



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR QUE PARTICIPA EN  
ACTIVIDADES RECREATIVAS EN VALPARAÍSO, NOVIEMBRE 2013”**

SEMINARIO DE TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

AUTORES:

SEBASTIÁN CANALES GÓMEZ

BETZABÉ GODOY OLMEDO

GIARELLA GUTIÉRREZ BOZZO

JAVIERA PÉREZ TORO

CAMILA SÁEZ MUÑOZ

M<sup>a</sup> FERNANDA SOLÍS LEÓN

DOCENTE GUÍA: ISABEL SIEFER NAVAS

VALPARAÍSO, MARZO 2014.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Sra. Isabel Siefer Navas, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, por su apoyo y entrega de sólidos conocimientos, por su paciencia y dedicación durante todo el transcurso de esta investigación.

A los profesionales y funcionarios que forman parte del equipo de la Oficina Comunal del Adulto Mayor de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, quienes con su amable disposición y valiosa colaboración permitieron llevar a cabo la recolección de datos para este estudio.

Con especial dedicatoria, agradecemos a nuestras familias, amigos y parejas, por el amor otorgado y el apoyo incondicional durante nuestra carrera universitaria y término de esta etapa.

*“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber” (Albert Einstein 1879-1955)*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Páginas</b>
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Introducción	2
1.2 Pregunta de Investigación	3
1.1 Objetivos Generales y Específicos	3
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
<b>CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes	6
2.1.1 Escenario Demográfico y Epidemiológico	6
2.1.2 Realidad Social del Adulto Mayor en Chile	8
2.1.3 Actividades Recreativas para el Adulto Mayor en la comuna de Valparaíso	10
2.2 Marco Conceptual	12
2.2.1 Concepto de Envejecimiento y su visión según la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erickson	12
2.2.2 Calidad de Vida en el Adulto Mayor	15
2.2.3 Participación Social y Calidad de Vida del Adulto Mayor	17
2.2.4 Instrumentos para medir la Calidad de Vida	20
2.2.5 Rol del profesional de Enfermería en la Calidad de Vida del Adulto Mayor	23
2.2.6 Definición y Operacionalización de Variables	26
<b>CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>30</b>
3.1 Diseño de Investigación	31
3.2 Población en Estudio	31
3.3 Selección de la Muestra	33
3.3.1 Criterios de Inclusión	33
3.3.2 Criterios de Exclusión	33

3.4 Descripción del Instrumento	33
3.5 Procedimiento de Recolección de Datos	35
3.6 Prueba Piloto	36
3.7 Procesamiento y Análisis de los Datos	36
3.8 Consideraciones Éticas	38
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS</b>	<b>40</b>
4.1 Características Sociodemográficas de la Muestra	41
4.2 Análisis Descriptivo	47
<b>CAPITULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>64</b>
5.1 Discusión	65
5.2 Limitaciones	69
5.3 Conclusiones	70
5.4 Sugerencias	71
5.4.1 Para el profesional de Enfermería y otros profesionales que trabajan directamente con Adultos Mayores	72
5.4.2 Para la Ilustre Municipalidad de Valparaíso y Oficinas Comunales del país	73
<b>REFERENCIAS Y ANEXOS</b>	<b>74</b>
Referencias Bibliográficas	75
Anexos	82
- Acta de aprobación del Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso	82
- Consentimiento informado para participantes	84
- Cuestionario Recolección de Datos	87

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>TABLAS</b>	<b>Página</b>
Tabla N° 1.....	41
Tabla N° 2.....	42
Tabla N° 3.....	42
Tabla N° 4.....	43
Tabla N° 5.....	44
Tabla N° 6.....	45
Tabla N° 7.....	46
<b>GRÁFICOS</b>	<b>Página</b>
Gráfico N° 1.....	47
Gráfico N° 2.....	48
Gráfico N° 3.....	49
Gráfico N° 4.....	51
Gráfico N° 5.....	52
Gráfico N° 6.....	53
Gráfico N° 7.....	54
Gráfico N° 8.....	55
Gráfico N° 9.....	56
Gráfico N° 10.....	57
Gráfico N° 11.....	58
Gráfico N° 12.....	59
Gráfico N° 13.....	60
Gráfico N° 14.....	61
Gráfico N° 15.....	62
Gráfico N° 16.....	63

## RESUMEN

La población de Adultos Mayores (AMs) últimamente ha ido en ascenso, y con ello, en muchos casos, intensificándose algunas problemáticas tales como: aislamiento, pérdida de las actividades sociales, capacidades psíquicas y físicas, lo que repercute negativamente en la Calidad de Vida de este grupo, pero es sabido que aquellos que participan en actividades sociales reportan una mejor Calidad de Vida. Es por esto que la presente investigación pretende determinar “Cómo perciben su Calidad de Vida los AMs que participan en actividades recreativas impartidas por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del 2013”. El presente estudio es de tipo cuantitativo - descriptivo - de corte transversal, consideró una muestra estratificada de 207 personas y utilizó la Encuesta de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-12. Resultados: un 86,5% del total correspondió a AMs del sexo femenino, y el 50,2% se encontraba en el grupo etario entre 60-70 años. Un 81,01% del total de las mujeres autopercibe su Calidad de Vida como buena, mientras que el 92,86% del total de los hombres autopercibe una Buena Calidad de Vida. Un 82,60% de las personas que participaron de esta investigación consideró su Calidad de Vida positivamente, en tanto la población restante presentó una Mala Calidad de Vida debido principalmente, a que su percepción de Salud Física es negativa, considerando el dolor corporal como un factor desfavorable para su diario vivir.

Palabras claves: Adulto Mayor, Calidad de Vida y Participación Social.

## **ABSTRACT**

Over the last few years there has been a significant growth in the elderly population, which in many cases has had a negative impact in life quality causing isolation, loss of social activities and loss of mental and physical abilities, which negatively affects the quality of life of this group. However it is known that people who actively participate in social activities report better life quality. That is why this research aims to determine "What is the self-perceived life quality by the elderly participating in recreational activities organized by the Local Council Valparaíso". This study is quantitative - descriptive - cross sectional. It considered a stratified sample of 207 people and used the Quality of Life Survey health-related Short Form-12 (SF-12) Results: 86.5% of the total corresponded to elderly female, and 50.2% were in the age group between 60-70 years. A total of 81.01% of women perceives itself as its good quality of life, while 92.86% of men perceives itself a good quality of life. A 82.60% of the people who participated in this study considered their quality of life positively, while the remaining population presented a bad quality of life mainly due to their perceived negative physical health, considering bodily pain as a unfavorable factor for their daily life.

Keywords: Elderly, Quality of Life and Social Participation.

# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

# CAPÍTULO 1

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Introducción

El envejecimiento de la población es un hecho ineludible. Para el año 2050 se espera que la población mundial mayor de 65 años se triplique respecto a la actual, y en América Latina las estimaciones indican que para el mismo año, una de cada cuatro personas tendrá más de 60 años.

(1)

En cuanto al ámbito nacional, Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional, debido al incremento considerable que ha tenido la esperanza de vida, acompañada por una disminución de la tasa de natalidad. Actualmente el 15,6% de la población chilena corresponde a Adultos Mayores (AMs) de 60 años. En lo particular, Valparaíso ha sido catalogada como la segunda región con el índice de envejecimiento más alto del país, que corresponde a 96,7 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años. (2)

Actualmente en Chile - junto con el resto de los países en vías de desarrollo – la mayoría de los AMs pasan de ser personas activas y productivas a jubilados y en muchos casos dependientes del estado o la economía familiar, lo que frecuentemente conlleva al aislamiento, la dependencia y el abandono, ocasionando la pérdida en la Calidad de sus Vidas, lo que da lugar a un envejecimiento negativo, y un deterioro tanto en funciones mentales, psicológicas, sociales y físicas. (3)

Diversos estudios demuestran que las personas que participan en actividades grupales mantienen un nivel de salud de mayor calidad que los individuos aislados, (4) también se ha constatado una relación positiva entre los factores psicosociales y la Calidad de Vida; dichos factores tienen relación con las redes de apoyo social, sentimientos de bienestar, la formación permanente y la actividad intelectual, lo que ayudaría a las personas mayores a mantenerse activas, experimentando una mejor Calidad de Vida. (5)

La participación e integración del Adulto Mayor (AM) en la sociedad mejora su bienestar integral, ya que las actividades sociales constituyen un mecanismo clave para reducir el gasto en salud física y mental e incrementar la integración y participación de los AMs a la sociedad. <sup>(6)</sup>

Por la trascendencia de esta información, es que la Ilustre Municipalidad de Valparaíso en conjunto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), preocupados por la potenciación de actividades para AMs, deciden implementar en su Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM), actividades de tipo recreativas, que contribuyan a su bienestar biopsicosocial.

El presente estudio pretende aportar información referente a la Calidad de Vida autopercebida de los AMs que participan en actividades recreativas, antecedentes obtenidos a través de la aplicación de la escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Short Form-12 (SF-12).

El propósito de esta investigación es que resulte de utilidad para la OCAM de Valparaíso, en cuanto al fomento de las dimensiones biopsicosociales que influyen en la Calidad de Vida de los AMs. De la misma manera se espera que sea un aporte y se utilice como sustento para futuros estudios asociados a la disciplina de Enfermería y otras ciencias de la salud.

Considerando la relevancia que tiene el garantizar un envejecimiento activo en los AMs, la presente investigación pretende conocer y describir la Calidad de Vida del AM que participa en actividades recreativas impartidas por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

## **1.2 Pregunta de investigación.**

Considerando lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo perciben su Calidad de Vida los AMs que participan en actividades recreativas impartidas por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso durante el mes de Noviembre del año 2013?

## **1.3 Objetivos generales y específicos.**

### **1.3.1 Objetivo general:**

- Conocer la Calidad de Vida autopercebida de los AMs que participan en las actividades recreativas impartidas por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso durante el mes de Noviembre del año 2013.

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Describir las Características Sociodemográficas de los AMs: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, ubicación de su vivienda.
- Describir la Calidad de Vida autopercebida que tienen los AMs según el Componente Salud Física de la Escala de Calidad de Vida SF-12.
- Describir la Calidad de Vida autopercebida que tienen los AMs según el Componente Salud Mental de la Escala de Calidad de Vida SF-12.

# **CAPÍTULO 2**

## **MARCO REFERENCIAL**

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1 Antecedentes.**

##### **2.1.1 Escenario Demográfico y Epidemiológico.**

Año a año ha ido aumentando la cantidad de AMs, lo que ha llevado a un envejecimiento poblacional, el cual se define como el incremento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más, en relación al total de la población, basándose en las recomendaciones de las Naciones Unidas quienes sugieren establecer esta edad como inicio de la etapa de adultez mayor para los países en vías de desarrollo. El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial, que resulta tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas acontecidas durante el siglo XX, y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas, reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, como también de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad. <sup>(7)</sup>

Los cambios etarios que ha experimentado la población a lo largo del tiempo han configurado una nueva pirámide poblacional, y sus modificaciones se pueden describir mediante los siguientes indicadores demográficos; Índice de Vejez (IDV) y el Índice de Dependencia Demográfica (IDD). IV expresa el número de personas de 60 años o más por 100 menores de 15 años de edad. La segunda medida, IDD, es el cociente entre la población potencialmente inactiva (AMs y menores de 15 años) y la población potencialmente activa (PPA); esto es, la población entre los 15 y 59 años de edad. Esta medida demográfica evalúa la carga que sustenta la PPA en el tiempo y la fecha en que este peso demográfico vaya transformándose en una carga económicamente creciente para el país. El IDD a partir del año 2011 comenzó a aumentar levemente, y lo hará más pronunciadamente a partir del 2016, llegando a 60 inactivos por cada 100 activos en la década del 2020. <sup>(8)</sup>

Al analizar el proceso de envejecimiento, a nivel mundial, se puede determinar que éste se encuentra en distintas etapas. La proporción de AMs en países desarrollados es mayor que la de países en vías de desarrollo, constatándose un 21% y un 8% de la población total

respectivamente. Según las Perspectivas de Población Mundial de Naciones Unidas para el año 2025 Japón presentaría el más alto IDV correspondiente a 325, le siguen Italia y Alemania con alrededor de 270 y 250 AMs respectivamente. Por su parte Chile se encontraría en el 12vo.lugar, dentro de los IDV más altos del mundo con 110 AMs.<sup>(9)</sup>

Si se consideran las proyecciones de la población chilena entre 1990 - 2020, según distribución porcentual de la población por tres grandes grupos de edad, menores de 15 años, entre 15-59 años, y 60 años y más, se puede concluir que el porcentaje infanto-juvenil está disminuyendo, y a la vez, el de AMs está aumentando, lo que ha implicado en términos de distribución porcentual, pasar de un IDV de aproximadamente 30a uno de 58 en un período de 20 años (1990-2010); lo que se traduce en un aumento del 94%.<sup>(8)</sup>

Para el año 2020 la población de AMs alcanzaría los 3,2 millones de habitantes, mientras que los menores de 15 años no superarían los 3,8 millones. La cifra implicaría un aumento del 45% de la población AM y una reducción de casi 2% de los menores de 15 años. En otras palabras, habría 86 AMs por cada 100 menores de 15 años, indicador que aumentaría en 47% al final de la próxima década La Región de Valparaíso es la segunda con el IDV más alto de las 15 regiones, siendo este de 71, superándola solo la Región de Magallanes donde el IDV es de 105, siendo la primera región del país en la que los AMs superan a la población Infanto-Juvenil.<sup>(8)</sup>

Existen otros indicadores que también nos ayudan a comprender los cambios en la pirámide poblacional chilena. En los años 90 la tasa global de fecundidad era de 2,7 hijos/as promedio por mujer; la esperanza de vida al nacer de 74 años (71 años para los hombres y 77 años para las mujeres); y la tasa de mortalidad de 6,0 por mil habitantes.<sup>(8)</sup> En el año 2007 los indicadores pasaron a 1,9 hijos/as promedio por mujer; la esperanza de vida a 77 años (75años para los hombres y 80 años para las mujeres); y las defunciones 5,6 por cada mil habitantes. Cabe destacar que en el año 2012 se alcanzó una esperanza de vida para la población total de 78,1 años, para los hombres 75,08 años y para las mujeres 81,25 años.<sup>(10)</sup>

Respecto a las principales causas de muerte de las personas mayores en la actualidad, están las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%). Entre los hombres mayores las tres principales causas de muerte son las enfermedades cerebrovasculares (10,7%), tumores malignos distintos del cáncer gástrico, próstata, pulmonares, y colorrectal (10,6%), y el infarto al miocardio (8,8%). Para las mujeres mayores, las principales causas de muerte son los tumores malignos distintos de los cánceres de vesícula, vías biliares, gástrico y de mama (14,5%), enfermedades cerebrovasculares (11,6%), y el infarto al miocardio (7,4%). <sup>(11)</sup>

Según la Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del año 2010, los tres principales problemas de salud que más aquejan a estas personas son: Hipertensión arterial, Artritis y Dislipidemia, seguidos de Diabetes, Cataratas, Osteoporosis, Cardiopatías, Enfermedades Pulmonares Crónicas, Úlceras de estómago, Asma, Fractura de cadera o femoral, Cáncer, Derrame cerebral o Enfermedad vascular y Enfermedad de Parkinson. <sup>(12)</sup> Cabe destacar que el 68% de estas personas presentan dolores de espalda, rodillas, caderas y otros. En otro estudio, se reporta que enfermedades músculo-esqueléticas como la Artritis y Osteoporosis afectan a más del 80% de los AMs generándoles disconfort y principalmente dolor, siendo éste uno de los problemas más frecuentes en los AMs y el cual constituye el principal motivo de demanda de atención en salud, según especialistas. <sup>(13)</sup>

### **2.1.2 Realidad Social del Adulto Mayor en Chile.**

Hoy en día los AMs luego de la jubilación pasan a ser personas inactivas laboralmente, lo que en la mayoría de los casos produce consecuencias tales como: aislamiento, pérdida de funcionalidad y abandono. <sup>(14)</sup> Al final de la vida muchos de ellos pasan a ser dependientes de los cuidados de sus familias y del Estado, lo que posteriormente genera la pérdida de la calidad de sus vidas y un deterioro importante a nivel biopsicosocial. Para mitigar esta situación, el Gobierno de Chile en 1994 desarrolló la Política Integral del Adulto Mayor, la cual se ha ido modificando a través del tiempo, incorporando conceptos como Envejecimiento Activo, entendido como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la Calidad de Vida de las personas a medida que envejecen. El Envejecimiento Activo permite que las personas

potencien su bienestar físico y social, para así centrarse en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva. <sup>(1)</sup>

En el año 2012 se da a conocer la Política Integral del AM actualizada, donde se agrega el concepto de Envejecimiento Positivo, el cual consiste en la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas comienza con la gestación y termina con un buen morir, mientras que para las sociedades comienza fundamentalmente con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad. <sup>(1)</sup>

Por lo tanto, la integración social, autovalencia y altos niveles de bienestar subjetivos en los AMs, son esenciales para fortalecer el envejecimiento activo, positivo e integral, siendo Chile un país que se encuentra en una transición demográfica hacia el envejecimiento, tal como se ha señalado, y que necesita de directrices para poder sobrellevar este escenario de la mejor manera posible. Esta estrategia, además, permite proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, detiene el avance de la dependencia, fomenta el autocuidado, la autonomía, la participación y la integración social de los AMs, considerando los en todo momento como sujetos que poseen derechos.

