

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES, CUBA*

QUALITY OF LIFE IN ELDERLY, CUBA

Yamila Borrayo**

Licenciada en Enfermería, Máster en Psiquiatría Social, Profesora Instructora UCM-H Policlínico Joaquín Albarrán, Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería

Manuel Casal

Licenciado en enfermería, Máster en Salud Pública, Profesor Instructor Policlínico Luis Galván, Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.

Artículo recibido el 10 de noviembre 2010. Aceptado en versión corregida el 3 de marzo 2011.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal utilizando las técnicas (cuantitativa, el cuestionario WHOQOL - BREF (versión OMS 1998) y cualitativa de grupos focales, con el objetivo de Identificar cuál es la percepción que tienen los adultos mayores incorporados a los círculos de abuelos, sobre su calidad de vida. El estudio se realiza en una muestra de 72 ancianos de la población de Alamar, Municipio Habana del Este, residentes en el área de salud del Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera, provincia Ciudad de La Habana. El concepto de Calidad de Vida lo definen en términos de bienestar, satisfacción, disfrute, alegría, expectativa y felicidad percibida por ellos mismos, aprovechamiento de los recursos y aceptación de las limitaciones de esta etapa vital. Los factores que más influyen en su Calidad de Vida son: higiene, alimentación, medicamentos, salud, economía, vivienda, ley de Seguridad Social, transporte, accesibilidad a los servicios sanitarios y/o sociales y recreación. A mayor edad, los adultos perciben peor calidad en sus vidas. **Palabras clave:** adulto mayor, calidad de vida.

ABSTRACT

A descriptive study was conducted using cross section techniques (quantitatively, the WHOQOL - BREF (WHO version 1998) and qualitative, focus groups, With the objective of identifying which is the perception that older adults incorporated into grandparents circles on their quality of life. The study is performed on a sample of 72 elderly of Alamar population, Habana del Este, residents in the health area of Polyclinic "Dr. Mario Escalona Reguera, Havana province, The concept of Quality of Life is defined in terms of welfare, satisfaction, enjoyment, joy, expectation and happiness perceived by themselves, use of resources and acceptance of the limitations of this life stage. The factors that most influence their quality of life are: hygiene, food, medicine, health services, economy, housing, Social Security law, transportation, accessibility to health and / or social and recreation services. The older the adults, they perceive worse quality in their lives. **Key words:** elderly, quality of life.

* Proyecto de investigación autofinanciado.

** correspondencia e-mail: lciudad@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En el quinquenio 1990-1995, el Equipo de Salud Mental del país se proyecta más a la comunidad, se plantea la plataforma programada para el desarrollo del modelo de atención comunitaria, incluyendo no solo el tratamiento sino la rehabilitación del enfermo en su propio medio, así como actividades destinadas a la prevención y promoción de salud (León, 2004).

Conjuntamente se crean los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) en diferentes municipios del país, incorporando la participación social como elemento fundamental de sus acciones, la sociedad se introduce como responsable en la planificación y el desarrollo de las acciones de la salud (Barrientos del Llano, 1999).

Los CCSM están destinados a la atención psiquiátrica y a la rehabilitación del paciente psiquiátrico, prestando servicios de salud mental con énfasis en los problemas relacionados con la calidad de vida, la pérdida del bienestar y la promoción. Se plantean como centros coordinadores e integradores de la asistencia, docencia y la investigación que intentan mejorar la calidad de vida de la población en la propia comunidad donde residen. Tienen como funciones: identificar necesidades sentidas que afectan el bienestar de la comunidad que atienden, confeccionar diagnósticos de salud mental que incluyen un plan de acción, para solucionar los problemas detectados y detectar factores de riesgo e identificar grupos vulnerables (León, 2004; Rodríguez, 1999).

Por medio del modelo comunitario es posible observar la comunidad en forma permanente y los factores que directa o indirectamente inciden en su Calidad de Vida y por tanto en su salud mental (Roteili, 1999).

La Calidad de Vida es la resultante de la interacción permanente de un conjunto de elementos de naturaleza muy diversa, relacionada con el desarrollo económico, el desarrollo social, el nivel de vida, las necesidades humanas fundamentales,

las desigualdades económicas sociales, el modo de vida, el nivel de salud-enfermedad de la población así como las percepciones de las personas acerca de sus condiciones sociales de vida y la traducción subjetiva de dicha percepción en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción, insatisfacción, felicidad-infelicidad (Barrientos del Llano, Rodríguez Sánchez, Valdés Mier, Martínez (1995).

