

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

**FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO**



EL ANCIANO Y SU CALIDAD DE VIDA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:
LIC. VELIA MARGARITA CARDENAS VILLARREAL

MONTERREY, NUEVO LEON ENERO DE 1995

TM

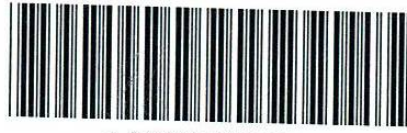
Z6675

.N6

FEn

1995

C3



1020074715

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



EL ANCIANO Y SU CALIDAD DE VIDA

TESIS

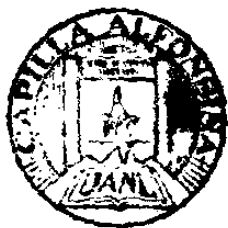
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. VELIA MARGARITA CARDENAS VILLARREAL

MONTERREY, NUEVO LEON ENERO DE 1995

TH
76675
oN6
FEn
1995
-3



FONDO TESIS

166806

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

EL ANCIANO Y SU CALIDAD DE VIDA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD
EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. VELIA MARGARITA CARDENAS VILLARREAL

MONTERREY, N.L.

ENERO DE 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

EL ANCIANO Y SU CALIDAD DE VIDA

ASESOR

LIC. BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ

ALUMNA

LIC. VELIA MARGARITA CARDENAS VILLARREAL

MONTERREY, N.L. A FEBRERO DE 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

NOTA DE APROBACION.

COMISION DE TESIS.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

MONTERREY, N.L. A FEBRERO DE 1995

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la percepción que tienen los ancianos sobre la calidad de vida en forma general y en cuatro dominios de la vida: tales como salud-funcionamiento, social-económico, psicológico-espiritual y familia, y explorar si existía alguna relación con la presencia de variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad y nivel socio-económico y enfermedad.

Para llevarlo a cabo se diseñó un estudio descriptivo de correlación prospectivo, el sujeto de estudio lo conformó el anciano de 60 años y más, la muestra fue no probabilística intencionada conformada por 195 sujetos pertenecientes a tres estratos socio-económicos. Los sujetos se seleccionaron de acuerdo al criterio de un alfa .05 y un poder .80 considerando el nivel socioeconómico como una variable dependiente (Munro, 1993). El instrumento que se utilizó para medir la calidad de vida fue el Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers y para las variables sociodemográficas se diseñaron 13 preguntas abiertas y cerradas, se consideraron los aspectos éticos de confidencialidad, anonimato e intimidad, las pruebas estadísticas usadas fueron el análisis multivariado de la varianza, el análisis factorial y las correlaciones Pearson y Spearman.

Los resultados mostraron que la media de calificaciones para la calidad de vida de los ancianos fue de 25 de un total de 30 puntos. Los dominios que mostraron medias más altas fueron la familia y el psicológico-espiritual. No se encontraron diferencias significativas por estrato socio-económico. De las variables sociodemográficas que resultaron tener relación con respecto a la calidad de vida al aplicar las pruebas estadísticas se observó que solamente el estado civil mostraba una significación $p=(.01)$. Pero también se dedujo que cuando dos variables se asociaban aparecía una significancia en relación a la calidad de vida estas fueron sexo-trabajo, escolaridad-estado civil, escolaridad-enfermedad.

Se observó que la calidad de vida de los ancianos fue más alta que la reportada en otros estudios (Ferrans y Powers, 1993) lo que sugiere que los ancianos estaban enfrentando con efectividad la realidad de la vida. El dominio salud-funcionamiento resultó ser el más bajo por lo que se considera que enfermería deberá de seguir trabajando en esta área para tratar de mejorar la calidad de vida de los ancianos.

I N D I C E G E N E R A L

	P	AGINA
DEDICATORIA		i
AGRADECIMIENTOS		ii
RESUMEN		iii
INDICE GENERAL		iv
LISTA DE GRAFICAS		vi
LISTA DE CUADROS		vi
LISTA DE TABLAS		vi
CAPITULO I. INTRODUCCION		1
Planteamiento del Problema		3
Objetivos		6
Importancia del Estudio		6
Limitaciones del Estudio		7
Definición de términos		8
CAPITULO II. REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA		9
Antecedentes sobre calidad de vida		9
Dimensiones de la calidad de vida		12
Estudios relacionados		18
CAPITULO III. METODOLOGIA		22
Tipo de Estudio		22
Sujetos		22
Muestra		22
Consideraciones Eticas		23
Descripción de Instrumentos		23
Procedimiento		24
Pruebas Estadísticas		26
CAPITULO IV. RESULTADOS		27
Características de la Población		27
Calidad de vida		31
Relación de variables sociodemográficas y calidad de vida		36

CAPITULO V. DISCUSION	41
Calidad de vida	41
Relación de variables sociodemográficas y calidad de vida	43
Conclusiones	45
Sugerencias	47
CAPITULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	
ANEXO 1. AUTORIZACION DE UTILIZACION DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA.	
ANEXO 2. SUBESCALAS DE LA CALIDAD DE VIDA.	
ANEXO 3. CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS.	
ANEXO 4. PROGRAMA DE COMPUTACION ESCRITO PARA CALCULAR LA CALIDAD DE VIDA EN GENERAL.	

LISTA DE GRAFICAS

NUM.	PAGINA
1.- Escolaridad del Anciano.	27
2.- Lugar de Procedencia del Anciano	28
3.- Actividades que desempeña el Anciano	29
4.- Persona de la que depende económicamente el Anciano	30
5.- Institución a donde acude a atender su salud	31
6.- Análisis factorial sobre calidad de vida	40

LISTA DE CUADROS

NUM.	PAGINA
1.- Resumen estadístico de los puntajes de calidad de vida en general y de las subescalas de 195 ancianos	32
2.- Coeficiente de correlación de Pearson y ordenamiento de las respuestas de satisfacción e importancia en ancianos	35

LISTA DE TABLAS

NUM.	PAGINA
1.- Análisis factorial sobre calidad de vida y variables sociodemográficas	36
2.- Análisis factorial sobre calidad y variables sociodemográficas	38

CAPITULO I INTRODUCCION

En las últimas décadas la población de ancianos a nivel mundial ha mostrado un crecimiento importante (González Aragón, 1990). Según las Naciones Unidas, para el período de 1980-2000 el incremento mayor de ancianos se registrará en las zonas más pobres y menos desarrolladas del mundo. "El incremento será de 138 millones en zonas desarrolladas y de 100 millones en zonas en desarrollo o menos desarrolladas" (San Martín Pastor, 1990, p. 422). México se encuentra dentro de las zonas menos desarrolladas.

En México las estadísticas poblacionales marcan algo del fenómeno anterior, ya que reportan en 1990 cinco millones de personas de 60 años o más. Ello significó un ascenso de 2.3 millones en 20 años (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 1993). Por otro lado, de acuerdo a una de las proyecciones poblacionales para el año 2000 se espera que la cifra del 1980 se duplique (CELADE, ONU, 1982).

Algunas de las causas que han provocado el incremento de este grupo de edad han sido el descenso de la natalidad, de la fecundidad y de las tasas brutas de reproducción, así como la disminución de la mortalidad. Esta última explicada, entre otros factores, por el avance tecnológico de la medicina que ha traído consigo un aumento en la esperanza de vida de la población (San Martín Pastor, 1990, p. 86). En 1930 se tenía una esperanza de vida de 38.8 años, para 1990 ésta aumentó a 69 años y según las proyecciones para el año 2000 se espera alcance los 72 años (Gutiérrez Alvarez, y Brown, 1983).

La evolución demográfica y social de este siglo ha provocado transformaciones en las familias. El anciano ya no es visto como tradicionalmente se veía como una persona venerable y respetable por su experiencia y sabiduría. Ahora, en ocasiones, se le confina a vivir en asilos y queda aislado de la familia extendida. Por

otro lado con la edad viene la jubilación o limitaciones para el trabajo productivo lo que repercute en su estatus social y económico. Ello puede aparejarse con depresión, con baja de autoestima y, si tiene problemas de salud el cuadro se agrava (Kerschner, 1987). Lo que hace pensar ¿cuál es la situación del hoy y mañana del anciano? Los gobiernos están valdrando cómo impactará esta población en el desarrollo económico del País, en las pensiones, en los sistemas sociales y en el cuidado de la salud (Contreras Leyer, 1988). Los resultados encontrados representan costos altos así como políticas de previsión por parte de empleadores e instituciones gubernamentales. En países como México con escasos recursos y con escasa mentalidad de previsión el futuro resulta poco prometedor para el anciano.

A pesar de ello una de las estrategias propuestas es hacer investigación en relación al anciano para comprender los cambios que están ocurriendo en torno a él para poder contar con elementos de juicio para planear alternativas que conlleven a un mejoramiento de la calidad de vida de esta población (San Martín Pastor, 1990).

El papel de las ciencias y de los profesionales de la salud es mejorar la calidad de vida de los miles de ancianos mediante el conocimiento y el uso del mismo. Mejorar la calidad y los tipos de servicios requiere que los profesionales participen en el desempeño de programas y planes de mejoramiento de la salud de la población (González Aragón, 1990).

El conocimiento sobre la calidad de vida percibida por los ancianos permitirá a la enfermera comunitaria participar en la planeación de programas encaminados a reforzar la calidad de vida de esta población. Esta actividad es congruente con la estrategia de atención primaria, misma que ha sido conceptualizada en la Conferencia Internacional Alma Ata como un "medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, la asistencia de salud indispensable en forma tal que

resulte aceptable y proporcional a sus recursos y con su plena participación" (Alonso Castillo, 1986).

Si la calidad de vida es un elemento importante en el cuidado de la salud y en la alocución de recursos para la salud: enfermería como integrante del equipo de salud se cuestiona. ¿Cómo es la calidad de vida del anciano? El diseño de investigación descriptivo y el uso de un instrumento estandarizado permitirá contestar dicha pregunta de investigación.

Planteamiento del problema.

Que un pueblo envejezca es la prueba más elocuente de la eficiencia de los esfuerzos por elevar el nivel de vida y de la eficiencia de los programas de salud pública. Prolongar la vida del hombre significa alargar el tiempo de vejez para cada individuo, y aumentar el número de seres humanos viejos y con ello una serie de servicios para ellos.

La vejez debiera de ser el punto donde se amplían las perspectivas hacia el más noble de los destinos del género humano; envejecer gozando de la mejor salud posible. Ya que no bastará con aumentar la esperanza de vida de 63.7 a 70 años para el año 2000 como lo señala la Organización Mundial de la Salud, sino que concomitante a este privilegio debe lograrse una vida sana, con posibilidades de realización y de adaptación favorable así como lo más normal dentro del contexto social y familiar (Langarica, 1987). Ciertamente, un anciano puede presentar todas las características físicas, fisiológicas y psicológicas acordes de su edad, puede cumplir los papeles que la sociedad le reserve y manifestar tan solo pequeñas indisposiciones de fácil solución. Sin embargo, estas indisposiciones pueden crecer y llegar a ser patológicas pasando al terreno geriátrico, en cuyo caso las enfermedades cursan sobre un organismo modificado por el envejecimiento, y adquiriendo características clínicas muy especiales.

Retomando el hecho de que la esperanza de vida va en aumento, aunado a la problemática arriba mencionada, se percibe que el cuidado de los ancianos implica gran inversión económica en el cuidado de éstos, no sólo a nivel familiar, sino institucional y social (González Aragón, 1989). Surge la necesidad de personal con distinta preparación para que cumpla tareas mutuamente complementarias que estén orientadas hacia el mismo centro de interés: la salud y el bienestar del viejo con énfasis en la vida familiar y social. De manera que vale la pena indagar cómo es la calidad de vida de las personas que están viviendo más años, de suerte que aliente u oriente la inversión económica y social. Otra inquietud es si realmente justifica el que se prolongue la vida en términos del propio anciano, de su estado de ánimo o moralidad, de su salud, en síntesis de su calidad de vida.

Al realizar una revisión de literatura en el País en febrero de 1994, se encontró solamente una fuente de información elaborada por Pont Rivas y Granollers Mercader, sobre calidad de vida del anciano publicada en la revista de Enfermería de 1992. lamentablemente ésta no se pudo recuperar. No así la información existente en el extranjero, sobretodo en Estados Unidos de América donde enfermeras han estudiado esta variable desde hace tiempo, tanto en poblaciones sanas como enfermas.

