

**Título: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN EL ADULTO MAYOR. POLICLÍNICO HÉROES DEL MONCADA. 2011**

**Title: Perceived quality of life in senior citizens. “Heroes del Moncada” Health Care Center.2011.**

**Autores: Kenia Almeanares Rodríguez<sup>I</sup>, Héctor D. Bayarre Vea<sup>II</sup>, María Esther Álvarez Lauzarique<sup>III</sup>**

<sup>I</sup>Especialista de I Grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública. Instructora. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

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

<sup>III</sup>Especialista de I Grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

**Resumen:** El envejecimiento poblacional en Cuba, ha traído consigo nuevas estrategias y políticas en el sistema de salud. Uno de los propósitos es elevar la calidad de vida de los adultos mayores, ya que el avance de la edad trae aparejado disminución de las funciones orgánicas y con ello aparece la discapacidad, repercutiendo en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Con el objetivo de identificar la distribución de los adultos mayores en los niveles de la calidad de vida percibida y su relación con algunas variables epidemiológicas, así como describir las dimensiones de la misma que están afectadas en este grupo poblacional, se realizó un estudio descriptivo en la población de adultos mayores del área de salud del Policlínico Héroes del Moncada del municipio Plaza de la Revolución. Para ello se realizó un muestreo X probabilístico bietápico y se utilizó como técnica de obtención de la información el instrumento MGH (Miriam, Gema y Héctor). Se aplicaron entre las técnicas estadísticas, la prueba de Independencia. Se constató que existió un predominio de calidad de vida alta en un poco más de la mitad de los adultos mayores, la cual estuvo relacionada con la edad temprana de la vejez, el nivel escolar elevado, la vinculación laboral y la tenencia de pareja. Se concluye que las dimensiones de la calidad de vida más afectadas fueron la dimensión condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida.

**Abstract:** The ageing of the population in Cuba has brought consequently new strategies and policies in the health care system. One of the main purposes is to improve the quality of life in the third age adults group. With the ageing there is a diminution in the organic functions and the physical disabilities appear, affecting the quality of life of this group of people. A descriptive study was applied in the oldest population belonged to “Heroes del Moncada” health care center in “Plaza de la Revolución” municipality, to identify the third age adults distribution into the levels of perceived quality of life and it relation with some epidemiologic variables, also to describe the affected dimensions in this group of people. An X probabilistic sampling was did it in two phases and the MGH (Miriam, Gema y Héctor) instrument was used to obtain the information. The Independence test was also applied among other statistic techniques.

Conclusively a high quality of life prevailed over more than a half of the population involved in the study. This was related to the age, to the high scholarship level, the employment and the couple relations. The dimensions of the quality of life more affected were the socioeconomic conditions and satisfaction for life.

**Introducción:** El contexto socio-demográfico actual y prospectivo que presenta Cuba es de un crecimiento poblacional muy bajo (nulo), con índices de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, baja mortalidad infantil, elevada esperanza de vida, y un saldo negativo de la migración externa. La combinación de estos factores ha afectado, no solo el tamaño y el ritmo de crecimiento de la población, sino también, su estructura por edades, dando lugar a un franco proceso de envejecimiento.<sup>1</sup>

Envejecimiento es un término de carácter general, que se expresa tanto en lo individual como en lo poblacional; puede definirse en relación con fenómenos fisiológicos, conductuales, sociológicos y cronológicos. Desde el punto de vista médico se considera como el declive de la capacidad y funciones fisiológicas, sobre las cuales actúan los factores sociales y del comportamiento.<sup>2</sup> La senectud o proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La ancianidad es la fase final de la vida.<sup>3</sup>

El envejecimiento en Cuba ha impuesto un nuevo reto para el sistema de salud, ya que hoy día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino, además, mejorar cualitativamente la salud de éstas, con una adecuada calidad de vida.<sup>4</sup> Esto ha significado para los responsables de la Salud Pública, dentro de sus proyecciones, la asignación de servicios y recursos para este grupo poblacional, que en pocos años alcanzará una gran proporción demográfica.