La Calidad de Vida es el producto de medidas encaminadas a garantizar el suministro y disponibilidad de recursos para cubrir necesidades en la población, el término "Vida" se refiere única y exclusivamente a la vida humana y su versión no tanto local como comunitaria y social. Interesa fundamentalmente la Calidad de Vida de amplios agregados sociales. Para medir la Calidad de Vida es necesario contar con referentes que sirvan de contraste. Es preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasia de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre uno y otro sector de la población. La Calidad de Vida (el bienestar) es un hecho histórico y cultural de valores sujetos a las variables del tiempo, espacio e imaginario, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad. (González, 2001; Spertus 200; Graun, J. 2004; Valarde & Avila, 2002, Espinoza, 2004, Ellias & Vermas 1999).

En América Latina y el Caribe la población adulta de más de 60 años ha aumentado progresivamente de 6% en el año 1950, al 8% en el 2000 y se proyecta a un 22% en el año 2050, se considera que para el año 2025 un 21% de la población cubana será mayor de 60 años. Cuba cuenta con una población de 1.630.185 habitantes mayores de 60 años según datos estadísticos hasta el 30 de junio de 2002 y se encuentra como el segundo país en la lista de los envejecidos en América Latina, después de Uruguay. Dentro de

unos años el país tendrá por primera vez en su historia más ancianos que niños. La Habana Vieja pudiera llamarse así no solo por su larga historia, la cantidad de personas mayores que la habitan serían motivo suficiente para ganarse el nombre. En el territorio el 18% de la población clasifican en ese grupo por encima de la media nacional de 13% por lo que se considera uno de los municipios más envejecidos de Cuba. Esa fue una de las razones para crear allí el Centro Diurno de Atención al Adulto Mayor, con el apoyo de la oficina del historiador, única hasta ahora en la ciudad abierto el 8 de noviembre de 1998, con el fin de brindar atención a dicho grupo poblacional.

El mayor avance es que la tercera edad hoy tiene un lugar en la sociedad, es mucho más considerada. Tener actividades es muy valorado, porque entre otras cosas lo libera de sentirse una carga. (Valdés Mier, 2004) Para esto se han creado los Círculos de Abuelos donde realizan diversas actividades. La creación del Programa y políticas encaminadas a mejorar la atención del anciano en su comunidad es una buena opción: por humana y económica, aumenta la vida útil del adulto mayor, da como resultado un aumento del sentido de la vida en el orden individual y disminución del costo de su vida en la sociedad. Un anciano sano representa elevar la calidad de vida de nuestros mayores y este es el propósito de la incorporación del adulto mayor a actividades sociales (Barrientos del Llano y González, 2004; Sarmiento & Pagola 1999).

Este trabajo surge a partir del interés que en el último tiempo se ha despertado en torno a la problemática del adulto mayor con el objetivo de conocer la percepción que tienen sobre su bienestar personal y la satisfacción de necesidades para mejorar su Calidad de Vida.

La OPS establece en 1993 las siguientes áreas que integran el concepto calidad de vida: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, factores ambien-

les y sociales, factores socioeconómicos, factores de autonomía personal, satisfacción subjetiva y factores de personalidad.

A partir de 1993 se incorpora el concepto de calidad de vida a la calificación internacional de las enfermedades (CIE) y al manual diagnóstico de las enfermedades mentales (DSM-IV), cobrando cada vez más importancia en la evaluación integral del hombre (Lugo, 2001).

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo sobre la percepción de la Calidad de Vida de los adultos mayores del área de salud del Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. El universo de trabajo lo conforman 5.701 adultos mayores, residentes en reparto Alamar, municipio Habana del Este que se atienden el área de salud del Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Los criterios de inclusión son ser adulto mayor según criterio operacional del estudio; residentes permanentes en el área de Alamar; población aparentemente sana, que no ha solicitado atención por un proceso agudo en los últimos tres meses, estar incorporado a un Círculo de Abuelos.

Quedan excluidos quienes no residen en la zona; menores de 60 años; presencia de trastornos psiquiátricos mayores y menores que hayan solicitado atención por un proceso de agudización en los últimos tres meses y población portadora de enfermedades crónicas que no pueden interactuar adecuadamente con el equipo investigador o que ha solicitado atención por un proceso agudo en los últimos tres meses.