La calidad de vida se ha valorado desde el punto de vista de los investigadores calificándola desde calidad aceptable hasta calidad pobre (Ferrans y Powers, 1992). En algunos estudios el paciente es quien evalúa su propia calidad de vida en áreas como salud, funcionamiento, familia, espiritualidad en términos de importancia y satisfacción (Ferrans y Powers, 1990). También se ha observado que la percepción sobre calidad de vida presenta variaciones de acuerdo a edad, sexo, estado civil, nivel de educación, nivel de ingresos económicos (Ferrans y Powers, 1993). Rojas Soriano (1988), señala que los individuos de una sociedad sufren procesos distintos en el fenómeno salud-enfermedad de

acuerdo a la clase social en donde se encuentre el individuo, refiriéndose particularmente a la clase baja como la más afectada. Ello conduce a reflexionar si existe alguna relación en la percepción de la calidad de vida de los ancianos mexicanos y su nivel socioeconómico.

Por otro lado la enfermería es reconocida tradicionalmente como el más amplio componente individual de servicios necesarios para brindar atención de salud al anciano, con miras a ayudarlos a mantener independencia y apoyarlo en su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida; para que se realice lo anterior el Consejo Internacional de Enfermería (1992), propone que es necesario que enfermería conozca cuales son los cambios físicos, psicológicos y sociales y como son interpretados por el anciano y la sociedad por medio de la investigación con el fin de favorecer una atención de calidad.

Con lo expuesto se puede deducir que en México no se cuenta con un marco de referencia ni instrumentos desarrollados que valoren la calidad de vida de la población, por lo que se considera que existiendo construcciones conceptuales e instrumentos estandarizados trabajados por enfermeras norteamericanas (Meerberg 1993, Ferrans y Powers 1985a, 1990, 1993), sobre calidad de vida es posible explorar cómo se comporta ésta en la población anciana. Este estudio pretende responder a la siguiente pregunta: cómo percibe el anciano su calidad de vida desde diferentes aspectos como: salud y funcionamiento social y económico, psicológico y espiritual y familia. Pretende explorar también si variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y enfermedad guardan una relación con la calidad de vida.

Objetivo General:

- 1.- Conocer como percibe el anciano la calidad de vida en relación a varios aspectos de su vida como salud y funcionamiento, social y económico, psicológico, espiritual y familia, así como relación de la calidad de vida con variables sociodemográficas.

Objetivos Específicos:

- 1.- Conocer la percepción que tienen los ancianos sobre la calidad de su vida en forma general y en cuatro dominios tales como: salud y funcionamiento, social y económico, psicológico/espiritual y familia.
- 2.- Examinar la satisfacción y la importancia sobre diferentes aspectos de la vida referidos en los cuatro dominios para determinar el impacto que tienen éstos en la calidad de vida del anciano.
- 3.- Explorar la relación que existe entre calidad de vida y las variables sociodemográficas en el anciano de diferentes estratos socioeconómicos.

Importancia del problema.

El presente estudio es relevante porque al partir de las siguiente premisa: Si la esperanza de vida va en aumento y los ancianos están viviendo más años, representa costos sociales a todos niveles, país, sociedad, familia y al mismo individuo. Se considera necesario conocer cómo es la calidad de vida de los que están viviendo más años.

Este estudio arrojará conocimiento sobre el anciano, una población poco estudiada en México. Particularmente a la enfermera

comunitaria orientará sobre los aspectos en los que el anciano se siente satisfecho y sobre todo los que para él son importantes. Esto aportará pautas para que la enfermera comunitaria facilite el fortalecimiento de los aspectos que le son importantes y que sin embargo por alguna razón no está satisfecho. El conocimiento aquí producido permitirá a la enfermera comunitaria, orientar fundamentalmente a las familias de los ancianos.

El conocimiento que genere esta investigación se considera apenas un inicio pero que sin duda abrirá nuevas interrogantes para futuras investigaciones y continuar avanzando sobre el conocimiento de la calidad de vida de los ancianos.

Limitaciones del estudio.

Vale la pena mencionar dos limitaciones de este estudio. La dificultad para localizar al anciano en su vivienda requirió de una muestra intencionada por lo que ésta puede no ser representativa de la población total de ancianos.

En cuanto al instrumento que se utilizó Índice de Calidad de Vida, su aplicación fue algo problemática por manejar términos poco claros en la redacción y por respetar la decisión de las autoras no se pudo modificar. Otro hecho fue el que algunas preguntas no se obtuvieron respuestas por ejemplo del aspecto sexual. Las razones fueron por viudez argumentando ya no acordarse y otros casos rehusaron contestar por pudor.

Una dificultad encontrada fue el rechazo a contestar por parte de ancianos del estrato socioeconómico alto. Esta dificultad se superó mediante el ofrecimiento de la toma de la presión arterial.

Definición de Términos.

Anciano: Toda persona que se encuentra en el rango de más 60 años de edad, con capacidad de comunicarse oralmente, orientado en tiempo y espacio.

Calidad de vida en general: Percepción de bienestar de una persona que se deriva de su satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que le son importantes para él o ella.

Subescalas de la calidad de vida: Categorización de áreas de la vida del individuo, salud/funcionamiento; social/económico; psicológico/espiritual; y familia.

Salud/funcionamiento: Areas relacionadas con la propia salud física del sujeto y con su capacidad de funcionamiento en diversas actividades.

Social/económica: área relacionada con las condiciones de vida del individuo alrededor del aspecto económico.

Psicológica/espiritual: áreas relacionadas con la satisfacción personal y la fe en Dios del individuo.

Familia: Area que mide la relación de la familia con el individuo.

CAPITULO II

REVISION BIBLIOGRAFICA.

En este capítulo se trabajó con conceptos y así como con la descripción de hallazgos de autores que han utilizado el constructo de calidad de vida. Esto último parte de dos análisis conceptuales formulados por dos autores.

Antecedentes sobre calidad de vida.

En los últimas décadas se ha despertado un interés en la sociedad por la calidad de vida del individuo. Según el sociólogo Campbell citado en Meeberg (1993), el término calidad de vida fue usado por primera vez en Norteamérica poco después de la Segunda Guerra Mundial, refiriéndose a que la calidad de vida era algo más que el mero bienestar económico. Con esto se reconoce que en la calidad de vida entran en juego variables no materiales.

Se hace referencia al presidente de Estados Unidos Lyndon B. Johnson como el primero en usar la frase "calidad de vida" en un discurso especial en el Madison Square Garden, el 31 de octubre de 1964, (Campbell, citado en Meeberg, 1993). A partir de entonces ésta se ha usado en una diversidad de contextos que van desde el político social hasta el de salud (Keyserlinghk, 1979).

El significado del constructo calidad de vida se relaciona muy estrechamente con el de bienestar. Los estudios alrededor de este constructo persiguen encontrar formas para impactar el mejoramiento de vida de los individuos (Keyserlinghk, 1979). Sin embargo, se complica al querer aplicar este concepto al área de la salud por el hecho de que existen problemas para definirlo y medirlo. Bearon citado en Ferrans y Powers (1992), afirma que debido a diferencias en valores culturales, religiosos o étnicos, la definición de calidad de vida es difícil. Esto genera la carencia de una definición común y a su vez conduce a inconsistencias en la

interpretación de lo que realmente constituye la calidad de vida (Ferrans y Powers, 1985a). En estudios revisados se aprecia una diversidad de puntos de vista sobre calidad de vida, entre lo que más comúnmente se destaca en ellos es: el estado socio-económico, la salud física, el afecto, el estrés percibido, la familia, las metas de vida, la autoestima, la depresión. En el Cuadro 1 se ilustra una serie de definiciones en donde se identifican las dimensiones implicadas de calidad de vida:

CUADRO 1
DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA

CONCEPTOS O DIMENSIONES	AUTORES
Opción subjetiva de calidad de vida y satisfacción de vida.	Andrews y Withey (1976). Campbell (1981). Padilla
Autoestima.	Lewis (1982).
Status socioeconómico (ocupación, educación, status financiero, vivienda).	Campbell y Converse (1976). Padilla
Bienestar espiritual.	Moberg y Brusek.*
Salud física (incluyendo actividad, signos y síntomas).	Campbell y Converse (1976) Padilla (); Bonney, et al. *
Bienestar emocional.	Tartar et al. *
Afecto.	Neugarten et al. * Campbell (1981). Crandall and Putnam *
Stress percibido.	Campbell, et al. (1981).
Amigos (incluido apoyo social).	Johnson et. al. * Campbell (1976; 1981).
Familia.	Kaplan-DeNours y Shanan. * Campbell et al. (1976).
Metas de la vida.	Neugarten, et al. *
Satisfacción con el hogar y el vecindario.	Campbell (1981, 1976).
Utilidad social.	Neugarten et al.;* Campbell (1981).

* Ferrans (1990).

Por lo tanto, la medición de la calidad de vida es compleja, pues se debe decidir sobre si utilizar medidas de tipo objetivo, subjetivo o ambas. Hollandsworth (1988), plantea que los criterios objetivos de calidad de vida se relacionan más con la cantidad de vida (cuanto se tiene) que con la calidad de vida en un sentido de plenitud de vida. Sin duda los criterios objetivos contribuyen pero no proporcionan una valoración completa de la calidad de vida de una persona. Por otro lado, Andrews y Withey (1976) mostraron que las mediciones subjetivas como las percepciones y experiencias individuales son más fuertes que las medidas objetivas. McCall (1975), están a favor de que deben utilizarse de los dos tipos de mediciones, ya que los indicadores subjetivos abordan directamente las experiencias de la vida, mientras que los indicadores objetivos miden las cosas que influyen en las experiencias por lo que los llaman substitutos de calidad de vida.

Otro aspecto a considerar, para medir la calidad de vida es, lo que menciona Meeberg (1993), para poder evaluar la calidad de vida en un individuo es necesario que se presenten ciertos atributos: 1) para que haya calidad de vida debe haber vida, los seres inanimados no tienen calidad de vida, 2) un estado de conciencia debe preceder a la calidad de vida, una persona anencefala o comatosa no puede tener calidad de vida, 3) la persona debe expresar sus sentimientos de satisfacción, felicidad o bienestar.

Hasta este momento se puede decir que la calidad de vida no es solamente lo objetivo y lo concreto que rodea al ser humano, sino también la relación subjetiva que ello produce y el valor que se le concede (Meeberg, 1993). "En realidad ella, es la resultante de la interacción permanente de un complejo de elementos, de naturaleza muy diversa, relacionada con los conceptos de desarrollo económico y social, nivel de vida, modo de vida, nivel de salud-enfermedad de la población, entre otros muchos, y de las percepciones que la población tenga de sus condiciones globales de vida y los traduzca

subjetivamente en sentimientos de bienestar-malestar, satisfacción-insatisfacción, felicidad-infelicidad" (San Martín Pastor, 1990, p. 370). Por lo tanto se puede concluir que la calidad de vida es una construcción multidimensional, que no incluye solamente una variable, se requiere de una diversidad de ellas para poderla explicar.

Dimensiones de la calidad de vida.

Como ya se mencionó, no existe una norma reconocida para medir la calidad de vida, sin embargo, Ferrans (1990, 1992), hace una revisión del concepto de calidad de vida en diferentes estudios, y encuentra que en la atención de salud la calidad de vida pueden agruparse en cinco amplias dimensiones:

1.- Satisfacción/felicidad:

Según Campbell et al. (1976), la satisfacción de vida es la dimensión más importante a incluir para valorar la calidad de vida. Laborde y Powers (1980), la llamaron barómetro de calidad de vida. En estudios gerontológicos comúnmente han usado la satisfacción de vida como indicador de la calidad de vida así como criterio de resultado. (Baur, 1983; Lewis, 1982). La satisfacción de vida, la han correlacionado con la felicidad pero se ha encontrado que la felicidad y la satisfacción de vida se comportan de una manera un tanto diferente a lo largo de la vida de la población general (Ferrans, 1990). Se ha encontrado que la felicidad disminuye con la edad mientras que la satisfacción aumenta. La felicidad sugiere un sentimiento positivo de corto plazo, mientras que la satisfacción implica una experiencia cognoscitiva a largo plazo, que resulta del juicio de las condiciones de vida, yendo desde la percepción de realización hasta la de pérdida (Campbell, et al. 1976) en el Cuadro 2 se resumen diferentes autores que han utilizado el término de satisfacción/felicidad para valorar calidad de vida.

CUADRO No. 2
DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA CENTRADA
EN LA SATISFACCION, FELICIDAD

DEFINICIONES	AUTOR
El grado al cual un individuo o sociedad es capaz de satisfacer las necesidades psicofisiológicas percibidas	Dalkeng.*
Obtener las condiciones necesarias para la felicidad a través de una sociedad	McCall.*
Satisfacción de necesidades	Campbell et al. (1976).
. La satisfacción subjetiva expresada o manifestada por un individuo en su situación física, mental y social . La evaluación subjetiva de un observador sobre las experiencias subjetivas de la vida personal de otro	Josen, et al. *
. La sensación de bienestar de una persona que se deriva de la satisfacción e insatisfacción con las áreas de vida que son importantes para él/ella,	Ferrans (1990).

