el número de muertes por enfermedades, por eso el objetivo de este trabajo es Evaluar la calidad de vida del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad.

El primer apartado aborda la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación.

En los siguientes apartados se presenta el planteamiento de problema y la pregunta de investigación, enseguida con el objetivo continuando con el marco teórico abordando los conceptos de calidad de vida, generalidades, instrumentos, concepto del adulto mayor, generalidades y su clasificación.

A continuación, en el apartado de material y métodos se describe el enfoque, diseño, universo, variables, criterios de selección, criterios de inclusión, criterios de exclusión, criterios de eliminación, instrumentos, procedimientos, análisis estadístico, recursos humanos, materiales, financieros, plan de difusión.

Finalizando con los siguientes apartados como son consideraciones éticas y legales, referencias bibliográficas, anexos, apéndices, apéndice 1 operacionalización de variables, variables sociodemográficas, apéndice 2 hoja de consentimiento informado y apéndice 3

# Capítulo I

## II. Justificación

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (2016).

En México se observa que la población adulta mayor en los últimos años, muestra una tasa de aumento con mayor predominio en el sexo mujer, como fue en el periodo de 1970-1990 de 3.08% para 1990- 2010 fue de 3.52% y de 4.01% para 2010-2030. Esto hace que la nación se profile como un país con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más (Secretaría de Salud, 2014).

Hoy en día, por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. En los países de ingresos bajos y medianos, esto se debe en gran parte a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, y de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, el aumento sostenido de la esperanza de vida actualmente se debe sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (Informe Mundial sobre envejecimiento y la salud, 2015).

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales (OMS, 2016).

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2010 el número de adultos mayores estimado era de 9.424.000 de los cuales, 54.3% son mujeres y 45.7% son hombres y un 45.6% de los adultos mayores con algún tipo de seguridad social y de éstos, 46.8% están registrados de manera simultánea en dos o más instituciones de seguridad social. Encuesta de salud bienestar y envejecimiento (SABE, 2012).

Algunos artículos que analizan la calidad de vida en los adultos mayores se presentan a continuación.

Cardona, Giraldo, y Maya realizaron en una investigación en Colombia en 2013 con el objetivo de identificar factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud de adultos mayores de un municipio colombiano, el estudio es transversal en 191 individuos seleccionados probabilísticamente, la calidad de vida se midió con el *World Health Organization Quality Of Life-BREF* y se aplicó una encuesta. Los análisis se realizaron en SPSS 21.0 con estadísticos descriptivos, pruebas no paramétricas y regresión lineal, controlando sesgos de información y selección. Los principales resultados son la mediana de edad fue 68 años, 50% eran mujeres, 56% de zona rural, 64% del estrato social medio y 23% trabaja. El puntaje de calidad de vida fue mayor a 50. Los factores asociados con salud física fueron: escolaridad, estado civil, apoyo familiar y hospitalización; en la psicológica: edad, zona de residencia, estado civil, escolaridad, satisfacción económica y familiar y morbilidad; en relaciones sociales: edad, estado civil, apoyo familiar y consumo de marihuana; y en ambiente: satisfacción económica y familiar, morbilidad, sexo y tabaquismo los puntajes de calidad de vida fueron altos evidenciando que la adultez mayor no constituye una etapa de indefectible dependencia y deterioro.

Urzúa, y Navarrete, realizaron una investigación en Chile con el objetivo de comparar la estructura del factor de escala de Calidad de Vida *WHOQoL-La* Organización Mundial de la Salud con las tres propuestas de versiones abreviadas de la escala. Se realizó un análisis factorial confirmatorio de los datos recogidos de 804 personas mayores de  $70 \pm 6$  años (66% mujeres). Los principales

resultados fueron uno de los modelos unafactoriales que incorpora seis preguntas tenían valores de bondad de ajuste mayores que 0.95 en el índice de ajuste no normado y por debajo .05 en el error cuadrático medio de aproximación.

Corugedo, García, González, y Calderín, realizaron una investigación en Cuba en el 2014 cuyo objetivo es caracterizar la calidad de vida percibida en los adultos mayores del Hogar de Ancianos del municipio Cruces. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal durante el periodo de febrero de 2012 a febrero de 2013. El universo estuvo constituido por los 28 ancianos que viven en el hogar de ancianos del municipio Cruces. La información se obtuvo con la aplicación de la Escala M.G.H. Se aplicaron técnicas estadísticas. Los resultados fueron de forma general los ancianos perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajas fue la satisfacción por la vida. El 82 % de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. Casi todos los ancianos de la investigación perciben una baja calidad de vida, debido al predominio de estados de displacer y pobres vínculos o mala calidad en las relaciones con sus familiares.

Rodríguez, Martínez, Limonta, y Echeverría realizaron una investigación en la Habana en el 2014 con el de rehabilitar integralmente a los adultos mayores ingresados se realizó una intervención cualitativa, de carácter longitudinal en los adultos mayores del Centro de Rehabilitación Geriátrica “Santiago Ramón y Cajal” de la Habana Vieja, se efectuó el análisis de los resultados de trabajo del año 2012. El universo estuvo integrado por los 80 pacientes ingresados en el centro. La muestra quedó constituida según criterios estar ingresado en el centro diurno de rehabilitación geriátrica, tener 60 años o más, ofrecer su consentimiento para participar en la investigación. Tener menos de 60 años, no ofrecer su consentimiento para participar en la investigación. El resultado muestra que predomina más de una afección oftalmológica. Al comienzo de la investigación el 54.5% presentaba algún tipo de discapacidad visual y después del tratamiento médico y/o quirúrgico esta cifra disminuyó a un 44.5%. Las afecciones

oftalmológicas que fueron consecuencia de discapacidad visual grave son: glaucoma en estado avanzado (54.5 %), la retinopatía diabética (1.5%) y la degeneración macular asociada a la edad (1%). El tratamiento biomédico, funcional, psicológico, social, estomatológico, nutricional, oftalmológico, las actividades manuales y la rehabilitación física, contribuyen a la rehabilitación integral de los adultos mayores, que es factor fundamental en la calidad de vida, promoviendo estilos de vida saludables, logrando la reinserción social de estos pacientes a la familia, la comunidad y la sociedad.

Sánchez, González, González, y Bacallao, realizaron una investigación en el Habana en el 2014 el objetivo es evaluar si la calidad de vida psíquica se asocia con el funcionamiento físico. Se estudiaron 190 adultos mayores (131 mujeres y 59 hombres) con edad promedio de 76 años que aceptaron participar en la investigación. Se empleó 5 cuestionarios para explorar la calidad de vida física y psíquica. Se realizó un análisis factorial exploratorio a partir de dimensiones físicas y psíquicas, y de variables que resumían las escalas en los instrumentos. Se comparó el comportamiento en hombres y mujeres. Los principales resultados son del análisis factorial emergieron tres factores y las dimensiones física y psíquica parecen disociadas. La evaluación geriátrica fue menos favorable en las mujeres. Los resultados sugieren que los ancianos pueden obtener puntajes altos en la esfera psíquica de la calidad de vida, pese a los puntajes bajos en la esfera física, debido a las enfermedades. Se sustenta así, la necesidad de elaborar estrategias que contribuyan a reforzar los aspectos de la vida psico-afectiva de los adultos mayores.

Howell realizó una investigación en *Newcastle University, Newcastle Upon Tyne*, Reino Unido con el objetivo de investigar cómo interpretar los cambios en la escala de calidad de vida CASP-19 para las personas mayores y si discrimina entre, si es receptivo a diferencias relevantes o cambios en las circunstancias de los participantes. Con los análisis de datos del estudio longitudinal inglés del envejecimiento para quienes completaron CASP-19 en *Wave 1* y *onda 2* (n = 6,482). Comparaciones transversales y longitudinales, usando regresión lineal

múltiple, de puntajes CASP-19 con respecto a ocho variables de anclaje. Los resultados y las comparaciones transversales encontraron diferencias en las puntuaciones medias de CASP-19 en la ola 1 entre las categorías de anclaje las variables variaron de 1.9 para vivir solo a 8.0 para poder caminar ¼ de milla con dificultad. Comparaciones longitudinales de cambios en CASP-19 encontraron que los sujetos que se habían movido entre las categorías de las variables de anclaje durante 28 meses.

Calero, Klever, Caiza, Rodríguez, realizaron una investigación en la Habana en el 2016 con el objetivo de demostrar la importancia de realizar actividades físico-recreativas como medio para mejorar la autoestima en los adultos mayores, se aplicó un cuestionario para medir la autoestima (Test de *Rosenberg*) a una muestra de 20 adultos mayores. Se aplica un grupo de actividades físico-recreativas diseñadas según las características y gustos de la muestra estudiada. Los resultados del post test obtenido demuestran un incremento de la autoestima en 5.85 puntos porcentuales, lo que equivale al 14.63 por ciento de mejora en la autoestima general, aspecto reforzado con la Prueba de los Rangos con Signo de Wilcoxon, la cual demuestra una diferencia significativa entre el pretest y el postest aplicado ( $p=0.000$ ). Las actividades físico-recreativas diseñadas son determinantes para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor e incrementando la autoestima.