Finalmente el grupo queda conformado por 200 ancianos, del cual se selecciona al 20% utilizando el muestreo por control sistemático. Por cada 5 adultos mayores se selecciona 1 de los 200 que están en el grupo en estudio aparentemente sano (de ellos 75 son hombres y 125 son mujeres), se organiza el listado por orden alfabético en cada sexo para que la muestra sea

heterogénea y dar la oportunidad a que todos puedan participar. La muestra de los grupos focales queda conformada por los participantes de los cuatro grupos: grupo Focal M 1 cada grupo constituido por 8 miembros; grupo Focal M 2 cada grupo constituido por 8 miembros; grupo Focal H1 cada grupo constituido por 8 miembros; grupo Focal H 2 cada grupo constituido por 8 miembros.

La muestra de los grupos focales queda constituida por 32 adultos mayores incorporados a círculos de abuelos (16 hombres y 16 mujeres).

La técnica de grupos focales consiste en la discusión semiestructurada de un tema que no está sujeto a un control tan rígido como las entrevistas cerradas que se valen de un cuestionario estandarizado (Judí, 1994). La característica básica de la investigación cualitativa es que se inclina a comprender los valores, las creencias, las normas, o sea, el mundo interno, a través de la mirada de quienes están sometidos al estudio, desde la perspectiva subjetiva y desde el interior de estos

Para la recogida de la información se aplica la técnica de grupos focales y de manera complementaria el cuestionario WHOQOL - BREF en su versión en español, validado por la OPS (Lucas, 1998; Fleck, 2000), El cuestionario: WHOQOL - BREF es un instrumento abreviado que adapta un enfoque subjetivo, pidiendo a los sujetos que evalúen sus respuestas con relación a sus propios estándares. Ha sido diseñado por la OMS-OPS y tiene aplicabilidad universal contando con una versión en español. El WHOQOL - BREF, explora la satisfacción de los sujetos en diferentes áreas de la vida, así como las molestias debido a los problemas de esas áreas. El instrumento WHOQOL-BREF cuenta con 26 ítems, y se centra en la calidad de vida percibida por el sujeto.

Las escalas de respuesta que contiene el WHOQOL - BREF, hacen referencia a una evaluación multidimensional de calidad de vida que incorpora la percepción del

individuo en varios aspectos de la vida. Cuenta con 26 ítems, que son aseveraciones para elegir según escala de cinco posibilidades.

La calificación general de los ítems por área, se realiza sumando los puntos obtenidos en cada una de ellos por cada cuestionario, calculándose luego la media. El resultado se clasifica a partir de criterios de expertos de la manera siguiente:

- De 0 a 2,99 = Deficiente
- De 3,00 a 3,99 = Aceptable
- De 4,00 a 5,00 = Altas

Para analizar la información recogida se utiliza una base de datos computarizados para su almacenamiento, aplicando luego el paquete estadístico *epinfo*, versión 6.04, para su procesamiento.

Valores éticos, todo el procedimiento que se sigue en el estudio de la población se ajusta estrictamente a la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Se tiene especial cuidado en preservar la identidad de los participantes, respetar el derecho de estos al anonimato, así como a decidir libremente su participación en el estudio, el consentimiento de participación se recogió verbalmente. Es propósito esencial ofrecer a las personas que colaboren en el trabajo, un máximo de privacidad y confidencialidad, así como darles a conocer los resultados finales del mismo.

RESULTADOS

De acuerdo a lo estudiado se observa que para los hombres la calidad de vida es disfrutar la vida acorde a la etapa que se vive, pasear, recrearse, sentirse bien, bienestar y satisfacción. En cambio para las mujeres la calidad de vida es tener salud, sentirse bien y tener bienestar psíquico, tener satisfacción con uno mismo y aprovechar los momentos a pesar de las limitaciones que uno tiene propio de la edad.

En general, el concepto de calidad de vida ofrecido por los distintos grupos está centrado en el aspecto subjetivo, si bien a lo largo de la investigación se exponen

numerosos factores que influyen en la calidad de vida ninguno de ellos la determina absolutamente.

La población valora la calidad de vida en términos de bienestar, satisfacción, disfrute, alegría, expectativa y felicidad percibida por ellos mismos, aprovechamiento de los recursos que se tienen y autoaceptación de las limitaciones de esta etapa vital.

En los círculos de abuelos pertenecientes al Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera, la mayor parte de los entrevistados enumeraron los siguientes factores que más influyen en la calidad de vida: higiene, alimentación, los medicamentos, la salud, la economía, la vivienda y la ley de seguridad social (anexo N° 4).

Otros elementos mencionados son el transporte, accesibilidad a los servicios sanitarios y/o sociales y la recreación. Más de la mitad de los entrevistados coinciden en los factores señalados en el párrafo anterior.