* Ferrans (1990).

2.- Vida normal:

Se centra en la capacidad de vivir una vida normal. Edlund y Tancredi (1985) mencionan que está relacionada con la capacidad de funcionar a un nivel similar del de las personas sanas o personas típicas de la misma edad. Esta dimensión ha sido usada comparando la variable calidad de vida antes y después de un tratamiento médico o al inicio de la enfermedad de cada paciente. Las variables comprobadas han sido el número de horas trabajadas, la presencia de síntomas, la frecuencia de relaciones sexuales y una

calificación de salud. En estas comparaciones se asume que entre más cerca este la persona del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad, mejor es la calidad de vida (Ferrans, 1990). Aquí es digno de considerar tanto la percepción del que evalúa y como del evaluado pues como dice Ferrans y Powers (1985a) "la gente difiere en la importancia que le conceden a diversos aspectos de la enfermedad, lo que causa un impacto distinto sobre la experiencia de vida" (p. 17). Avorn (1984), refiere que un impedimento puede hacer que la vida valga la pena para un paciente, mientras que para otro puede ser una verdadera incomodidad.

3.- Logro de metas personales:

Esta dimensión se relaciona con la satisfacción/felicidad pues el logro de metas personales trae consigo una sensación de satisfacción mientras que el fracaso del logro de metas trae insatisfacción. Sin embargo, son diferentes por el hecho que aquí se ve desde el punto de vista de éxito o fracaso de las metas personales. El enfoque de esta dimensión es la congruencia entre las metas deseadas y las alcanzadas. En el cuadro 3 se presentan diversos tipos de definiciones que representan esta dimensión.

CUADRO No. 3
DEFINICIONES DE LA CALIDAD DE VIDA CENTRADAS
EN EL LOGRO DE METAS PERSONALES

FUENTE	DEFINICION
Gerson *	El grado hasta el cual un individuo tiene éxito en el logro de sus deseos a pesar de las restricciones impuestas por una naturaleza hostil o indiferente, Dios o el orden social
Enguist *	El grado al cual un individuo es capaz de alcanzar seguridad, auto-estima y la oportunidad de usar las capacidades intelectuales y físicas en la persecución de las metas personales
Calman *	Se refiere a la diferencia entre las metas percibidas y las metas reales. Es una valoración de la posibilidad de crecimiento
Sartorius *	Distancia entre la posición de una persona y sus metas

* Ferrans (1990).

4.- Utilidad social:

Esta dimensión se centra en la calidad de vida como la capacidad de conducir una vida socialmente útil (Edlund y Trancredi, 1985). Las definiciones sobre utilidad social se centran en la percepción del individuo en relación con la capacidad de funcionar en diversos roles, tales como, el de ser abuelo, maestro, trabajador voluntario, ciudadano, o los relacionados con productividad como, realizar tareas fuera de casa (empleo remunerado), hacer trabajo en casa, hacer diligencias, Jenkin et al. (1983).

Una de las primeras evaluaciones de la calidad de vida que utilizó la categoría de empleo como indicador básico de la construcción de este constructo fue Barnes (1976). Sin embargo, años después Lamendola y Pellegrine (1979) señalarían que el empleo

por sí solo no era adecuado para medir la calidad de vida, sus posturas fueron:

- 1.- Realizar un trabajo puede no ser una meta de calidad de vida del individuo.
- 2.- El deseo de trabajar puede ser influenciado por otras variables como son: el poseer un ingreso económico o el tener un estatus social o el tener limitaciones físicas. En resultados de estudios realizados por estos mismos autores (La Mendola, y Pellegrini, 1979) en pacientes con desviación cardíaca encontraron que muchos pacientes estaban altamente satisfechos y se sentían sin limitaciones físicas. El empleo no fue significativo para explicar la calidad de vida.

5.- Capacidad natural:

Las definiciones de la capacidad natural se centra esencialmente en las capacidades físicas y/o mentales (reales o potenciales) de una persona en todos los significados y la esencia de la vida se encuentra en las relaciones humanas. Por lo tanto si hay una alteración en ellos, habrá cambios en la calidad de vida. Generalmente esta dimensión es utilizada para tomar decisiones de o sobre como tratar de salvar la vida de una persona o permitirle morir.

Concluyendo con todo lo expuesto anteriormente se reconoce que la calidad de vida es una construcción multidimensional lo que provoca problemas de medición. Considerando esto, Ferrans y Powers (1985 a, 1992), se propusieron la tarea de crear un instrumento que midiera la calidad de vida de las personas sanas así como la de aquellas que tienen diversas enfermedades. Para ello tomaron como ejes las dimensiones consideradas por otros autores, uno de ellos George Bearon citado por Ferrans (1990) tales como:

- Para el diseño de un índice que midiera la variable calidad de vida, iniciaron por definir calidad de vida como: "la sensación de bienestar de una persona que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de vida que son importantes para el" (Ferrans y Power, 1992, p.24).
- Seleccionaron la satisfacción para definir el constructo calidad de vida, porque sugiere una explicación cognoscitiva y de juicio. Ello correspondía mejor conceptualmente con la idea manejada por Campbell et al. (1976) de que la calidad de vida es determinada por el juicio y la evaluación de las condiciones de vida del mismo sujeto, además de que sugiere un estado más permanente que la felicidad.
- Después de definir calidad de vida diseñaron el instrumento llamado *Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers (ICV)*, el cual sometieron a evaluación de propiedades psicométricas. Utilizaron el análisis de factores para examinar la estructura de factores subyacentes: este análisis indica que fueron cuatro las dimensiones representativas del índice de calidad de vida: salud/funcionamiento, social/económico, psicológico/espiritual y familia. El apoyo para la validez convergente fue proporcionada por una fuerte correlación de ($r=.77$) entre las puntuaciones del ICV y una valoración de la satisfacción de vida. En cuanto a la consistencia interna del ICV total fue $\alpha=.93$ y en las cuatro subescalas $\alpha=.87$, $.82$, $.90$, $.77$, respectivamente (Ferrans y Powers, 1992).

Pero aparte de valorar la calidad de vida general del individuo es importante considerar algunas otras variables, como las sociodemográficas y la presencia de la enfermedad ya que se ha demostrado que la apreciación de la calidad de vida varía considerablemente, según la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la educación, estado civil, ocupación, (San Martín Pastor, 1990). Por ejemplo, en estudios en población general y de ancianos han

encontrado relación entre el nivel socioeconómico y la felicidad y el bienestar (Merkides y Martin, 1979). En ese orden de ideas Leddy y Pepper (1989, p. 192) mencionan que el ingreso, la ocupación y la educación, son elementos principales de la clase social y suelen correlacionarse en forma positiva con el bienestar y en forma negativa con la morbilidad y la mortalidad. Así mismo, (Evans, et al., 1985) encontraron que los jóvenes mostraron mejor calidad de vida, y que la educación, la raza y el estado civil influyen significativamente en la calidad de vida, aunque no se explicó el por qué de esta influencia.

Conociendo los resultados de la valoración psicométrica del *Indice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers* (1992), reportados por ellas se piensa que proporciona confiabilidad para ser usado. Considerando lo anterior, se vio la posibilidad que enfermeras profesionales aplicaran este instrumento (ICV) en población mexicana pero dirigido a ancianos, ya que éste solo ha sido usado en población norteamericana e hispana en Estados Unidos, y explorar si proporciona resultados semejantes a los ya encontrados y lo principal es que pueda ser una forma de que enfermería haga valoración de necesidades de esta población y puedan ofrecer alternativas de solución a las poblaciones de este grupo.

Estudios relacionados.

Burckhardt (1985), describió y explicó el impacto de factores físicos, psicológicos y sociales, sobre la percepción de la calidad de vida de 94 ancianos con artritis reumatoide. los resultados encontrados fueron:

- 1.- Los ancianos tenían o experimentaban menos sensación de control de su salud lo que condujo a que reportaran una baja calidad de vida.

- 2.- Entre más deprimidos, desalentados y enojados más baja calidad de vida.
- 3.- Los ancianos que tenían varias personas de quien depender físicamente, para consejos y de tiempo social percibían una calidad de vida más alta.
- 4.- El sexo y el estado socioeconómico contribuyeron muy poco a la explicación de la calidad de vida.

Magelvy (1985), valoró las influencias de los factores psicosociales sobre la percepción de la calidad de vida de 66 mujeres de edad avanzada con oído deteriorado, los resultados encontrados fueron:

- 1.- Entre más apoyo social recibía la persona más alta percepción de calidad de vida.
- 2.- Entre más alta percepción de buena salud del individuo más alta calidad de vida.
- 3.- Ni la edad, ni el estado socioeconómico fueron predictores de la calidad de vida de la población.

En relación con estudios que utilizaron el *Indice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers* se recuperaron los siguientes: En 1993 un estudio sobre la calidad de vida de 349 pacientes hemodializados cuyos resultados fueron:

- 1.- La media de *calidad de vida general* de los pacientes fue 20.70.
- 2.- La *subescala familiar* fue significativamente más alta que el resto de las subescalas. Obtuvo una media de 25.25.

- 3.- La escala más baja fue la de *salud/funcionamiento* con una media 18.64.
- 4.- Las personas refirieron estar más satisfechas en relación a su Fe personal en Dios, a los hijos, a la alegría familiar y a la salud familiar.
- 5.- Lo más importante para los pacientes hemodializados fue la salud propia, el cuidado de su salud, la familia e hijos.
- 6.- En relación a las variables sociodemográficas, las variables significativas fueron:
 - a) Empleo ($p < .001$)
 - b) Educación ($p < .04$)
 - c) Edad ($p < .01$) con un 7% de explicación de la variabilidad en cuanto a la calidad de vida en general $R^2 = .07$ ($F 6,335 = 4.28$ $p < .001$).

Vorco y Ferrans (1993), valoraron la calidad de vida de 40 pacientes con angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP) antes y después de la intervención. Sus resultados fueron:

- 1.- La *calidad de vida general* fue de una media 20.32.
- 2.- La subescala *familiar* resulta la más alta con una media 25.23.
- 3.- La más baja fue *salud/funcionamiento* con 17.23.
- 4.- Uno de los determinantes significativos de la calidad de vida encontrados fue la percepción de la salud en general $F(1,35) = 17.29$, $p = .0002$; ya que encontraron que al mejorar su estado de salud debido a la intervención (ACTP) aumentó su calidad de vida en la subescala *salud/funcionamiento* a 22.80.

Hicks, Larson y Ferrans (1992) compararon la calidad de vida y las variables relacionadas a la salud en dos grupos de pacientes con trasplante de hígado. Sus resultados fueron:

- 1.- La calidad de vida general fue de una media de 22.2.
- 2.- La subescala familia resultó la mas alta con una media de 25.4 y las más baja fue la social económico con una media de 20.3.
- 3.- Uno de los determinantes significativos de la calidad de vida encontrados fue que a mayor edad del paciente mejor calidad de vida.
- 4.- Ni la educación, ni el sexo y ni la salud fueron predictores de la calidad de vida de la población estudiada.

CAPITULO III METODOLOGIA

Tipo de estudio.

Por ser el objetivo del estudio describir la relación entre variables y no de deducir relaciones causa-efecto, el trabajo fue de tipo descriptivo de correlación.

Sujeto de estudio.

Lo conformó el individuo con las siguientes características de inclusión y exclusión:

Características de inclusión:

- . Personas de 60 años y más
- . Ambos sexos
- . Capaz de expresarse verbalmente
- . De nivel socioeconómico alto, medio y bajo
- . Con estado de salud mental aceptable (coherencia de datos generales de manera articulada y ningún problema de salud evidente tal como secuela de embolia, demencia senil).

Características de exclusión:

- . Personas menores de 60 años
- . Incapacidad para expresarse verbalmente.
- . Estado socioeconómico marginal
- . Con un estado de disfunción mental.

Muestra.

La muestra fue no probabilística intencionada considerando el criterio señalado por Munro (1993) de que para estudiar dos o más grupos con un alpha de .05 con un poder de .80 se requieren de 64

sujetos en cada grupo, cuando hay una variable dependiente (p.135).

La variable dependiente fue el nivel socioeconómico contando con tres estratos: alto, medio y bajo. Se estableció que deberían ser 195 sujetos, 65 por cada estrato.

Consideraciones éticas.