Para dar respuesta a la situación planteada se han ido creando las condiciones para enfrentar este reto con responsabilidad y dignidad. El Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública son los principales responsables de la ejecución de los programas sociales dirigidos al anciano solo o sin apoyo familiar.<sup>5</sup> La atención al anciano se lleva a cabo mediante el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, en el ámbito comunitario, institucional y hospitalario.

Los servicios comunitarios de este programa tienen como orientación básica la promoción de salud a través de los círculos de abuelos, casa de abuelos, grupos de recreación y orientación. En el sistema de atención al adulto mayor en el domicilio, se beneficia a los ancianos que viven solos, a los que se les brinda atención integral e intersectorial. La atención gerontológica se realiza con equipos multidisciplinarios (EMAG) que laboran en la Atención Primaria de Salud. Todo esto con la finalidad de aumentar la calidad de vida y así favorecer un envejecimiento satisfactorio.<sup>6</sup>

Las investigaciones sobre esta temática son de suma importancia, debido al aporte científico que proporciona, a la vez que crea las bases para trazar políticas y estrategias para la toma de decisiones en función de mejorar la calidad de vida de las personas de edad.<sup>5</sup>

La calidad de vida es una categoría de reciente utilización en la investigación en salud, que ha sido empleada por investigadores de múltiples disciplinas, con diferentes enfoques, y en consonancia con sus intereses, razón por la que no existe una definición única de ésta.

Un grupo importante de investigadores considera que, desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida es una definición abstracta y multidimensional, razón por la cual su estudio se debe realizar a partir de un enfoque multidisciplinario.<sup>7</sup>

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.

En cuanto a la calidad de vida global, numerosas investigaciones han mostrado que la Tercera Edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener una vida activa y productiva, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes, se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, tendrán las herramientas de acción social que le permitan elevar el bienestar y la calidad de vida. Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.<sup>1,8,9</sup>

En Cuba se han realizado estudios de calidad de vida en el adulto mayor en las provincias Guantánamo, La Habana, Matanzas y el Municipio Especial Isla de la Juventud. Estos estudios han demostrado que existe un predominio de la calidad de vida baja y se relaciona con el incremento de la edad y la baja escolaridad

La provincia La Habana es una de las provincias más envejecidas del país, en este sentido, ocupa el segundo lugar después de Villa Clara, tal como se referencia con anterioridad<sup>10</sup>. El municipio Plaza de la Revolución es el más afectado por el proceso de envejecimiento con un 26.3 % de adultos mayores de la población total, que lo ubica como el municipio más envejecido del país.<sup>11</sup>

El área de salud del policlínico Héroes del Moncada en el municipio Plaza de la Revolución no está exenta de esta realidad. A partir del análisis de la situación de salud se ha identificado que existe una población de adultos mayores de 8 271, con un índice de envejecimiento del 30 %. De

estos adultos mayores, 100 tienen más de 90 años, 807 son ancianos frágiles y 981 son ancianos solos. Se realizan acciones encaminadas a elevar el estado de salud de los adultos mayores tales como casas de abuelos, talleres de artes manuales, existe un grupo de orientación y recreación, talleres de ejercicios físicos y de valores con el propósito de aumentar el bienestar de este grupo poblacional. Sin embargo, no se han realizado estudios de calidad de vida en el adulto. Esto hace pensar que es necesario el estudio de la calidad de vida en este grupo, para medir su magnitud en la población general, con el fin de planificar, asignar recursos, priorizar problemas y evaluar políticas de salud.

La investigación se propuso contestar las interrogantes siguientes:

¿Cómo se distribuyen los adultos mayores del área de salud objeto de estudio en virtud de la calidad de vida percibida, de manera global y según un conjunto de variables epidemiológicas seleccionadas?

¿Cómo se distribuyen las unidades de análisis objeto de investigación en las dimensiones de la calidad de vida en este grupo poblacional?

### **Objetivos**

1. Estimar los niveles de calidad de vida percibida de manera global y según variables epidemiológicas seleccionadas en adultos mayores atendidos en el área de salud Héroes del Moncada, municipio Plaza de la Revolución en el período enero – diciembre de 2011.
2. Describir el comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida percibida por los adultos mayores durante el período de estudio.