El gran objetivo de la Política del AM es que Chile enfrente con éxito los cambios de la nueva estructura demográfica-epidemiológica a través de la participación de un equipo multidisciplinario, pensado en que estas acciones van dirigidas a sujetos biopsicosociales. La forma en que se pretende conseguirlo, es a partir de la mantención por el mayor tiempo posible de las condiciones de salud y funcionalidad que le permitan a la persona desenvolverse y participar de actividades de la vida social. Pretende disminuir la enfermedad, aumentando las expectativas de vida, es decir, se pone énfasis en un envejecer, que además de ser sano, sea de buena calidad. <sup>(1)</sup>

Otro de los objetivos a lograr es el de proteger la salud funcional de las personas mayores, porque se sabe que la combinación de enfermedades crónicas con factores de riesgo, traen un aumento del riesgo de presentar deterioro en su salud funcional y por esto requerir de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria como caminar, sentarse o acostarse. La dependencia

funcional así definida se refiere a la imposibilidad de resolver uno mismo las restricciones que implica una discapacidad física en interacción con el medio ambiente. En el año 2012 cerca del 22% de los AMs fueron dependientes y esta cifra podría llegar hasta 30% en los siguientes 10 años si no se toman las medidas oportunas. La Salud Funcional es un pilar fundamental de la Calidad de Vida y bienestar subjetivo entre las personas mayores. Por ambas razones, es vital promover la autonomía y la autovalencia de los AMs y prevenir durante el máximo tiempo posible la dependencia, contribuyendo a un envejecimiento satisfactorio y socialmente integrado. (1)

Finalmente, es de fundamental importancia ofrecer espacios de recreación y participación social por parte de las Oficinas Comunales del Adulto Mayor (OCAMs), especialmente en zonas donde más se requieren. Es así como la Región de Valparaíso es la segunda región más envejecida del país, antecedida por la Región de Magallanes, con valores muy superiores a los encontrados a nivel nacional que corresponden a un IDV de 73,9. Además es importante mencionar que la Región de Valparaíso se encuentra en el cuarto lugar con más AMs en situación de pobreza, correspondiendo un 7,5% a pobreza no extrema y un 2,5% a pobreza extrema, cifras que no contribuyen a percibir la Calidad de Vida como buena. Es por eso que las OCAMs están enfocadas en cumplir objetivos que ayuden a mejorar la Calidad de Vida de los AMs. (2)

### **2.1.3 Actividades recreativas para el Adulto Mayor en la Comuna de Valparaíso.**

El SEREMI de Desarrollo Social en conjunto con el SENAMA de la región de Valparaíso ponen en práctica la Política de Envejecimiento Positivo, buscando generar oportunidades y ofrecer herramientas a los AMs en esta etapa de sus vidas. Es por ello que en Agosto del año 1995 se crea la Oficina Comunal del Adulto Mayor (OCAM) de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, siendo la primera OCAM en crearse en nuestro país. Su circunscripción abarca desde Cerro Esperanza hasta Playa Ancha y el centro o plan de la ciudad. Sus beneficiarios son todas las personas mayores de 60 años residentes en la Comuna de Valparaíso.

La OCAM, desarrolla acciones orientadas a fomentar la participación e integración de la comunidad de AMs, generando instancias que buscan mejorar la Calidad de Vida a través de los

principios señalados en la Política Nacional del AM: Equidad, Solidaridad Intergeneracionalidad, Autovalencia, Envejecimiento Activo y Prevención.

El objetivo general de la OCAM de Valparaíso consiste en aportar al mejoramiento de la Calidad de Vida de hombres y mujeres mayores, promoviendo cambios individuales y colectivos en la forma de percibir el proceso de envejecer para alcanzar una participación social e integración real.

La OCAM ofrece talleres gratuitos bajo los cuales se desarrollan las iniciativas que potencian y permiten a los AMs participar en espacios en los cuales puedan aprender, conocer, compartir y recrearse en pro de aportar al mejoramiento de vida en el proceso de envejecer. En el año 2013 los talleres fueron desarrollados durante 6 meses del año, dividido en dos ciclos. En el segundo ciclo, desarrollado durante el segundo semestre se llevaron a cabo 39 talleres con un total de 788 inscritos. Abarcando 8 ejes temáticos o estratos con sus respectivos talleres los cuales son:

- **Actividad física:** Gimnasia médica, Gimnasia, Tango, Baile flamenco, Cueca entretenida.
- **Capacitación en oficios:** Gasfitería nivel I y II.
- **Computación:** Computación nivel I y II.
- **Desarrollo Personal:** Expresión y movimiento y Estimulación cognitiva.
- **Habilidades comunicacionales:** Habilidad comunicativa, Locución, Radioteatro, Proyecto radial.
- **Habilidades manuales:** Tallado en madera, Modelismo manual, Manualidades mixtas, Tejido, Pintura, Lanigrafía, Decoupage y Reciclado, Tarjetería, Aprendiendo a tocar guitarra.
- **Técnicas de relajación:** Relajación y flexibilización, Yoga.
- **Idiomas:** Inglés.

Los profesionales a cargo de los talleres son variados, contando con monitores profesionales y no profesionales entre los cuales encontramos: Profesores de Manualidades, Folcloristas, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, Profesor de Educación Física, Técnico en Deporte, entre otros. <sup>(15)</sup>

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Concepto de Envejecimiento y su visión según Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erickson.**

Tras conocer el contexto sociodemográfico y epidemiológico en que viven los AMs en nuestro país, se hace indispensable definir el concepto de Envejecimiento Individual, el que se refiere a un proceso de cambios que sufre todo ser vivo en sus aspectos biológicos y psicosociales a causa del transcurso del tiempo, los cuales son de carácter irreversible, y que empieza desde que las personas nacen y finaliza cuando mueren.<sup>(16)</sup> El envejecimiento individual se involucra todo el ciclo vital de las personas, por lo cual, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad, y los resultados de dichas estrategias.<sup>(16)</sup>

El Envejecimiento Individual debe considerarse como un proceso fisiológico determinado por factores intrínsecos (carga genética, presencia de radicales libres, envejecimiento celular, deterioro del sistema inmunitario, aumento de enlaces cruzados en el tejido de colágeno, etc.), a los que se agregan factores extrínsecos de tipo social, económico y de disponibilidad de servicios, entre otros, que en conjunto condicionan el envejecimiento normal, que no forzosamente está ligado al concepto de enfermedad.<sup>(17)</sup>

Desde el punto de vista psicosocial, Erick Erickson describe el ciclo vital en ocho etapas sucesivas, las cuales se viven de diferentes maneras según sea el cumplimiento de las tareas de desarrollo de cada individuo, donde la vida representa un proceso de crecimiento y maduración. Para éste, el desarrollo y maduración de la persona tiene lugar a lo largo de su vida de acuerdo a las funciones psicosociales, donde cada una de ellas tiene desafíos que los individuos han de superar, si la resolución es favorable la persona aumenta su capacidad de afrontar una nueva crisis, conflicto que se desarrolla en cada etapa del ciclo vital de las personas.<sup>(18)</sup>

El individuo que finaliza positivamente la penúltima etapa evolutiva de Erickson, está preparada para ingresar a la octava etapa de su vida “Integridad v/s Desesperanza”, la que empieza después de los 60 años y culmina con la muerte.<sup>(17)</sup> La integridad implicaría varios aspectos:

1. La capacidad de aceptarse a sí mismo, incluyendo las experiencias pasadas como favorables, considerando los errores que se hayan cometido en su transcurso.
2. La integración de la confianza tanto en sí mismo como en otros, como es el caso de las futuras generaciones, y la autonomía.
3. El amor universal como resumen de la vida y trabajo.
4. Convicción del estilo de vida adoptado, y la historia de vida como aporte significativo a la sociedad. <sup>(17)</sup>

Según Erickson, al llegar a la etapa de la Adulthood Mayor, las personas empiezan a sufrir las consecuencias físicas, que van desde la pérdida de la agilidad, hasta gran parte de sus habilidades físicas y cognitivas. <sup>(19)</sup> Todas estas características propias de la edad ocasionan en el AM un estado de crisis, debido a tres grandes cambios que ocurren en él:

**1. Cambios biológicos:** dentro de éstos se encuentra el deterioro físico, disminución de la agudeza de las funciones sensoriales, cambios estructurales, fisiológicos, bioquímicos en el sistema nervioso central, disminución de la actividad metabólica basal, cambios en las funciones respiratorias, cardiovasculares, endocrinas y digestivas, cambios en el sistema músculo esquelético, disminución de la respuesta del sistema inmune, alteración del sueño, y disminución o pérdida de la función sexual. <sup>(19)</sup>

**2. Cambios psicológicos:** pérdida o disminución de la autoestima, cambios continuos en la funcionalidad e independencia, pérdida o disminución en la sensación de bienestar, en el manejo de decisiones o control de la vida, en la capacidad mental, pérdidas del placer sexual, y aparición de crisis de identidad, que en definitiva alteran la salud mental. <sup>(19)</sup>

**3. Cambios sociales:** cambios en la estructura familiar, la jubilación, disminución de los ingresos económicos, pérdida de la identidad social y ausencia del rol social, deterioro de la salud, pérdida de redes de apoyo social y seres queridos, crisis del duelo. <sup>(19)</sup>

Es importante considerar la teoría del desarrollo psicosocial de Erickson para entender las tareas evolutivas por las que ha de atravesar el AM, y así favorecer la culminación de ésta etapa de manera adecuada, evitando disgustos por experiencias pasadas, pérdida de la integridad y el amor por la vida, y en consecuencia caer en desesperación. <sup>(17)</sup>Es primordial entonces, dar énfasis a la promoción de un Envejecimiento Positivo. <sup>(19)</sup>

Algunos expertos en salud manifiestan que no sólo basta con ser activo físicamente, además es importante ser activos social y psicológicamente, para lo cual se propone que el AM participe en:

1. Actividades recreativas.
2. Actividades de carácter voluntario o remunerado.
3. Actividades culturales y sociales.
4. Actividades educativas.
5. Vida diaria en familia y comunidad. <sup>(20)</sup>

A partir de la definición de Envejecimiento Activo, como ya se mencionó, nace un nuevo concepto, el de “Bienestar”, que se puede definir como el grado de satisfacción que experimentan las personas en relación a sus preferencias, gustos y necesidades individuales. <sup>(21)</sup>Se define también como la suma de sensaciones subjetivas y personales que hacen a las personas “sentirse bien”. <sup>(22)</sup> El bienestar es subjetivo, y varía de un individuo a otro, y en el caso del AM adquiere múltiples dimensiones como son la física, psicosocial y espiritual y cada una de ellas involucra varios aspectos:

**1. Bienestar físico:** se refiere a la salud física, y al decline biológico y fisiológico que sufre el AM y las herramientas que utiliza para lograr mantenerse bien, en éste caso se incluye conceptos como mantener una dieta balanceada, la práctica de ejercicios, el sueño como un proceso regenerador, mantener controles de salud al día, y evitando conductas de riesgo como hábito tabáquico y uso de múltiples medicamentos, todo esto como conductas que favorecen el bienestar físico. <sup>(18)</sup>

**2. Bienestar psicosocial:** aquí cumplen un rol fundamental el entorno, la estructura social y las relaciones personales que mantiene el AM. Para lograr el bienestar en éste aspecto los AMs han

de aceptar su cambio de rol en la sociedad, en lo que se refiere a jubilación, los cambios vitales dentro de la estructura familiar, sobretodo la viudez, lograr un adecuado manejo del estrés y por último lograr y sentirse integrado socialmente. <sup>(18)</sup>

**3. Bienestar espiritual:** se refiere a encontrarle un significado y propósito a la vida, y que no necesariamente se manifieste a través de prácticas religiosas o formando parte de alguna iglesia específica. Para lograr el bienestar espiritual también contribuye que el AM adquiera sentido de lo espiritual, lo que significa profesar amor y ser amado, tener una relación con un ser superior, donde la fe, altruismo y la esperanza, también pueden reemplazar la religión. <sup>(18)</sup>

El término Envejecimiento Positivo busca que los AMs sean cada vez más autovalentes, estén integrados a los distintos ámbitos de la sociedad y que además reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. <sup>(23)</sup> La importancia del término Envejecimiento Positivo y todos los aspectos que involucran un bienestar subjetivo, promueven en esta generación de AMs lo que se llama Envejecimiento Exitoso, el cual es definido bajo tres componentes: ausencia o baja probabilidad de enfermedad o discapacidad relacionada con alguna enfermedad, alta capacidad cognitiva y funcional, y un activo compromiso con la vida. <sup>(24)</sup> Esto ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Desde la perspectiva de Erickson el Envejecimiento Positivo contribuye a lograr un estado de Integridad, haciendo que éste proceso culmine exitosamente.

Si se habla de Envejecimiento Exitoso es indispensable incluir el concepto de Calidad de Vida, ya que es la base para lograrlo, ambos conceptos son amplios y abarcan múltiples facetas del proceso del envejecimiento. Las estrategias que se pueden poner en marcha, pueden ser variadas, pero a medida que sean más holísticas, estarán encaminadas a favorecer ese Envejecimiento Exitoso que se fija como una meta cada vez más realista. <sup>(22)</sup>

### **2.2.2 Calidad de Vida y la Adulter Mayor.**

Calidad de Vida es un concepto amplio, en el que repercute la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, así como la relación con los elementos esenciales del entorno de las personas. <sup>(25)</sup> La Calidad de Vida se encuentra directamente

relacionada con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas, elementos que son indispensables para el desarrollo del individuo y la población. De aquí se desglosa la importancia de medir la Calidad de Vida, ya que su cuantificación permite evaluar el grado de satisfacción de las personas con sus propias vidas reflejándose en su salud física, mental y social, obteniendo un valor que determinará su perfil de salud. Por consiguiente, los investigadores podrán valorar las mismas respuestas en diferentes ambientes, y así brindar a las personas la oportunidad de saber cómo estamos y hacia dónde vamos.

Cuando en Chile se habla del logro en materia de aumento de la esperanza de vida, surge la necesidad de otorgarle a esos años mayor Calidad de Vida. La longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para lograr la Adulter Mayor se vea compensado con una vida de calidad. <sup>(26)</sup>

El término Calidad de Vida, ha sido citado por múltiples autores y debe ser entendido como “el bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas”. <sup>(27)</sup> Según la OMS este concepto es definido como la “percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”, <sup>(28)</sup> y manifiestan que cualquier definición de Calidad de Vida debiera incluir los siguientes aspectos:

- Bienestar global.
- Aspectos físicos.
- Psicológicos.
- Sociales.
- Funcionales.
- Económicos. <sup>(4) (5)</sup>

Acerca del concepto de Calidad de Vida, han de considerarse tres premisas claves:

- La especificidad del concepto de acuerdo al contexto de referencia existente, en este caso la vejez.

- La multidimensionalidad de la Calidad de Vida, los que nos debe llevar a considerar tanto factores personales como sociales, ambientales o externos.
- Se debe considerar aspectos subjetivos como objetivos, lo que implica tanto las apreciaciones, valoraciones, y evaluaciones sobre las diferentes dimensiones de la Calidad de Vida, como los aspectos objetivos que ésta engloba. <sup>(3)</sup>

En los aspectos objetivos se incluyen: el nivel de salud, educación, seguridad y ambiente próximo; el criterio subjetivo involucra tan solo la percepción y evaluación del AM sobre sus experiencias de vida, considerando todas las dimensiones del bienestar, las relaciones con otras personas, actividades en comunidad, desarrollo personal y actividades de recreación y ocio. <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>  
(29)

Para conocer la Calidad de Vida en la población AM, bajo la mirada de las ciencias de la salud, la vía que se ha definido como la más apropiada para abordar este concepto, es la de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), ya que aporta indicadores claves del bienestar integral de las personas y grupos. De esta forma se aborda un concepto amplio de salud, que trasciende los componentes netamente sanitarios o referidos exclusivamente a la ausencia de la enfermedad. <sup>(30)</sup>

Estudios de Calidad de Vida y Adulthood Mayor consideran aspectos tanto sociales como psicológicos, e identifican como acción fundamental dentro de la Calidad de Vida para los AMs la integración social, siendo posible generarla a través de actividades que produzcan en ellos placer y desarrollo tanto intelectual como social, destacando la importancia de las tecnologías, y su papel en el ocio, información y participación de los mayores. <sup>(3)</sup>

### **2.2.3 Participación Social y Calidad de Vida del Adulto Mayor.**

Un elemento significativo en la Calidad de Vida del AM es que él siga teniendo una Participación Social significativa, que consiste en “tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el AM como beneficiosa”. <sup>(31)</sup> Por ello esto último resulta vital en cualquier etapa de la vida, y especialmente en la Adulthood Mayor, cuando se viven muchos cambios y se tiende a la disminución de las actividades sociales.