Se abordaba a los sujetos solicitándoles su consentimiento oral previa explicación. La explicación consistía en el propósito de la investigación, en el manejo de la confidencialidad, y su libertad de desistirse de continuar con el cuestionario en el momento en que lo deseara. (Consideraciones recomendadas por la Secretaría de Salud en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, 1987).

Descripción de instrumentos.

Para la recolección de las variables sociodemográficas el investigador elaboró preguntas cerradas y abiertas. Para la variable calidad de vida percibida se utilizó el Índice de Calidad de Vida (ICV) de Ferrans y Power (Ferrans; 1990; Ferrans y Powers, 1985; Ferrans y Powers, 1992) en su versión en español. Para la utilización del instrumento se pidió la autorización de los autores por escrito (Anexo 1). Se le realizaron mínimas modificaciones de traducción con previo permiso (Anexo 2). El ICV consiste de 68 reactivos divididos en dos secciones. La primera sección valora qué tan satisfecho está el sujeto con 34 aspectos de la vida, y la segunda valora la importancia de esos mismos aspectos. Por ejemplo, una pregunta de la primera sección dice "qué tan satisfecho está Usted con su salud". El equivalente de la otra sección dice, "qué tan importante es su salud para Usted". La respuesta se mide con una escala de seis puntos. Dicha escala va desde "muy satisfecho" con seis puntos a "muy insatisfecho" con un punto. Las respuestas a los reactivos sobre importancia van desde "muy

importante" con seis puntos hasta "no muy importante" que recibe un punto.

Para calcular los puntajes sobre calidad de vida en general sobre las subescalas: (salud/funcionamiento, social/económico, psicológico/espiritual y familia) se procedió con el instructivo de las autoras. Se utilizó el paquete estadístico Sistema de Análisis Estadístico (SAS). El procedimiento se detalla en el anexo 3.

Procedimiento.

Para localizar al sujeto de estudio de un nivel socioeconómico alto, medio y bajo se utilizó el mapa de distribución socioeconómica del INEGI, que lo determina según las condiciones de vivienda. Para el nivel alto se seleccionaron el área comprendida de San Pedro Garza García, para el nivel medio lo que correspondió a algunas colonias de Monterrey y San Nicolás de los Garza y para el bajo fueron las áreas de Guadalupe y San Nicolás de los Garza (clasificados para esta categoría específicamente los Fomerreyes).

Una vez identificado el sector a trabajar se consideró que los lugares en donde se reunían grupos de ancianos eran los parques públicos, plazas, iglesias y centros comerciales por los que estos fueron los lugares donde ocurrió el levantamiento de datos. Se verificaba que el domicilio perteneciera al estrato seleccionado.

La técnica a utilizar para la aplicación del instrumento fue la entrevista. Para saber si el sujeto reunía las características de inclusión, se hizo mediante las preguntas sociodemográficas. Si no las reunía el sujeto se descartaba sin preguntar los ítemes del ICV propiamente. Cabe aclarar que el levantamiento de las primeras encuestas hubo rechazo por parte de los sujetos principalmente de los del estrato medio y alto. Las razones que manifestaron eran; "no tengo tiempo", "de que me va a servir", "no me interesa", por lo que se tuvo que cambiar la forma de abordar al encuestado. De

la forma directa se optó por ofrecer un servicio, como fue la toma de presión arterial, para que aceptaran ser entrevistados y ganar la confianza del encuestado. Esta situación no se presentó en el estrato bajo, aunque cabe mencionar que se realizó el mismo procedimiento.

Debido a que a partir de los 40 años el individuo presenta disminución en la visión corta para cuestionar las preguntas relacionadas propiamente con el ICV se diseñó la escala de evaluación de las preguntas en un tamaño que fuera visible para el sujeto, de manera que ayudara a seleccionar la respuesta. Por ejemplo, cuando se preguntaba que tan satisfecho (a) esta usted con su salud? se le decía esta satisfecho o insatisfecho, dependiendo de la respuesta se le mostraba la escala de tamaño ampliado para que ubicara su respuesta. Si contestaba con un "si" se le preguntaba que tanto, poco, moderadamente, o muy satisfecho. Dependiendo de la contestación se marcaba con un círculo en el escrito. Si la respuesta era "no" se le interrogaba que tan insatisfecho poco, moderado o muy insatisfecho.

En aquellos sujetos que tenían disminución de la agudeza auditiva, se les tenía que cuestionar despacio y en un tono de voz que les permitiera escuchar. El promedio de tiempo que se llevó para aplicar el instrumento con cada encuestado fue de 20 a 35 minutos.

Los encuestadores que realizaron las entrevistas fueron tres pasantes de Licenciatura en Enfermería y el Investigador. A las pasantes se les dio un entrenamiento sobre el uso de la entrevista (ventajas y desventajas). Se les dio el protocolo de investigación para que lo analizaran y se discutió el Índice de Calidad de Vida sus aplicaciones y resultados. El tiempo que implicó este entrenamiento fue de una semana.

Se realizó una prueba piloto en la cual se levantaron 12 encuestas, esto permitió detectar aquellas preguntas en las cuales el sujeto tenía dificultades para responder, se revisaron y se propusieron formas para abordarlos. El tiempo que implicó el levantamiento de información fue de aproximadamente de tres meses (mayo a julio 1994).

Pruebas Estadísticas.

Los datos se procesaron bajo un sistema electrónico mediante el paquete estadístico SAS . Para el análisis de los datos se utilizaron medidas de tendencia central, media, desviación estándar y rango. El análisis multivariado de varianza para buscar la significancia de diferencias en las medias de las subescalas. Los coeficientes de correlación de Spearman y de Pearson para examinar la relación entre la satisfacción y cada dimensión de la misma; y entre la satisfacción y la importancia. Se practicó un análisis factorial para revisar la relación de las variables sociodemográficas y enfermedad con respecto a la calidad de vida.

CAPITULO 1V
RESULTADOS

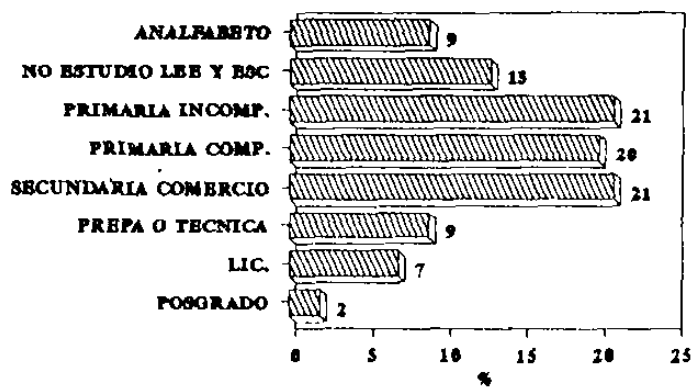
Características de la Población.

La población de estudio estuvo conformada por 195 sujetos de los cuales el 51% (n=100) lo integró el sexo femenino y el 49% (n=95) el masculino; la edad promedio de los ancianos fue de 75 años con una desviación estándar de 9.8 años.

El estado civil del sujeto se clasificó en cuatro categorías registrándose lo siguiente: 60% (n=117) dijo ser casado, 29% (n=57) viudo, siete por ciento (n=14) soltero y cuatro por ciento divorciado.

Respecto a la escolaridad que poseían, manifestaron lo que se ilustra en la siguiente gráfica:

GRAFICA NO. 1
ESCOLARIDAD DEL ANCIANO
n = 195

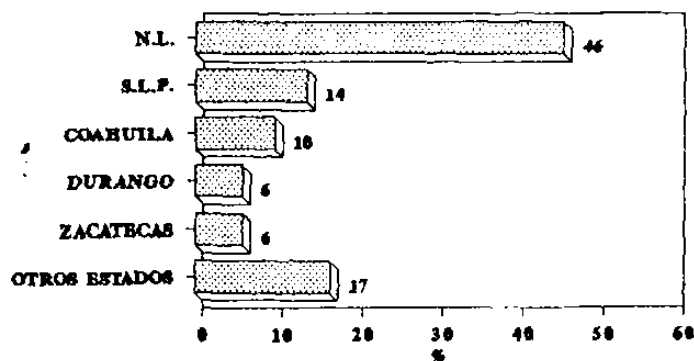


Fuente: Índice de Calidad de Vida. 1994
(I.C.V. 1994)

Como puede observarse 80% (n=150) de la población posee algún grado de escolaridad.

En cuanto al lugar de donde procedían se registró lo que se presenta en la gráfica 2.

GRAFICA NO. 2
LUGAR DE PROCEDENCIA DEL ANCIANO
n = 195

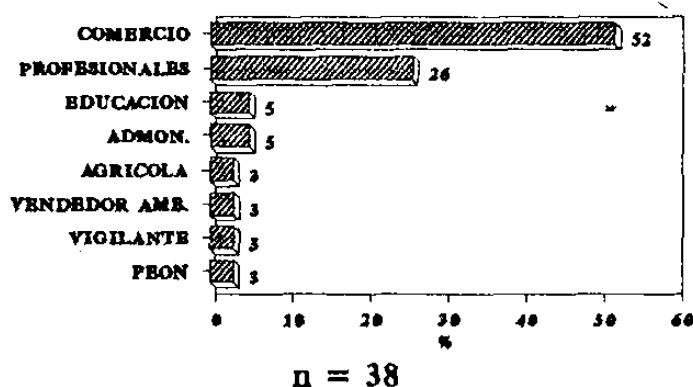


FUENTE: I.C.V., 1994

Como puede apreciarse el estado que mayor porcentaje refirieron fue el de Nuevo León con 46% (n=40) precedido de otros cuatro estados del noreste del país vecinos del anterior con 36% (n=34).

En relación a si trabajaban actualmente los ancianos el 80% (n=157) respondieron negativamente y el 20% (n=38) afirmativamente de esto en la gráfica tres se describe a que se dedicaban:

GRAFICA NO. 3
ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA
EL ANCIANO



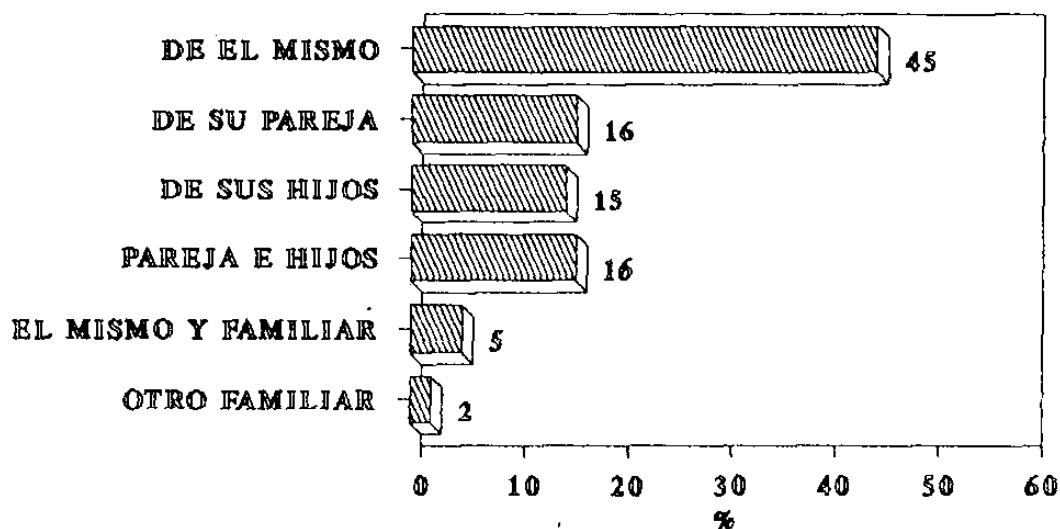
FUENTE: I.C.V., 1994

Como se aprecia, el 83% (n=31) realiza trabajos remunerados por su cuenta; como es el comerciante en un negocio fijo, el profesionista, el vendedor ambulante y el agricultor y el restante 17% (n=7), depende de una organización pero se mantienen activos.

De las personas que no trabajaban 80% (n=57) al cuestionarles por que no lo hacían sus respuestas, fueron las siguientes; el 45% (n=75) por tener que realizar actividades en el hogar, otro 45% (n=71) por estar jubilado o pensionado, 5% (n=6) por enfermedad, cansancio y 5% no especificó.

Al preguntarles de quien dependía económicamente mencionaron lo que se ilustra en la siguiente gráfica.