### **Materiales y métodos:**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los adultos mayores del policlínico Héroes del Moncada del municipio Plaza de la Revolución, con el que se determinó la calidad de vida percibida y la discapacidad física en los adultos mayores.

El universo de estudio estuvo constituido por 8 271 adultos -residentes en el área de salud de referencia- que al momento del estudio habían cumplido 60 años o más de edad. De ellos se determinó una muestra de 545 adultos mayores, seleccionada a través del empleo de la fórmula de cálculo mínimo necesario para estudios descriptivos en poblaciones finitas, de los cuales se estudiaron 522.

La selección de la muestra se realizó mediante el empleo del Muestreo Estratificado Bietápico. Se utilizó la información disponible en el área de salud, que incluye nueve locales (estratos), de los que se seleccionó la cantidad de unidades de primera etapa –consultorios médicos de familia (CMF)- con probabilidades proporcionales a sus tamaños. Luego, en una segunda etapa se seleccionaron los adultos mayores.

Para el estudio de la calidad de vida de estudiaron las dimensiones de la misma como son: dimensión salud, dimensión condiciones socioeconómicas y dimensión satisfacción por la vida. Todas ellas contienen las categorías baja, media y alta. Como variables epidemiológicas se utilizaron la edad, sexo, escolaridad y estado ocupacional.

### **Aspectos éticos**

A los individuos seleccionados para el estudio se les informó sobre la necesidad y el objetivo de la investigación, la importancia y voluntariedad de la participación de forma anónima de cada uno de ellos; que esa información sería utilizada de forma colectiva, no individual y que se cumpliría siempre el principio de la confidencialidad de los datos y, estos solo serían utilizados con fines investigativos, así como, que podrían salir del estudio cuando lo estimaran pertinente y que esta conducta no repercutiría en su atención médica posterior. Una vez estado de acuerdo, se les invitó a firmar el modelo de consentimiento informado. (Anexo 1).

### **Técnicas y procedimientos**

Para la recogida de la información se aplicaron, los siguientes instrumentos:

- Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM), para evaluar la esfera mental. Este fue elaborado por Folstein y Mc Hug (1975), se ha usado ampliamente en grupos comunitarios. El objetivo del mismo es evaluar el funcionamiento cognoscitivo del anciano. Se diseñó para aplicarlo en contacto directo con el individuo y con un entrenamiento previo. El tiempo de aplicación es breve (aproximadamente diez minutos). La fiabilidad interjueces y la validez concurrente son aceptables. Este instrumento se ha utilizado ampliamente en los servicios de geriatría del país.
- Escala Miriam, Gema y Héctor (MGH) es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero. Consta de 34 afirmaciones, las cuales al ser agrupadas miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida.

Se aplicó el EMEM, y si el anciano obtuvo una puntuación menor de 19 puntos en caso de ser analfabeto o con primaria inconclusa y menor de 23 en el resto, se consideró que existe deterioro cognoscitivo. En caso de deterioro cognitivo, no se procedió a la aplicación del MGH.

Para la selección de la muestra se utilizó el paquete estadístico Epidat versión 3.1. La información fue almacenada en una base de datos creada en SPSS 19,0, la que se procesó de manera automatizada utilizando microcomputadora IBM compatible.

Para el primer objetivo se construyeron tablas de contingencia que fueron analizadas de forma descriptiva (a través de frecuencias absolutas y relativas). Además, en la búsqueda de posibles asociaciones entre la calidad de vida y las variables, se utilizó la prueba  $X^2$  de independencia, o

Bartholomew según se tratase de variables cualitativas nominales u ordinales. En los casos en que el resultado fue significativo ( $p \leq 0,05$ ) y, con la finalidad de identificar las celdas con mayor contribución al valor del estadígrafo de prueba, se realizó el Análisis de residuos, para el cual se consideró como significativo todo residuo ajustado igual o mayor que 1,96.