La Participación Social y el apoyo social están íntimamente relacionados con la buena salud y el bienestar a través de toda la vida, por ende en la Calidad de Vida. La participación en actividades comunitarias de recreación, sociales, culturales y espirituales, así como en actividades familiares, permite a los AMs seguir ejerciendo su competencia, gozar de respeto y estima, y mantener o establecer relaciones de apoyo y cuidado, además de fomentar la integración social y permitir a las personas mantenerse informadas. <sup>(32)</sup> Para lograr una autovalencia, integración y bienestar es necesario que los AMs reporten altos Índices de Calidad de Vida, lo cual depende de múltiples pilares, dentro de los cuales se puede mencionar la Participación Social. Se entiende como Participación Social a ser una parte activa, ya sea de la familia, de la comunidad, de las redes de amistades, de los grupos de interés común o de las organizaciones que surgen para dar respuesta a las necesidades de sus integrantes. <sup>(33)</sup>

Los AMs constituyen en Chile el grupo de edad con mayor nivel de participación, en comparación con el resto de la población. Las organizaciones de AMs han tenido un aumento explosivo en los últimos años. Según el catastro realizado durante el año 2011 a través de la encuesta CASEN, se determinó que del total de AMs del país, un 31,6% manifestó participar en alguna organización social o comunitaria, como juntas de vecinos u otras organizaciones territoriales, iglesias u organizaciones religiosas, agrupaciones de AMs, y otras organizaciones (clubes deportivos o recreativos, agrupaciones artísticas, grupos de identidad cultural, agrupaciones de mujeres, grupos de voluntariado, grupos de autoayuda en salud, agrupación ideológica o corporativa), siendo las organizaciones religiosas o iglesias las que concentran el mayor porcentaje de participación de AMs, seguido de las juntas de vecinos y posteriormente de las agrupaciones de AMs. <sup>(2)</sup> Ahora bien, el número de organizaciones de AMs existentes en el país al año 2008 alcanza el número de 9.520 aproximadamente con un total de 369.419 socios, en la quinta región existen alrededor de 850 organizaciones con un total de 47.261 socios y en la comuna de Valparaíso la cifra es de 124 organizaciones o clubes, los cuales alcanzaron a incorporar a 11500 socios aproximadamente, para el mismo año, destacándose a nivel nacional y regional el mayor porcentaje de participación en mujeres que en hombres. Además se puede decir que entre los años 1998 y 2008 se triplicó el número de personas mayores ligadas a una

organización, y que aumentó en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de AMs.<sup>(34)</sup>

Por otra parte hay estudios que señalan que cuando el AM adopta ante la vida una actitud dinámica, emprendedora y optimista, tiene muchas probabilidades de vivir su última etapa de vida con dignidad y calidad.<sup>(35)</sup>

Estudios indican que la Participación Social es un elemento fundamental que mejora la Calidad de Vida y que debiera mantenerse hasta el final de la vida de los AMs, ya que disminuye su dependencia y permite el mejor desarrollo de las potencialidades y recursos que posee, además entre más están conscientes de sus habilidades, capacidades y limitaciones, de mejor manera solucionan los problemas que se les presentan en su vida cotidiana. También se ha constatado una relación positiva entre los factores psicosociales y la Calidad de Vida, entre redes de apoyo social y sentimientos de bienestar, y entre la formación permanente y la actividad intelectual, lo que ayuda a las personas mayores a mantenerse activos, experimentando una mejor Calidad de Vida.<sup>(4) (36)</sup>

Durante el envejecimiento es frecuente que se experimenten una serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la aparición del sentimiento de soledad, la vejez es una etapa de la vida en la que suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición de este sentimiento. Aparece el “Síndrome de la Soledad”, que se define como un “estado psicológico que sucede a consecuencia de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de la participación de las actividades dentro de la sociedad a la que pertenece y sensación de fracaso en la vida”.<sup>(37)</sup> Para superarla, se deben considerar algunas herramientas, tales como los recursos personales, familiares y sociales, aplicando medidas de promoción para la salud a través de la educación y de la integración del AM, a través de programas específicos y políticas que contribuyan a una Calidad de Vida satisfactoria.<sup>(37)</sup>

La vinculación con otros y la pertenencia muestran el estado de la “salud social”. Una buena salud social impacta positivamente en la salud física y psicológica de los AMs. Investigaciones en este campo han demostrado que los AMs que son socialmente activos mantienen una Calidad de Vida superior a los que están socialmente aislados, encontrándose correlaciones positivas

entre percepción subjetiva del bienestar y estilo de vida activo. Es así como altos niveles de Participación Social se asocian con una mejor autoestima, menores niveles de suicidio, mejor salud física, menor mortalidad y mayores niveles de bienestar psicológico. Por el contrario, el aislamiento y la inactividad, producen una deficiente salud social que afecta la salud física y psicológica. <sup>(24)</sup> <sup>(38)</sup> El peor enemigo de una persona mayor es la soledad y el aislamiento. <sup>(39)</sup>

Por último, además de los múltiples beneficios que brinda la Participación Social a la Calidad de Vida, es necesario señalar los beneficios asociados a la esfera biológica del AM, gracias a la Participación Social en las actividades físicas, se desarrollan grandes cambios fisiológicos positivos, como la regulación de los valores de presión arterial, la mejora de la condición aeróbica, la prevención de Osteoporosis, reducción de los niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos, el aumento del volumen de sangre, entre otros. Así mismo, en el aspecto cognitivo podemos encontrar el retraso en la pérdida de memoria gracias a la integración social. <sup>(40)</sup>

Considerando el tránsito demográfico que ha llevado a la sociedad a envejecer cada vez más, se hace indispensable educar en torno al autocuidado y la promoción de un Envejecimiento Positivo y Exitoso, para lograr de éste modo envejecer con dignidad y alcanzando una Buena Calidad de Vida.

#### **2.2.4 Instrumentos para medir la Calidad de Vida.**

Tras el surgimiento del concepto de Calidad de Vida hace ya varios años, se pensó en la forma más apropiada de medir éste concepto. Durante los años 50 el estado de salud de la población era medido tradicionalmente por la tasa de mortalidad y esperanza de vida, sin embargo la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de la disminución y erradicación de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de nuevas tecnologías, hicieron necesaria la aparición de otras medidas de resultados más sensibles. Es así que a comienzo de los años 80 se desarrollaron los primeros perfiles de salud como: Perfil de Impacto de la Enfermedad, Perfil de Salud de Nottingham y el instrumento SF-36. <sup>(30)</sup>

Muchos investigadores sugirieron que estos instrumentos miden el constructo de Calidad de Vida, aunque también están centrados en medir aspectos de la capacidad funcional del sujeto, y

otros de medir el bienestar psicológico de las personas, lo cual no explica el modelo conceptual de Calidad de Vida, lo cual generó confusión si se quería posteriormente tener una definición consensuada de CVRS.<sup>(41)</sup>

A raíz de éstas discrepancias la OMS retoma el tema, y en 1995 se crea un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida (Grupo WHOQOL) y en algunos consensos básicos que permitan ir unificando los criterios de este complejo concepto. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100). El Grupo WHOQOL establece una serie de puntos, en relación a las medidas de CVRS, aceptadas por diversos grupos de investigadores. Además determinan que los instrumentos de evaluación de CVRS deben combinar características que le den sustento conceptual, confiabilidad y validez, pero por otra parte es fundamental que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente les importan a las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado.<sup>(41)</sup>

El uso de medidas de CVRS evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de personas atendidas con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición es que permite destacar el estado funcional del paciente y que se refleje en su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión subjetiva y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.<sup>(42)</sup>

Es así que en la actualidad existen múltiples instrumentos que miden la CVRS, los cuales pueden clasificarse en instrumentos genéricos e inespecíficos. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de personas atendidas. Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia. Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la CVRS de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la

medición de la Calidad de Vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física.<sup>(43)</sup>

Ahora bien, el cuestionario de SF-36 corresponde a un instrumento de tipo genérico o inespecífico que fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual permitió establecer un perfil de salud con aplicación para población general como para personas atendidas, en estudios descriptivos y de evaluación.<sup>(44)</sup> Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de dicho cuestionario. Su idioma de origen fue el inglés, el cual se tradujo y se adaptó al español. Transcurrido el tiempo, se realizaron estudios pilotos en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después de esta fase se realizaron estudios para identificar la validez y fiabilidad, para así ajustar el estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia, obteniéndose una buena discriminación y aporte suficiente en la evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, estos resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales.<sup>(42)</sup>

Este instrumento consta de 36 ítems agrupados en 2 componentes los que a su vez se subdividen en 8 subdimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental.<sup>(45)</sup>

El cuestionario SF-12, es uno de los instrumentos más utilizados para medir Calidad de Vida, consiste en una versión reducida de la escala SF-36, creada en la década de los 90 en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), el cual permite obtener dos dimensiones o puntajes generales: el resumen del Componente Físico (CSF) y el resumen del Componente Mental (CSM). Este instrumento está formado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36 agrupados en 2 componentes los que a su vez también se subdividen en 8 subdimensiones, las cuales entregan un perfil del estado de salud percibido, es decir, el grado de bienestar y de capacidad funcional de las personas durante las últimas 4 semanas.<sup>(30) (46)</sup>

El SF-12 es aplicable para la población general y pacientes con una edad mínima de 14 años, ya sea en estudios descriptivos como de evaluación.<sup>(46)</sup> Además es utilizado cuando se requiere un instrumento pequeño y se dispone de una muestra grande, ya que debido a la longitud del cuestionario, el SF-12 demora menos tiempo en ser completado que la versión SF-36 (2 a 3 minutos versus 5 a 10 minutos respectivamente). En cambio este último se utiliza cuando se requiere una mayor precisión en la medición de sus parámetros, como por ejemplo en el monitoreo individual de pacientes con fines clínicos. Es por ello que en este estudio se ha utilizado SF-12. Tanto SF-12 como SF-36 son capaces de detectar pequeñas diferencias entre grupos.<sup>(47)</sup>

El cuestionario SF-12 está validado para la población chilena y se utilizó en la Encuesta de Calidad de Vida aplicada por el Ministerio de Salud de Chile en el año 2006.<sup>(48) (49)</sup>

### **2.2.5 Rol del Profesional de Enfermería en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.**

El Profesional de Enfermería como integrante del equipo de salud, ha de potenciar y contribuir al mejoramiento de la Calidad de Vida del AM y de su Nivel de Salud, a través de la entrega de herramientas que le ayuden a mejorar su autopercepción de estas esferas, considerando que a un mayor Nivel de Salud, mejor Calidad de Vida, lo que se obtiene mediante el fomento de la participación en actividades sociales, recreativas y comunitarias, entre otros.

Basándose en la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, el Profesional de Enfermería busca cumplir los objetivos de:

1. Proteger la salud funcional de las personas mayores.
2. Mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad.
3. Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de los AMs.<sup>(23)</sup>

Dentro de las acciones específicas que al Profesional de Enfermería le competen de acuerdo a lo expuesto en los objetivos, se tiene lo siguiente:

- Instalar progresivamente un Modelo de Cuidado Integral para las personas mayores, en todos los niveles de la Red Asistencial, identificando los diferentes grados de dependencia y pérdida de facultades cognitivas que afectan a los AMs.
- Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores a través de la promoción de una vida saludable, incluyendo en dicha actividad los hábitos alimenticios y actividad física.<sup>(23)</sup>

Considerando todo esto desde el punto de vista de la disciplina de la Enfermería, la promoción de la salud ha de ser un eje fundamental en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve el Profesional Enfermero. El Modelo de Enfermería Promotor de la Salud instaurado por Nola J. Pender sirve como una poderosa herramienta para comprender y promover actitudes positivas en los AMs, sobre todo si se considera la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando tratan de alcanzar el estado de salud deseado, ésta teoría hace hincapié a la relación entre las características personales como biológicas, psicológicas y socioculturales, y experiencias, conocimientos creencias y aspectos situacionales asociados con los comportamientos o conductas de salud que se desean cumplir. Es así, que tanto las características y experiencias individuales, como los conocimientos y afectos específicos de la conducta inciden directamente en un resultado de salud positivo, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, lo que persigue ciertas conductas como los son: mantener una dieta sana, realizar ejercicios físicos de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado, un crecimiento espiritual y la construcción de relaciones positivas.<sup>(50)</sup>

Las personas están en constante interacción con su entorno intentando alcanzar un óptimo estado de salud, la promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y mejorar el potencial humano. Dentro de los principales supuestos de la teoría de Nola J. Pender destacan:

1. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
2. Los profesionales de salud forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida.<sup>(51)</sup>

Así como Pender habla acerca del Modelo Promotor de Salud existe otra teórica que propone otro modelo conceptual de Enfermería el cual hace hincapié en que las personas deben empoderarse de su autocuidado participando en él. De este modo Dorothea Orem, describe el por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, considerando el autocuidado como la práctica de actividades que las personas maduras, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. Orem plantea 8 requisitos universales destacándose para esta investigación el requisito de promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal. <sup>(52)</sup>

La actividad de la Enfermera se representa en su capacidad para actuar, saber y ayudar a las personas a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. Es así, que existen métodos de ayuda, los cuales si se llevaran a cabo resolverían o compensarían las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes, siendo algunas éstas acciones las siguientes:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar. <sup>(53)</sup>

A través de su teoría, Orem considera la funcionalidad como parte de su definición de salud, y el autocuidado como una función humana reguladora aprendida que debe usar cada individuo de forma libre y continua a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. <sup>(54)</sup> El autocuidado aumenta la participación activa de las personas en la protección de su salud, responsables de sus decisiones que condicionan su estado actual,

utilizando aspectos que se relacionan con la motivación y cambio de comportamiento, donde la educación para la salud es el principal eje de trabajo.

Para Orem, el AM que participa en actividades de apoyo al autocuidado se comportaría como un “agente de autocuidado”, y toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir los factores de riesgo o retrasar la pérdida de autonomía e invalidez, con una disminución en el número de AMs hospitalizados.<sup>(54)</sup>

En lo referente a participación social, tanto Orem como Pender, manifiestan que las enfermeras deben promover activamente la participación del individuo tanto en su autocuidado como en la toma de decisiones.<sup>(55)</sup>

Por último, las Enfermeras han de potenciar el rol social del AMs, entendido como el vínculo que se puede establecer entre los AMs y el resto de la población para obtener recursos que facilitan la atención de calidad de este grupo etario, y por otra parte el rol gestor, manifestado en la administración de recursos, tanto humanos como físicos considerando la escasez de éstos, debiendo velar por su buena utilización y rendimiento.<sup>(56)</sup>

Si se consideran todos estos aspectos, se fundamenta el quehacer en éstos Modelos de Enfermería y se potencia la Participación Social del AM en su entorno próximo y también en el no tan cercano, se podrá alcanzar un Nivel de Salud óptimo y una mejor Calidad de Vida en nuestra población de AMs, considerando que la Profesión de Enfermería es una instancia de acercamiento, apoyo y asesoramiento para éste grupo etario.

### **2.2.6 Definición y Operacionalización de Variables.**

#### **Variable: “Características sociodemográficas”.**

Definición: Corresponde a la edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y ubicación de la vivienda de los AMs que participan en las actividades recreativas que imparte la OCAM, de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

#### **Variable: “Calidad de Vida”.**

Definición: Se entiende como la Percepción del AM acerca de su situación de vida, considerando su cultura y valores, sus necesidades, expectativas y preocupaciones, y la cual considera dos dimensiones; la física y la mental, a través de 8 Subdimensiones; función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general, según el cuestionario SF-12.

<b>Variable Sociodemográfica</b>		
<b>Dimensión</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Indicador</b>
<b>Edad por tramos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 a 70 años</li> <li>- 71 a 80 años</li> <li>- 81 y más años</li> </ul>
<b>Sexo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hombre</li> <li>- Mujer</li> </ul>
<b>Escolaridad</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñanza básica incompleta</li> <li>- Enseñanza básica completa</li> <li>- Enseñanza media incompleta</li> <li>- Enseñanza media completa</li> <li>- Enseñanza superior incompleta</li> <li>- Enseñanza superior completa</li> </ul>
<b>Estado Civil</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltero/a</li> <li>- Casado/a</li> <li>- Viudo/a</li> <li>- Separado/a</li> <li>- Conviviente</li> </ul>
<b>Ocupación actual</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupado/a</li> <li>- Desocupado/a o Inactivo/a</li> </ul>
<b>Ubicación de la vivienda</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerro Valparaíso</li> <li>- Plan de Valparaíso</li> </ul>

Variable Calidad de Vida		
Dimensión	Subdimensión	Indicador
Componente Salud Física (CSF)	<b>Función física:</b> -Limitación para realizar actividades moderadas -Limitación para subir varios pisos por la escalera	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
	<b>Rol físico:</b> -Hacer menos de lo que hubiese querido hacer debido a la salud física -Dejar de hacer algunas tareas debido a la salud física	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
	<b>Dolor:</b> -Dificultad en el desempeño de actividades debido al dolor	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho 6. No he tenido dolor
	<b>Salud general:</b> -Valoración de la salud en general	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

Variable Calidad de Vida		
Dimensión	Subdimensión	Indicador
<b>Componente Salud Mental (CSM)</b>	<b>Rol emocional:</b> -Hacer menos de los que hubiera querido hacer por problemas emocionales - Peor desempeño de actividades cotidianas por problemas emocionales	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca
	<b>Salud Mental:</b> -Sentirse calmado y tranquilo -Sentirse desanimado y triste	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca
	<b>Vitalidad:</b> -Tener mucha energía	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca
	<b>Función social:</b> -Interferencias en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Rara vez 5. Nunca

# **CAPÍTULO 3**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1 Diseño de la investigación.

La presente investigación correspondió a un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

### 3.2 Población en estudio.

La población de interés fue de 448 AMs que participaron activamente durante el segundo semestre del año 2013 en los talleres recreativos impartidos por la OCAM, dependiente de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso.