Cardona, Segura, Garzán y Segura. realizaron una investigación en Colombia en el 2016 con el objetivo de conocer las necesidades de salud de los adultos mayores se constituyen en retos por los requerimientos de atención, cuidado e incremento de costos, por eso se buscó analizar el estado de salud del adulto mayor que posibilite la focalización e intervención oportuna, en la búsqueda de un envejecimiento saludable para todos. Bajo un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal de fuente primaria, encuestando a 4.248 adultos mayores de 60 años de edad, residentes en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia y la ciudad capital en

el segundo semestre del año 2012. Se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados, en el cálculo de medidas estadísticas y epidemiológicas, intervalos de confianza y pruebas estadísticas menores del 5%. Resultados: uno de cada cuatro presentó riesgo de depresión, uno de cada tres tenía riesgo de ansiedad, ocho de cada diez presentaron deterioro cognitivo, principalmente leve, y riesgo nutricional en igual proporción. Se evidenció todo tipo de maltrato contra los adultos mayores, siendo mayor el psicológico. El estado de salud de la persona mayor se ve más afectado por los riesgos en la salud mental que en la física, que permiten el direccionamiento de las políticas públicas y una mejor distribución de recursos en la búsqueda del mejoramiento en su calidad de vida y un envejecimiento digno, diferenciando por la región de residencia.

Vinaccia, Riveros, García, Quinceno, Martínez, Martínez, y Reyes, realizaron una investigación en Colombia en el 2018 con el objetivo de este trabajo fue analizar las relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en 150 adultos mayores colombianos. Fue un estudio descriptivo correlacional, con ejercicios de comparación de grupos a los cuales se aplicaron diversos instrumentos que miden las variables de interés. Los resultados mostraron puntuaciones altas en placer y resiliencia, y bajas en ansiedad, depresión y dolor. El 92.7% de los participantes mostró riesgo de dependencia de otros para la ejecución de sus funciones. Las personas viudas y casadas tuvieron mayores puntuaciones en placer. Aquellos que vivían solos tuvieron una calidad de vida desfavorable; quienes ponían una actividad laboral y estudiaban reportaron mayor placer y autorrealización. Las personas pertenecientes al Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de programas sociales exhibieron menor resiliencia, calidad de vida, autorrealización y control, y una mayor percepción de dolor y finalmente, hubo relaciones positivas entre calidad de vida y resiliencia. La ansiedad correlacionó negativamente con control y resiliencia, y la depresión con control, autorrealización, calidad de vida y resiliencia. Se concluye que los adultos mayores refieren mejor calidad de vida en condiciones tales como realizar alguna actividad laboral o académica, contar con una afiliación a un sistema de salud y vivir en compañía.

### **III. Planteamiento del problema**

La OMS pronosticó que entre los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicarían, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasaría de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El 80% de estas personas mayores vivirán en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2016).

El profesional de enfermería busca establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado, ya que éste se debe en gran medida al descenso en el número de muertes por enfermedades cardiovasculares (accidentes cerebrovasculares y cardiopatías isquémicas), gracias sobre todo a estrategias sencillas y costo eficaces para reducir el consumo de tabaco y la hipertensión arterial, y la mayor cobertura y eficacia de las intervenciones sanitarias (UNAM, 2016).

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (Olivares y colaboradores, 2015).

El estudio de la calidad de vida ofrece una visión importante sobre el impacto que tienen determinadas enfermedades sobre la salud general de los pacientes. Y está cada día más presente en los diversos estudios y en especial en los que hacen referencia a las enfermedades crónicas. Su estudio aporta una medida global del impacto de la enfermedad, ayuda en la toma de decisiones clínicas y evalúa el cambio después de una determinada intervención (Olivares y colaboradores, 2015).

Ante esta situación, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam, 2015) emprendió acciones para crear unidades gerontológicas que dieran respuesta a las necesidades básicas de este grupo poblacional, como son: Albergues, Residencias de Día, Centros de Atención Integral, Centros Culturales y

Clubes. Los Albergues dan una respuesta institucional específica a quienes carecen de familia y oportunidades.

Por todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación.  
¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad?

## **IV. Objetivos**

### **4.1. General**

Evaluar la calidad de vida del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad.

### **4.2. Específicos**

1. Caracterizar a la muestra participante con base en las variables sociodemográficas y clínicas.
2. Identificar la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones control, autonomía, autorrealización y satisfacción y en la escala total
3. Identificar la calidad de vida del adulto mayor por sexo, edad, estado socioeconómico, enfermedad que padece y ocupación.

## **V. Hipótesis**

Hi Existe calidad de vida en las dimensiones control, autonomía, autorrealización y satisfacción del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad.

Ho No existe calidad de vida en las dimensiones control, autonomía, autorrealización y satisfacción del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad.

# Capítulo II

## **VI. Marco teórico**

Este apartado contiene la descripción de las variables de estudio. Se inicia con la calidad de vida y en seguida la variable adulto mayor.

### **6.1. Calidad de vida**

#### **6.2 Concepto.**

Existen varios conceptos sobre la calidad de vida. En seguida se muestran alguno de ellos.

Durante el Foro Mundial de la Salud, se acuñó una definición para calidad de vida: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones» (La OMS, en Ginebra, en el año de 1966).

Se define la calidad de vida como función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS, 1980). En tanto que Chaturvedi define la calidad de vida en relación con el bienestar subjetivo del individuo (1991).

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede ser definida como la “percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes (OMS, 1992).

La definición no es tan amplia, simplemente se trata un indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre (Quintero, 1992).

La calidad de vida es definida como una percepción individual de la posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive la gente y relacionada con sus objetivos, expectativas y preocupaciones. Se trata de un concepto amplio, subjetivo, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias y las convicciones personales y su relación con aspectos importantes del medio ambiente (OMS, 2001).

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del «sentirse bien» (Velarde jurado 2002).

La Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de las potencialidades de la persona, incluyendo en el concepto aspectos objetivos y subjetivos (Ardila, 2003).

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Es un complejo concepto cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. No obstante, hay acuerdo en cuanto a la necesidad de abordarla desde una dimensión subjetiva, es decir, lo que la persona valora sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia (Baster moro, 2003).

Es un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal (Schalock y Verdugo, 2006).

La calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y

en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (OMS, 2007).

La calidad de vida abarca todas y cada una de estas dimensiones y necesidades: físicas, Intellectuales, emocionales y espirituales (Gaviria M, 2009).

“Calidad de vida definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella” (Ferrand, Urzúa y Caqueo, 2012).

La calidad de vida obedece a la percepción que las personas tienen sobre situaciones de su cotidianidad, determinadas por el contexto cultural en el que viven y relacionadas con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes; mientras que la CVRS es la percepción subjetiva de bienestar, salud y funcionalidad del individuo en diferentes áreas de su vida, la cual subsume el dominio físico, psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno (Melguizo, 2012).

La calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (Tuesca Molina, 2012).

Calidad de vida puede entenderse como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de vida (Urzúa, 2013).

La calidad de vida se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Fernández-Ballesteros, 2013).

Calidad de vida es percepción que tienen los individuos sobre su vida, dentro del contexto de la cultura y valores en los que viven" (*World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group*, 1995, en Bilgili y Arpacı, 2014).

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Watanabe, 2014).

Calidad de vida es el grado de satisfacción o insatisfacción que tienen las personas sobre las diferentes etapas de su vida (Farzianpour, 2015).

Calidad de vida, como un constructo multidimensional, es potencialmente influida positivamente por diversas variables, incluyendo las sociodemográficas ingreso familiar y nivel de escolaridad (Poli, 2016).

### **6.3. Dimensiones**

La calidad de vida es un constructo multidimensional y varios autores, incluyendo la OMS definen las dimensiones que la componen. De acuerdo a la OMS, la calidad de vida está constituida por control, autonomía, autorrealización y satisfacción y sus dimensiones.

De acuerdo a Biachi, E. C. (2012). Las dimensiones de la calidad de vida son:

- a) Bienestar psicológico: un esfuerzo por perfeccionarse y conseguir la realización del potencial.

- Postura en la vida: La predisposición optimista o pesimista estable del modo de enfrentar la vida.
  - Propósito en la vida: En qué medida la persona tiene metas y objetivos a alcanzar, una dirección en su vida, desafíos personales.
  - Crecimiento personal: Sentimiento que va creciendo y desarrollando.
  - Valores personales: Jerarquía de valores de la persona que orientan las prioridades.
  - Religiosidad: Es un valor de la creencia y confianza en que dios lo protege y guía, sentido de trascendencia.
  - Aceptación de sí mismo: Como se valora el sujeto a si mismo sin sentimientos de culpa.
- b) Bienestar subjetivo: Grado en que la persona se siente a gusto con la vida que lleva.
- Felicidad (componente emotivo): Placer o displacer que experimenta la persona que como sentimientos y emociones y estados de ánimo. Balance efectivo de eventos concretos.
  - Satisfacción con la vida (componente cognitivo): Juicio de la persona sobre su trayectoria de la vida.
- c) Bienestar objetivo: Condiciones objetivas de la persona.
- Condición de la salud: Implícita la salud física y mental de la persona.
  - Condición económica: Ingresos o nivel socioeconómico empleo y ocupación.
  - Apoyo social: Vínculos y relaciones con que cuenta la persona, familia, amigos, vecinos, etc.

De acuerdo Cardona, J.A., Giraldo, E., y Maya, M.A. (2013). Las dimensiones de calidad de vida son:

- Salud física
- Salud psicológica
- Salud social
- Salud ambiental

De acuerdo a la investigación de Sanabria, H. M. S. (2016). Las dimensiones e indicadores de la calidad de vida se encontraron por parte de FUMAT y son las

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
Bienestar físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria.
Bienestar emocional	Satisfacción, auto concepto, ausencia de estrés
Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
Inclusión social	Interrogación y participación en la comunidad, roles comunitarios apoyos sociales
Desarrollo personal	Educación, competencia persona, desempeño
Bienestar material	Estatus económico, empleo, vivienda
Autodeterminación	Derechos humanos, derechos legales
Derechos	Derechos humanos, derechos legales

siguientes.