Para el segundo objetivo se calcularon medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas y relativas). Los resultados se presentan resumidos en tablas estadísticas y gráficos para su mejor comprensión.

Los resultados obtenidos se compararon con los estudios revisados, la bibliografía consultada y el criterio de expertos, lo cual permitió arribar a las conclusiones y formular recomendaciones.

## **Resultados**

### **Calidad de vida percibida en los adultos mayores según variables epidemiológicas**

La distribución de adultos mayores según calidad de vida percibida mostró un predominio de la categoría alta con 268 (51,3 %), seguido por la baja en la que clasifican 176 personas (33,7 %), en tanto que sólo el 14,0 % calificó con calidad de vida media.

La distribución de los adultos mayores según grupos de edad y niveles de calidad de vida fue para los grupos 60-69 y 70-79 a predominio la calidad de vida alta, con porcentajes de 63,6 y 49,8 respectivamente, seguida por la baja (con 22,5 % y 32,5 %), en tanto que para los de 80 y más años hubo un predominio de calidad de vida baja, presente en el 57,3 % de los investigados, seguida por la alta con el 30,9 % de los mismos. Ello permite pensar que la calidad de vida percibida por los adultos mayores del área de salud disminuye su percepción en la medida que se incrementa la edad.

La prueba de independencia muestra evidencias suficientes para afirmar lo antedicho ( $X^2 = 43.141,4$  gl;  $p = 0.000$ ) y el análisis de residuos permitió conocer que las celdas que más contribuyen al valor del estadígrafo fueron el grupo de 60-69 años para la categoría alta (con residuo estandarizado de 2,5, superior al límite de 1,96) y el de 80 y más para la categoría baja (con residuo estandarizado de 4,3).

Con relación a la distribución de los adultos mayores dentro de cada sexo según la calidad de vida se aprecia que para ambos sexos hubo un predominio de calidad de vida alta, con porcentajes de 58,0 y 47,6 respectivamente, seguidas por la baja (29,8 % y 35,9 %). Aunque a nivel muestral se observan resultados discretamente superiores para los hombres, las diferencias no fueron significativas ( $X^2 = 5.337$ , 2 gl;  $p = 0,069$ ).

Al analizar la ocupación (Tabla 4) se observa que para ambos grupos hubo un predominio de calidad de vida alta, aunque superior en los que trabajan con un 73,1 % contra 44,9 % en los desocupados, seguida por la media en los ocupados con 14,3 % y por la baja en los desocupados con 40,0 %, diferencias significativas ( $p = 0.000$ ). El análisis de residuos arrojó que las celdas que

más contribuyen a la significación del estadígrafo fueron los ocupados para la categoría alta (con residuo estandarizado de 3,3, superior al límite de 1,96) y los desocupados para la categoría baja (con residuo estandarizado de 2,2).

Al analizar la ocupación se observa que para ambos grupos hubo un predominio de calidad de vida alta, aunque superior en los que trabajan con un 73,1 % contra 44,9 % en los desocupados, seguida por la media en los ocupados con 14,3 % y por la baja en los desocupados con 40,0 %, diferencias significativas ( $X^2 = 38.238,2$  gl;  $p=0.000$ ). El análisis de residuos arrojó que las celdas que más contribuyen a la significación del estadígrafo fueron los ocupados para la categoría alta (con residuo estandarizado de 3,3, superior al límite de 1,96) y los desocupados para la categoría baja (con residuo estandarizado de 2,2).

La calidad de vida según escolaridad mostró, que esta mejora con el incremento de la escolaridad. Así, hay un comportamiento ascendente de la calidad de vida alta desde la primaria sin terminar (22,6 %) hasta la universidad (68,8 %) de manera lineal y, de manera análoga, una tendencia descendente de la calidad de vida baja desde 61,3 % para la primaria sin terminar hasta 17,0 % para la universidad. El comportamiento descrito resultó significativo ( $X^2 = 72.5821$ , 12 gl  $p= 0.000$ ). Al realizar el análisis de residuos se obtuvo que las celdas que más contribuyen al valor del estadígrafo fueron el nivel escolar primaria para la baja calidad de vida baja (con residuo estandarizado de 3,6, superior al límite de 1,96) y el nivel universitario para la categoría alta (con residuo estandarizado de 2,9) Se excluye del análisis la categoría analfabeto por la escasez de casos encontrada.