De un total de 448 participantes, se extrajo la muestra “n”, la cual fue de 207 AMs, la que se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2Z^2} = 207 \text{ personas.}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

$\sigma$  = Desviación estándar de la población, en este caso 0,5

Z = Valor obtenido del nivel de confianza 95%, que equivale a 1,96

e = Límite aceptable del error muestral, en este caso un 5% que equivale a 0,05

Durante el segundo semestre del año 2013, se imparten en la OCAM un total de 37 talleres en diversas áreas, los cuales fueron agrupados para este estudio en 8 estratos, mencionados con anterioridad, de este modo, se utilizó un muestreo estratificado simple para así obtener una muestra homogénea de participantes de cada taller. Lo cual se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n_A = \frac{n(N_A)(S_A)}{(N_A)(S_A) + (N_B)(S_B) + (N_C)(S_C) + (N_D)(S_D) + (N_E)(S_E) + (N_F)(S_F) + (N_G)(S_G) + (N_H)(S_H)}$$

Dónde:

n = Tamaño total de la muestra.

nA = Tamaño óptimo de la muestra que se extrae del estrato A.

NA = Número de elementos en el estrato A.

SA = Desviación estándar de los elementos del estrato A.

NB = Número de elementos en el estrato B.

SB = Desviación estándar de los elementos del estrato B.

NC = Número de elementos en el estrato C.

SC = Desviación estándar de los elementos del estrato C.

### **Muestreo por estrato.**

Estrato	Muestra
<b>Actividad física</b>	52
<b>Capacitación en oficios</b>	6
<b>Computación</b>	36
<b>Desarrollo personal</b>	11
<b>Habilidades comunicacionales</b>	18
<b>Habilidades manuales</b>	55
<b>Idioma</b>	5
<b>Técnicas de relajación</b>	24
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>

### **3.3 Selección de la muestra.**

La población de estudio correspondió a todos los AMs que participaban en actividades recreativas impartidas por la OCAM de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, durante el mes de noviembre de 2013, que cumplieron con los criterios de inclusión y no estaban dentro de los criterios de exclusión.

#### **3.3.1 Criterios de Inclusión:**

- Hombres y Mujeres.
- Adulto/a mayor de 60 o más años.
- Residente en la ciudad de Valparaíso.
- Participar en al menos un taller de la OCAM durante el segundo semestre del año 2013.
- Leer y firmar Hoja de Consentimiento Informado.
- Lograr un puntaje mayor o igual a 14 puntos en MMSE.

#### **3.3.2 Criterios de Exclusión:**

- Adulto/a menor de 60 años.
- No residente de la ciudad de Valparaíso.
- No estén participando en talleres de la OCAM durante el segundo semestre del año 2013.
- No leer y/o no firmar Hoja de Consentimiento Informado.
- Lograr un puntaje inferior o igual a 13 puntos en MMSE.

### **3.4 Descripción del Instrumento.**

El instrumento utilizado para este estudio constó de 2 partes:

**Parte I:** Corresponde a 9 preguntas de selección y respuesta corta para identificar las características demográficas y sociales de la muestra estudiada.

**Parte II:** Corresponde a la Encuesta de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-12, la cual tenía 12 preguntas, el cual se puede esquematizar de la siguiente manera:

<b>Componente</b>	<b>Subdimensión</b>	<b>Pregunta</b>
<b>Componente Salud Física (CSF)</b>	<p><b>Salud general:</b></p> <p>Proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.</p>	¿Usted diría que su salud es...?
	<p><b>Función física</b></p> <p>Mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el subir escaleras y la realización de esfuerzos moderados e intensos.</p>	<p>Su salud actual, ¿Lo/a limita para realizar esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?</p> <p>Su salud actual, ¿Lo/a limita para subir varios pisos por la escalera?</p>
	<p><b>Rol físico</b></p> <p>Valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.</p>	<p>¿Con qué frecuencia ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer en su trabajo o al realizar actividades cotidianas a causa de su salud física?</p> <p>¿Con qué frecuencia tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?</p>
	<p><b>Dolor corporal</b></p> <p>Cuantifica la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual.</p>	Si ha tenido algún dolor, ¿Hasta qué punto este ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo fuera de casa y las actividades domésticas)?
	<p><b>Rol emocional</b></p> <p>Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al</p>	¿Con qué frecuencia ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer en su trabajo o actividades cotidianas a causa

<b>Componente Salud Mental (CSM)</b>	sentimiento de cansancio o agotamiento.	de algún problema emocional (como estar deprimido/a, nervioso o triste)? ¿Con qué frecuencia hizo su trabajo o actividades cotidianas con menos cuidado que de costumbre, por algún problema emocional?
	<b>Salud mental</b> Mide la salud mental general, lo que incluye la depresión y la ansiedad.	¿Con qué frecuencia usted se sintió tranquilo/a y calmado/a? ¿Con qué frecuencia usted se sintió desanimado/a y deprimido/a?
	<b>Vitalidad</b> Valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.	¿Con qué frecuencia usted tuvo mucha energía?
	<b>Función social</b> Mide el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	¿Con qué frecuencia su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales?

### 3.5 Procedimiento de Recolección de Datos.

La recolección de datos se realizó durante el mes de Noviembre de 2013, en la OCAM ubicada en las inmediaciones de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, en los horarios predefinidos para cada taller.

Previamente se presentó el diseño de investigación y Consentimiento Informado al Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y a las autoridades de la OCAM de Valparaíso, para poder realizar el estudio, obteniéndose su aprobación en los meses de Octubre y de Julio del año 2013, respectivamente.

La recolección de datos se hizo mediante entrevista individual, y fue realizada de manera personalizada, es decir, un estudiante de 4to año de Enfermería entrevistó a un AM. Esta entrevista constó de tres partes:

- Presentación y lectura de Consentimiento Informado para ser firmado, en caso de que el AM consultado esté de acuerdo con participar en el estudio.
- En caso de obtener la firma en el Consentimiento Informado, se procede a una evaluación cognitiva mediante la aplicación del MMSE abreviado. Si el entrevistado obtiene un puntaje mayor o igual a 14 puntos se prosigue a la siguiente etapa. En el caso contrario se explica que su participación ha finalizado.
- Aplicación del instrumento parte I y II.

### **3.6 Prueba Piloto.**

La prueba piloto se realizó durante el mes de Noviembre del año 2013, en jornada diurna en la OCAM. Su objetivo fue la aplicación del cuestionario SF-12 a 10 AMs, que corresponden al 5% de la muestra total. Con la previa presentación de los estudiantes de Enfermería al inicio de los talleres, se aplicó mediante entrevista individual a los asistentes.

Al finalizar esta prueba, no se identificaron problemas con el instrumento.

### **3.7 Procesamiento y Análisis de Datos.**

Para el procesamiento y análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva. Para ello se contó con el apoyo docente de la Srta. Mónica Catalán, profesora adjunta del Departamento de Estadística de la Universidad de Valparaíso.

Para el análisis de datos fue utilizado el programa “Microsoft Excel 2007”, en el cual se realizó la base de datos y donde fueron creados los gráficos. Para la obtención de las medidas descriptivas (media y desviación estándar) se utilizó el programa SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Science), en el cual se encuentra programado el algoritmo de cálculo del SF-12 como un archivo de sintaxis.<sup>(57)</sup>

Para poder llegar a los resultados finales, se siguieron los siguientes pasos:

Primero, se recodificaron las variables nominales que no pudieron ser representadas por números, como por ejemplo, los talleres favoritos que tenían los encuestados, con el fin de poder tener resultados cuantificables para llevar a cabo el análisis. Posteriormente, todas las variables de la base de datos fueron completadas con los valores correspondientes en forma numérica.

Segundo, ya con los datos recodificados a valores numéricos, se agruparon las preguntas del instrumento en 8 Subdimensiones, para luego volver a ser recodificadas en dos grandes dimensiones y de esta forma se pudo analizar el aspecto mental y físico de manera separada.

Tercero, las dimensiones se convirtieron en escalas que midieron si los encuestados tuvieron una Buena o Mala Calidad de Vida; para esto, se volvió a recodificar las dimensiones asignándoles un valor determinado.

Cuarto, se recodificó una escala final que contuvo los resultados finales de cada encuestado.

Quinto, se procesaron los datos recodificados. Según lo que dictó el instrumento, se deben llegar a puntajes entre 1 y 100; puntajes que sobrepasan los 50 puntos indican que los encuestados tienen una Buena Calidad de Vida, mientras que los que obtienen un puntaje inferior, tienen una Mala Calidad de Vida, de acuerdo a la población norteamericana, a través de la prueba T de Student to ANOVA. Con el SPSS, se sacaron las frecuencias por pregunta, así como el porcentaje por cada tipo de respuesta. Finalmente para todos los datos anteriormente mencionados, se extrajeron las tablas de frecuencia y los gráficos de barras correspondientes.<sup>(58)</sup>

### **3.8 Consideraciones Éticas.**

Previa recolección de datos para la presente investigación se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Elaboración de un Consentimiento Informado, para los AMs consultados para participar del estudio. Este incluye información acerca de:
  - Nombre de los investigadores.
  - Características y objetivos del estudio.
  - Relevancia del estudio y beneficios.
  - Ausencia de riesgos para el participante.
  - Derechos del participante.
  - Detalle de la participación del AM en el estudio, la cual pretende ser informada, confidencial, sin retribución material ni económica.
  - Opción de prestación de apoyo psicológico profesional en caso de ser necesario.
  - Opción de difusión de los resultados de este estudio para con las autoridades de la OCAM y sus AMs.
  - Información de contacto de los investigadores.
  
- Presentación del diseño de investigación y del Consentimiento Informado al Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.
  
- Presentación del diseño de investigación y del Consentimiento Informado a las autoridades de la OCAM de Valparaíso, para la realización del presente estudio.
  
- Recolección de datos por medio de entrevista individual para resguardar la privacidad del entrevistado.
  
- Utilización de un lenguaje y tono de voz adecuado a las capacidades del AM entrevistado.

- Utilización de código numérico para cada cuestionario respondido, para resguardar la confidencialidad de las respuestas del AM encuestado.
- Lectura del Consentimiento Informado por parte del AM consultado, para decidir de manera informada su participación en el estudio.
- Respeto por parte del entrevistador ante la decisión del AM de participar o no en el estudio, y durante toda la entrevista.

# **CAPÍTULO 4**

## **RESULTADOS**

## CAPÍTULO 4 RESULTADOS

### 4.1 Características sociodemográficas de la muestra.

- Tabla N° 1: Sexo de los AMs (n = 207).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	28	13,5%
Mujer	179	86,5%
Total	207	100%

La tabla N°1 muestra que de un total de 207 personas, un 13,5% corresponde a hombres y un 86,5% a mujeres, realidad que también se ve reflejada a nivel nacional, donde el porcentaje de participación social de mujeres es superior al de hombres, siendo este 71% versus un 29% respectivamente. <sup>(34)</sup>

**- Tabla N° 2: Distribución de edad y sexo por decenios de los AMs (n = 207).**

Tramos Edad	Frecuencia	Hombres		Mujeres		Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Total
<b>60 – 70 años</b>	104	10	4,8%	94	45,4%	50,2%
<b>71 – 80 años</b>	84	16	7,7%	68	32,9%	40,6%
<b>81 y más años</b>	19	2	1%	17	8,2%	9,2%
<b>Total</b>	207	28	13,5%	179	86,5%	100%

Según se observa en la tabla N° 2, el tramo de edad por decenio que tiene una mayor participación es el de 60 – 70 años con un 50% aproximadamente, del cual un 45,4% corresponde a mujeres y un 4,8% corresponde a hombres. Seguido por el tramo de 71 – 80 años el cual presenta un 41% de participación, del cual un 32,9% son mujeres y un 7,7% corresponde a varones. Finalmente el tramo con menor participación corresponde a las edades comprendidas entre 81 y más años, con un 9,2%, del cual un 8,2% corresponde a mujeres y un 1% corresponde a hombres.

**- Tabla N°3: Edad de los AMs (n = 207).**

Mínima	Mediana	Media	Moda	Máxima
60	70	71	70	88

La edad mínima observada de los AMs participantes fue de 60 años, mientras que la máxima edad fue de 88 años. Los valores de la mediana, media y moda fueron 70, 71 y 70 respectivamente

- **Tabla N° 4: Nivel educacional de los AMs(n = 207).**

<b>Nivel educacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Básico completo</b>	15	7,2%
<b>Básico incompleto</b>	50	24,2%
<b>Medio completo</b>	60	29,0%
<b>Medio incompleto</b>	36	17,4%
<b>Superior completo</b>	40	19,3%
<b>Superior incompleto</b>	6	2,9%
<b>Total</b>	207	100%

De la presente tabla se desprende que la mayoría de los AMs, alrededor de un 46%, posee un nivel educacional medio completo o incompleto, seguido de un 32% de personas que poseen un nivel básico completo o incompleto, mientras que la minoría de éstos presenta un nivel educacional superior completo o incompleto correspondiente a un 22% aproximadamente. En contraste con la población Adulta Mayor a nivel nacional que en su mayoría posee un nivel de escolaridad ya sea básica completa o incompleta. <sup>(2)</sup>

- **Tabla N° 5: Lugar de residencia de los AMs(n = 207).**

<b>Lugar de residencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Plan</b>	28	13,5%
<b>Cerro</b>	179	86,5%
<b>Total</b>	207	100%

Del total de los AMs encuestados se desprende que la gran mayoría de estos tiene su residencia en los cerros de Valparaíso, mientras que el menor porcentaje se ubica en el plan de la ciudad, situación que se reafirma a nivel de población general, ya que un 95% de la población total de Valparaíso vive en los cerros y sólo un 5% en el plan. <sup>(59)</sup>

- **Tabla N° 6: Estado civil de los AMs (n = 207).**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Casado/a</b>	70	33,8%
<b>Conviviente</b>	5	2,4%
<b>Separado/a</b>	23	11,1%
<b>Soltero/a</b>	44	21,3%
<b>Viudo/a</b>	65	31,4%
<b>Total</b>	207	100%

De la presente tabla se extrae que del total de las personas encuestadas la mayoría no tiene pareja, lo que corresponde alrededor de un 64%, en tanto cerca de un 36% sí tiene pareja. Por otro lado, se observa que a nivel nacional el resultado es inverso, ya que el porcentaje de los AMs que tiene pareja alcanza un 58% aproximadamente. <sup>(2)</sup>

- Tabla N° 7: Ocupación de los AMs (n = 207).

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ocupado/a*	6	2,9%
Desocupado/a o Inactivo/a**	201	97,1%
<b>Total</b>	207	100%

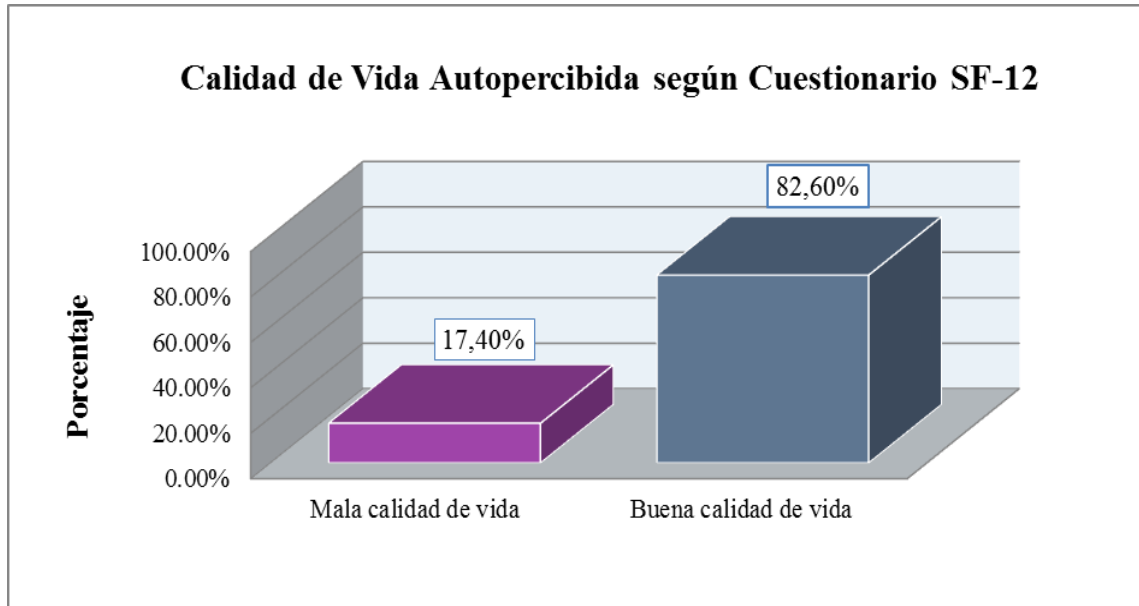
Se observa que cerca del 97% de los AMs encuestados se mantienen desocupados o inactivos, mientras que aproximadamente un 3% de ellos trabaja. Situación que se repite a nivel nacional, donde el 75,5% de AMs no trabaja o se encuentra inactivo versus un 24,5% que sí lo hace. <sup>(2)</sup>

\*Corresponde a: trabajadores dependientes o independientes.