Llama la atención que para ellos la higiene del lugar donde viven, afecta la calidad de vida pues favorece la aparición de algunas enfermedades, la dificultad en la recogida de basura provoca la presencia de vectores y roedores. Otro aspecto es la alimentación, pues manifiestan que sin alimentación no hay buena salud, además que los precios en los Agromercados son muy altos, que no todo el mundo recibe divisas y que los productos normados no vienen con una frecuencia adecuada al mercado. Algunos manifiestan que los medicamentos no vienen con frecuencia a la Farmacia, o sea, se vencen las recetas porque el medicamento no ha entrado y en ocasiones tienen el medicamento y hay mucha cola en la Farmacia y una sola dependiente, se les hace muy engorroso permanecer mucho tiempo de pie en la cola. En las viviendas, existe en ocasiones hacinamiento porque tienen que compartir el cuarto con los nietos, otros plantean que le dicen que su lugar es la sala con una camita porque hay que darle paso a la

juventud y a los que se casan, los participantes señalaron que una calidad deficiente del hogar afecta de forma negativa la calidad de vida, y que a veces el costo de la vivienda supone una carga abrumadora, excesiva, para la economía, dificultades en las relaciones familiares, la presencia de discusiones y malestar ya que existen varias generaciones viviendo juntos dentro del mismo apartamento, ellos desean ser aceptados y el respeto de ellos en el hogar, la autoestima y la presencia de una posición optimista. Para ellos estar cargados de sentimientos positivos mejora la calidad de vida.

Influencia del acceso a los servicios sanitarios. Más de la mitad de los participantes del estudio opinan que este elemento influye en la calidad de vida de la población, brinda seguridad y da garantía que en situaciones de emergencia existe un lugar donde acudir. Además manifiestan satisfacción con el acceso a los servicios de salud, con lo que no están satisfechos es que no existe un Geriatra en su área de salud. Esto coincide con otros estudios realizados (Lugo, 2001) (anexo N° 4).

Influencia de la disponibilidad del tiempo libre y la recreación en la calidad de vida. Todos los participantes evalúan este aspecto como uno de los más importantes para la calidad de vida y para poseer una buena salud mental. Se destaca que la gran mayoría de los participantes muestran insatisfacción con las posibilidades de recreación en la comunidad, refieren que existen pocos lugares para ir a recrearse fundamentalmente en moneda nacional. Además manifiestan no tener casa de abuelos para poder reunirse, ni tienen un centro diurno para la atención a los ancianos enfermos y sin amparo filial. Una de las actividades que más realizan durante el tiempo libre es ver las novelas. Estos resultados coinciden con otras investigaciones realizadas (Nagy, 1998;

Lugo 2001), donde la recreación es parte de la disponibilidad del tiempo, así como de estatus económico, factores subjetivos como la iniciativa personal y el estado anímico.

Influencia de la disponibilidad de información en la calidad de vida. La mayor parte del grupo reconoce la importancia de este factor en la calidad de vida. Los grupos estuvieron de acuerdo en que hay bastante posibilidad para obtener información con relación a algún tema, ya sea a través de los medios de comunicación, entre otras vías. Casi la totalidad de los que responden refieren que han obtenido nueva información gracias a la universidad del adulto mayor, han aprendido cosas con relación a su edad y ponerlas en práctica en la vida, así como nuevos conocimientos para su desarrollo personal, también la incorporación a los círculos de abuelos. Casi todos criticaron los espacios televisivos, pues no se ajustan a sus intereses (anexo N° 4), esto difiere a resultados encontrados en otros estudios (Lucas, 1998).

Influencia de los logros y expectativas individuales en la calidad de vida. No existe diferencia significativa entre los grupos, ni por edades. Más de la mitad de los participantes opinan que todos tienen planes y aspiraciones en sus vidas, que les gustan que les reconozcan sus méritos, que con la edad que tienen han cumplido muchos logros que les sirven de orgullo en la vida, concluyen manifestando que con logros y expectativas mejoran su calidad de vida. Estos resultados coinciden con los encontrados en otras investigaciones (Lucas 1998; Nagy, 1998; Lugo 2001). Este factor hay que tenerlo en cuenta, pues se puede afectar el estado de ánimo de las personas y aparece una enfermedad, lo que trae como consecuencia trastornos psíquicos interpersonales y familiares, reduciendo la calidad de vida.

Influencia de la salud en la calidad de vida. Destacan que es muy difícil que no se presenten enfermedades en esta etapa de la vida, por lo cual lo más importante para ellos es lograr la autoaceptación de sus limitaciones y lograr apoyo de las instituciones de salud. Reconocen la salud como un elemento importante en la calidad de vida. En otras investigaciones (Oliva, 1997, Lugo, 2001; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002), la salud aparece como un factor importante asociado al estudio de la calidad de vida, pero no han explorado este enfoque subjetivo donde se analizó no solo el nivel de satisfacción con la salud o la enfermedad, sino también la actitud ante ella (anexo N° 4).