De acuerdo al Instituto Nacional Servicios Sociales señala las siguientes dimensiones fundamentales de calidad de vida: salud subjetiva, autonomía, actividad, satisfacción social, apoyo social, satisfacción de vida, nivel de renta, servicios sociales, recursos culturales y calidad de vivienda

Por su parte, Cardona, Giraldo, y Maya (2013) consideran que las dimensiones de calidad de vida son: Salud física, Salud psicológica, Salud social y Salud ambiental

#### **6.4. Generalidades**

La calidad de vida es un concepto que ha sido estudiado por muchas disciplinas. Surge en Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial. A partir de ahí, diversos investigadores se interesan por averiguar la percepción de las personas sobre su vida. Siendo en 1975 cuando se empieza hablar de la misma. Al mismo tiempo se implanta el estado de bienestar y la declaración universal de derechos humanos de 1948, raíz de ellos surge la necesidad de que los estados

miembros garanticen a las personas estos derechos mínimos como; la salud, vivienda, bienestar, servicios sociales, etc. Y todos aquellos que aseguren sus condiciones de vida. Por lo tanto, no es una coincidencia que la calidad de vida surja con el estado de bienestar y los derechos humanos. Pues de ellos deriva la garantía y protección del nivel de vida de las personas.

### **6.5. Instrumentos**

La calidad de vida en el adulto mayor puede ser medida con muchos instrumentos. Sánchez y González, (2014) en una revisión encontró cinco instrumentos que son:

Escala geriátrica de evaluación funcional EGEF: La componen doce acápite de 5 ítems cada uno. Se evalúa según criterios para la Atención Primaria de Salud APS.

Cuestionario de calidad de vida psíquica general: Evalúa mecanismos de regulación de la personalidad y permite estimar su vulnerabilidad psíquica a través del enfrentamiento y manejo de situaciones de la vida cotidiana tales como: 1) planificación de tareas y de la vida a largo, mediano y corto plazo; 2) toma de decisiones meditadas y previo análisis; 3) confianza en capacidades y en el logro de aspiraciones y metas; 4) control de las emociones (ira-violencia); 5) manejo de relaciones interpersonales y de las manifestaciones de afecto. Está compuesto por 25 ítems, cada uno propone 4 posibilidades de respuestas en una escala likert, donde la alternativa 1 es la que refleja el mejor equilibrio y resistencia psíquica en su interacción cotidiana: 1) casi siempre, 2) muchas veces, 3) pocas veces, 4) casi nunca.

Cuestionario de calidad de vida actual: En él se recoge la autovaloración de la persona acerca de su satisfacción con: 1) logros obtenidos en la vida personal, laboral y familiar; 2) el apoyo recibido de familiares, amigos y de la sociedad; 3) felicidad alcanzada por relaciones familiares, laborales y sociales; 4) vida sexual y salud; 5) su vida en general y con su manera de ser; 6) respeto de los demás (familiares, amigos y otras personas a sus gustos y decisiones en su etapa de adulto mayor). Está compuesto por 17 ítems, cada uno con cuatro alternativas de

respuesta según la escala Likert, donde la alternativa 1 es la que indica el mejor estado de satisfacción: 1) casi siempre, 2) muchas veces; 3) pocas veces; 4) casi nunca.

Cuestionario de padecimientos y alteraciones de la salud: Recoge información de síntomas y signos que reflejan padecimientos y alteraciones de salud, que sin haber sido enfermedades diagnosticadas clínicamente y que necesitaran tratamiento, fueron frecuentes y duraderos durante periodos prolongados de su vida y le causaron molestias. Entre ellas se evaluaron: pruritos, lesiones de piel, estornudos, cefaleas, trastornos digestivos, aftas bucales, sudoraciones, taquicardias, menstruaciones molestas (mujeres), trastornos del sueño, cansancio, trastornos del apetito, catarros frecuentes. Está compuesto por 24 ítems con 2 alternativas de respuesta, donde la alternativa 2 es la negación del padecimiento.

Cuestionario de alteraciones de la vida afectiva: En él se recoge información sobre estados de ánimo desagradables que hayan sido frecuentes o duraderos a lo largo de su vida. Se exploran manifestaciones de nerviosismo, tristeza, mal humor, pesimismo, ideas fijas, desánimo, resignación, timidez, culpabilizarían excesiva, tic nervioso, indefensión. Está compuesto por 11 ítems según la escala Likert, donde la alternativa 1 es la que refleja una menor alteración de la vida afectiva: 1) casi nunca, 2) pocas veces 3) muchas veces 4) casi siempre.

Calero (2016) en una revisión sobre la calidad del adulto mayor encontró un instrumento:

Test de *Rosenberg*: antes y después de aplicado durante seis meses un programa de actividades físico-recreativas diseñadas según gustos y preferencias de la muestra estudiada. Se aplica la Prueba de los Rangos con Signo de *Wilcoxon* ( $p \leq 0,05$ ) para comparar los resultados del pretest y postest en la Prueba de *Rosenberg*, la cual evalúa la autoestima de los adultos mayores.

Sanabria, (2016). En una revisión encontró diez instrumentos relacionados con la calidad de vida y son:

Con base en lo anterior se creó el *WHOQOL- 100* (1991) y *WHOQOL-BRIEF*, único instrumento internacional de la OMS de medición de la calidad de vida.

*El WHOQOL-100: World Health Organization Quality-of-Life 100.*

Compuesto por 100 preguntas que evalúan la calidad de vida general y salud global y 6 dimensiones:

- Salud física
- Salud psicológica
- Niveles de independencia
- Relaciones sociales
- Ambiente.
- Espiritualidad/Religión/Creencias personales.

*El WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality-of-Life:* Instrumento genérico derivado del *WHOQOL-100*. Contiene 26 preguntas, 2 de ellas, son globales acerca de la calidad de vida y la salud general y 24 de ellas generan un perfil de calidad de vida en 4 dimensiones:

- Salud física
- Salud psicológica
- Relaciones Sociales
- Ambiente.

*El WHOQOL-BREF:* Se encarga de evaluar las dimensiones relevantes de calidad de vida en diferentes culturas, es una cuarta parte del *WHOQOL\_100* y supone una alternativa para evaluar los perfiles de las áreas del *WHOQOL-100* de forma

más rápida, aunque no se evalúan facetas individuales de las áreas. Además, ha sido traducido a 19 idiomas, y es aplicable a sujetos sanos y enfermos.

*SEIQoL-DW: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weight:* Está dentro de los 10 instrumentos de la Organización Mundial de la Salud para la evaluar la calidad de vida se crea en los años 60, con la finalidad de mejorar la comunicación entre los/as pacientes y los/as médicos. Además, ha sido aplicado en muchas intervenciones médicas y se ha desarrollado como un instrumento para analizar la calidad de vida, llamado Proyecto *SEIQoL* (Joyce, 2003 y Fernández, 2011).

Etapa 1: obtener los 5 aspectos más importantes de la vida del usuario, sin influir en sus respuestas. El significado que le da el usuario a cada aspecto debe estar en alguna de las siguientes 12 dimensiones o subdimensiones:

- Salud.
- Situación laboral.
- Situación económica.
- Calidad del medio ambiente.
- Entorno residencial.
- Ocio y cultura.
- Relaciones sociales.
- Relaciones familiares
- Apoyo social.
- Estado emocional
- Espiritualidad.

- Valores sociales.

Etapa 2: Se valora al entrevistado sobre el estado (teniendo en cuenta el funcionamiento o satisfacción) en que se encuentra cada una de las aéreas que ha mencionado. Para ello, se usa un formulario de registro de niveles de muestra de las dimensiones, con una escala estándar que va de 0 siendo “lo peor posible” hasta “lo mejor posible” que puntuaría 100, pasando por niveles intermedios., debe aplicarse para cada una de las 5 dimensiones que haya elegido el entrevistado/a (Joyce, 2003 y Fernández, 2011).

Etapa 3: Se trata de un procedimiento de ponderación directa, en el que las 5 dimensiones que ha elegido el entrevistado/a y que ha puntuado de 0 a 100, las podrá mover según la importancia que le dé en relación con las demás (Joyce, 2003 y Fernández, 2011).

Para terminar, se calcula el índice global de calidad de vida (SEIQoL), multiplicando cada área elegida por el usuario/a por su nivel de ponderación y sumando el resultado obtenido en cada dimensión. Es decir;

Índice *SEIQoL* = (nivel de cada dimensión x peso de cada dimensión)

Esta escala se utiliza para evaluar las diferencias de calidad de vida dadas por las condiciones sociodemográficas y los aspectos de las personas mayores no institucionalizadas, relacionados con la salud, el entorno físico y social.

La Escala FUMAT: Se utiliza para evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los usuarios de servicios sociales, mediante la evaluación objetiva de las siguientes dimensiones;

- Bienestar emocional
- Bienestar físico
- Bienestar material

- Relaciones interpersonales
- Inclusión social
- Desarrollo personal
- Autodeterminación
- Derechos

El objetivo de esta escala es identificar el perfil de calidad de vida de una persona, para poder realizar planes individuables de apoyo y una supervisión más fiable de los progresos y resultados de los planes (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009).