\*\*Corresponden a: jubilados/as, pensionados/as, montepiadas y dueños/as de casa.

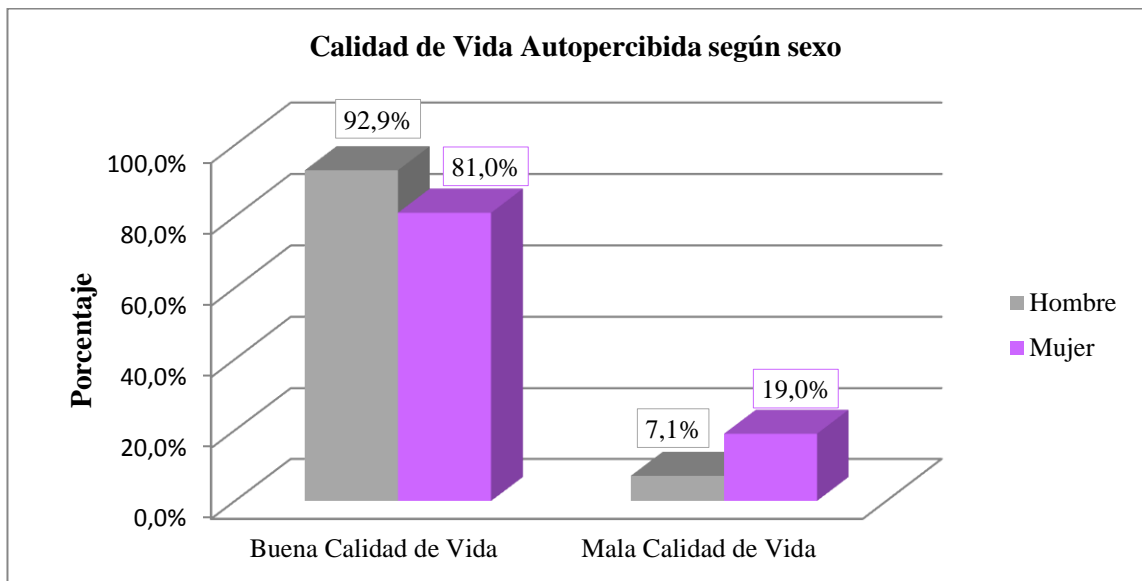
## 4.2 Análisis Descriptivo

- Gráfico N° 1: Calidad de Vida Autopercebida de los AMs(n=207).



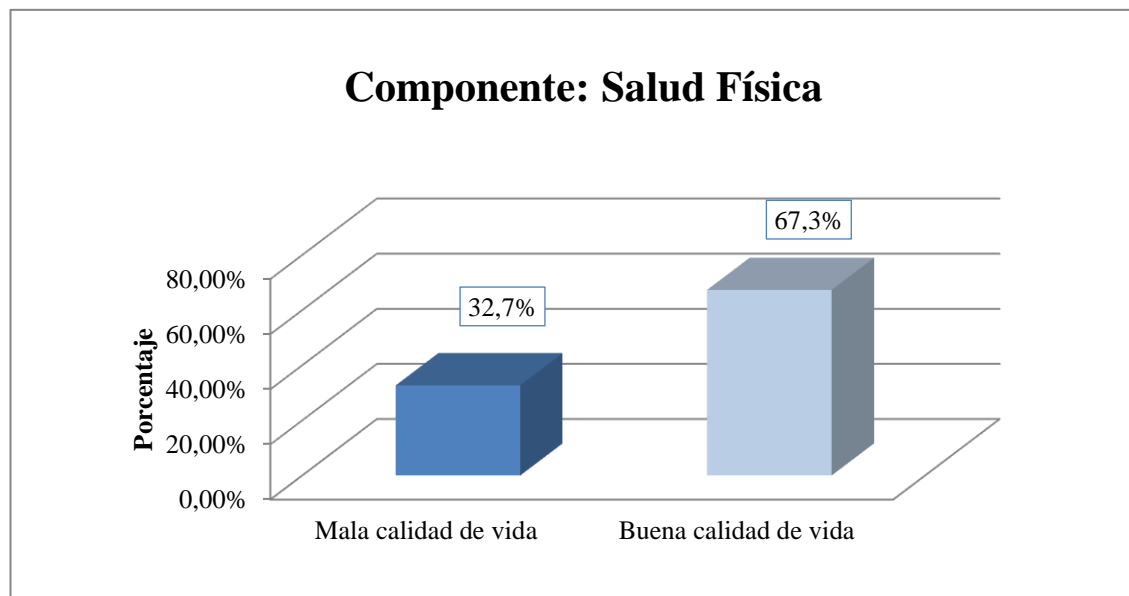
Del Gráfico N° 1 se desprende, que del total de AMs que participó en éste estudio, la mayoría autopercebe su Calidad de Vida como buena, alcanzando un 83% aproximadamente, lo que corresponde a 171 AMs. En tanto, el porcentaje de AMs que autopercebe una Mala Calidad de Vida alcanzó alrededor de un 17%, lo que corresponde a 36 AMs, situación que se condice con estudios nacionales que muestran que la percepción de Calidad de Vida de este grupo etario es considerada como buena. <sup>(48)</sup>

- Gráfico N° 2: Calidad de Vida Autopercebida de los AMs encuestados, según la encuesta de Calidad de Vida SF-12 distribuida por sexo.



Del presente gráfico se extrae que de un total de 28 hombres encuestados, un 93% aproximadamente manifestó tener una buena calidad de vida, en tanto el 7% restante manifestó tener una mala calidad de vida. En lo que refiere al sexo femenino, de un total de 179 mujeres, 81% de ellas manifestó tener una buena calidad de vida, mientras que un 19% manifestó tener una mala calidad de vida. Situación que se manifiesta de igual manera a nivel nacional, en donde los hombres tienen una mejor percepción sobre su calidad de vida que las mujeres. <sup>(48)</sup>

- Gráfico N° 3: Calidad de vida de los AMs encuestados según el Componente Salud Física de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



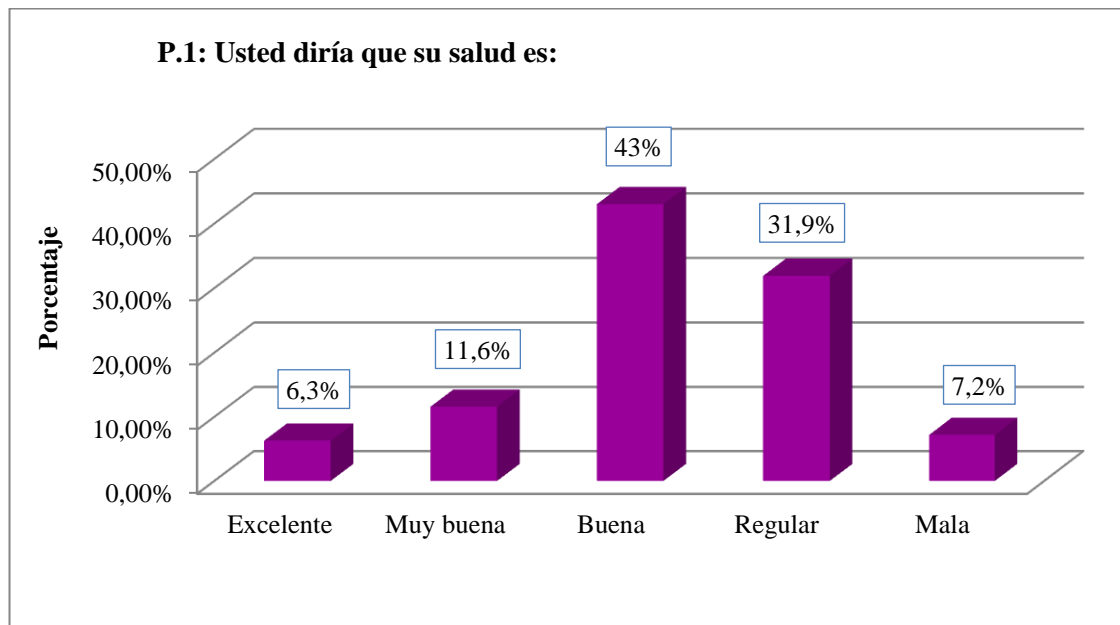
Respecto al Componente Salud Física, de un total de 207 AMs encuestados, un 67% aproximadamente, lo que corresponde a 139 personas, percibe una Buena Calidad de Vida en este Componente, mientras que cerca de un 33% la percibe como Mala, lo que equivale a 68 AMs. Estos datos pueden ser contrastados, ya que a nivel país la percepción de Calidad de Vida en el Componente Salud Física es Mala. <sup>(60)</sup>

Respecto a las 4 Subdimensiones que se incluyen en este componente, 3 de ellas obtuvieron un porcentaje similar. En donde Salud General, el 61% de los AMs encuestados percibió tener una Buena Calidad de Vida, lo que se contradice con la realidad nacional, ya que la mayoría de la población adulta mayor percibió una Mala Calidad de Vida para esta Subdimensión. En lo referente a las Subdimensiones Rol físico y Función Física, estas obtuvieron un porcentaje de 67% y 68% respectivamente para la categoría de Buena Calidad de Vida, lo cual se ve reflejado

con la situación nacional, ya que la mayoría de los AMs presenta una Buena Calidad de Vida en estas Subdimensiones.

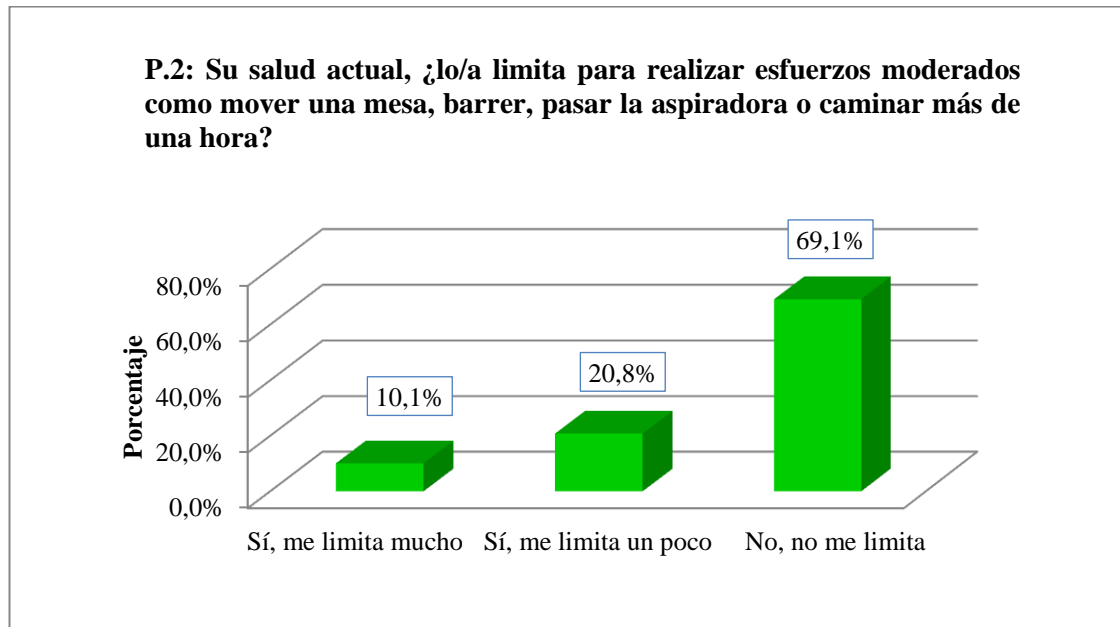
Por otro lado, la Subdimensión Dolor Corporal influyó negativamente en la Calidad de Vida de los encuestados, ya que se obtuvo un 54% en la categoría de Mala Calidad de Vida. , a diferencia de la realidad nacional, donde la mayoría de los AMs presenta una Buena Calidad de Vida en esta Subdimensión. Estudios demuestran que los dolores osteoarticulares son los principales problemas de salud que afectan a este grupo etáreo, correspondiendo a un 68%.<sup>(12)</sup>

- Gráfico N° 4: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 1 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



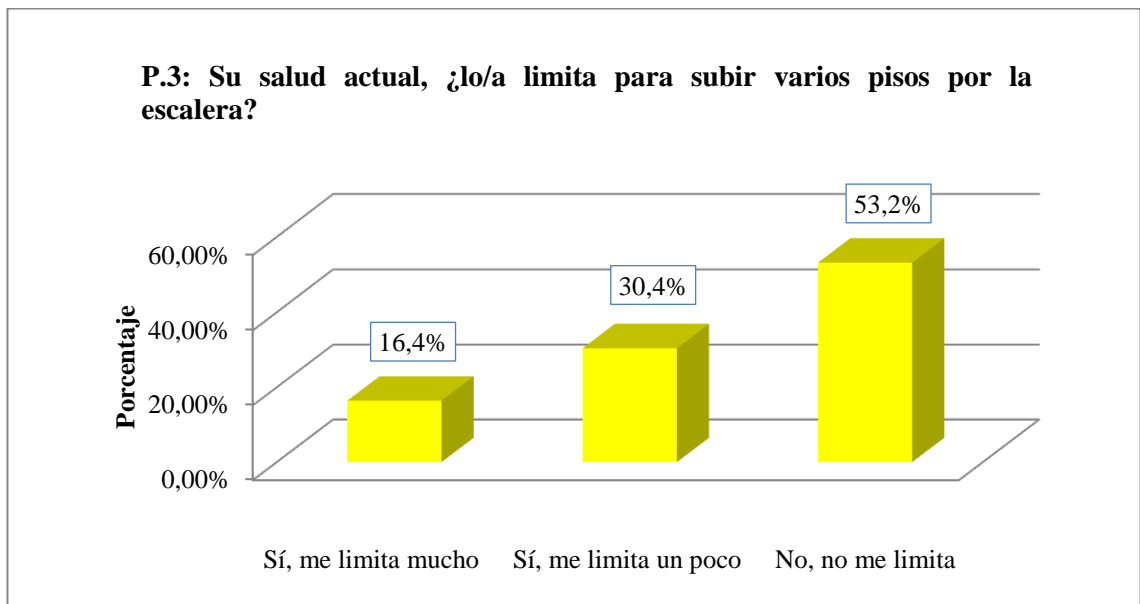
La mayoría de la población encuestada manifestó que su salud actual es “Buena” con un 43%, seguido por un 32% que la consideró “Regular”. El resto de los AMs definió su salud actual como “Muy buena”, “Mala” y “Excelente”, con aproximadamente un 12%, 7% y 6% respectivamente.

- Gráfico N° 5: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 2 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



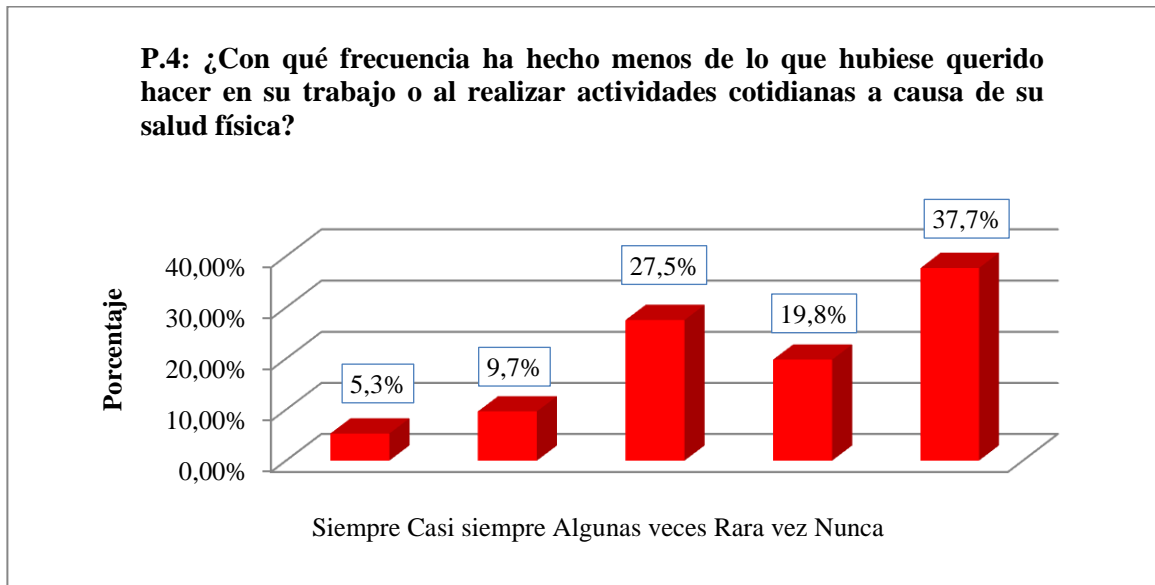
Del 100% de los AMs encuestados, un 69% considera que al realizar esfuerzos moderados su salud no es una limitante, solamente alrededor de un 31% manifiesta que su salud sí es una limitante al realizar estas tareas, de este porcentaje se desprende que a un 21% “Lo limita un poco” y a un 10% “Lo limita mucho” realizar esfuerzo moderados.