Influencia del factor económico en la calidad de vida. La economía influye en la calidad de vida, teniendo en cuenta la negativa relación oferta-demanda a que se enfrentan cotidianamente. Es de resaltar que el Período Especial obviamente ha empeorado el poder adquisitivo de la población en general. Sin embargo, la mayoría coincide en afirmar que para mantener la calidad de vida, es necesario cubrir las necesidades básicas elementales (Lugo, 2001). Si bien la pobreza como fenómeno social no existe en Cuba, es una realidad innegable que el Período Especial ha afectado la economía del país y sus pobladores. Autores como Moreno y Ximénez (1996) señalan que recientemente se ha llegado a reconocer que la riqueza económica y la abundancia material no siempre coinciden con el bienestar subjetivo, la satisfacción por la vida y el sentimiento de felicidad (Graun, 2004).

Propuestas en el ámbito comunitario para mejorar la calidad de vida. Los hombres proponen mejorar los programas de la televisión; mejorar las ofertas de trabajo una vez que se jubilan; mejorar las ofertas en moneda nacional y mejorar las opciones recreativas acordes a sus

intereses y edad. Las mujeres por su parte proponen mejorar la recreación; mejorar el problema de los medicamentos; mejorar la Higiene Ambiental; mejorar el transporte; crear casas de abuelos e incrementar en la comunidad los médicos especialistas en Geriátrica.

Percepción que tienen las poblaciones en estudio con relación a su calidad de vida. En la tabla 1 se observa que en el grupo de edad 60-69 años solo un 10% tiene una calidad de vida alta, llama la atención que a medida que se envejece empeora la calidad de vida; esto coincide con resultados encontrados en otros estudios (Oliva, 1997; Lucas, 1998; Asón, 2000; López, 1997) donde en la medida que avanza la edad tienden a incremen-

tarse las enfermedades lo que requiere un mayor esfuerzo para satisfacer sus necesidades.

En el área de salud física (tabla 2) se encuentra que el 47,5% de los participantes del estudio de 60-69 años tienen una salud física media y un 7,5% de 70 y más años la tienen baja. Estos resultados coinciden con las de otras investigaciones (25,55) que a medida que envejecen empeora la salud física.

En el ámbito mundial se considera que a partir de los 60 años se dobla la frecuencia de algún tipo de incapacidad y después de los 80 se triplica. Por lo que se considera la incapacidad mental, física y social en el anciano como una de las grandes epidemias para los próximos años (Oliva, 1997). En relación con la salud

Tabla 1. Calidad de Vida según grupo etario

Grupo etario	Calidad de Vida						Total	
	Baja	%	Medio	%	Alto	%	No	%
60 – 64	4	10,0	6	15,0	2	5,0	12	30,0
65 – 69	7	17,5	10	25,0	2	5,0	19	47,5
70 – 74	2	5,0	3	7,5	1	2,5	6	15,0
75 y más	1	2,5	2	2,5	0	0,0	3	7,5
Total	14	35,0	21	52,5	5	12,5	40	100

Tabla 2. Dimensión Salud Física según grupo etario

Grupo etario	Salud Física						Total	
	Baja	%	Media	%	Alta	%	No	%
60 – 64	0	0,0	12	30,0	0	0,0	12	30,0
65 – 69	11	27,5	7	17,5	1	2,5	19	47,5
70 – 74	1	2,5	5	12,5	0	0,0	6	15,0
75 y más	2	5,0	1	2,5	0	0,0	3	7,5
Total	14	35,0	25	62,5	1	2,5	40	100

psicológica la influencia es significativa, el 55,0% de los investigados evidencian una salud psicológica media y solo un 25,5% baja (tabla 3). El hecho de tener una salud física predominante normal (media) influye positivamente en la esfera psíquica (Oliva, 1997).

En la tabla 4 se muestran las dimensiones de las relaciones sociales en la que se observa que en los grupos de edades de 70 y más años existe un 5% con percepción baja y en los de 60-69 años un 30,0% tiene altas percepciones lo que difiere a lo encontrado en otros estudios (Lugo, 2001) donde los más viejos perciben mejor sus relaciones sociales.