Se aprecia que la distribución de los adultos mayores según la calidad de vida en relación con cada categoría del estado conyugal, para ambos estados hubo un predominio de calidad de vida alta, aunque no en la misma magnitud, con 146, el 63,2 % de los gerontes con pareja y el 41,9 % de los sin pareja, seguidos por la categoría baja para ambos con el 23,4 % y 33,7 % respectivamente. Diferencias que resultan significativas ( $X^2 = 27.258$ , 2 gl;  $p=0,000$ ). En el análisis de residuos se obtuvo como resultado que las celdas que más contribuyen a la significación del estadígrafo fueron el estado conyugal sin pareja para la baja calidad de vida (con residuo estandarizado de 2,4) y el estado conyugal con pareja para la categoría alta (con residuo estandarizado de 2,5).

### **Descripción de la calidad de vida percibida en los adultos mayores según dimensiones**

En relación a las dimensiones de la calidad de vida, la dimensión salud fue la menos afectada, siendo la de mayor porcentaje (91,8 %) en la categoría alta, seguida por la socioeconómica, para la que el 65,9 % clasificó en la categoría de referencia, en tanto que la dimensión satisfacción por la vida fue la más afectada. Un análisis pormenorizado de cada dimensión se realiza a continuación.

Un análisis hacia el interior de los ítems que integran la dimensión salud permite advertir que entre los de la categoría funcionabilidad física, el 75,3 % respondió que “casi siempre” podían realizar actividades físicas como otras personas de su edad. El 86 % contestó que “casi siempre” el estado de salud le permitía atenderse ellos mismos; el 69,5 % que “casi nunca” se desplazaban ayudados por otra persona o sostenidos por un bastón. Y el 90,8 % consideró que “casi siempre” eran capaces de atenderse a sí mismos y cuidar de su persona. (Tabla 8)

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de la funcionabilidad física

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Puedo realizar actividades físicas como otras personas de mi edad	393	75,3	41	7,9	36	6,9	52	10,0
Mi estado de salud me atenderme a mí mismo	449	86,0	22	4,6	27	5,2	22	4,2
Me desplazo ayudado por otra persona o sostenido por un bastón	123	23,6	6	1,1	30	5,7	363	69,5
Soy capaz de atenderme a mí mismo y cuidar de mi persona	474	90,8	11	2,1	19	3,6	18	3,4

En cuanto a la funcionabilidad psíquica, el 78,5 % dijo que casi siempre podía leer libros, revistas. El 66,9% podía aprender casi siempre cosas nuevas; el 51,5% casi nunca se encontraba nervioso e inquieto y el 86,2 % casi nunca había pensado quitarse la vida. (Tabla 9)

Tabla 9. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de la funcionabilidad psíquica

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Puedo leer libros, revistas	410	78,5	25	4,8	33	6,3	54	10,3
Puedo aprender cosas nuevas	349	66,9	32	6,1	52	10,0	89	17,0
Estoy nervioso e inquieto	88	16,9	47	9,0	118	22,6	269	51,5
He pensado quitarme la vida	29	5,6	12	2,3	31	5,9	450	86,2

Al analizar la funcionabilidad social se observó que el 81 % respondió que “casi siempre” podía ir a la bodega; el 69% consideró que podía usar el transporte público. El 59,2 % de los encuestados podían cuidar de sus nietos y llama la atención que solo el 42,9 % casi siempre podían salir a distraerse. (Tabla 10)

Se puede apreciar que en los adultos mayores en cuanto a funcionalidad social, se encuentran más afectados en la capacidad que se requiere para el uso del transporte público, el cuidado de los nietos y la distracción.