GRAFICA NO. 4 PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE EL ANCIANO



n = 195

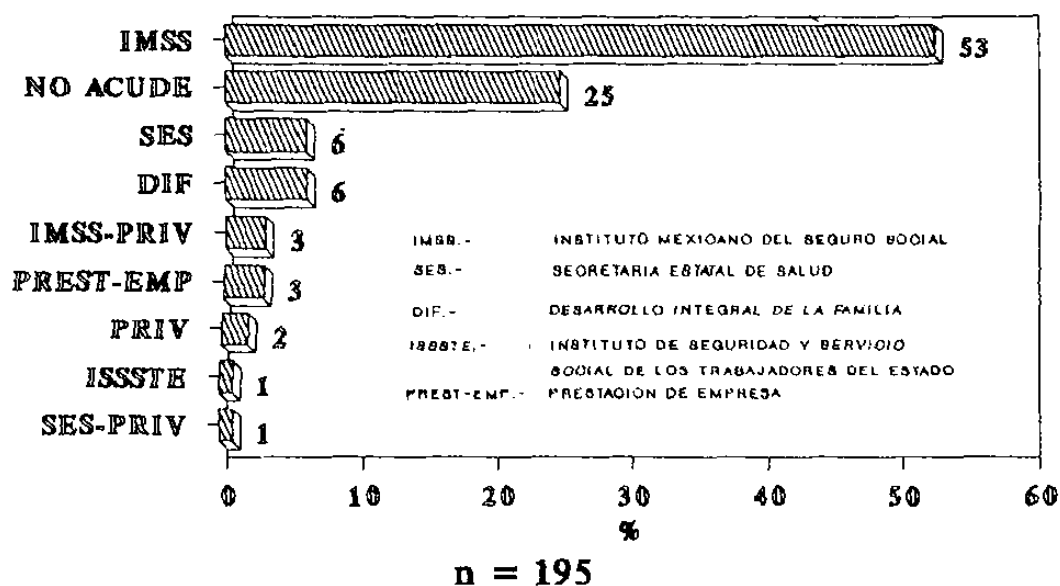
FUENTE: I.C.V., 1994

Como se observa en la ilustración anterior alrededor del 70% de los pacientes ancianos, son independientes económicamente, el resto depende de algún familiar, principalmente de los hijos.

Con respecto al nivel socioeconómico que poseía el anciano quedó conformado con 33% para cada estrato como se esperaba.

Al interrogarle a donde acudía a atenderse su salud se registró lo que se muestra en la gráfica 5.

GRAFICA NO. 5 INSTITUCION A DONDE ACUDE A ATENDER SU SALUD



FUENTE: I.C.V., 1994.

Como se aprecia, el 60% tiene seguridad social y acude a ella en caso de requerirla, es notorio que 25% no acuda a ningún servicio de salud, el resto acude a atender su salud en instituciones como el DIF, SES 13% y privados 2%.

Calidad de vida.

La media de calificaciones para calidad de vida en general y para las cuatro subescalas se reportan en la siguiente tabla.

TABLA 1
RESUMEN ESTADISTICO DE LOS PUNTAJES DE CALIDAD DE VIDA
EN GENERAL Y DE LAS SUBESCALAS DE 195 ANCIANOS

ESCALA	MEDIA	D.S.	RANGO*
Calidad de Vida General (Escala total)	25	3.30	12.6 - 29.6
Subescalas:			
Salud/Funcionamiento	24	3.91	10.6 - 30.0
Social/Económico	24	3.82	11.3 - 30.0
Psicológico/Espiritual	26	3.48	11.6 - 30.0
Familia	27	3.63	13.5 - 30.0
D.S. Desviación Estándar			
*RANGO DE CALIFICACIONES ES DE 0 - 30			
Fuente: Indice de calidad de vida del anciano. 1994.			

Los resultados mostraron que la media de calificaciones para la calidad de vida general fue de 25, y que la sub-escala familia y psicológico-espiritual fueron más altas que las medias de las otras sub-escalas. Al aplicar el análisis multivariado de la varianza no se encontró diferencias entre las medias de la subescala familia y psicológico espiritual.

A fin de explorar las diferencias entre las cuatro sub-escalas se examinaron las respuestas de los reactivos individuales. Primero, para examinar la relación entre satisfacción con cada aspecto de la vida y su importancia para el individuo, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre cada par de respuestas de satisfacción e importancia: Como se puede observar

en la tabla 2, la asociación mas débil fue .001 para la variable cantidad de dolor y la mas fuerte .66 para la variable tener control de su vida. La media de las 34 correlaciones fue .82 ($p=.0001$).

Para comparar mas las sub-escalas, se ordenaron las medias de las respuestas para los reactivos de satisfacción e importancia. La ordenación se muestra en la tabla 2. La media mas alta para la respuesta de satisfacción fue 5.75 (orden 1) y la menor fue 4.21 (orden 34).

Las medias indicaron que los sujetos estaban moderadamente satisfechos con la ordenación de preguntas 1-16, ligeramente satisfechas en el orden de 17-30 y ligeramente insatisfechas con los lugares 31-34.

Las medias mas altas para la respuesta de importancia fue 5.82 y la más baja 4.83. Las respuestas indicaron que los sujetos consideraban los reactivos colocados en orden 1-18 como muy importantes, los de orden 20-30 como moderadamente importante y los de 31-34 ligeramente importante.

Los reactivos que ocuparon los primeros lugares para satisfacción fueron:

1. Fe personal en Dios.
2. La salud de su familia.
3. Yo en general.
4. Su felicidad en general.
5. Sus hijos.

Los de importancia fueron:

1. Su fe personal en Dios.
2. Su salud.
3. Sus hijos.
4. La felicidad de su familia.
5. Su felicidad en general.

Una correlación de Spearman de .79 ($p=.0001$) fue computada entre satisfacción y la ordenación de la importancia.

TABLA No. 2

COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON Y ORDENAMIENTO
DE LAS RESPUESTAS DE SATISFACCION E IMPORTANCIA EN ANCIANOS

VARIABLES	CORRELACION DE PEARSON SATISF. E IMPORTANCIA	VALOR DE P	CASOS	ORDEN DE SATISF.	ORDEN DE IMPORT.
1. CON SU SALUD?	.4154	.0004	194	24	2
2. EL CUIDADO DE SU SALUD QUE ESTA RECIBIENDO?	.4125	.0001	188	20	10
3. LA CANTIDAD DE DOLOR QUE TIENE?	.0019	.98	115	33	31
4. LA CANTIDAD DE ENERGIA QUE TIENE PARA LAS ACTIVIDADES?	.5134	.0001	187	26	15
5. SU INDEPENDENCIA FISICA?	.5454	.0001	194	16	12
6. TENER CONTROL DE SU VIDA?	.6654	.0001	193	13	11
7. SU CAPACIDAD PARA PROLONGAR SU VIDA?	.5282	.0001	192	9	14
8. LA SALUD DE SU FAMILIA?	.4070	.0001	193	2	7
9. SUS HIJOS?	.5576	.0001	181	5	3
10. LA FELICIDAD DE SU FAMILIA?	.3795	.0001	186	7	7
11. SUS RELACIONES CON SU ESPOSO(A) O PAREJA?	.5612	.0001	136	19	83
12. SU VIDA SEXUAL?	.4559	.0001	124	27	29
13. SUS AMIGOS?	.4911	.0001	189	15	26
14. EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE OTROS?	.5427	.0001	190	10	16
15. SU CAPACIDAD DE CUMPLIR CON SUS FAMILIARES?	.5222	.0001	190	13	18
16. SER DE UTILIDAD PARA OTROS?	.5059	.0001	194	28	24
17. LA CANTIDAD DE TENSIONES Y PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	.2262	.0017	190	32	32
18. SU CASA?	.5111	.0001	193	11	13
19. SU BARRIO?	.5222	.0001	191	12	22
20. SU NIVEL DE VIDA?	.5035	.0001	191	17	19
21. SU TRABAJO?	.3742	.0001	150	25	28
22. NO TENER TRABAJO?	.1050	.1889	158	34	34
23. SU EDUCACION?	.4427	.0001	188	31	30
24. SU INDEPENDENCIA FINANCIERA?	.3525	.0001	194	29	21
25. SUS ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE?	.6147	.0001	190	22	25
26. SU CAPACIDAD DE VIAJAR?	.4839	.0001	189	30	33
27. SU POTENCIAL DE SER FELIZ EN SU VEJEZ?	.6178	.0001	190	21	20
28. SU PAZ MENTAL?	.4613	.0001	195	8	8
29. SU FE PERSONAL EN DIOS?	.5786	.0001	195	1	1
30. EL LOGRO DE METAS PERSONALES?	.5478	.0001	193	14	17
31. SU FELICIDAD EN GENERAL?	.3319	.0001	195	4	5
32. SU VIDA EN GENERAL?	.2425	.0007	192	6	6
33. SU APARIENCIA PERSONAL?	.4583	.0001	194	18	27
34. USTED EN GENERAL?	.4840	.0001	193	3	9

COEFICIENTE DE PEARSON DE LAS 34 VARIABLES POR SATISFACCION E IMPORTANCIA DE .82 CON UNA P= .0001
 COEFICIENTE DE SPERMAN DE LAS 34 VARIABLES POR SATISFACCION E IMPORTANCIA DE .79 CON UNA P= .0001
 PUENTE: INDICE DE CALIDAD DE VIDA 1994.

Relaciones entre las variables sociodemográficas y calidad de vida.

Se exploraron las relaciones de las variables sociodemográficas y de la enfermedad con calidad de vida, para determinar si existía diferencias significativas entre los subgrupos. Se utilizó el análisis factorial en donde se incluyeron seis modelos de combinaciones de variables entre las que se incluyeron edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico y enfermedad para encontrar cual explicaba mejor la presencia de calidad de vida en los ancianos.

Los resultados mostraron que de los seis modelos estadísticos propuestos para el análisis cuatro de ellos salieron significativos con un valor de $p=.05$ ver cuadro 1.

CUADRO No. 1
ANALISIS FACTORIAL SOBRE CALIDAD DE VIDA
Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICOS/ ANALISIS FACTORIAL	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	TRABAJO	NIVEL SOCIOECONOMICO	ENFERMEDAD	EXPLICACION GENERAL DEL MODELO	
							P>	R2
MODELO 1		.37	.86	.22	.94	.93	.0057	.3134
MODELO 2	.94	.48	.83	.49	.96		.0124	.2995
MODELO 3	.89	.24	.96	.51		.28	.0247	.2440
MODELO 4	.15	.01	.16		.48	.78	.0194	.2909
MODELO 5	.31	.95		.98	.10	.39	.1720	.1662
MODELO 6	.62		.48	.81	.71	.56	.1118	.2059

P= .05

R2= CORRELACION DE PEARSON

FUENTE: INDICE DE CALIDAD DE VIDA 1994.

Algo importante que se observó fue que las variables sociodemográficas por si solas no tenían significancia para explicar la variable calidad de vida, a excepción de estado civil que mostró una $p=.01$ con una explicación de la varianza del 19% (Cuadro 1, Modelo 4). Pero cuando las variables interactuaban con otra se identificó que cinco de ellas tenían una relación con respecto a la calidad de vida estas fueron: estado civil con escolaridad ($p=.00$), en tres modelos del análisis con una explicación de la varianza del 29 al 31% (ver cuadro 2), otra asociación de variables fue nuevamente la escolaridad con enfermedad ($p=.03$) y sexo con trabajo ($p=.02$) estas con una explicación del 24% de la varianza. (ver cuadro 2).