Se trata de un cuestionario auto administrado, de 57 preguntas de respuesta tipo Likert (desde el 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 acuerdo hasta el 4 totalmente de acuerdo), distribuidas en 8 sub escalas que corresponde a cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente, en el cual el usuario responde a cuestiones sobre la calidad de vida (Verdugo, Gómez, y Arias, 2009).

La escala de calidad de vida de Sherlock y Keith (1993): Está basada en un concepto de calidad de vida con aspectos objetivos y subjetivos. Ha sido diseñada para evaluar la calidad de vida percibida en personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad laboral (Sherlock y Keith, 1993 en Crespo, Jenaro y Verdugo, 2006).

Se trata de una escala que se administra verbalmente, a través de una entrevista personal, en unos 20 o 30 minutos. La entrevista se puede realizar al individuo o en caso de que no tenga las suficientes habilidades comunicativas, se le podrá hacer a personas que estén capacitadas para responder las cuestiones, es decir, que conozca muy bien al individuo. Consta de 40 preguntas con 3 opciones de respuesta, de las cuales el individuo/a debe elegir una. Cada pregunta se puntúa de 1 a 3 puntos. Las preguntas se agrupan en 4 dimensiones (10 por cada una):

- Satisfacción.

- Competencia-productividad.
- Autodeterminación-independencia.
- Pertenencia social-integración en la comunidad.

La puntuación total de la escala se obtiene sumando la puntuación de todas las preguntas, de todas las dimensiones.

*EuroQol-5D, European Quality of Life-5 Dimensiones*: Se diseñó con la finalidad de medir la calidad de vida, y utilizar los datos proporcionados para la investigación clínica y los servicios sanitarios, pudiéndose hacer comparaciones con otros países (*EuroQol, EuroQol Group, 1990 en Badia y Alonso, 2007*).

Se trata de un cuestionario auto administrado personalmente o por correo electrónico, aunque se aconseja que se haga presencial. Está dirigido tanto a pacientes como a la población general. Además, proporciona 3 tipos de información:

Un perfil descriptivo de la calidad de vida del individuo en dimensiones.

- Un valor de la calidad de vida global del individuo.
- Un valor que representa la preferencia del individuo por estar en un determinado estado de salud.

Es una medida genérica multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y se puede expresar como un perfil del estado de salud o como un valor índice. Consta de 3 partes.

La primera, describe el estado de salud en 5 dimensiones:

- Movilidad.
- Cuidado personal.

- Actividades cotidianas.
- Dolor/malestar.
- Ansiedad/depresión.

Cada dimensión tiene 3 preguntas, que definen 3 niveles de gravedad. (“1” no tiene problemas de salud, “2” tiene algunos problemas de salud y “3” tiene muchos problemas de salud).

El estado de salud es definido con la combinación de un nivel de problemas en cada dimensión (*EuroQol, EuroQol Group, 1990 en Badia y Alonso, 2007*).

La segunda, el individuo puntúa su estado de salud a través de una escala visual analógica milimetrada o termómetro (EVA) de 20 mm que va de; “0” peor estado de salud imaginable a “100” mejor estado de salud imaginable. La información se puede utilizar para dos cosas. Por una parte, la información descriptiva de cada dimensión sirve para indicar el nivel de problemas de un individuo, expresándose con un dato numérico. Los datos proporcionados por un grupo de población, pueden representar un perfil descriptivo inter e intradimensional. Por otra parte, el valor que se le asigna al EVA se puede utilizar como indicador cuantitativo del estado general de salud de un individuo o grupos de individuos (*EuroQol; EuroQol Group, 1990 en Badia y Alonso, 2007*).

La tercera, a través de ella se puede obtener valores individuales de preferencia definidos por el sistema descriptivo del *EuroQol*. El individuo puntúa 14 estados de salud en una escala igual a la de la segunda parte, en la que se añade; el mejor estado (11111), el peor (33333) y el estado inconsciente (*EuroQol, EuroQol Group, 1990 en Badia y Alonso, 2007*).

Cuestionario de Calidad de vida para Ancianos. (Lozano, 1999), cuyo objetivo es, aportar información que ayuda a la toma de decisiones en la organización de servicios sanitarios en las personas mayores. Además, debe ser administrado por; médicos, enfermeros/as o profesionales del área psicosocial. Está compuesto por

4 partes: la primera, se trata de un test preliminar que determina si el sujeto es apto o no para responder el cuestionario. La segunda parte, es un cuestionario para el entrevistado/a, que contiene 72 preguntas agrupadas en dos secciones. Una de ellas, valora la actividad funcional y está compuesta por 5 dimensiones; soporte social, salud física, actividades de la vida diaria, salud mental y recursos económicos. La otra no se puntúa, simplemente se realiza para conocer el uso y necesidad de determinados servicios por parte de los/as usuarios/as, en los últimos 6 meses. La tercera es un cuestionario para el entrevistador, que consta de 14 preguntas cerradas, en las que el entrevistador da su opinión sobre la actitud y evolución de la entrevista del sujeto. Y la última, se trata de escalas de valoración para cada una de las dimensiones, en la que el entrevistador/a de forma subjetiva, diga la capacidad del usuario/a y le dé la puntuación en una escala de 6 puntos (1 excelente y 6 totalmente incapacitado) (Lozano, en Badia y Alonso, 2007).

El Cuestionario de Calidad de Vida. (Ruíz y Baca, 1993): Cuyo objetivo es valorar la calidad de vida percibida de la población española, a través de un cuestionario genérico, breve y fácil de usar.

Se trata de un cuestionario auto administrado, que abarca 4 dimensiones; apoyo social, satisfacción general, bienestar físico y psicológico y ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre. Además, está compuesto por 39 preguntas, con 5 opciones de respuesta cada una. (Ruíz y Baca, 1993 en Badia y Alonso, 2007).

Escala de calidad de vida CASP-19: Desarrollada por Hyde, Wiggins, Higgs y Blane (2003), en esta investigación se usó la versión experimental colombiana de Vinaccia (2010), que comprende 19 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones: control, autonomía, placer y autorrealización, y además una escala total. El sistema de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos, que va de “frecuentemente” a “nunca”. En este estudio, la escala obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de 0.815.

Vinanccia, (2018) en una revisión encontró dos instrumentos relacionado con la calidad de vida.

Cuestionario de Resiliencia del CLHLS: La versión experimental colombiana de Vinanccia (2010), derivada *del Chinese Longitudinal Health Longevity Survey* (Zeng y Shen, 2010), es un cuestionario tipo Likert de cinco ítems que mostró un coeficiente alfa de cronbach de 0.755.

Escala de Depresión Geriátrica (GDS): Forma abreviada la Escala de Depresión Geriátrica GDS (Geriatric Depression Scale, GDS, Yesavage et al.1982) tiene la particularidad de estar diseñada específicamente para valorar la depresión en personas mayores. Tiene dos versiones, una de 30 ítems y otra breve de 15 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO), ninguno de los cuales son de tipo somático, para evitar el problema presente en la mayoría del auto informes: la confusión de los síntomas depresivos con los síntomas físicos habituales en las personas mayores. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas ha sido considerado como una ventaja en poblaciones con bajos niveles educativos (Sheik & Yesavage, 1986).

## **6.2 Adulto mayor**

### **6.2.1. Concepto**

Adulto mayor se define como la interacción de condiciones propias de la existencia humana como la vivienda, el vestido, la alimentación, la educación y las libertades humanas, con eventos del proceso de envejecimiento y las adaptaciones del adulto mayor a su medio biopsicosocial. Tal interacción determina los estados de bienestar y la percepción sobre la importancia de la salud física, el temor, el abandono o aislamiento, la dependencia y las relaciones sociales significativas. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida (Krzemien, 2001).

El Adulto mayor presenta de limitaciones en la funcionalidad física y psicológica, pérdida de la autonomía, la independencia y la adaptabilidad;

limitaciones económicas y sociales, abandono por parte de sus familias y barreras para el acceso a servicios de salud. (Schwartz Mann, 2003).

Adulto mayor se considera a la persona que cuente con 60 años o más de edad (NORMA, 031,2012).

La OMS define el adulto mayor funcionalmente sano como aquel individuo que se adapta al cambio de esta etapa de la vida con un grado aceptable de satisfacción personal. La vejez o adultez mayor se da a partir de los 65 años, o cuando una persona con 50 años o más presenta condiciones de desgaste físico, vital y mental que ameritan incluirlo en este grupo etario (Soberanes, 2009, *World Health Organization*, 2014).

### **6.2.2. Características**

El año 1970 mostraba una pirámide poblacional con una base muy amplia y una cúspide angosta, señal de una población joven. En ese año, el 55.8% de las mujeres y 57.5% de los hombres tenía menos de veinte años de edad. En 2014 se presenta una pirámide abultada en el centro, que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, y con una base más estrecha, como resultado de la disminución en la proporción de niños y niñas de 0 a 4 años de edad. En 2014, el 26.8% de las mujeres y 29.3% de los hombres tenían menos de 15 años de edad un 63.0% de ellas y 61.4% de ellos tenía entre 15 y 59 años y el porcentaje de adultos mayores representaba 10.2 en el caso femenino y 9.2 en el masculino.

Actualmente hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones indican que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible, debido principalmente a la disminución de la fecundidad y a que la muerte ocurre a edades más avanzadas.

### **6.2.3. Clasificación**

Existen tres clasificaciones de acuerdo a (Alba y Baena, 2003).

Persona mayor autónoma: Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes.

Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: Este concepto indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica.

Persona mayor dependiente: Se refiere a la situación de dependencia (pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes...), en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional.