- Gráfico N° 6: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 3 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n= 207).



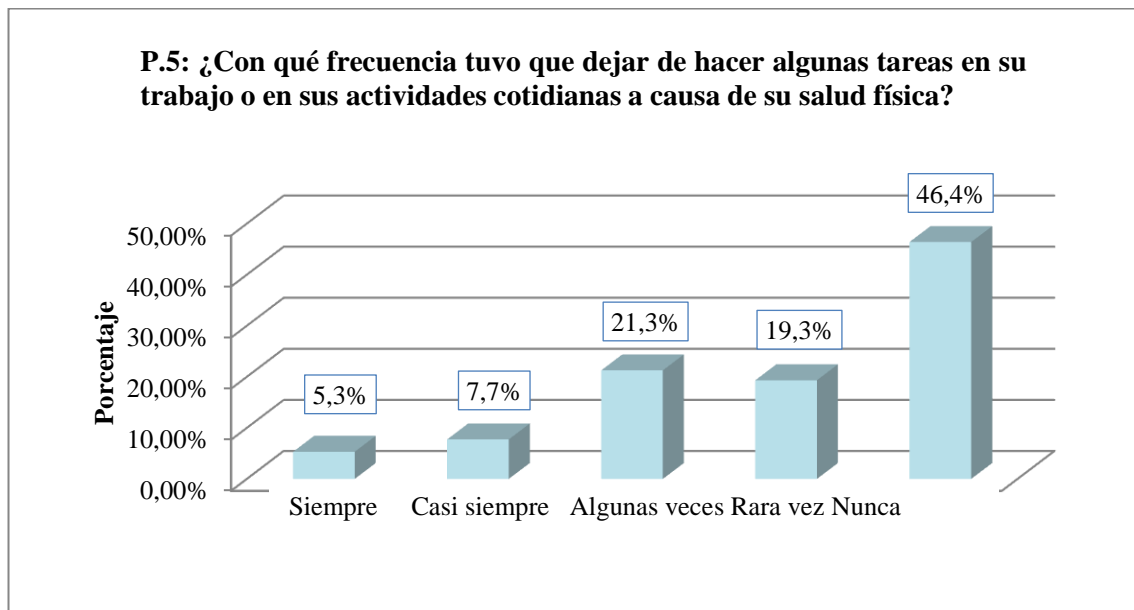
Ante la pregunta “Su salud actual, ¿lo/a limita para subir varios pisos por la escalera?”, el 53% de los encuestados manifiesta que no se vieron limitados en nada por su salud, sin embargo un porcentaje no menor, un 47%, respondió que su salud actual sí lo limitó un poco o mucho al realizar esta actividad. Según estudios de funcionalidad, esta tarea, junto con bañarse y desplazarse, es una de las primeras actividades de la vida diaria en la que se manifiestan limitaciones en los AMs. <sup>(61)</sup> <sup>(62)</sup>

- Gráfico N° 7: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n°4 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



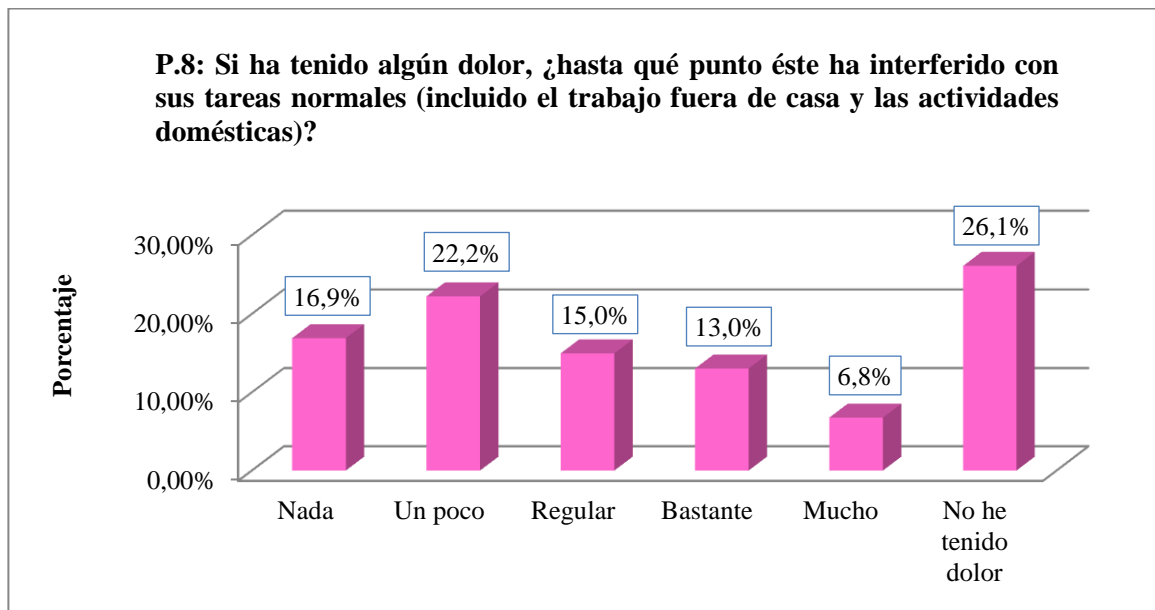
Del 100% de los encuestados, un 85% considera que su salud física interfiere de manera poco frecuente en su trabajo o al realizar actividades cotidianas, haciendo menos de lo que hubiesen querido. Por otro lado, un 15% respondió que “Siempre” o “Casi siempre” se ven afectados negativamente al realizar estas tareas a causa de su salud física.

- Gráfico N° 8: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n°5 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



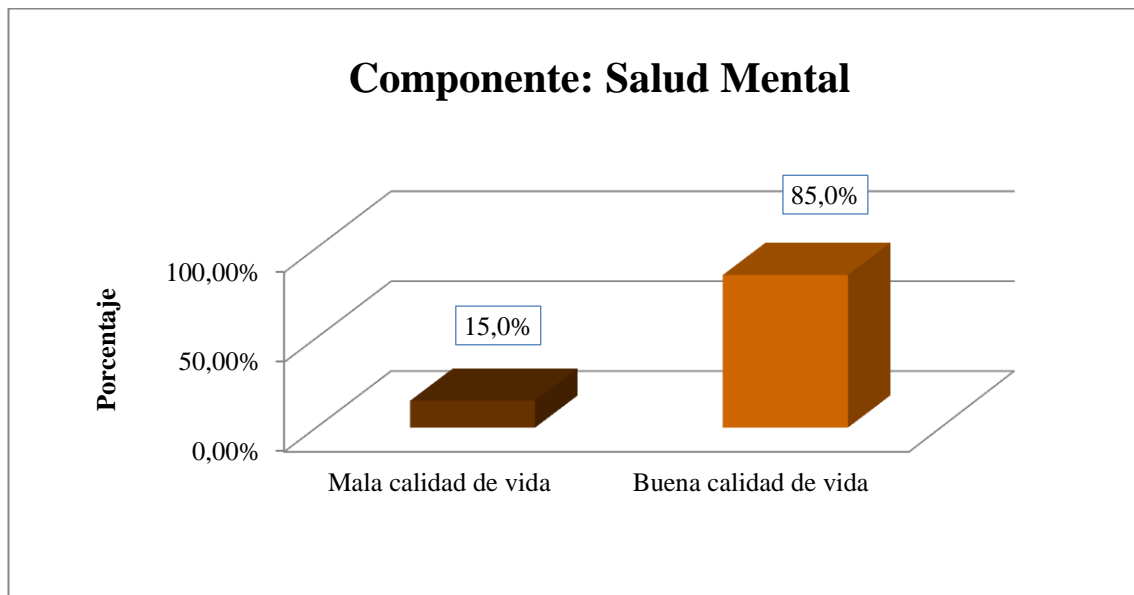
Se desprende del Gráfico N° 8, que la mayoría de los AMs encuestados, cerca de un 46%, “Nunca” se ha visto limitado al realizar su trabajo o tareas cotidianas a causa de su salud física, solo un 13% manifiesta que “Siempre” o “Casi siempre” se ven afectados por su salud física al realizar tales tareas, el resto, un 41%, responde que “Rara vez” o “Algunas veces” se ven afectados.

- Gráfico N° 9: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n°8 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



Se desprende del presente gráfico, que la mayoría de los AMs, alrededor de un 73%, ha presentado algún tipo de dolor en las últimas 4 semanas y éste ha interferido ya sea “Un poco”, “Regular”, “Bastante” o “Mucho” al realizar sus tareas normales, sólo un 17% aproximadamente de las 207 personas refirió que al tener dolor, este no repercutió en sus actividades. Por otro lado, cerca del 26% manifestó no haber tenido dolor en el último tiempo, lo que es equivalente a 54 personas. Los estudios sugieren que la prevalencia del dolor aumenta con la edad, aunque al verbalizar el dolor tiende a disminuir levemente en el adulto muy mayor de 80 años. <sup>(63)</sup>

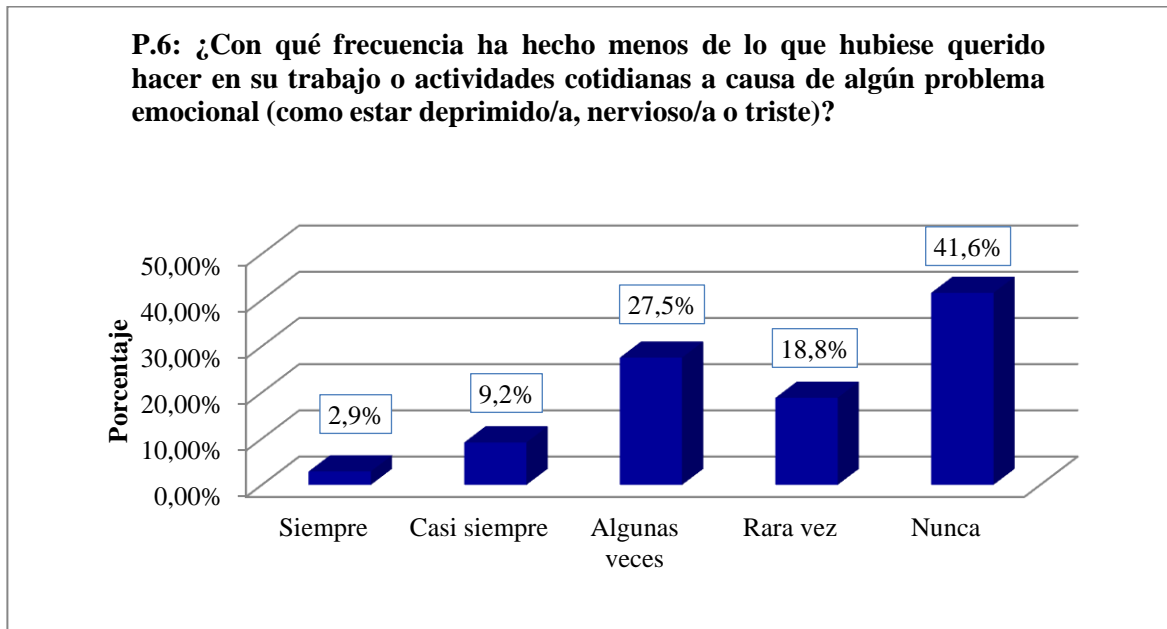
- Gráfico N° 10: Calidad de vida de los AMs encuestados, según el Componente Salud Mental de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



Se puede extraer del Gráfico N° 10, que en el Componente Salud Mental, la gran mayoría de la población AM encuestada, posee una Buena Calidad de Vida con un 85%, lo que representa a 176 personas, en tanto un 15%, lo que equivale a 31 AMs, presenta una Mala Calidad de Vida. a nivel nacional se puede observar que esta tendencia se mantiene, ya que la mayoría de los AMs tiene una Buena Calidad de Vida en este Componente.<sup>(60)</sup>

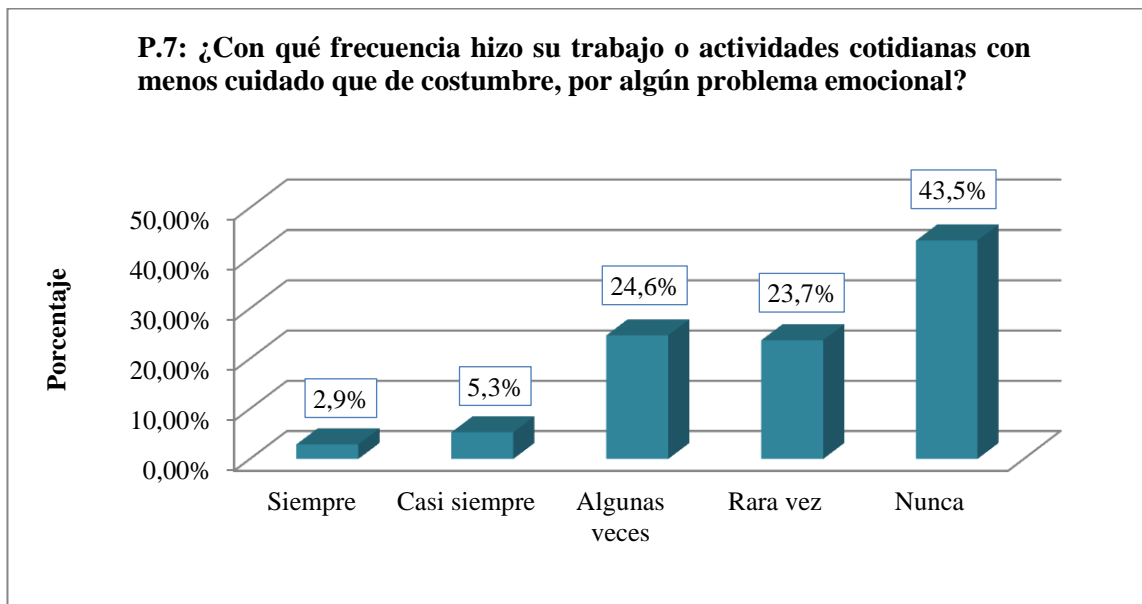
Dentro de este Componente se incluyen las Subdimensiones Rol emocional, Salud mental, Vitalidad y Función Social las cuales, fueron percibidas positivamente por los AMs con un 71%, 74%, 68% y 66% respectivamente, lo que se asemeja a la situación nacional, ya que la mayoría de los AMs chilenos presentan una Buena Calidad de Vida en estas 4 Subdimensiones.<sup>(48)</sup>

- Gráfico N° 11: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n°6 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



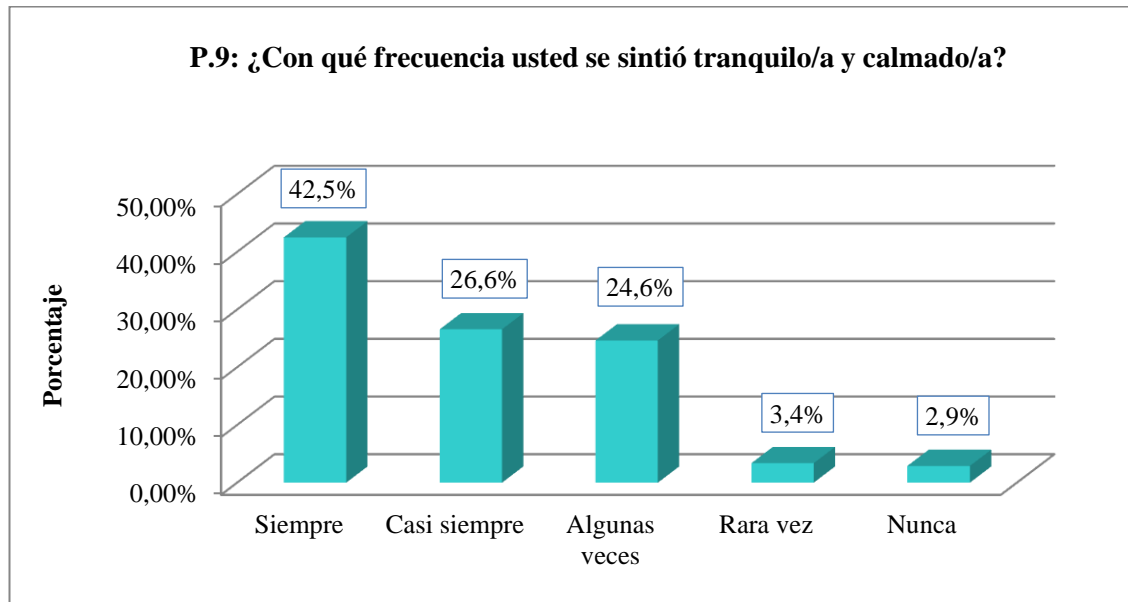
De un total de 207 AMs, cerca de un 88% siente que no hizo menos de lo que hubiese querido en sus actividades diarias a causa de algún problema emocional, lo que se traduce en 182 AMs, en tanto sólo un 12% siente lo contrario, lo que corresponde a 25 personas.