En la dimensión ambiente (tabla 5) se observa en los grupos de edades de 60-69

años un 52,5% con percepción media. La distribución del universo según variables sociodemográficas se comporta de la manera siguiente: existe predominio de las mujeres con 62,5% y masculino 37,5%, existen más mujeres vinculadas a esta actividad porque los hombres no están muy interesados en asistir a Círculos de Abuelos, prefieren otras modalidades como el juego de dominó y reunirse entre ellos, existe machismo por lo que no desean estar reunidos entre tantas mujeres. El nivel de escolaridad alcanzado (Gráfico 2), muestra que el 34,4% de la población en estudio tiene nivel secundario, seguido con un 21,0% el nivel preuniversitario. Respecto al estado civil, solo un 41,6% son casados después aparece el divorcio con 19,5%.

Tabla 3. Dimensión Salud Psicológica según grupo etario

Grupo etario	Salud Psicológica						Total	
	Baja	%	Media	%	Alta	%	No	%
60 – 64	1	2,5	8	20,0	3	7,5	12	30,0
65 – 69	3	7,5	11	27,5	5	12,5	19	47,5
70 – 74	4	10,0	2	5,0	0	0,0	6	15,0
75 y más	2	5,0	1	2,5	0	0,0	3	7,5
Total	10	25,5	22	55,0	8	20,0	40	100

Tabla 4. Dimensión Relaciones Sociales según grupo etario

Grupo etario	Relaciones Sociales						Total	
	Baja	%	Media	%	Alta	%	No	%
60 – 64	0	0,0	2	5,0	10	25,0	12	30,0
65 – 69	5	12,5	12	30,0	2	5,0	19	47,5
70 – 74	1	2,5	4	10,0	1	2,5	6	15,0
75 y más	1	2,5	2	5,0	0	0,0	3	7,5
Total	7	17,5	20	50,0	13	32,5	40	100

Tabla 5. Puntuación promedio por ítemes del cuestionario WHOQOL – BREF

Nº	Preguntas	Puntuación promedio
1	Percepción Global de Calidad de Vida.	3,12
2	Percepción de Salud General.	3,3
3	Dolor y malestar.	3,22
4	Dependencias en sustancias médicas y ayudas médicas.	3,35
5	Espiritualidad/Religión/Creencias personales.	2,3
6	Sentimientos positivos.	3,65
7	Pensamiento/Aprendizaje/Memoria y concentración.	3,85
8	Libertad, seguridad física.	3,15
9	Ambiente Físico (Polución, ruido, tráfico y clima).	3,17
10	Energía y fatiga.	3,12
11	Imagen corporal y apariencia.	3,3
12	Recursos económicos.	1,92
13	Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas.	2,77
14	Participación en/y oportunidades de descanso, recreo/actividad de ocio.	2,5
15	Movilidad.	3,25
16	Sueño y descanso.	2,8
17	Actividades diarias.	2,87
18	Capacidad de trabajo.	2,8
19	Autoestima.	3,2
20	Relaciones personales.	3,2
21	Actividades sexuales.	2,37
22	Apoyo social.	3,25
23	Ambiente del hogar.	2,85
24	Sistema sanitario y social: Accesibilidad y calidad.	2,7
25	Transporte.	1,62
26	Sentimientos negativos.	3,25

Fuente: Cuestionario aplicado.

Gráfico 1. Distribución de la población según edad y sexo

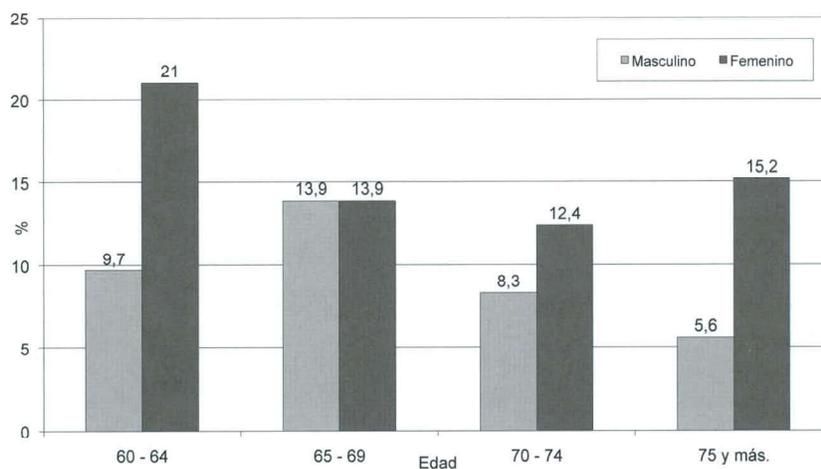
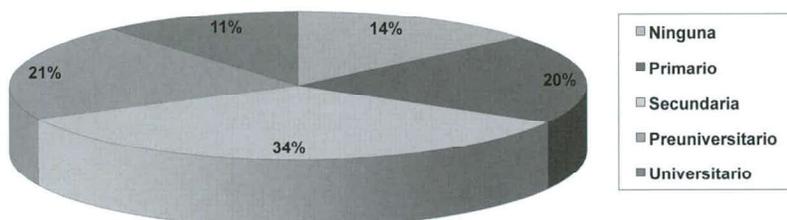