Existen tres clasificaciones del adulto mayor según Capiom (2004).

- Anciana: persona mayor de 65 años (edad de la jubilación en el mundo occidental).
- Ancianos jóvenes (hasta los 75 años).
- Muy ancianos en los mayores de 80 o 85.

Existen tres clasificaciones de orden sanitario: incapacitados, enfermos crónicos de acuerdo a Benites (2004) y son:

- Persona mayor sana (sin enfermedad ni problemática funcional o social).
- Persona mayor enferma (con patología aguda o crónica, no incapacitante).
- Anciano frágil: (con alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial, en base a la presencia de algún factor de riesgo).
- Paciente geriátrico (paciente mayor de 75 años con varias enfermedades que tienden a la cronicidad e incapacidad y con deterioro mental y/o problemática social añadida).

Existen cuatro etapas del adulto mayor de acuerdo a lo señalado por Alvarado y Salazar (2014) y son las siguientes:

**Vejez:** es la fase final del proceso de envejecimiento. Equivale a vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional.

**Ancianidad:** hace referencia a la etapa que comprende el final de la vida, la cual se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza esta edad por una creciente disminución de las fuerzas físicas.

**Tercera edad:** es una etapa evolutiva del ser humano que tiene varias dimensiones. Es un fenómeno biológico porque afecta a la salud física y mental, y tiene una parte sociológica y económica por que se han alargado la posibilidad de vida y se debe mantener a esas personas.

**Longevidad:** es la máxima duración posible de la vida humana. Es un concepto aplicable a la especie y hace referencia a la extensión en años de vida o la existencia.

**Discapacidad:** se define como cualquier limitación grave que afecte durante tiempo significativo (establecido en más de un año) a la capacidad de realizar actividades, cuyo origen es una deficiencia.

Existen tres clasificaciones del adulto mayor.

- **Viejos-jóvenes,** de 60 a 74 años, Son potencialmente activos y en su mayoría sanos, desde el punto de gerontológico. Este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.
- **Viejos-viejos,** de 75 a 89 años, tienen mayor riesgo de presentar limitaciones físicas, psicológicas y sociales. Requieren de programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.

Viejos-longevos, de 90 y más años, grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social: de ahí que sea necesario, desarrollar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo (Chávez Manrique, 2014).

# Capítulo III

## **VII. Material y métodos**

### **7.1 Tipo y diseño de estudio**

Es un estudio de enfoque cuantitativo porque es un procesos sistemático, formal y objetivo en el que se usan datos numéricos para obtener información sobre el mundo (Grove, Gray y Burns, 2016).

El diseño de este estudio será no experimental porque no existe manipulación en la variable estando más cerca de estar formulada hipotéticamente como "reales" y en consecuencia tenemos mayor validez externa (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).

Es transversal porque se recolectan datos en su solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, y colaboradores, 2014).

Correlacional porque tiene el propósito de medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (Grove et al, 2016).

### **7.2 Limites de tiempo y espacio**

Se llevó a cabo en el período comprendido de agosto a noviembre del 2018 en Morelia Michoacán, realizando la recolección de los datos a los adultos mayores en los dos centros de salud de La Piedad de Cavadas, Michoacán.

### **7.3 Universo**

La población de estudio será a todos los adultos mayores que se encuentren el Centro de Salud (Guadalupe Mateos y Vega) y el Centro de La Piedad, municipio de Michoacán.

La muestra empleada será no probabilística, porque no es posible calcular con precisión el error estándar, es decir no se puede determinar con qué nivel de confianza se realiza una estimación (Hernández, y colaboradores, 2014).

Será una muestra no probabilística a conveniencia de 100 personas que son adultos mayores con rango de edad de 60 a 89 años que acuden al Centro de

Salud de La Piedad Michoacán (Guadalupe Mateos y vega) y en el centro de dicho municipio, durante el mes de octubre de 2018.

#### **7.4 Muestra**

La muestra empleada fue no probabilística a conveniencia. La muestra para este estudio fue de 150 adultos mayores.

#### **7.5 Variables**

La variable independiente es calidad de vida, definida como como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010).

La operacionalización de las variables se encuentra en el apéndice 1.

#### **7.6 Criterios**

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los siguientes.

##### **7.6.1 Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el estudio a a adultos mayores, con edad de 60 a 89 años, que acudan al Centro de Salud de La Piedad Michoacán (Guadalupe Mateos y Vega) y al centro de dicho municipio, que deseen participar y firmen la hoja de consentimiento informado.

##### **7.6.2 Criterios de exclusión**

Se excluyeron del estudio a adultos mayores menores de 60 años y mayores de 89 años, que no desearon participar y que no firmaron la hoja de consentimiento informado.

##### **7.6.3 Criterios de eliminación**

Se eliminaron cuestionarios incompletos en más del 30%.

## **7.7 Operalización de variables**

Las variables del estudio se muestran en el Apéndice 1.

## **7.8 Instrumentos**

Para la variable independiente se utilizará la versión española del cuestionario CASP-19 (Control, Autonomía, Satisfacción y Autorrealización, Hyde, Higgs y Blane, 2003), traducida por Carmen Cantalar y Dolores Sánchez (2012) siguiendo el procedimiento de doble traducción inglés – español. El CASP -19 se basa en la teoría de satisfacción de las necesidades, que analiza cuatro dominios conceptualizados como Control, Autonomía, Satisfacción y Autorrealización. Cada dominio consta de 4 o 5 ítems puntuados en una escala de frecuencia tipo Likert que va desde 1 (nunca) a 4 (casi siempre). De tal forma que a mayor puntuación mayor calidad de vida. La versión original presenta una consistencia interna de 0.80 (alfa de Cronbach) y la versión española de 0.83 (Cantarla y Sánchez, 2012).

Para fines de esta investigación, se clasificó a la calidad de vida en tres categorías, tanto en la escala total como en las dimensiones, como se muestra en la tabla 1.

Para caracterizar a la población se utilizaron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, trabajo profesional, medicamentos.

## **7.9 Prueba piloto**

El cuestionario CASP-19 se aplicó a una población de 30 personas con características semejantes a la muestra de estudio. Se obtuvo una consistencia interna de .724 y se reconfirmó con la prueba de dos mitades de Guttman .748

Tabla 1

Categoría del cuestionario CASP\_19, dimensiones

Calidad de vida	Categorías	Puntaje
Escala total	Baja	19-37
	Regular	38-56
	Alta	57-76
Dimensiones		
Control	Baja	4-7
	Regular	8-11
	Alta	12-16
Autonomía	Baja	5-9
	Regular	10-14
	Alta	15-20
Autorrealización	Baja	5-9
	Regular	10-14
	Alta	15-20
Satisfacción	Baja	5-9
	Regular	10-14
	Alta	15-20

### 7.10 Procedimiento.

Tras la elección del tema del protocolo de investigación en octubre de 2018, se solicitó la aprobación de la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Una vez aprobado el protocolo, se acudió al Centro de Salud de La piedad de Cavadas y se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades de la Facultad.

Ya que se obtuvo la autorización de las autoridades, se procedió a acudir al Centro de Salud de la Secretaria de Salud de dicho municipio para entrevistar a los adultos mayores que participaron en la investigación. Se abordó al paciente a su llegada a la consulta externa o en el centro de dicho municipio. Al aceptar participar se les solicitó que firmaran el consentimiento informado y posterior a ello, se realizó la aplicación del instrumento.

Posterior a la colecta de datos, se elaboró la base de datos, se capturó y se efectuó el análisis estadístico, elaboración de tablas y gráficas y resultados. Finalmente se elaboró el reporte de resultados para la tesis.

### **7.11 Análisis estadístico**

Los resultados se analizaron utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, mediana y moda), frecuencias y porcentajes en el programa SPSS versión 24. Se utilizó la prueba de *Kolmogorov-Smirnof* para valorar la normalidad de los datos y se definió el uso de pruebas no paramétricas dado que no hubo normalidad.

Como ya se señaló, para determinar la consistencia interna del instrumento se empleó el Alfa de Cronbach y se reconfirmó con dos mitades de Guttman.

## **7.12 Consideraciones éticas y legales**

De acuerdo con los principios básicos de respeto a la integridad física y mental del participante de la declaración de Helsinki y considerando además lo establecido en el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud

De la secretaria de salud de México en su capítulo segundo a fin de garantizar el respeto a su dignidad, así como la protección de sus derechos y bienestar tal como lo señala el Artículo 13, se consideró a esta investigación con riesgo mínimo con base en el Artículo 17 del mencionado Reglamento debido a sólo se aplicará la Escala de bienestar Espiritual, el instrumento D39 y el instrumento de variables sociodemográficas.

De igual manera, el investigador se compromete a contar con el consentimiento informado de los participantes, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 14 fracción V, el cual se obtendrá por escrito, explicitando su capacidad para participar en el proyecto libremente y sin coacción alguna (Artículo 20).

Los objetivos de la investigación, los procedimientos ya señalados previamente, los riesgos y beneficios, el proporcionar respuesta a las dudas que surjan durante la investigación e información e información actualizada obtenida de la misma retirar su consentimiento en cualquier momento sin que existan modificaciones en la atención que recibe en la unidad de salud, la seguridad de mantener la confidencialidad de los datos que se obtendrán de los cuestionarios, los cuales se mantendrán en absoluta privacidad (Artículo 21).

El investigador igual respetara lo establecido en el Artículo 22 elaborar el consentimiento informado, debiendo obtener la aprobación de la comisión de Ética de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y de las Comisiones de Investigación y Ética de la Secretaria de Salud de Michoacán.