- Gráfico N° 12: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n°7 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



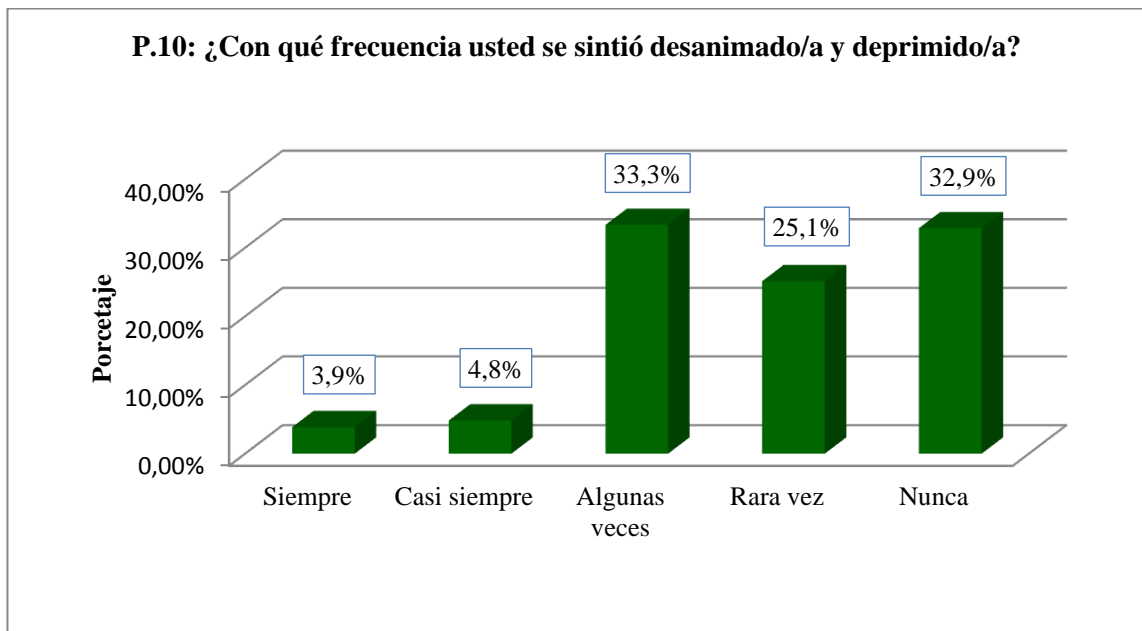
Del presente gráfico se extrae que alrededor del 92% de los AMs encuestados consideró que los problemas emocionales “Algunas veces”, “Rara vez” o “Nunca” afectaron en el desempeño de sus actividades cotidianas o trabajo, lo que equivale a 190 AMs, por otra parte existe un 8% de AMs, que afirmó que los problemas emocionales hicieron que realizaran su trabajo o actividades diarias con menos cuidado que de costumbre, lo que correspondió a 17 AMs.

- Gráfico N° 13: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 9 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



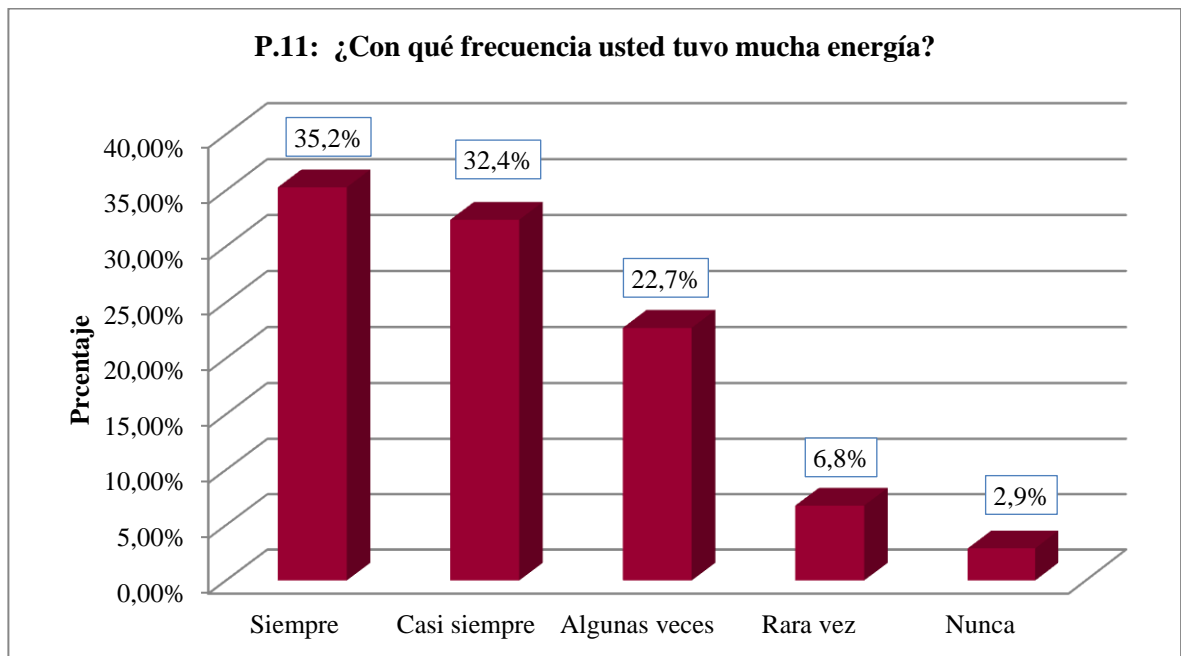
La mayoría de los AMs manifiesta que se sintió tranquilo/a y calmado/a “Siempre” o “Casi siempre”, porcentaje que alcanza aproximadamente un 69%, en tanto, cerca de un 31% de AMs, afirma que “Algunas veces”, “Rara vez” o “Nunca” tuvo ésta sensación de tranquilidad y calma.

- Gráfico N° 14: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 10 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



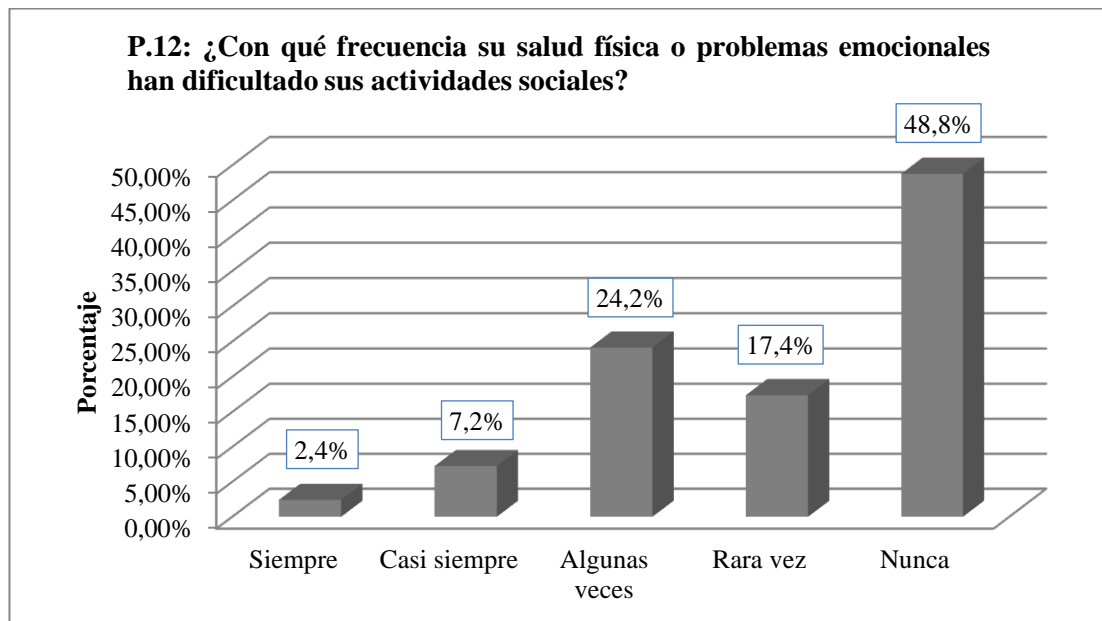
Del presente gráfico se observa que alrededor de un 58% de los AMs, manifiesta “Rara vez” o “Nunca” haberse sentido deprimido/a y desanimado/a en ese período, lo que equivale a 120 personas, en cambio con un estrecho margen, cerca de un 42% de los AMs, lo que corresponde a 87 personas, expresa “Algunas veces”, “Casi siempre” o “Siempre” sentirse desanimado/a y deprimido/a.

- Gráfico N° 15: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 11 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



Se observa que la mayoría de los AMs encuestados, alrededor de un 67% considera que “Siempre” o “Casi siempre” tuvieron mucha energía, en tanto cerca de un 23% sintió que tuvo mucha energía “Algunas veces”, y la minoría, consideró “Rara vez” o “Nunca” tener mucha energía, alcanzado éste grupo un 10% aproximadamente.

- Gráfico N° 16: Respuesta de los AMs encuestados, acerca de la pregunta n° 12 de la encuesta de Calidad de Vida SF-12 (n = 207).



Del Gráfico N° 16 se extrae que la gran parte de los AMs, aproximadamente un 66%, que equivale a 137 personas, considera que su salud física y emocional “Rara vez” o “Nunca” dificultó sus actividades sociales, por otra parte un 24% manifestó que “Algunas veces” sus actividades sociales se vieron afectadas por su salud física y emocional, y un bajo porcentaje, alrededor de un 10% expresó si verse afectado a causa de éstos problemas.

**CAPÍTULO 5**  
**DISCUSIÓN,**  
**CONCLUSIONES Y**  
**SUGERENCIAS**

## CAPITULO 5

### DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

#### 5.1 Discusión.

El presente estudio llevado a cabo en la OCAM de la Municipalidad de Valparaíso caracterizó sociodemográficamente la muestra (n=207), en donde la mayor participación está dada por el género femenino con un 86,5% versus un 13,5% del género masculino, dichos resultados concuerdan con el Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de AMs del año 2008, <sup>(34)</sup> siendo las mujeres las que obtuvieron un mayor porcentaje de participación que los hombres, con un 66,97% y un 33,03% respectivamente. Lo anterior se fundamenta con estudios que indican que el género femenino tiende a desempeñar roles simultáneos en la etapa de ciclo vital que se encuentra. Además, durante la vivencia de eventos normativos, tales como la viudez y el “nido vacío”, la mujer tiende a aumentar aún más el repertorio ocupacional, entre los cuales se pueden encontrar actividades recreacionales que responden a las motivaciones de mantenerse relacionada con distintos grupos sociales, y al mayor nivel de autonomía que presenta. <sup>(64)</sup>

Respecto a la edad de los AMs participantes, el presente estudio indicó que el decenio de edad entre los 60-70 años resultó tener una mayor participación social con un 50,2%, seguido del tramo de edad de 71-80 años con un 40,6% y finalmente el tramo con menor participación es el de 81 años y más con un 9,2% del total de AMs encuestados. Dichos resultados se asemejan con el estudio del envejecimiento el cual describe tres grupos de AMs: “viejo joven”, “viejo viejo” y “viejo de edad avanzada”, el primer grupo está entre 60 y 74 años, siendo por lo general activos, vitales y vigorosos; el segundo grupo entre 75 a 84 años; ambos grupos constituyen la tercera edad; mientras que el tercer grupo, de 85 años en adelante, comprende la cuarta edad; es muy probable que se sientan débiles y presenten enfermedades discapacitantes que le dificulten la realización de las actividades de la vida diaria. <sup>(65)</sup>

El nivel educacional de los AMs encuestados supera el promedio nacional debido a que la mayoría de ellos presenta estudios superiores a la escolaridad básica completa. Lo anterior es

sustentado en estudios que evidencian, que quienes tienen un mayor nivel educacional salen más de su hogar, leen más y participan más en talleres o cursos.<sup>(12)</sup> Además, quienes tienen un mayor nivel educacional perciben de mejor manera su salud lo que afecta positivamente su Calidad de Vida.<sup>(59)</sup>

En lo que refiere a la ubicación de su domicilio, un 86,5% de las personas mayores que participan en las actividades impartidas por la OCAM residen en los cerros, mientras que el 13,5% reside en el plan de Valparaíso. Información que se respalda con la situación comunal, en donde la población residente total de la comuna se encuentra ubicada un 95% en los cerros de Valparaíso, y sólo el 5% restante en el plan.<sup>(59)</sup>

Tal como se ha mencionado anteriormente y basándose en otros estudios, el porcentaje de AMs que participa en actividades sociales en Valparaíso corresponde a un 31,6% del total de éstos. El bajo porcentaje de participación que existe de AMs, respecto al total de personas mayores que reside principalmente en los cerros de Valparaíso, puede deberse a que gran parte de las actividades recreativas se concentran en el plan de esta ciudad y el acceso a éstas se torna dificultoso, además se debe tener en cuenta que gran cantidad de AMs manifiesta sentirse imposibilitado para desplazarse solos por las calles sin ayuda o compañía. Si a ello se le suma la pérdida gradual de la funcionalidad, como también que muchos de éstos están asumiendo el rol de abuelos y principalmente cuidadores de nietos y padres, es lo que finalmente en conjunto puede explicar de alguna manera esta situación de baja participación en actividades sociales.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los AMs se encuentran sin pareja, lo que difiere de lo observado a nivel nacional. Cabe desatacar que de acuerdo a algunos estudios, el apoyo familiar y de pareja actuaría como un factor influyente para la Participación Social, en donde ésta podría ofrecer un cierto grado de resistencia para asistir a actividades recreativas.<sup>(64)</sup> Lo cual se corrobora con las características sociodemográficas de la muestra, ya que el mayor porcentaje de los AMs se encuentran viudos, solteros o separados, lo que hace que presenten un mayor grado de asistencia y compromiso en las actividades recreativas.

La ocupación actual de los AMs incide directamente en la participación de estas personas, según los datos obtenidos en la presente investigación casi la totalidad de los AMs se encuentran desocupados o inactivos. Lo que se confirma con estudios que mencionan que al encontrarse jubilados y/o desocupados, los AMs tienen una mayor disponibilidad para participar socialmente.<sup>(64)</sup>

En este estudio se pudo establecer que el 82,6% de los AMs que participan en la OCAM de Valparaíso tienen una buena percepción de su Calidad de Vida y el 17,4% restante la percibe como Mala. Si comparamos estos resultados con la última II Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2006, la cual utilizó el mismo cuestionario, podemos observar que los resultados fueron similares.

En esta investigación cerca de un 67% de los AMs autopercebe positivamente su Calidad de Vida de acuerdo al CSF. Esto puede ser debido a los efectos favorecedores que hacen en las personas de este grupo etario participar de manera activa en organizaciones sociales, ya que mejoran directamente el estado funcional y el desarrollo de las actividades de la vida diaria, otorgando así mayor independencia actuando como factores protectores de la salud física.<sup>(66)</sup> Aun así, esta situación no es la misma a nivel país, ya que la población AM chilena, percibe de manera negativa su Calidad de Vida.<sup>(60)</sup>

En cuanto al CSM observamos que el 85% de las personas mayores encuestadas percibe una Buena Calidad de Vida. Otros estudios que han utilizado esta misma escala, coinciden en que el CSM obtiene una Buena Calidad de Vida.<sup>(60)</sup>

Al analizar los dos componentes de esta escala, es decir el CSF y el CSM, podemos observar que el CSF obtuvo como resultado que el 67,3% de los AMs autopercibió una Buena Calidad de Vida y un 32,7% Mala. En cambio, el CSM fue mejor evaluado por los AMs, de los cuales un 85% autopercibió una Buena Calidad de Vida. Al interpretar estos resultados, el CSF fue peor evaluado que el CSM debido a que la Subdimensión Dolor Corporal manifestó una gran diferencia respecto de las otras tres Subdimensiones, ya que la mayoría de los AMs encuestados refiere problemas en éste ámbito, percibiendo una Mala Calidad de Vida, realidad que en este

caso no coincide con la realidad nacional. <sup>(48)</sup> Expertos definen al dolor, junto con los problemas de salud mental, como la limitante principal para la realización de las actividades de la vida diaria del AM, con ello puede decirse que la mayoría de los AMs poseen restricciones relacionadas con el Dolor Corporal que deterioran su Calidad de Vida. <sup>(67)</sup>

Respecto a la Subdimensión Función Física, el 68% autopercebió una buena Calidad de Vida, sin embargo en la pregunta número 3, cerca de un 47% afirmó tener algún grado de limitación al subir varios pisos por las escaleras, lo que concuerda según estudios de funcionalidad, ya que esta tarea, junto con bañarse y desplazarse, son unas de las primeras actividades de la vida diaria en la que se manifiestan limitaciones en los AMs. <sup>(68)</sup>

Queda demostrado, que al ser consultados de cómo consideran su salud actual, la mayoría, un 61%, relaciona su salud con conceptos positivos (“Excelente”, “Muy buena” o “Buena”), obteniéndose en la Subdimensión Salud General, una Buena Calidad de Vida autopercebida por los AMs encuestados, esto puede relacionarse a que las personas de edad avanzada suelen considerar que la salud es uno de los aspectos más importantes de su vida y la forma en que una persona considera la salud propia determina, en gran parte, las medidas de autocuidado que tome para protegerla y mejorarla y el tiempo de atención que buscará cuando manifieste un problema de salud. Aun así, estudios demuestran que a medida que el AM envejece, su percepción de salud empeora, siendo los AMs de 80 años y más quienes perciben de peor manera su salud. <sup>(69)</sup>

Dentro del Componente Salud Mental, en la pregunta número 9, la mayoría de los AMs se encuentran tranquilos “Siempre” o “Casi Siempre” alcanzando cerca de un 69%, lo que coincide con estudios de algunos autores, los cuales afirman que el apoyo social es un concepto multidimensional, lo que lo convierte en un fenómeno complejo, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con las relaciones sociales y la influencia de estas en la salud de las personas, sobretodo en la disminución del estrés.