Gráfico 2. Distribución de la población según escolaridad



Percepción que tiene la población en estudio con relación a su Calidad de Vida. Con relación a su propia Calidad de Vida según cuestionario WHOQOL - BREF, la tabla No 6 muestra que los ítemes que alcanzan menor puntuación son Espiritualidad-Religión-Creencias personales, recursos económicos, oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, participación en actividades de ocio, sueño y descanso, actividades diarias, capacidad del trabajo, actividades sexuales, ambientes del hogar, sistemas sanitarios y social, accesibilidad y calidad, transporte. Se observa que los valores más altos son para la salud, el apoyo social y la familia,

y los más bajos para la dimensión económica.

CONCLUSIONES

En primer lugar es importante destacar que el concepto de calidad de vida no presenta diferencias, la población en estudio lo define en términos de bienestar, satisfacción, disfrute, alegría, expectativa y felicidad percibida por ellos mismos y autoaceptación de las limitaciones de esta etapa vital.

La población estudiada coincide al enumerar los factores que más influyen en la calidad de vida nombrando higiene, alimentación, medicamentos, la salud, la

economía, la vivienda, la ley de seguridad social, transporte, accesibilidad a los servicios sanitarios y/o sociales y la recreación.

Destaca que en la medida que las personas investigadas tienen más años perciben peor calidad de vida.

Se observa que es clave continuar esta línea de investigación científica, para profundizar en la valoración que hacen los individuos que residen en el área del Policlínico Dr. Mario Escalona, con relación al término Calidad de Vida y evaluar su bienestar y la satisfacción que tienen con lo que han conseguido, lo cual pudiera ser un elemento más para enriquecer y elaborar programas de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación de salud que le proporciona mayor bienestar y elevar la Calidad de Vida de esta comunidad.

Asimismo es importante comunicar a todos los organismos y organizaciones de la localidad los resultados obtenidos que están incidiendo negativamente en la Calidad de Vida de la población, con vistas a priorizar acciones conjuntas encaminadas a su solución.

Por último se recomienda extender el estudio de la calidad de vida a otras áreas de salud y municipios del país por la importancia que el mismo reviste.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asón. A. R(2000). *Estudio de Calidad de Vida en un grupo de ancianos* (Tesis no publicada) Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Barrientos Llano G., Rodríguez Sánchez J., Valdés Mier M., Martínez C. (1995). La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. Atención psicogeriátrica. En: *Memorias. Reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria*. (pp. 23-35), La Habana, Cuba: Editorial Cooperazione Italiana.
- Barrientos del Llano. G. (1999). Comunicación personal. Módulo de violencia (Tesis de Maestría).
- Barrientos del Llano. G, González. P. J. (2004). *Enfoque para un debate en Salud Mental: La escuela del Adulto Mayor* (Tesis de Maestría).
- Boca. E (1999), Depresión: Calidad de Vida y Depresión. *Revista Clínica. España*, 197 (3) 48-55.
- Buendía. J. (1997). *Psicología, Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*, Madrid: s.n.
- Calzadilla L., (2004). Clasificación Psiquiátrica en la APS. *III Taller Internacional de Salud Mental, Ecología y proyección comunitaria*.
- Corrales, G. (2004). Promoción y prevención. *III Taller Internacional de Salud Mental, Ecología y proyección Comunitaria*.
- Escobar A. B(1998). *Salud mental en la atención primaria: conceptos básicos y temas fundamentales de la Psicología comunitaria*. Recuperado de <http://www.infomed.sld.cu>
- Feliú E.B., Estrada M.R (1997). *Modelo de Atención de Enfermería Comunitaria: Programa del Adulto Mayor*, Cuba: s.n.
- Ferreira, S (1999). "Impacto en el segundo nivel de atención del proyecto de trabajo de Santos Suárez", La Habana, Cuba: s.n.
- Fleck P (2000) The World Health Organization Instrument to evaluate quality of life(WHOQOL): Characteristics and perspectives. *Ciencia*; 5(1): 8-33.
- Graun A. J (2004). *Calidad de Vida. Enfoque histórico*, disponible en: www.infomed.sld.cu
- León, M. (1999). *Evaluación de proyectos sociales en Salud Mental y comunidad: La Habana, Cuba*: s.n.
- León González M.(2004). *Atención Comunitaria en Salud Mental* (Tesis de maestría) Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Loredo, M. (2003). *Calidad de Vida Esquizofrenia* (Tesis de maestría) Universidad de La Habana, La Habana Cuba.
- Lucas R. (1998). *La versión española del WHO-QoL*. Madrid, España 1998.
- Lugo A.V (2001). *Calidad de Vida y comunidad*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Maurisset, M. (2004). Presente y futuro de la salud mental, *I Congreso Nacional de Centros de Salud Mental*.
- Nagy A. M. (1998). *Calidad de Vida en la mujer*: (Tesis no publicada) Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.