Se indicaron los nombres y direcciones de dos testigos, incluyendo su firma, imprimir la huella digital firmando a su nombre otra persona designada por él.

Igualmente se respetó que el consentimiento informado no se solicitó hasta en tanto el proyecto de investigación no fue por los Comités de Investigación y Ética (Artículo 99 fracciones I y III, Artículo 109 fracción III) y nunca antes de la recolección de datos, debiendo entregar una copia del mismo al participante.

Igualmente, el investigador respetó lo establecido en los Artículos 113, 114 y 116 del Título Sexto relativos a la ejecución de la investigación garantizando que la conducción del proceso de investigación será efectuada por un equipo de trabajo que posee la experiencia y conocen los principios éticos que guían la investigación, a fin de cumplir con las fracciones I, II, III, IV, V VI Y VII.

Se consideró igual lo señalado en los Artículos 117,118,119 y 120 que incluye la selección de los investigadores asociados y el personal técnico y de apoyo que acrediten su capacitación en ética; así como la elaboración, publicación y difusión de informes del estudio y hallazgos finales garantizando que quienes colaboren en todo el proceso de investigación respetarán la confidencialidad de los participantes durante la recolecta, captura, análisis y resguardo de los datos obtenidos mediante el empleo de folio para identificarlos, los cuales fueron conservados en el cubículo del investigador asesor, a fin de corroborar su seguridad.

# Capítulo IV

## VIII. Resultados

El objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de vida del adulto mayor de dos centros de salud de la ciudad de La Piedad de Cavadas, Michoacán. Se encuestaron a 150 adultos mayores que acudieron a consulta externa.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación de acuerdo con los objetivos planteados en el protocolo. El objetivo específico uno de la investigación fue describir las características de la población de estudio con base en las variables sociodemográficas. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas.

Tabla 2

*Institución de salud, La Piedad de Cavadas, Michoacán, 2018.*

Institución de salud	f	%
Seguro Popular	45	<b>30</b>
Sin seguridad de salud	105	<b>70</b>
Total	150	<b>100</b>

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 1 se observa que el 70% de los participantes no cuentan con accesos a los servicios de salud.

En la tabla 2 se observan los datos personales de los adultos mayores, destacando que el 60% son hombres, la edad media fue de 68.77 años ( $DE=5.313$ ), el 48.0% de los participantes viven con su pareja/esposo (a), el 30.0% en escolaridad los adultos mayores no tienen estudios formales, el 26.7% de los participantes son jubilados/pensionados, el 76.7% padece alguna enfermedad crónico degenerativa, el 99.3% de los adultos mayores tienen diabetes tipo 2, el 70.7% no se han hospitalizado en este año, el 92.7% de los adultos mayores no consumen alcohol y 85.3% de los participantes no fuman.

Tabla 3

## Variables sociodemográficas

Variable	f	%	Media	DE
Sexo				
Masculino	90	<b>60</b>		
Femenino	60	40		
Vive con				
Pareja/esposo (a)	72	<b>48.0</b>		
Familia (hermano, tío, sobrino)	56	37.3		
Persona no familiar	22	14.7		
Edad			<b>68.77</b>	5.313
Escolaridad				
No estudio	45	<b>30.0</b>		
Primaria	77	5.3		
Secundaria	23	15.3		
Preparatoria	4	2.7		
Ocupación				
No trabaja	27	18.0		
Jubilado/pensionado	40	<b>26.7</b>		
Obrero	11	7.3		
Hogar	26	17.3		
Comercio	16	17.3		
Campo	15	10.0		
Otro	15	10.0		
Padece alguna enfermedad				
Sí	115	<b>76.7</b>		
No	35	23.3		
Cual enfermedad				
Ninguna	35	23.3		
Diabetes	53	<b>99.3</b>		
Hipertensión arterial	41	27.3		
Cáncer	3	2.0		
Problemas auditivos	2	1.3		
Problemas visuales	3	2.0		
Artritis	4	2.7		
otra	7	4.7		
Se ha hospitalizado en el último año				
Sí	44	29.3		
No	106	<b>70.7</b>		
De que enfermedad				
Ninguna	109	<b>72.7</b>		
Diabetes	19	12.7		
Hipertensión arterial	13	8.3		
Cáncer	4	2.7		
otra	5	3.3		

Consume regularme alcohol	Sí	11	7.3
	No	139	<b>92.7</b>
Consume regularme cigarros	Sí	22	14.7
	No	128	<b>85.3</b>

Nota: *f*: frecuencia, %: porcentaje, media: Media, DE: Desviación estándar

El objetivo dos de la investigación fue identificar la calidad de vida del adulto mayor en las dimensiones como son control, autonomía autorrealización y satisfacción en la escala total. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 4  
Calidad de vida de los adultos mayores

Calidad de vida		f	%
Calidad total	Bajo	0	0
	Regular	39	26.0
	Alta	111	<b>74.0</b>
Dimensiones Control	Bajo	13	8.7
	Regular	87	<b>58.0</b>
	Alta	50	33.3
Autonomía	Bajo	8	5.3
	Regular	126	<b>89.3</b>
	Alta	16	10.7
Autorrealización	Bajo	0	0
	Regular	7	4.7
	Alta	143	<b>95.3</b>
Satisfacción	Bajo	0	0
	Regular	7	4.7
	Alta	143	<b>95.3</b>

Nota: *f*: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla 3 se observa que la calidad de vida en la escala total fue alta (74%), y en las dimensiones fue regular en control (58.0%) y en autonomía (89.3%) y alta en las dimensiones autorrealización (95.3%) y satisfacción (95.3%).

La calidad de vida también se presenta utilizando medidas de tendencia central y de dispersión (tabla 4).

Tabla 5

Calidad de vida en escala total y dimensiones

Calidad de vida	Media	Mdn	DE	Mínimo	Máximo
Escala total	59.19	59.00	4.49	47	72
Dimensiones					
Control	59.19	10.51	2.237	6	16
Autonomía	12.18	12.00	1.843	8	20
Autorrealización	18.25	19.00	1.727	11	12
Satisfacción	18.25	19.00	1.735	12	20

Nota: Mdn: Mediana, DE: Desviación Estándar

En la tabla 4 se observa la media de (59.19), Mdn (59.00), DE (4.49) de la escala total. En las dimensiones de Control es media (59.19), Mdn (10.51), DE (2.237), Autonomía con media (12.18), Mdn (12.00), DE (1.843), Autorrealización es media (18:25), Mdn (19.00), DE (1.727), y Satisfacción es media de (18.25), Mdn de (19.00), y DE (1.735).

El objetivo específico tres de la investigación fue identificar las diferencias de la calidad de vida por sexo, edad, estado socio económico, enfermedad que padece, ocupación, consumo alcohol y consumo de cigarro.

## IX. Discusión

El objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de vida del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad de Cavadas, Michoacán.

En cuanto a la edad, en esta investigación la media de edad de los participantes se ubicó en adulto mayor, menor a lo que reportaron Vinanccia et al (2018), Cardona (2016), Sánchez (2014) y Urzúa (2013) cuyos adultos se encontraban en la séptima década de la vida. Según estimaciones de Conapo, la esperanza de vida de las mujeres en el 2011 es de 77.9 años y de 73.0 años para los hombres, cifras que se prevé aumenten en el 2050 a 83.6 y 79.0 años, respectivamente. De igual manera, es un hecho que las mujeres tienden a vivir más que los hombres (INAPAM, 2016).

En cuanto al sexo de los participantes, en esta investigación se encontró que más de la mitad fue masculino, contrario de la investigación de Vinanccia et al (2018) Cardona (2016), Sánchez (2014), Juanas (2013) y Urzúa (2013), donde fue de sexo femenino, aunque menor a la presente investigación, en tanto que en el trabajo de Corugedo (2014), más de la mitad fueron de sexo masculino.

Estos dos datos se corresponden con las estadísticas en México, donde se observa que la población adulta mayor en los últimos años muestra una tasa de aumento con mayor predominio en el sexo mujer, como fue en el periodo de 1970-1990. Esto hace que la nación se perfile como un país con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más (Secretaría de Salud, 2014).

De acuerdo a los adultos mayores de esta investigación más de un tercio de la escala total vive con su pareja. Por parte de Cardona (2016), en su investigación solo un tercio de la escala total vive con su pareja. Los resultados de esta investigación son menores a los obtenidos a comparación de Juanas (2013) en la variable socio demográfica de estado civil mostro que más de la mitad son casados y el resto es viudo,

En cuanto a la jubilación o pensión de los adultos mayores, sólo menos de un tercio de muestra lo recibe, menor a lo encontrado por Cardona (2016), Sánchez (2014), Corugedo (2014), Urzúa (2013), donde un tercio de ellos es jubilado o pensionado. En el conjunto de todas las instituciones que la componen, la seguridad social solo protege a la tercera parte de la población económicamente activa, aquella principalmente asalariada en el sector formal urbano. Este ha sido un olvido más de la población marginada: la que trabaja en el campo, en el sector informal y la subempleada y desempleada. En estas condiciones apenas 24% de las personas de 60 años de edad y más tienen una pensión y la gran mayoría de estas son las mínimas legales con montos que están lejos siquiera de ser de subsistencia (INAPAM, 2016).

De acuerdo al grado de estudio, en los adultos mayores un tercio de la escala total es analfabeta. Datos menores a los reportados por Corugedo (2014), quien reportó que más de la mitad de sus participantes tuvo estudios de primaria.