Tabla 10. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de la funcionalidad social

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Puedo ir a la bodega	423	81,0	14	2,7	27	5,2	58	11,1
Puedo usar el transporte público	360	69,0	20	3,8	34	6,5	108	20,7
Puedo ayudar en el cuidado y atención de mis nietos	309	59,2	25	4,8	26	5,0	162	31,0
Salgo a distraerme	224	42,9	38	7,2	106	20,3	154	29,5

### Dimensión condiciones socioeconómicas

Según las respuestas obtenidas en la dimensión socioeconómica, solo el 48,5% “casi siempre” la situación monetaria le permitía satisfacer todas las necesidades de cualquier índole; el 71,6 % respondió que su vivienda casi siempre tiene condiciones para vivir solo en ella e igualmente el 71,3 % la vivienda le resulta cómoda para vivir solo en ella. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de la dimensión socioeconómica

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Mi situación monetaria me permite satisfacer todas las necesidades de cualquier índole	253	48,5	60	11,5	128	24,5	81	15,5
Mi vivienda tiene condiciones para vivir solo en ella	374	71,6	28	5,4	44	8,4	76	14,6
Mi vivienda resulta cómoda para vivir solo en ella	372	71,3	27	5,2	56	10,7	67	12,8

### Dimensión satisfacción por la vida

En cuanto a la satisfacción con la familia, el 88,5 % respondió que casi siempre la familia lo quiere y lo respeta, el 85,6 % refirió que casi siempre es importante para su familia e igual

respuesta se obtuvo en el 73,4 % acerca de que su familia lo tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar. (Tabla 12)

Tabla 12. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de satisfacción con la familia

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Mi familia me quiere y me respeta	462	88,5	22	4,2	18	3,4	20	3,8
Soy importante para mi familia	447	85,6	33	6,3	16	3,1	26	5,0
Puedo expresar a mi familia lo que siento y pienso	400	76,6	32	6,1	42	8,0	48	9,2
Mi familia me tiene en cuenta para tomar decisiones relacionadas con los problemas del hogar	383	73,4	35	6,7	40	7,7	64	12,3

Solo el 58,6 % contestó que el estado de ánimo es favorable casi siempre y el 78,2 % refiere que “casi nunca” se siente solo y desamparado en la vida. (Tabla 13)

Tabla 13. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de estados afectivos predominantes

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Mi estado de ánimo es favorable	306	58,6	61	11,7	113	21,6	42	8
Me siento solo desamparado en la vida	44	8,4	14	2,7	56	10,7	408	78,2

En cuanto a la expectativa de futuro, se observa que un porcentaje importante tiene poca expectativa al futuro. El 63,4 % contestó que “casi siempre” se siente confiado y seguro ante el futuro y el 58,4 % refirió tener aspiraciones y planes para el futuro. (Tabla 14)

Tabla 14. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de expectativa al futuro

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Me siento confiado y seguro ante	331	63,4	45	8,6	62	11,9	84	16,1

el futuro								
Mis creencias me dan seguridad en el futuro	358	68,6	37	7,1	44	8,4	83	15,9
Tengo aspiraciones y planes para el futuro	305	58,4	41	7,9	51	9,8	125	23,9

Con relación al apoyo social se observó que el 74,1 % respondió que casi siempre su familia le ayuda a resolver los problemas que se le puedan presentar, e igual respuesta se obtuvo en un 87 % que mantiene relaciones con amigos y vecinos.

Tabla 15. Distribución de adultos mayores según respuesta a ítems de apoyo social

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Mi familia me ayuda a resolver los problemas que se me puedan presentar	387	74,1	41	7,9	44	8,4	50	9,6
Mantengo relaciones con mis amigos y vecinos	454	87	29	5,6	24	4,6	15	2,9

Al analizar la satisfacción por el presente se observó que la puntuación máxima de satisfacción la expresaron entre el 56,5 y el 85,6 % de los adultos mayores estudiados. El ítem de mayor satisfacción fue “Considero que todavía puedo ser una persona útil”, y el de menor satisfacción fue “He logrado realizar mis aspiraciones en la vida”

Tabla 16. Distribución de adultos mayores según respuestas a ítems de satisfacción por el presente