CUADRO No.2
ANALISIS FACTORIAL SOBRE CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS

ANALISIS FACTORIAL	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4	MODELO 5	MODELO 6
VARIABLES						
SEXO - ESTADO CIVIL		.39	.50	.36	.61	
SEXO - ESCOLARIDAD		.88	.72	.57		.90
SEXO - TRABAJO		.17	*.02		.13	.06
SEXO - NIVEL SOCIOECONOMICO		.69		.63	.51	.92
SEXO - ENFERMEDAD			.40	.54	.86	.46
ESTADO CIVIL - ESCOLARIDAD	*.00	*.00	*.01	*.00		
ESTADO CIVIL - TRABAJO	.37	.26	.27		.14	
ESTADO CIVIL - NIVEL SOCIOECONOMICO	.42	.23		.52	.66	
ESTADO CIVIL - ENFERMEDAD	.69		.95	.91	.77	
ESCOLARIDAD - TRABAJO	.32	.40	.42			.42
ESCOLARIDAD - NIVEL SOCIOECONOMICO	.19	.10		.19		.34
ESCOLARIDAD - ENFERMEDAD	.31		*.03	.31		.13
TRABAJO - NIVEL SOCIOECONOMICO	.18	.36			.32	.33
TRABAJO - ENFERMEDAD	.94		.81		.42	.93
NIVEL SOCIOECONOMICO - ENFERMEDAD	.47			.30	.61	.36
P > .05	.0057	.0124	.0247	.0194	.1720	.1118
R. PEARSON	.3134	.2995	.2440	.2909	.1662	.2059

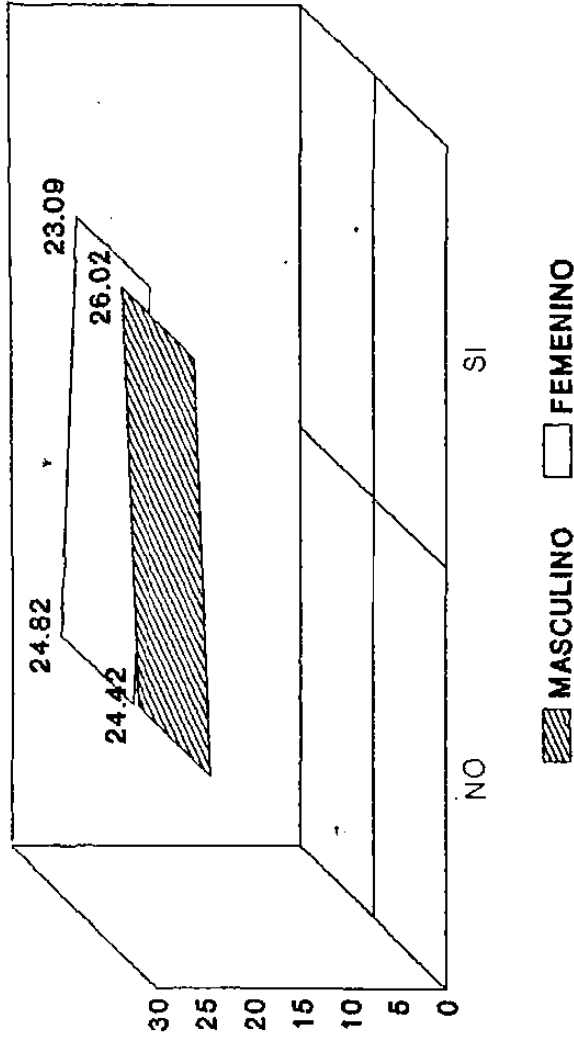
* VALORES SIGNIFICATIVOS CON UNA P= .05
FUENTE: INDICE DE CALIDAD DE VIDA 1994.

En la gráfica 6 se aprecia las intercepciones de las variables para sexo-trabajo. El anciano del sexo masculino y que trabajaba manifestó mas calidad de vida en contraste con el sexo femenino.

La intercepción de estado civil con escolaridad (gráfica 6) muestra que el anciano que era casado y contaba con mayor escolaridad (licenciatura o postgrado percibía mas alta calidad de vida a diferencia del soltero y el viudo. Y en relación a escolaridad con enfermedad (gráfica 6) los ancianos que manifestaron no presentar alguna enfermedad mostraron tener mas alta calidad de vida y esta aumentaba conforme se ascendía en escolaridad.

GRAFICA 6 ANALISIS FACTORIAL SOBRE CALIDAD DE VIDA EN GRAL.

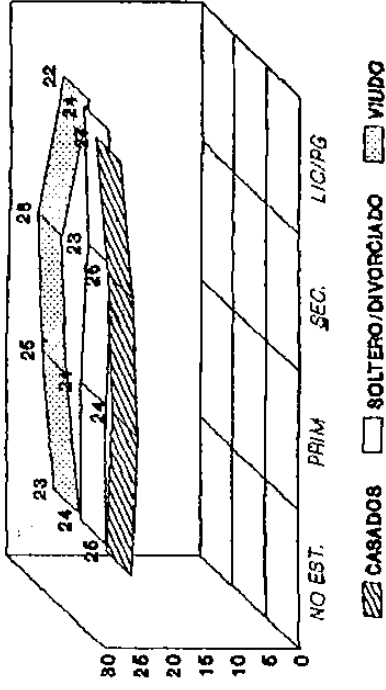
SEXO - TRABAJO



p = .0247
R = .244

Fuente: I.C.V. 1994

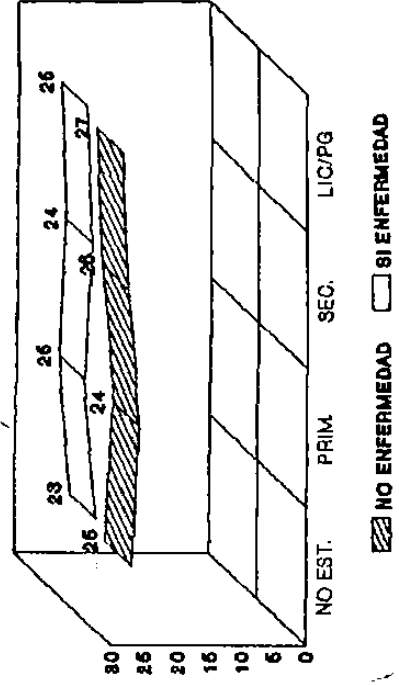
ESTADO CIVIL - ESCOLARIDAD



p = .0088

Fuente: I.C.V. 1994

ESCOLARIDAD - ENFERMEDAD



p = .0376

CAPITULO V

DISCUSION

Calidad de vida en general.

En este estudio se encontraron medias relativamente altas para todo el índice de calidad de vida, así como para las cuatro subescalas. Ello sugiere que los ancianos estaban enfrentando con efectividad las realidades de la vida. De hecho las calificaciones de calidad de vida de los ancianos fueron mas altas que aquellas de un grupo de 88 personas sanas (media=21.9) (Ferrans, 1985a; Ferrans & Powers (1993); y Vorco y Ferrans (1993)).

Los resultados encontrados en este estudio también concuerdan con los reportados por Hicks, Larson & Ferrans (1992). Ellos encontraron que los pacientes de mayor edad presentaban mas alta calidad de vida que los de menor edad.

Calidad de vida en las cuatro subescalas: La calidad de vida medida en las cuatro subescalas: Salud-Funcionamiento, Social-Económico, Psicológico-Espiritual y Familia mostraron: Mayor calidad de vida en la subescala familia y psicológico- espiritual que en el resto de las subescalas, esto tiene relación con lo que reportan Burckardt (1985); y Magilvy (1985) donde encontraron que los ancianos que tenían varias personas de quien depender para ayuda, consejos y tiempo percibían una calidad mas alta que aquellos que no contaban con esas facilidades. Lo anterior coincide con Ferrans y Powers (1993); Vorco y Ferrans (1993); y Hicks et al. (1992).

Las subescalas que reportaron medias más bajas de calidad de vida fueron la de salud funcionamiento y la social-económica, estos resultados coinciden con los encontrados por Hicks et al. (1992). En el presente estudio esto era lo esperado ya que una de las

características físicas y sociales del anciano es que se presenten disminución de recursos psicofisiológicos y económicos lo que crea sentimientos de inseguridad y pérdida de confianza. A su vez se ve limitado en la compra de satisfactores.

Al examinar el impacto de la calidad de vida entre la satisfacción con su importancia sobre diferentes aspectos de la vida del anciano referidos en las cuatro subescalas se encontró una asociación lineal significativa de .82 ($p=.0001$). Las áreas que tuvieron fuerte correlación fueron; 1) tener control de su vida con .66 2) sus actividades de tiempo libre .61 3) su potencial de ser feliz en su vejez .57 4) su fe personal en dios .57 y sus relaciones con esposa(o) o pareja .56. Todas estas con una $p=.000$. Las dos últimas áreas coinciden con lo reportado por Ferrans & Powers (1993) con una fuerte correlación entre satisfacción e importancia. Ellas consideraron que la población les otorga gran importancia en su vida diaria. Las otras tres restantes no concuerdan con lo encontrado en el mismo estudio, sin embargo se relacionan con las características del anciano en cuanto a que trata de ser independiente dentro de la comunidad en que vive adaptándose a las pérdidas y a la disminución de recursos, logrando satisfacer sus propias necesidades Carnevali (1986).

En relación a cual era mas importante y satisfactorio de las áreas de la vida para el anciano estos respondieron que los aspectos comprendidos de las subescalas psicológico-espiritual y la familia son los mas relevantes para ellos, esto concuerda con lo reportado por Ferrans & Powers (1993); y Campbell et al. (1976) en donde encontraron que las personas estaban satisfechos con sus

relaciones interpersonales, matrimonio, vida familiar así como la fe religiosa tanto en pacientes sanos como enfermos.

Dentro de la subescala salud-funcionamiento consideraron la salud y el cuidado de esta como muy importantes pero al valorar su satisfacción la clasificaron como ligeramente satisfecha lo que hace pensar que ésta es una área de la vida del anciano en donde enfermería debe trabajar para mejorarla. Ferrans (1990) menciona que entre mas cerca este la persona al nivel de funcionamiento previo a una enfermedad mejor es la calidad de vida . Cabe mencionar que el 50% de la población estudiada dijo presentar algún tipo de enfermedad crónica, por lo que es sobresaliente considerar esta información sobre la atención que se les esta prestando a este grupo de edad.

Con respecto a la subescala social-económico hubo correlación débil entre satisfacción e importancia , en cuanto a independencia financiera las medias de estos reactivos indicaron ser moderadamente importantes pero estaban ligeramente satisfechos, esto concuerda con lo reportado por Ferrans & Powers (1993) en donde los pacientes estudiados se sentían insatisfechos en este dominio por no contar con el suficiente aporte económico para satisfacer sus necesidades. Esto tiene relación con los ancianos estudiados a pesar de que el 70% de ellos dijo mantenerse económicamente por ellos mismos. El sustento económico en la mayoría de sujetos de este estudio procedía de pensiones y de jubilaciones bajas (cuatro salarios mínimos al mes).

Relaciones entre variables sociodemográficas y calidad de vida.

Al explorar si el anciano con ciertas características poseía calidad de vida superior a otros grupos se encontró solamente una variable sociodemográfica que en forma individual tuvo significancia. Fue el estado civil en donde la persona casada presentaba mas alta calidad de vida respecto al soltero y viudo .

Evans (1985) encontró también que el estado civil influía en la presencia de calidad de vida pero no explico como. Carnevali (1986) menciona respecto a la influencia de una pareja con el bienestar del anciano en que cuando la relación con un cónyuge o compañero es buena y o aunque no sea la ideal con frecuencia satisface la mayor parte de las necesidades diarias de una persona a diferencia de aquellas que se encuentran solteras o viudas.

Algo importante que se encontró en el análisis factorial es que cuando dos o mas variables se unian mostraban una significancia respecto a la calidad de vida algo que no sucedió cuando estaban en forma individual estas fueron tres conjuntos de ellas; 1) la primera fue sexo con trabajo aquí se observó que los ancianos del sexo masculino que trabajaban manifestaban disfrutar una calidad de vida superior respecto a los que no trabajaban y de los que trabajaban y eran del sexo femenino, esto concuerda con lo encontrado por Ferrans & Powers con respecto al trabajo, los que se mantenían ocupados poseían mas alta calidad de vida que aquellos que no realizaban alguna actividad. En relación con los ancianos puede explicarse este hallazgo porque el mantenerse activo para él le significa identidad, poder y satisfacción social Carnevali (1986); 2) el segundo conjunto de variables fue la educación con estado civil. En este se encontró que aquellos ancianos con grado de educación de licenciatura o postgrado y casados manifestaron mas calidad de vida que aquellos con educación básica o inferior en viudos y solteros esto tiene relación con lo que reportan San Martín Pastor (1990); Leddy & Pepper (1989); Evans (1985) y Ferrans y Powers (1993) en donde mencionan que la educación es un elemento importante a considerar cuando se evalúa la calidad de vida, pero en este estudio tuvo que estar unido a estado civil para que explicara la calidad de vida; 3) el tercer conjunto de variables en el que se encontró significancia fue escolaridad con

enfermedad. Se observó que cuando los sujetos no presentaban una enfermedad y tenían una escolaridad superior reportaban mas alta calidad de vida a diferencia de aquellos que manifestaban presentar una enfermedad y de escolaridad inferior. Lo anterior concuerda con lo que reporta Magilvy (1985); y Vorco et al. (1993) Con respecto a que aquellos sujetos que perciben una buena salud su calidad de vida era más alta que aquellos que no tienen esta percepción.

Una de las variables que se esperaba que tuviera diferente significancia con respecto a la calidad de vida fue el estrato socioeconómico. En el presente estudio no se encontró un relación directa y concuerda con lo reportado con Burckhardt (1985); Magilvy (1985); y Ferrans y Powers (1993) en donde identificaron que el nivel socioeconómico no era un predictor de la calidad de vida.

Conclusiones.