Respecto a la variable de estudio, los resultados de la investigación muestran que los adultos mayores perciben la calidad de vida alta en casi tres cuartas partes respecto a la escala total, y en las dimensiones control y autonomía fue regular, casi la mitad en la primera y más de tres cuartas partes en la segunda dimensión; en tanto que fue alta en las dimensiones autorrealización y satisfacción, con más de tres cuartas partes. Comparando con lo que reportó Vinancia (2018) en las dimensiones ya mencionadas del cuestionario CAPS – 19, se encontró que los resultados fueron menores a los de la presente investigación, al igual que Corugedo (2014), quien evaluó la calidad de vida con el instrumento Escala de Calidad de Vida en la Tercera Edad (MGH) 12 y encontró que la calidad de vida fue menor a la de la presente investigación de acuerdo a los resultados obtenidos. Por otro lado, los resultados obtenidos por Juanas (2013), fueron menores ya que encontró calidad de vida baja con instrumento encuesta elaborada ad hoc.

Como se puede observar, la calidad de vida se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado

psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Fernández, 2013).

## X. Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de vida del adulto mayor en dos centros de salud de La Piedad de Cavadas. Para ello se encuestaron durante el mes de octubre a 150 adultos mayores a quienes se les solicitó que contestaran el cuestionario de CAPS-19 basado en la teoría de las necesidades que analiza cuatro dominios y son control, autonomía satisfacción y autorrealización.

En esta investigación se encontró que el 70% de los participantes no cuentan con accesos a los servicios de salud, el 60% son hombres, la edad media fue de 68.77 años ( $DE=5.313$ ), el 48.0% de los participantes viven con su pareja/esposo (a), el 30.0% no tienen estudios formales, el 26.7% de los participantes son jubilados/pensionados, el 76.7% padece alguna enfermedad crónico degenerativa, el 99.3% de los adultos mayores tienen diabetes tipo 2, el 70.7% no se han hospitalizado en el último año, el 92.7% de los adultos mayores no consumen alcohol y el 85.3% de los participantes no fuman.

En cuanto a la variable de estudio, el análisis mostró que la calidad de vida fue alta en la escala total (74%), regular en las dimensiones dimensión control (58%) y autonomía (89.3%) y alta en las dimensiones autorrealización (95.3%) y satisfacción (95.3%)

Cuando se analizaron los resultados con medidas de tendencia central y de dispersión se encontró que la media de la escala total fue 59.19 ( $DE=4.49$ ), y en las dimensiones se encontraron los siguientes resultados: observando la media de (59.19), Mdn (59.00), DE (4.49) de la escala total. En las dimensiones de Control es media (59.19), Mdn (10.51), DE (2.237), Autonomía con media (12.18), Mdn (12.00), DE (1.843), Autorrealización es media (18:25), Mdn (19.00), DE (1.727), y Satisfacción es media de (18.25), Mdn de (19.00), y DE (1.735).

En relación con la variable de calidad de vida se observa que todos los adultos mayores que tienen un apoyo referente a su salud consideran adecuada su estilo de vida, aunque los adultos mayores que no cuenta con ese apoyo para una mejor salud, se ven afectados en su estilo de vida.

En cuanto a la edad se puede observar que el adulto mayor a mayor edad obtiene más enfermedades crónicas degenerativas; pero menos consumo de alcohol y tabaco. Se consideran estables en la escala total y en las cuatro dimensiones.

## **XI. Sugerencias**

Derivado de los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere lo siguiente. Para los adultos mayores:

1. Conocer y obtener los servicios de salud, IMSS, seguro popular entre otros.
2. Realizar, controlar y cumplir los tratamientos médicos de acuerdo a su enfermedad.
3. Averiguar sobre los programas para adultos mayores y cumplir con los reglamentos que pide cada programa y actividades.

Para la Facultad de enfermería:

1. Realizar un programa de supervisión continuo y eficiente dirigido a los adultos mayores sobre la calidad de vida.
2. Trabajar de manera coordinada con las instituciones de salud y brindar apoyo sobre los servicios de salud a los adultos mayores que no tenga ningún apoyo por parte de los programas ya existentes.
3. Ofrecer cursos de capacitación y seguimiento a los prestadores de salud para un mejor trato digno a los adultos mayores.

Para las unidades de salud

1. Fortalecer los programas de los adultos mayores y proporcionar los servicios a las personas que no los tienen.

## XII. Referencias bibliográficas

- Alvarado, G.A. M. Salazar, M. A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014; 25(2):57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Biachi, E. C. (2012). calidad de vida en los adultos mayores: validación de escala Casp-19 y sus factores relacionados. X CONGRESO LATINOAMERICANO DE SOCIEDADES DE ESTADÍSTICA CÓRDOBA, ARGENTINA. Recuperado de <http://www.conferencias.unc.edu.ar/index.php/xclatse/clatse2012/paper/viewFile/490/16>
- Cardona, J.A., Giraldo, E., y Maya, M.A. (2013). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano. *MÉD.UIS*, 29(1), 17-27. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012103192016000100003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012103192016000100003&script=sci_abstract&tlng=es)
- Chávez, R. B. C. Manrique, C. (2014). Odontogeriatría y gerontología el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana* ISSN: 1019-4355. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539382010.pdf>
- Corugedo, R. C. M. García, G. D. González, A. V. I. Calderín, H. M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Rev cubana Med Gen Integra* vol.30 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2014 Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006)
- Canseco, A. M. (2015). Programa de intervención para envejecer con éxito rígido a personas mayores de la ciudad de México. Universidad de Santiago de cápasela, tesis doctoral. Recuperado de <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/13611>

- Calero, M. S. Klever, D. T. Caiza, M. R. Rodríguez, T. A. F. Ana Luisa, A. E. F. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. Rev. Cubana Invest Bioméd vol.35 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2016. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002016000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400007)
- Cardona, A. D. Segura, C. A. Garzán, D.M. Segura, C. A. Caco, S. S. M. (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. Universidad CES– Facultad de Medicina – 2012CF164156. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt\\_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf)
- Encuesta de salud bienestar envejecimiento, (2012). Nota Informativa. Recuperado de [http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/en/li/En2010a2011\\_Li\\_Michoacan.pdf](http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/en/li/En2010a2011_Li_Michoacan.pdf)
- Howell, D. (2015). Interpreting and evaluating the CASP-19 Quality of life measure in older people. Published electronically 4 March 2012. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22391614>
- Juanas, O. A. Limón, M. M.R. Navarro, A. E. (2013). Análisis del Bienestar Psicológico. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria núm. 22, julio-diciembre, 2013, pp. 153-168 Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social Sevilla, España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135031394011>
- Muroris, (2012). Situación de las personas adultas mayores en México, Plan nacional de desarrollo. El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza Recuperado de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)
- Norma Oficial, 031(2012). Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia Social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012)

- Orley, J. Kukyen, W. (1996). Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Foro Mundial de la Salud, Volumen 17. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p38\\_5-387\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p38_5-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización mundial de la salud. (2015). Informe mundial del envejecimiento y la salud. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=C81C81D4027A4798F6DFD0463B7F8914?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=C81C81D4027A4798F6DFD0463B7F8914?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Nota informativa. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Rodríguez, E. I. Martínez, M. S Limonta, H. I. M. Echeverría, N. S. (2014). Rehabilitación integral al adulto mayor. Clínica vs tecnología. Longitudinal prospective study of 2012 using quantitative and qualitative techniques was carried out at the rehabilitation Geriatric center" Santiago Ramón y Cajal" in Old Habana to present the achievements. Recuperado de <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewFile/331/382>
- Rubio, O.D. Y. Rivera, M. L. Borges, O. L. C. González, C. F. V. (2015). "Calidad de vida en el adulto mayor" "Quality of life in the Elder people". Revista Científico-Metodológica, No. 61, julio-diciembre, 2015. ISSN: 1992-8238. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3606/360643422019/>
- Robles, E. I. A. Rubio, B. J. Galván, R.V.E. Nava, Z. H.A (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Septiembre-diciembre 2016 / Volumen 11, Número 3. p. 120-125. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68589>
- Secretaría de Salud. (2014). Programa de acción Específico. Atención del Envejecimiento 2013-2018. Recuperado de [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_AtencionEnvejecimiento2013\\_2018.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf)
- Sánchez, P. L. M. González, P. P. U. González, A. A. Bacallao, G. J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. Rev.

habana cien Med vol.13 no.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2014Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000200017)

Sanabria, H. M. S. (2016). calidad de vida e instrumentos de medición. universidad de la laguna. Recuperado de

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>

Urzúa, A. Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. Rev. Med Chile 2013; 141: 28-33. Recuperado de

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n1/art04.pdf>

Universidad Nacional Autónoma de México, (2016). Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Enfermería Universitaria. 2016;13(3):139---141.