- Núñez de Villavicencio. P.F (2001). Psicología y Salud en *La Psicología en el envejecimiento*. (pp. 1-145) La Habana, Cuba: Editorial, Ciencias Médicas.
- Oficina Nacional de Estadística [ONE]. (2004). *Envejecimiento poblacional en Cuba. Apuntes para su estudio*.
- Oliva J. (1997) *Calidad de Vida de los Ancianos residentes de la comunidad del Policlínico Antonio Guiteras* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1994) *La atención de los ancianos un desafío para los años noventa*.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] – Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). “*Declaración de Caracas*”. *Eventos Internacionales para la reestructuración de los servicios de Psiquiatría para América Latina y el Caribe, Caracas, Venezuela*.
- Organización Panamericana de Salud [OPS]. (1998) *Dimensiones sociales de Salud Mental*”. Organización Panamericana de Salud [OPS] (2002) *Informe sobre salud en el mundo: Reducir los riesgos y promover una vida sana, Calidad de Vida*.
- Pacheco, M.E. (2004). Larga vida y mejor vejez, *II Congreso Internacional Longevidad*.
- Prieto R.O., Vega G.E.(1996) *Temas de Gerontología*, La Habana, Cuba: Editorial, Científica-Técnica.
- Pzeimiarower N. P(1992). Calidad de Vida y desarrollo en la vejez. *Geriatric*,8,(1). 65-72.
- Quintero D.G (1990). *I Congreso de Gerontología y Geriatria*, Pinar del Río.
- Quintero, G., González, U. (1998). Calidad de Vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En Buendía J. (Ed). *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. (pp. 45-129). Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Quintero. G. (1998), Calidad de Vida: La salud funcional y el bienestar como componente de la Calidad de Vida en la vejez. *Simposio sobre el envejecimiento* (pp. 162-155). La Habana, Cuba.
- Rodríguez, J. (1999). Usuarios y Salud Mental. *Conferencia Internacional. Reorientación de la Psiquiatría hacia la APS*. Ciudad de La Habana.
- Rotelli, F., De Leonardis, O. (1997). Desinstitucionalización. Otras vías “La Reforma Italiana en el contexto de Europa Occidental y los países avanzados”. *Rev. Asociación Especialistas Neuropsiquiatría*. 7 (2).
- Rotelli, F. (1999). Algunas consideraciones sobre la reforma psiquiátrica Italiana. *Taller Internacional, reorientación de la psiquiatría hacia la APS*. Ciudad de La Habana.
- Saiz, J. (2004). Calidad en la Salud Mental.
- Sarmiento B., Pagola L. J. (1999). La sexualidad en el adulto mayor. *Sexología y Sociedad*, 5, 29-32.
- Sigerist, H. (1951). *History of medicine*. Oxford University Press. New York, 2 (1).
- Spertus, J.A (2001). Testing the effectiveness of converting patients to long acting Antianginal Medications: the Quality of life in Angina research. *American Heart Journal*. (1). 100-200.
- Valarde J. E, Ávila F. C. (2004). Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, (5), recuperado de <http://www.insp.mex/salud/index/html>
- Valdés Mier. (2004). Mitos en la Tercera Edad/ *Congreso Nacional de Centros de Salud Mental*, Cuba.
- Valladares O.C (1998). *El camino hacia la tercera edad, reflexiones en una comunidad* (Tesis de Maestría no publicada). Universidad de La Habana, La Habana, Cuba.
- Vega G.E, Prieto R. O (1994). Curso introductorio de Gerontología y Geriatria: *Conferencias Cartagena de Indias*.
- Verbeke M.(1999) *Participación comunitaria. Orientaciones para construir una mejor Calidad de Vida*. San Luis: Edición LAE, 64-90.