- 1.- De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo decir que la calidad de vida que percibe el anciano sobre ciertos aspectos de la vida como son las de salud funcionamiento, social económico, psicológico espiritual y familia es alta a comparación a los resultados reportados de otros estudios ya mencionados en este informe. Lo que hace pensar que este grupo de población tiene una vida aparentemente satisfactoria.
- 2.- Los dominios que mostraron más alta calidad de vida fueron los de la familia y el psicológico espiritual. Los más bajos fueron con salud-funcionamiento y social económico.
- 3.- Las áreas de la vida que mostraron una correlación entre satisfacción e importancia fueron: 1) tener control de su

vida, 2) actividades de tiempo libre, 3) Potencial de ser feliz en su vejez, 4) su fé personal en Dios y 5) sus relaciones con esposa y pareja.

- 4.- Las áreas de la vida que el anciano mencionó le producían más satisfacción fueron; la fé personal en Dios, la salud de su familia en general, su felicidad en general y sus hijos.
- 5.- Las áreas de la vida que el anciano refirió como más importantes fueron; su fe personal en Dios, su salud, sus hijos, la felicidad de su familia y su felicidad en general.
- 6.- Respecto a las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico) y la presencia de enfermedad de las cuales se quería conocer si existía alguna relación con la calidad de vida se encontró:
 - a) Que solamente el estado civil en forma independiente tuvo relación significativa respecto a la calidad de vida percibida, con una explicación del 29% de la varianza de la calidad de vida.
 - b) Cuatro variables mas resultaron tener relación significativa con respecto a la calidad de vida pero solo en forma asociada estas fueron: sexo-trabajo, escolaridad-estado civil, escolaridad -enfermedad las cuales se dieron con una explicación del 29% de la varianza con respecto a la calidad de vida.
 - c) El nivel socioeconómico no contribuyo a la explicación de la calidad de vida como se esperaba que resultara.

- 7.- El instrumento utilizado Índice de Calidad de Vida mostró consistencia de sus datos ya que registró una correlación de Spearman de .79 lo que significó que no existía gran diferencia con los resultados reportados por las autoras de Ferrans y Powers, lo que sugiere que es útil para medir la calidad de vida de la población anciana. Pero sería conveniente quizás realizar algunos cambios en cuanto a la redacción de algunas preguntas para que quedaran más claras al momento de cuestionarlas estas serían la número 3, 6, 17, 20, 27, 32.
- 8.- La información reportada en este estudio proporciona una evidencia inicial de un marco de trabajo útil para la enfermera comunitaria ya que sin duda le permitirá comprender y explicarse algunas de las conductas del anciano y quizás le permita planear algunas intervenciones específicas sobre como mejorar la calidad de vida de este grupo de edad ya que una de las áreas de la vida que refirió insatisfacción el anciano estuvo relacionado con el cuidado de su salud.

Sugerencias.

- 1.- Una implicación importante sugerida por esta investigación es la necesidad de desarrollar intervenciones potenciales de enfermería comunitaria con la población en general en lo referente:
- a) Protección de la salud: Educar a la población adulta sobre lo que implica llegar a los 60 años de edad en relación con los aspectos físicos, psicológicos y sociales con el fin de que prevea un envejecimiento satisfactorio.

b) Promoción de la Salud: Orientar a la población de limitar el desarrollo de enfermedades crónicas y minimizar la pérdida de funciones relacionadas con la edad, así como de orientar a las familias sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden presentarse en los ancianos con el fin de que comprendan el porque de éstos y así puedan ayudar al anciano a enfrentarse mejor a su realidad y por lo tanto mejorar la calidad de vida de éstos.

- 2.- Proponer en todos los niveles de los programas de educación de enfermería se incluyan materias relacionadas con la atención de enfermería de los ancianos, con el fin de ir sensibilizando a las enfermeras sobre las necesidades y problemáticas de esta población con el fin a que contribuyan a la atención del anciano sano y enfermo a ayudarlo a mantener su independencia y apoyarlo a autocuidarse para garantizar una mayor calidad de vida.
- 3.- Seguir explorando la variable calidad de vida en la población anciana pero con muestras aleatorias y en diferentes medios como hospitales, asilos y comunidad con el fin de conocer si los resultados aquí presentados se mantienen o existen algunas otras variables importantes que expliquen la calidad de vida.
- 4.- Negociar con los autores del Instrumento Índice de Calidad de Vida sobre algunas modificaciones en la redacción de las preguntas de éste con el fin de que sean mas precisas cuando sean cuestionadas al entrevistado.

- 5.- Revisar la legislación que protege a los ancianos y estimular actividades en donde enfermería participe en el mejoramiento de la vida de este grupo.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alonso Castillo, M. (1985). Manual de enfermería comunitaria: Rol ampliado de enfermería. Departamento de Salud Pública. Facultad de Enfermería, 73-75. U.A.N.L.
- Andrews, F., y Withey, S. (1976). Social indicators of well being, New York: Plenum Press.
- Avorn, J. (1984). Benefit and cost analysis in geriatric care. New England Journal of Medicine, 310, 1294-1301.
- Barnes, R. (1976). Quality of life, health status and clinical Research Medical Care, 27(3, suppl.) 148-155.
- Baur, P.A. (1983). Stability of life satisfaction in later life. The Gerontologist, 23, 261-265.
- Burckhardt, C.A. (1985). The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research, 34(1), 11-16.
- Campbell, A. (1981). The sense of well-being in Americans. New York: McGraw Hill.
- Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). The quality of American life. New York: Russell Sage.
- Carnevali, D. L., y Maxine P., (1986). Tratado de Geriatria, Segunda Ed., México: Interamericana McGraw Hill.
- CELADE, ONU, (1982). México: Proyecciones 1990-2025. Citado por México Demográfico. Mexico: CONAPO.
- Cella D. F. (1992). Quality of life: The concept. Journal of Palliative Care, 8(3), 8-13.
- Contreras Leyer, E. (1988). El envejecimiento alrededor del mundo Informe del Simposio del Presidente. "El envejecimiento en el mundo de mañana: Una perspectiva internacional". Presentado en la Reunión Anual Científica de 1988. La Sociedad Gerontológica de América. San Francisco, California.
- Edlund, M., y Tancredi, L. (1985). Quality of life: An ideological critique. Perspective Biol Med, 28, 591-607.

Evans, R., Mannineu, D., Garrison L., & Lowrie, (1985). Quality of life of patients with end-stage renal disease. New England Journal of Medicine, 312, 553-559.

Ferrans, C.E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. Seminars in Oncology Nursing, 6(4), 248-254.

Ferrans, C.E. (1992). Conceptualizations of quality of life in cardiovascular research. Progress in Cardiovascular Nursing, 7(2), 2-6.

Ferrans, C., & Powers, M., (1985a) Quality of life index: Development and psychometric properties. Advances in Nursing Science, 8(1), 15-24.

Ferrans, C.E., y Powers, M., (1992). Psychometric assesment of the Quality of Life Index. Research in Nursing & Health, 15, 29-38.

Ferrans, C., y Powers, M. (1993). Quality of life of hemo-dialysis patients. ANNA Journal, 20(5), 575-581.

George, L., Bearon L. (1980). Quality of life in older persons. New York: Human Sciences Press.

González Aragón, J. (1990). Hospitales y servicios geriátricos en los países en desarrollo hacia el año 2000. Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología, 2(2), 60-63.

González Aragón, J. (1989). Autocuidado en la Vejez. Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología, 1(1), 21-25.

Gutiérrez Álvarez, y Brown, M., (1983). Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. Salud Pública de México, 1, 22-27.

Hicks, F., Larson J. & Ferrns C. E., (1992). Quality of life after liver transplant. Research in Nursing & Health, 15, 111-119.

Hollandsworth, J.G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: As-year update. Social Science and medicine, 26(4), 425-434.

Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática (INEGI) (1993). La Tercera Edad en México.

Jenkins, C., Stanton, B., y Savageau, J., (1983). Coronary artery bypass surgery: Physical, psychological, social, and economic outcomes six months later. JAMA 250(6), 782-788.

Kerschner, H. (1987). Un vistazo global a la atención de largo plazo, recursos faltantes en los países en desarrollo. PROVIDER, 1. 6-8.

Keyserling, E.W. (1979). Sanctity of life or quality of life in the context of ethics, medicine and law. Protection of Life Series Law Reform Commission of Canada, Ottawa.

Laborde, J.J., & Powers, M.J., (1980). Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis. Research in Nursing and Health 3, 19-24.

La Mendola, W., y Pellegrini, R. (1979). Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. Social Science and Medicine, 13, 457-461.

Leddy, S., y Pepper, M. (1989). Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Lippincott Company, Filadelfia.

Langarica Salazar, R. (1987). Gerontología y geriatría. México: Interamericana.

Lewis, F.M. (1982). Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. Nursing Research, 31, 113-119.

Magilvy, J. (1985). Quality of Life of Hearing Impaired Older Women. Nursing Research, 34(3), 140-144.

Markides K., y Martin H. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. Journal of Gerontology, 34, 83-93.

Mc Calls, C. (1975). Quality of life. Social indicators Research, 2, 229-248.

Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing, 18, 32-38.

Munro, B. H., y Batten-Page, E., (1993). Statistical methods: For health care research. 2nd. Ed. Philadelphia: Lippincott Co.

San Martín Pastor, V. P. (1990). Epidemiología de la Vejez. España: Ed. Interamericana McGraw Hill.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1976). "Enseñanza de la Enfermería en Salud Comunitaria". Publicación Científica No. 32, Washington, D.C.

Rojas Soriano, R. (1988). Sociología Médica, Tercera Edición, México: Plaza y Valdez. .

Vorco, A., y Ferrans, C. E. (1993). Psychologic Aspects of Cardiovascular Care. Quality of Life After Coronary Angioplasty. Heart & Lung, 22(3), 193-199.

Department of Medical-Surgical Nursing (M C 802)
College of Nursing
845 South Damen Avenue, 7th Floor
Chicago, Illinois 60612-7350
(312) 996-7900

January 24, 1994

Lic. Velia Margarita Cardenas
Gonzalitos 1500
Col. Mitras Centro
Monterrey, N.L. 64460
Mexico

Dear Ms. Cardenas:

Thank you for your interest in the Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). I trust that you received the FAX of the instrument that I sent you on January 20, 1994. With this letter I have enclosed the generic version of the QLI translated into Mexican Spanish and the computer program for calculating scores. I also have included a list of the weighted items that are used for each of four subscales: health and functioning, social and economic, psychological/spiritual, and family, as well as the computer commands used to calculate the subscale scores. The same steps are used to calculate subscale scores and overall scores.

There is no charge for use of the QLI. You have my permission to use the QLI for your study. In return, I ask that you send me any publications of your findings using the QLI. Such reports are extremely important to me.

If I can be of further assistance, please do not hesitate to contact me. I wish you much success with your research.

Sincerely,



Carol Estwing Ferrans, PhD, RN
Assistant Professor

SUB ESCALAS DE LA CALIDAD DE VIDA

Se listan abajo las subescalas que integran el Índice de Calidad de Vida, con las preguntas que valoran cada una de ellas, incluidos en el cuestionario de calidad de vida del anciano.

I.- Subescala Salud Funcionamiento.

1. Su salud
2. Cuidado de la Salud
3. Dolor
4. Energía
5. Dependencia Física
6. Control de su vida
7. Larga vida
12. Vida sexual
15. Responsabilidades familiares
16. Utilidad para otros
17. Stress
25. Actividades de recreo
26. Viajes
27. Retiro y jubilación

II.- SUBESCALA SOCIOECONOMICA

13. Amigos
14. Soporte emocional
18. Hogar
19. Vecindario
20. Estándar de vida
- 21/22. Trabajo/empleo
23. Educación
24. Independencia financiera

III. SUBESCALA PSICOLOGICA/ESPIRITUAL

28. Paz mental
29. Fe en Dios
30. Objetivos/metast
31. Felicidad
32. Satisfacción personal
33. Apariencia personal
34. Su persona en general (consigo mismo)

IV. SUBESCALA FAMILIAR

8. Salud Familiar
9. Hijos
10. Felicidad de la Familia
11. Esposo(a)/pareja

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS

NUMERO DE IDENTIFICACION _____

FECHA
____ ANO ____ MES ____ DIA

I. DATOS GENERALES

1.- NOMBRE _____

2.- AÑOS CUMPLIDOS _____

3.- SEXO

1. FEMENINO 2. MASCULINO

4.- ESTADO CIVIL

1. SOLTERO

2. CASADO

3. DIVORCIADO

4. VIUDO

5.- ULTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE COMPLETO:

- 1. NO ESTUDIO NI SABE LEER NI ESCRIBIR.
- 2. PRIMARIA _____
- 3. SECUNDARIA _____
- 4. COMERCIO (CARRERA TECNICA)
- 5. PREPARATORIA
- 6. PROFESIONAL
- 7. POSTGRADO
- 8. OTRO _____ (ESPECIFICAR)

6.- EN DONDE NACIO USTED?