Recuperado de

[https://ac.els-cdn.com/S1665706316300239/1-s2.0-S1665706316300239-main.pdf?\\_tid=55f46caf-6b04-4f98-9f75-23b704081335&acdnat=1538425732\\_3482f71c3473e01ee35763912c6fc553](https://ac.els-cdn.com/S1665706316300239/1-s2.0-S1665706316300239-main.pdf?_tid=55f46caf-6b04-4f98-9f75-23b704081335&acdnat=1538425732_3482f71c3473e01ee35763912c6fc553)

Vinaccia, P. E. Riveros, M. F. García, R.L. Quinceno, M. J. Martínez, V.O. Martínez, A. Reyes, K. (2018). Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. Psicología y Salud, Vol. 28, Núm. 1: 73-83. Recuperado de

<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2934>

### XIII. Anexos

#### **Anexo 1 Instrumento de calidad de vida, cuestionario CASP-19**

Marque con una X la casilla que corresponda de acuerdo a las siguientes opciones

1 = Nunca

2 = Algunas veces

3 = Muchas veces

4 = Casi siempre

No	Pregunta	4	3	2	1
1	A esta edad no puedo hacer las cosas que me gustaría hacer.				
2	Creo que las cosas que me suceden están fuera de mi control.				
3	Me siento libre para planificar para mi futuro.				
4	Me siento excluido de las cosas que ocurren a diario.				
5	Siento que puedo hacer las cosas que quiero.				
6	Las responsabilidades familiares me impiden hacer las cosas que me gustan.				
7	Siento que puedo hacer las cosas que quiero o deseo hacer.				
8	Mi salud me impide hacer las cosas que yo deseo.				
9	La escasez de dinero no me permite hacer lo que quiero o lo que me gusta				
10	Espero con interés cada día.				
11	Creo que mi vida tiene sentido.				
12	Me gusta lo que hago.				
13	Disfruto mucho estar en compañía de otros.				
14	Miro hacia atrás y me siento feliz por las cosas que he realizado en mi vida				
15	Me siento lleno/a de energía.				
16	Hago cosas que nunca antes había podido llevar a cabo.				
17	Me siento satisfecho con la forma en que mi vida ha cambiado				
18	Creo que la vida está llena de oportunidades				
19	Creo que el futuro es para mi muy alentador y esperanzador.				
Puntuación total					

#### XIV. Apéndices

##### Apéndice 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Conceptual	Dimensiones	Indicadores (ítems) escala de medición	Medición/ Clasificación
Calidad de vida	La calidad de vida se define como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzúa, 2010).	La Calidad de vida está medida por cuatro dimensiones de la vida de la persona adulto mayor: control, autonomía, satisfacción y autorrealización	Escala total de Calidad de vida	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10,11,12,13,14, 15,16,17,18 y19	A mayor a puntaje es mejor la calidad de vida  CV Baja=19-37 CV Regular=38-56 CV Alta=57-76
			Control	1, 2, 3, 4	Baja=4-7 Regular=8-11 Alta=12-16
			Autonomía	5, 6, 7, 8, 9	Baja=5-9 Regular=10-14 Alta=15-20
			Autorrealización	10,11,12,13,14	Baja=5-9 Regular=10-14 Alta=15-20
			Satisfacción	15,16,17,18,19	Baja=5-9 Regular=10-14 Alta=15-20

## Apéndice 2 Variables sociodemográficas

Variable	Variables Sociodemográficas			
	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Indicadores Empíricos
Edad biológica	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	Tiempo transcurrido que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Numérica, discreta	Número de años cumplidos
Sexo	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.	Características fenotípicas que distinguen a un hombre o mujer.	Nominal, dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria	Nivel o grado académico obtenido de la persona	Nominal, politómica	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura
Ocupación	Es un término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Oficio o profesión de las personas a la que dedican mayor parte de su tiempo.	Nominal, politómica	1. Hogar 2. Empleado (a) 3. Trabajo Independiente 4. Otro
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento	Situación de las personas físicas determinada por	Nominal, politómica	1. Soltero (a) 2. Casada (o) 3. Divorciado (a)

	concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero o apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente.	derechos y deberes.		4. Viudo 5. Unión libre
Escolaridad	Espacio de tiempo en que dura la enseñanza obligatoria.	Nivel o grado académico obtenido de la persona	Nominal, politómica	5. Primaria 6. Secundaria 7. Preparatoria 8. Licenciatura

## Apéndice 3 Hoja de Consentimiento informado



**Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo**



**Facultad de Enfermería**

**Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_

Decido participar en el presente trabajo que tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de los adultos mayores. Esta investigación estará a cargo de Donalda García Trejo pasante de la Facultad de Enfermería y será supervisada por la Dra. Elva Rosa Valtierra Oba.

**Explicación del proyecto.** Éste es un proyecto de investigación que realizará el pasante de la Licenciatura en Enfermería Donalda García Trejo como parte de los estudios que lleva a cabo en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para obtener el título de Licenciado en Enfermería. Para que Usted pueda decidir si decide participar en este proyecto necesita que se le dé información sobre el propósito del estudio. Todo este proceso se llama “consentimiento informado” y es el siguiente formulario en el que se le explicará toda la información sobre el estudio para que usted pueda, después de leerlo y comentarlo con algún familiar si así lo desea, decidir libremente y sin presiones si acepta participar. Si usted acepta, se le pedirá que firme esta hoja y se le entregará una copia para que Usted la conserve. Si Usted nos dice que desea un día o dos para decidir, regresaremos después para conocer su decisión.

**Propósito del estudio.** Como enfermeros, estamos interesados en conocer la calidad de vida del adulto mayor.

**Descripción del estudio y procedimiento.** Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada “Consentimiento informado” y que permita que a su servidora PLESS Donalda García Trejo le aplique un cuestionario.

Cuestionario. Le harán una serie de preguntas que tienen que ver con la calidad de vida del adulto mayor. Para contestar estos cuestionarios necesitamos que Usted nos dedique 20-30 min.

Costo por participar. Si usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que Usted nos proporcione a través de los cuestionarios, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente.

Retractación. Usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Preguntas. Si usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con la, responsable del estudio PLESS Donalda García Trejo los siguientes teléfonos: 4433512586 al correo electrónico: [donny\\_moxa@hotmail.com](mailto:donny_moxa@hotmail.com) con mi asesora la Dra. Elva Rosa Valtierra Oba.

Firma del Consentimiento Informado

Si Usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea y recuerde que, aunque haya firmado este documento, Usted puede abandonar el estudio en el momento que así lo decida.

Nombre y Firma del participante\*

Fecha

---

---

Nombre y Firma del Testigo 1

Fecha

---

---

Por su atención gracias

---

## Apéndice 4 Hoja de colecta de datos

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Facultad de Enfermería

Cedula de recolección de datos



Folio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

### Parte 1

Instrucciones. Conteste lo que se le solicita o marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud.

#### a) Datos sociodemográficos

Edad	años	Sexo	Femenino	Masculino
Escolaridad	años	¿Trabaja?	Sí	No
Tipo de trabajo	No trabaja	Jubilado/pensionado	Obrero	Hogar
	Comercio	Campo	Desempleado	Otro
Estado civil	Pareja/ esposo (a)	Familia (hermano, tío, sobrino, primo, etc)	Persona no familiar	
¿Padece alguna enfermedad		Sí	No	
¿Cuál?		Diabetes	Hipertensión arterial	
		Otra		
¿Se ha hospitalizado en el último año?		Sí	No	
¿De qué enfermedad?				
¿Consume regularmente alcohol?		Sí	No	
¿Consume regularmente cigarros?		Sí	No	

### Parte 2

Instrumento de calidad de vida, cuestionario CASP-19

Marque con una X la casilla que corresponda

1= Nunca, 2= Algunas veces, 3= Muchas veces y 4= Casi siempre

No	Pregunta	4	3	2	1
1	A esta edad no puedo hacer las cosas que me gustaría hacer.				
2	Creo que las cosas que me suceden están fuera de mi control.				
3	Me siento libre para planificar para mi futuro.				
4	Me siento excluido de las cosas que ocurren a diario.				
5	Siento que puedo hacer las cosas que quiero.				
6	Las responsabilidades familiares me impiden hacer las cosas que me gustan.				
7	Siento que puedo hacer las cosas que quiero o deseo hacer.				
8	Mi salud me impide hacer las cosas que yo deseo.				
9	La escasez de dinero no me permite hacer lo que quiero o lo que me gusta				
10	Espero con interés cada día.				
11	Creo que mi vida tiene sentido.				
12	Me gusta lo que hago.				
13	Disfruto mucho estar en compañía de otros.				
14	Miro hacia atrás y me siento feliz por las cosas que he realizado en mi vida				
15	Me siento lleno/a de energía.				
16	Hago cosas que nunca antes había podido llevar a cabo.				
17	Me siento satisfecho con la forma en que mi vida ha cambiado				
18	Creo que la vida está llena de oportunidades				
19	Creo que el futuro es para mi muy alentador y esperanzador.				
Puntuación total					



SECRETARIA DE SALUD  
MICH OACAN  
16 DE SEPTIEMBRE ESQ.  
BELISARIO DOMINGUEZ  
LA PIEDAD, MICH.  
C.P. 59300

DEPENDENCIA: CENTRO DE SALUD "GPE. MATEOS Y VEGA"
DIRECCION
NUMERO DE OFICIO: 5009/0458
EXPEDIENTE:

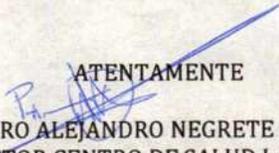
La Piedad Michoacán a 9 de Noviembre del 2018.

DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA  
SECRETARIA ACADEMICA DE LA FACULTAD  
DE ENFERMERIA.

Por medio de la presente se le hace de su conocimiento que la C. DONALDA GARCIA TREJO, pasante del servicio social en enfermería realizó las encuestas sobre CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR, con fecha del 15 al 19 de octubre del presente año en este Centro de Salud Guadalupe Mateos y Vega de la Piedad Michoacán. Supervisada por la Jefa de Enfermería L.E. Guadalupe vega Enriquez.

Sin otro particular por el momento me despido enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
DR. PEDRO ALEJANDRO NEGRETE GUTIERREZ  
DIRECTOR CENTRO DE SALUD LA PIEDAD.