ITEMS	Casi siempre		A menudo		Algunas veces		Casi nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Con la jubilación mi vida perdió sentido	84	16,1	20	3,8	55	10,5	363	69,5
Mi vida es aburrida y monótona	73	14	33	6,3	103	19,7	313	60
He logrado realizar mis aspiraciones en la vida	295	56,5	91	17,4	103	19,7	33	6,3
Estoy satisfecho con las condiciones económicas y de vivienda que tengo	304	58,2	51	9,8	90	17,2	77	14,8
Soy feliz con la familia que he construido	438	83,9	28	5,4	24	4,6	32	6,1
Considero que todavía puedo ser	447	85,6	21	4	25	4,8	29	5,6

una persona útil								
Mi estado de salud me permite disfrutar de la vida	336	64,4	60	11,5	78	14,9	48	9,2
Soy feliz con la vida que llevo	348	66,7	59	11,3	72	13,8	43	8,2

## Conclusiones

- En la investigación realizada se constató un predominio de alta calidad de vida percibida por la población objeto de estudio, asociada con las variables edad, nivel escolar, estado ocupacional y estado conyugal, que delimitan entre este grupo de adultos mayores un perfil constituido por las categorías: edades tempranas de la vejez, nivel escolar elevado, vinculación laboral y tenencia de parejas.
- Hubo un predominio de adultos mayores que clasificaron para cada una de las dimensiones en la categoría alta, aunque con diferencias entre ellas. Así, el mayor nivel se constató en la dimensión salud, seguida por la socioeconómica y muy de cerca por la satisfacción por la vida. En estas dos últimas se pudo constatar que, entre los que tuvieron baja calidad de vida, la mayoría planteó insatisfacción con la situación monetaria y con la expectativa de futuro.

## Referencias bibliográficas

---

<sup>1</sup> Oficina Nacional de Estadísticas. Cuaderno de Estudios Población y Desarrollo 2010. Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes, necesidades futuras. [Serie en Internet] 2010 [citado 2012 feb 19]: [aprox.7 pantallas]: Disponible en: <http://www.one.cu>

<sup>2</sup> Alcaraz M, Fong JA, Álvarez N y Pérez A. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor en el Reparto Flores. MEDISAN 2001; 5 (1): 46-51

<sup>3</sup> Fernández GN.Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. [Serie en Internet] 2002 [citado 2006 mar 3];10(1): [aprox.5 pantallas] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10\\_2002/act01102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act01102.htm).

<sup>4</sup> Informe resumen de proyecto de investigación “El estado actual y perspectiva de la población cubana: Un reto para el desarrollo territorial sostenible”  
<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/estadoactual/El%20estado%20actual%20y%20perspectivo%20de%20la%20poblaci%20n%20cubana%20Un%20reto%20para%20el%20desarrollo%20territorial%20sostenible.pdf>

<sup>5</sup> Caracterización de la población económicamente activa (artículo de internet). 2009  
<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/estadoactual/Capitulo%20II.pdf>

---

<sup>6</sup> Sánchez Diasen VM: Calidad de vida en adultos mayores. Isla de la Juventud. Enero – Junio 2009. [Tesis] ENSAP. La Habana. 2011.

<sup>7</sup> Reyes CT, Triana AE, Matos PN, Acosta SJ. Salud en la tercera edad y calidad de vida. 2001 (serie en internet). (citado 20 febrero 2011). Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2008/sals082e.pdf>

<sup>8</sup> Tello VY, Bayarre VH, Hernández PYM. Prevalencia de discapacidad física en ancianos: municipios Jobabo y Amancio Rodríguez 1999. Rev. Cubana Salud Pública, ene. -jun. 2001; 27 (1): 19 – 25

<sup>9</sup> Mapolón AMM. Discapacidad física y mental en ancianos. Municipio Camagüey 2004. Trabajo para optar por el título de especialista en primer grado en Bioestadística. Ciudad de La Habana: ENSAP. 2004

<sup>10</sup> Bayarre Veá, H. Discapacidad en el adulto mayor. Ciudad Habana y Las Tunas. Tesis ENSAP. La Habana. 2004

<sup>11</sup> Anuario Estadístico de Salud. 2009