- 1. NUEVO LEON

2. SAN LUIS POTOSI
3. DURANGO
4. COAHUILA
5. ZACATECAS
6. OTRO ESTADO. ESPECIFIQUE _____

1.- TIEMPO DE RADICAR EN EL DOMICILIO ACTUAL (AÑOS) _____

8.- TRABAJA USTED?

SI _____ EN QUE TRABAJA _____

1. PROFESIONAL
2. TRABAJO DE LA EDUCACION
3. TRABAJO AGRICOLA
4. AYUDANTES Y PEONES
5. TRABAJADOR ADMINISTRATIVO
6. COMERCIANTES
7. VENDEDOR AMBULANTE
8. TRABAJO DE PROTECCION
9. NO TRABAJA

NO _____ POR QUE NO TRABAJA _____

1. JUBILADO
2. PENSIONADO
3. NO ESPECIFICA
4. ENFERMEDAD
5. CANSANCIO O DEBILIDAD
6. INTERESES DE CAPITAL
7. SI TRABAJA

9.- DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?

1. DE EL MISMO.
2. DE SU ESPOSO(A) O COMPANERO(A).
3. HIJOS.
4. OTRO FAMILIAR. ESPECIFICAR _____
5. MISMO Y FAMILIA
6. PAREJA E HIJOS

10.- PERCEPCION ECONOMICA QUE RECIBE SEMANALMENTE PARA EL DIARIO VIVIR

11.- A DONDE ACUDE PARA ATENDER SU SALUD.

1. IMSS
2. ISSSTE
3. S.S. (CENTRO DE SALUD)
4. DIP
5. MEDICO PARTICULAR
6. NO ACUDE A NINGUNO
7. OTRO. ESPECIFICAR _____

8. COMBINACION (S.S. Y PARTICULAR)

12.- LE HAN DICHO A USTED (EL MEDICO) QUE PADEZCA ALGUNA ENFERMEDAD: (INDAGE SOBRE PROBLEMAS CARDIACOS, ARTRITIS ENTRE OTROS). SI SU RESPUESTA ES POSITIVA:

PROBLEMAS CRONICOS COMO DIABETES, HTA,

A) QUE ENFERMEDAD Y DESDE CUANDO? _____

B) TOMA ALGUN MEDICAMENTO?

CUAL?, DOSIS? _____

II.- INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE FERRANS AND POWER.

A.- PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS QUE A CONTINUACION SE PRESENTAN POR FAVOR PREGUNTE AL ENTREVISTADO(A) LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TAN SATISFECHO(A) ES ESA AREA DE SU VIDA PARA EL(ELLA). POR FAVOR MARQUE LA CONTESTACION CON UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO. NO HAY CONTESTACIONES CORRECTAS O EQUIVOCADAS.

QUE TAN SATISFECHO(A) ESTA USTED CON:

1.- CON SU SALUD?	1	2	3	4	5	6
2.- EL CUIDADO DE SALUD QUE ESTA RECIBIENDO?	1	2	3	4	5	6
3.- LA CANTIDAD DE DOLOR QUE TIENE?	1	2	3	4	5	6
4.- LA CANTIDAD DE ENERGIA QUE TIENE PARA LAS ACTIVIDADES DIARIAS?	1	2	3	4	5	6
5.- SU INDEPENDENCIA FISICA?	1	2	3	4	5	6
6.- TENER CONTROL DE SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
7.- SU CAPACIDAD PARA PROLONGAR SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
8.- LA SALUD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
9.- SUS HIJOS?	1	2	3	4	5	6
10.- LA FELICIDAD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
11.- SUS RELACIONES CON SU ESPOSO(A)/ O PAREJA?	1	2	3	4	5	6
12.- SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5	6
13.- SUS AMIGOS?	1	2	3	4	5	6
14.- EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE OTROS?	1	2	3	4	5	6

15.- SU CAPACIDAD DE CUMPLIR CON SUS FAMILIARES?	1	2	3	4	5	6
16.- SER DE UTILIDAD PARA OTROS?	1	2	3	4	5	6
17.- LA CANTIDAD DE TENSIONES Y PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
18.- SU CASA?	1	2	3	4	5	6
19.- SU BARRIO?	1	2	3	4	5	6
20.- SU NIVEL DE VIDA?	1	2	3	4	5	6
21.- CON SU TRABAJO?	1	2	3	4	5	6
22.- EL NO TENER TRABAJO?	1	2	3	4	5	6
23.- SU EDUCACION?	1	2	3	4	5	6
24.- SU INDEPENDENCIA FINANCIERA?	1	2	3	4	5	6
25.- SUS ACTIVIDADES DEL TIEMPO LIBRE?	1	2	3	4	5	6
26.- SU CAPACIDAD DE VIAJAR EN VACACIONES?	1	2	3	4	5	6
27.- SU POTENCIAL DE SER FELIZ EN SU VEJEZ/ EDAD/JUBILACION?	1	2	3	4	5	6
28.- SU PAZ MENTAL?	1	2	3	4	5	6
29.- SU FE PERSONAL EN DIOS?	1	2	3	4	5	6
30.- EL LOGRO DE METAS PERSONAL?	1	2	3	4	5	6
31.- SU FELICIDAD EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
32.- SU VIDA EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
33.- SU APARIENCIA PERSONAL?	1	2	3	4	5	6
34.- EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6

B.- PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS POR FAVOR ESCOGA LA CONTESTACION QUE MEJOR DESCRIBE QUE TAN IMPORTANTE ES ESA AREA DE SU VIDA PARA USTED. POR FAVOR MARQUE SU CONTESTACION CON UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO. NO HAY CONTESTACIONES QUE SON CORRECTAS O EQUIVOCADAS.

¿QUE TAN IMPORTANTE ES PARA USTED:

1.- SU SALUD?	1	2	3	4	5	6
2.- EL CUIDADO DE SALUD QUE ESTA RECIBIENDO?	1	2	3	4	5	6
3.- LA CANTIDAD DE DOLOR QUE TIENE?	1	2	3	4	5	6
4.- LA CANTIDAD DE ENERGIA QUE TIENE PARA LAS ACTIVIDADES DIARIAS?	1	2	3	4	5	6
5.- SU INDEPENDENCIA FISICA?	1	2	3	4	5	6
6.- TENER CONTROL DE SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
7.- SU CAPACIDAD PARA PROLONGAR SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
8.- LA SALUD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
9.- SUS HIJOS?	1	2	3	4	5	6
10.- LA FELICIDAD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
11.- SUS RELACIONES CON SU ESPOSO(A)/ O PAREJA?	1	2	3	4	5	6
12.- SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5	6
13.- SUS AMIGOS?	1	2	3	4	5	6
14.- EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE OTROS?	1	2	3	4	5	6

15.- SU CAPACIDAD DE CUMPLIR CON SUS CAPACIDADES FAMILIARES?	1	2	3	4	5	6
16.- SER DE UTILIDAD PARA OTROS?	1	2	3	4	5	6
17.- LA CANTIDAD DE TENSIONES Y PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
18.- SU CASA?	1	2	3	4	5	6
19.- SU BARRIO?	1	2	3	4	5	6
20.- SU NIVEL DE VIDA?	1	2	3	4	5	6
21.- SU TRABAJO?	1	2	3	4	5	6
22.- NO TENER TRABAJO?	1	2	3	4	5	6
23.- SU EDUCACION?	1	2	3	4	5	6
24.- SU INDEPENDENCIA FINANCIERA?	1	2	3	4	5	6
25.- SUS ACTIVIDADES DEL TIEMPO LIBRE?	1	2	3	4	5	6
26.- SU CAPACIDAD DE VIAJAR EN VACACIONES?	1	2	3	4	5	6
27.- SU POTENCIAL DE SER FELIZ EN SU VEJEZ/ EDAD/JUBILACION?	1	2	3	4	5	6
28.- SU PAZ MENTAL?	1	2	3	4	5	6
29.- SU FE PERSONAL EN DIOS?	1	2	3	4	5	6
30.- EL LOGRO DE METAS PERSONAL?	1	2	3	4	5	6
31.- SU FELICIDAD EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
32.- SU VIDA EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
33.- SU APARIENCIA PERSONAL?	1	2	3	4	5	6
34.- EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6

TRADUCIDO POR LUCY MARTINEZ--SCHALLMOSER Y ADAPTADA PARA SU APLICACION POR BERTHA C. SALAZAR GONZALEZ Y VELIA MARGARITA CARDENAS CON AUTORIZACION DE SUS AUTORES.

INFORMACION ACERCA DEL PROGRAMA DE COMPUTACION
 ESCRITO PARA CALCULAR LA CALIDAD DE VIDA GENERAL

El programa ha sido escrito para usarlo con la versión de S.A.S. 1982 (Statistical Analysis System). Sin embargo, este debe ser adaptado para usarse con software que se realizará con un cálculo aritmético simple. En este programa los cálculos están realizados para crear nuevas variables.

Los nombres para las respuestas sin procesar para el QLI son:

- S1. Que representa la satisfacción de la pregunta No. 1 (de la parte 1).
- S2. Que representa la satisfacción de la pregunta No. 2 (de la parte 1).
- S3.
- .
- .
- S35. Que representa...
- I 1. Que representa la importancia de la pregunta No. 1 (de la parte II).
- I 2. Que representa...
- I 3.
- .
- .
- I35. Que representa...

EXPLICACION

LINEAS

- Líneas 1-15 Estas líneas son para los datos de identificación y datos generales.
- Líneas 16-50 Para centrar la escala en cero, 3.5 es restado de la respuesta de cada ítem de satisfacción. Esto crea nuevas variables llamadas A1, A2, .. A35, que representa el registro de las respuestas de satisfacción.
- Línea 51-85 Para obtener la calificación ajustada de la pregunta; del

registro de calificación de satisfacción (A1, A2, ...A35), multiplicarlo por la calificación de importancia (I1, I2, ...I35). esta creación de nuevas variables se le llama AB1, AB2, ...AB35, este registro representa las respuestas de satisfacción multiplicadas por las calificaciones de importancia.

- Línea 86-88 Este suma todos los ajustes de las preguntas calificadas. La variable nombrada como SUMAB representará esta suma.
- Línea 89-126 Este comando calcula para cada sujeto el número de respuestas. A "." es usado para representar las respuestas missing. Así la nueva variable D1 le es dado un valor de uno, si ahí una respuesta para ab1 y es dado un valor de cero si la respuesta es un missing. Las líneas 124-126 suman los valores de D1 hasta D35, desde ahora esta variable nombrada como SUMD representa el número de respuestas por cada sujeto.
- Línea 127 La suma de todas las respuestas (SUMAB) es dividida por la suma de las respuestas de cada sujeto (SUMD). El producto de esta división representa la variable nombrada como DIVIDE.
- Línea 128 El valor de 15 es agregado al producto de la división anterior (línea 127) este proceso elimina la negatividad de los valores. El resultado es el producto final de la calificación de QLI. Con lo anterior se representa la variable QLI en la línea 128. Esta calificación representa el índice general de calidad de vida.

INFORMACION ACERCA DE LOS COMANDOS A UTILIZAR PARA
CALCULAR LAS CALIFICACIONES POR SUBESCALAS DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA

Los pasos son iguales para calcular la calificación total.

Los pasos son presentados en la tabla procedimientos para calcular el índice de calidad de vida. Usar una computadora para calcular las calificaciones por cada sub escala (salud funcionamiento, socioeconómico...).

El programa de computadora se le asigna la orden de calcular la calificación general de QLI asignado en la línea 128.

EXPLICACION

Línea 129 Este suma la calificación ajustada de satisfacción (respuestas de satisfacción, multiplicadas por las respuestas de importancia "líneas 51-85") para la subescala 1 que es la de salud/funcionamiento.

Línea 130 Este cálculo es el número de preguntas contestadas para cada sujeto para la subescala 1. Esta suma es representada por SUMDSUB1.

Línea 131 Divides la suma de calificaciones ajustadas para la subescala 1, sobre el número de preguntas contestadas por cada sujeto de la subescala 1. Esto es representado por DIVIDE1.

Línea 132 Sumar 15 al producto de la división de la línea 131. Este producto es la calificación para la subescala 1, que es representada por la variable HFSUB1 de la línea 132. Esta representa la calificación de la subescala salud funcionamiento. (La calificación más alta es 30 y la más baja cero).

Línea
133-144 El mismo procedimiento que se utilizó para la subescala 1 se usará para las tres restantes.