En lo que refiere a la Subdimensión Salud Mental, un 74% de los AMs encuestados autopercebió tener una Buena Calidad de Vida. Sin embargo al preguntarles si se habían sentido deprimidos y desanimados, un 42% dijo haberse sentido de esa manera “Algunas Veces”, “Casi Siempre” o “Siempre”. Al envejecer se produce un empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos

sociales, familiares y culturales, vulnerabilidad frente a las enfermedades, los órganos de los sentidos y las funciones intelectuales, lo que desencadena inestabilidad y sentimientos de indefensa en el AM. Dentro de las consecuencias que puede tener el aislamiento, destaca el plano psicológico, baja autoestima, depresión o alcoholismo, ideas suicidas, y la consecuencia de la pérdida de la pareja es la que genera mayor probabilidad de producir depresión y trastornos mentales importantes.<sup>(37)</sup>

Además, en semejanza con esta investigación, otros estudios desarrollados señalan que diversos factores como redes de apoyo social, sentimientos de bienestar y actividad intelectual ayudan a las personas mayores a mantenerse activas, experimentando una mayor Calidad de Vida.<sup>(64)</sup> Dichos resultados se asemejan a los obtenidos en esta investigación, donde la mayoría de las personas que participan en los distintos talleres que imparte la OCAM autoperiben su Calidad de Vida como Buena.

Un elemento fundamental de la Calidad de Vida del AM, es que éste siga teniendo una Participación Social significativa, lo que se condice con los resultados de este estudio, ya que las personas que asisten a las actividades impartidas en la OCAM, en su mayoría manifiestan que la Participación Social es significativa dentro de su Calidad de Vida.

Por último, se señala que la vinculación con otros, la pertenencia, la actividad grupal, muestran el estado de la “salud social”. Una buena salud social impacta positivamente la salud física y psicológica de los AMs. El aislamiento y la inactividad, por el contrario, producen una deficiente salud social que afecta la salud física y psicológica.<sup>(4)</sup> Situación que se refleja también en esta investigación, ya que las personas que se relacionan y participan constantemente en este tipo de actividades sociales, perciben una mejor Calidad de Vida.

## **5.2 Limitaciones de la investigación.**

Las limitaciones de este estudio se pueden dividir en las siguientes:

### **5.2.1. Limitaciones de diseño:**

- No se presentaron limitaciones de diseño durante la elaboración y desarrollo del presente estudio.

### **5.2.2. Limitaciones de la Ejecución:**

- Paro de funcionarios de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso durante el período de Octubre y principios de Noviembre del año 2013.
- El espacio y el inmobiliario disponible no fueron suficientes, ya que no permitieron encuestar cómodamente a cada AM.
- Baja asistencia de los AMs a las actividades recreativas post paro de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, por lo cual se debió modificar la muestra inicial, de un n=278 a un n=207, debido a que el universo de personas presentes disminuyó considerablemente durante este período.

### **5.3 Conclusiones.**

El objetivo principal que se ha planteado para este estudio, pretendía “Conocer la Calidad de Vida autopercibida en los AMs que participan en actividades recreativas impartidas por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso”, al respecto se puede afirmar que la gran mayoría de los AMs que participan en algún tipo de actividad recreativa, autoperciben como Buena su Calidad de Vida, siendo el Componente de Salud Mental mejor evaluado que el Componente de Salud Física.

En relación al primer objetivo específico, el cual busca “Describir las Características Sociodemográficas de los AMs que participan en actividades recreativas”, se puede señalar que existe una amplia brecha dentro de la participación en estas actividades en relación al sexo, en efecto, la mayor cantidad de AMs participantes corresponde a mujeres. Así mismo, la gran mayoría de ellos reside en algún cerro de Valparaíso y actualmente se encuentran desocupados. Con respecto a la edad, casi la mitad de los AMs pertenece al tramo de 60 – 70 años. La mayoría corresponde a personas que no viven en pareja y que han cursado enseñanza media completa o incompleta. Con ello podemos decir que el perfil del AM que participa en estas actividades corresponde al AM mujer, entre 60 y 70 años, con nivel educacional de enseñanza media, que reside en algún cerro de Valparaíso, que no vive en pareja y que se encuentra desocupada.

En relación al segundo objetivo específico, “Describir la Calidad de Vida de los AMs según el Componente Salud Física del Cuestionario SF-12”, los AMs perciben una Buena Calidad de Vida, y cada una de sus Subdimensiones, Rol Físico, Función Física y Salud General presentan una Buena Calidad de vida, sin embargo la Subdimensión Dolor Corporal es percibida negativamente.

Del tercer y último objetivo específico “Describir la Calidad de Vida de los AMs según el Componente Salud Mental del Cuestionario SF-12”, se desprende de los resultados que en su mayoría, los AMs presentan una Buena Calidad de Vida en este Componente, y dentro de él, las Subdimensiones que lo integran, Salud Mental, Rol Emocional, Vitalidad y Función Social, reflejan una Buena Calidad de Vida autopercebida.

Podemos concluir que los AMs que participan en la OCAM de Valparaíso, responden en gran medida a lo que ocurre a nivel nacional, es decir, la mayoría son mujeres, sin pareja, en el tramo de edad de 60 a 70 años y que consideran que tienen una Buena Calidad de Vida. Sin embargo aún es bajo el porcentaje de participación social de los AMs, situación que se condice a nivel nacional, por lo que sería necesario elaborar nuevas estrategias para aumentar la adherencia y la participación a estos grupos sociales. A partir de esto resulta relevante que el Profesional de Enfermería promueva y fomente la autonomía e incremente el conocimiento de las personas mayores, especialmente a los AMs que posean un perfil de riesgo (Hombres, AMs que vivan en pareja, nivel de escolaridad básico, tramo de edad mayor a 70 años), a través del incentivo de una vida sana y un Envejecimiento Positivo, comenzando con esta labor desde la Atención Primaria.

#### **5.4 Sugerencias.**

A partir de la investigación realizada y la revisión bibliográfica respectiva, se recomienda considerar las siguientes sugerencias:

#### **5.4.1 Para el Profesional de Enfermería, y otros profesionales que trabajan directamente con AMs:**

- Ayudar al AM a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo, por ello es necesario que se maximicen los factores que influyen positivamente en la salud de éste y mermar los que influyen negativamente.
- Promover la autonomía e incrementar el conocimiento de las personas mayores, esto a través del incentivo de una vida sana y un envejecimiento activo, comenzando con esta labor desde la Atención Primaria.
- Formar y capacitar constantemente a los integrantes del equipo de salud sobre los cuidados y énfasis que se deben dar al AM.
- Gestionar y crear vínculos con otros centros de salud y centros recreativos, con el fin de motivar a la población envejecida a crear y mantener las relaciones sociales y ocupación del tiempo en actividades que sean de su agrado.
- Reforzar la participación de los AMs que posean un perfil de riesgo, es decir: hombres, AMs que vivan en pareja, que tengan un nivel de escolaridad básico y que se encuentren en el tramo de 70 o más años.
- Identificar las principales motivaciones que poseen los AMs para participar en actividades recreativas dentro de la comunidad en la que se desenvuelve el profesional.
- Gestionar con el equipo de salud y las entidades locales la accesibilidad y nuevas instancias de participación en los cerros.
- Potenciar las actividades recreativas que involucren a las parejas y a las familias de los AMs.
- Informarse acerca de los programas nacionales vigentes y los beneficios existentes para los AMs, que signifiquen el aumento de la participación social y el aumento de su Calidad de Vida.
- Enfatizar, dentro de los controles de salud del adulto mayor, la valoración integral del dolor como uno de las acciones de Enfermería de mayor relevancia, ya que se ha visto como una de las principales limitaciones para la realización de actividades que impulsan el

diario vivir de estas personas dentro de su esfera psicosocial, y que consecuentemente contribuyen a la manifestación de una Mala Calidad de Vida.

#### **5.4.2 Para la Ilustre Municipalidad de Valparaíso, y Oficinas Comunales del país:**

- Potenciar las actividades recreativas para la población de AMs considerando la esfera biopsicosocial.
- Contribuir al desarrollo de la participación de los AMs en actividades recreativas y de ocio, a través de nuevos programas, sedes y talleres, en donde los talleres más solicitados por ellos fueron escucha activa y de conversación.
- Reconsiderar talleres que antes se realizaban, que actualmente no se realizan, y que sean acorde a los gustos y preferencias de los AMs.
- Aumentar las instancias de participación y actividades de todo tipo en los cerros de la Comuna de Valparaíso.
- Dar a conocer explícitamente los beneficios que tiene para ellos la Participación Social en sus vidas.
- Crear nuevas estrategias de motivación para aumentar la participación de los AMs, es decir, mediante la postulación a fondos concursables, proyectos de emprendimiento, ferias locales o nacionales, concursos disponibles, exposiciones semestrales o muestras finales de cada taller, para así dar a conocer sus logros y difundir los trabajos que realizan en los mismos talleres de este lugar.

Finalmente el trabajo multidisciplinario y de todas las entidades nacionales y regionales, debe contribuir a desmitificar el rol del AM en la sociedad, evitando su discriminación en diversas circunstancias donde éste pueda participar, incorporándolo como un ciudadano más de nuestro país, el cual tiene los mismos derechos y deberes que todos los miembros de ésta sociedad

# **REFERENCIAS Y ANEXOS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de Chile. SENAMA. [Online].; 2012 [cited 2013 Enero 27. Available from: [www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf).
2. Gobierno de Chile. Adulto Mayor: Encuesta CASEN. Informe resultados. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2011.
3. Osorio P, Torrejón M, Anigstein M. Calidad de Vida en personas mayores en Chile. Revista Mad- Universidad de Chile. 2011 Mayo; XXIV(1): p. 61-75.
4. Herrera A, Andrés G. Reflexiones sobre la Calidad de Vida, Dignidad y Envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012 Enero; XXIII(1): p. 65-6.
5. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la Calidad de Vida en la adultez mayor. Revista Médica Chile. 2011 Junio; CXXXIX(1): p. 1006-1014.
6. Carmona-Valdés , Sandra E, Ribeiro-Ferreira M. Actividades Sociales y Bienestar Personal en el Envejecimiento. Scielo. 2010; 16(65).
7. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Las Personas Mayores en Chile: Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez. Santiago de Chile.; 2009.
8. (INE), Instituto Nacional de Estadísticas. Población Adulta Mayor en el Bicentenario. [Online].; 2010 [cited 2012 22 Octubre. Available from: <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTQyNzg0NA==Poblaci%C3%B3n Adulta Mayor en el Bicentenario>.
9. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Población Adulta Mayor en Chile. [Online].; 2007 [cited 2012 Octubre 22. Available from: [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf).
10. Instituto Nacional de Estadísticas. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. [Online].; 2012 [cited 2013 Noviembre 2013. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np759.pdf>.

11. Olivares P. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Documento de trabajo. Santiago: Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, Departamento de estudios y desarrollo; 2006.
12. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile y sus mayores: Resultados de la II Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la vejez. Resultados encuesta. Santiago:, Programa Adulto Mayor UC; 2010. Report No.: ISBN 978 956 14 1199 9.
13. Barragán A, Mejía S, Gutiérrez L. Dolor en Adultos Mayores a 50 años. Scielo. 2007; 49.
14. Soberanes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en el Adulto Mayor y su Calidad de Vida. Especialidades médico-quirúrgicas. 2009 Octubre-Diciembre; 14(4): p. 11.
15. Ilustre Municipalidad de Valparaíso, Oficina del Adulto Mayor. Transparencia Municipal. [Online].; 2014 [cited 2014 Febrero 5. Available from: [http://www.munivalpo.cl/transparencia/paginas/multi\\_pagina.aspx?pag=dideco/Dideco.aspx&SeccionDocumento=25&MesIngreso=febrero&titulo=Oficina%20Comunal%20del%20Adulto%20Mayor](http://www.munivalpo.cl/transparencia/paginas/multi_pagina.aspx?pag=dideco/Dideco.aspx&SeccionDocumento=25&MesIngreso=febrero&titulo=Oficina%20Comunal%20del%20Adulto%20Mayor).
16. Forttes P, Massad C. Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. 1st ed. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2009.
17. Hogstel M. Cambios evolutivos: Perspectivas teóricas sobre la vejez. In M H. Enfermería Geriátrica. Madrid: Thomson Paraninfo; 1998. p. 664.
18. Hogstel M. Enfermería Geriátrica: Cuidado de las personas ancianas. 1st ed. Madrid: Paraninfo; 1998.
19. Ramírez M. Calidad de Vida en la Tercera Edad ¿Una población subestimada por ellos y su entorno? Tesis pregrado. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2008.
20. OMS, Equipo de envejecimiento y ciclo de la vida. Organización mundial de la salud. [Online].; 2001 [cited 2013 Diciembre 20. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/alc\\_elmanual.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf).
21. Schawartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. Ciencia y Enfermería. 2003 Diciembre; IX(1): p. 9-21.
22. Sarabia C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del

- envejecimiento. Gerokomos. 2009; XX(4): p. 172-174.
23. Gobierno de Chile. Política Integral del Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025. Informe. Santiago: Ministerio del Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2012.
  24. Gobierno Vasco. Envejecer con Éxito: prevenir la dependencia. Investigación. Bilbao: Fundación ede, Servicio de Investigación Social; 2009.
  25. Núñez A, Tobón S, Arias D, colaboradores. Calidad de Vida, Salud y Factores psicológicos asociados. Perspectivas en Psicología. 2010 Enero; XIII(1).
  26. Valdivia G, Angélica D. Población de 80 y más años en Chile: Una visión preliminar desde el punto de vista epidemiológico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012 Enero; XXIII(1): p. 5-12.
  27. Nava M. La Calidad de Vida: Análisis multidimensional. Enfermería Neurológica. 2012; XI(3): p. 129-137.
  28. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: Un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2002; XXXVII(2): p. 74-105.
  29. Martínez M, Alba L, Sanabria G. Interrelación dialéctica entre Calidad de Vida y motivaciones relativas a la salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010; XXVI(1): p. 147-159.
  30. Botero B, Pico M. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud. 2007 Enero; XII(1): p. 11-24.
  31. Vera M. Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor para sí mismo y para su familia. Revista Anales de la Facultad de Medicina. 2007 Septiembre; LXVIII(3): p. 283-290.
  32. Organización Mundial de la Salud. Ciudades Globales amigables con los Mayores: Una guía. Guía. Ginebra.; Envejecimiento y Ciclo de Vida; 2007. Report No.: ISBN 978 92 4 354730 5.
  33. Ministerio de Desarrollo Social. Servicio Nacional del Adulto Mayor. [Online].; 2014

- [cited 2014 Enero 31. Available from: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html#participacion>.
34. Unidad de Estudios Servicio Nacional del Adulto Mayor. Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de Adultos Mayores. Catastro. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2008.
  35. Cuenca Á. Calidad de Vida en la Tercera Edad. Cuadernos de Bioética. 2008 Mayo; XIX(2): p. 271-291.
  36. Jara V. Participación social y política de Adultos Mayores Aymaras. Trabajo de investigación. Arica: Universidad de Tarapacá; 2009.
  37. Rodríguez M. La Soledad en el anciano. Gerokomos. 2009 Diciembre; XX(4): p. 159-166.
  38. División de población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Manual sobre indicadores de Calidad de Vida en la vejez. Manual técnico. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2006.
  39. Ministerio de Desarrollo Social. Servicio Nacional del Adulto Mayor. [Online].; 2014 [cited 2014 Enero 30. Available from: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>.
  40. González M. Incidencia de la actividad física en el Adulto Mayor. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2005 Diciembre; V(19): p. 222-237.
  41. Madrigal M, Velandrino A, Ruzafa M. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. [Online].; 2014 [cited 2013 Diciembre 19. Available from: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo\\_17.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf).
  42. Tuesca R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2005 Julio; XXI(2): p. 76-86.
  43. Pelayo J. Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud. 2012..
  44. Galán S, Alemán L, Martínez J. Psiconeuroinmunología asociada a la Calidad de Vida en Adultos Mayores. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2011 Agosto; II(1): p. 9-19.

45. Pino M, Becerra F, Portela J. Calidad de Vida en personas mayores: Apuntes para un programa de educación para la salud. *Revista de Investigación en Educación*. 2009 Marzo;(6): p. 70-78.
46. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmilb L, Rebolloc P, Permanyer-Miralda G, Quintanae J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década. *Revista Gaceta Sanitaria*. 2005; XIX(2): p. 135-150.
47. Arostegui I, Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con Salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*. 2008; L(167): p. 147-192.
48. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Informe de resultados. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Epidemiología; 2006. Report No.: ISBN 978 956 7711 61 1.
49. Zúñiga C, Dapuerto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Revista Médica de Chile*. 2009 Febrero; CXXXVII(2): p. 200-207.
50. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo promotor de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*. 2011 Octubre; VIII(4): p. 16-22.
51. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud*. 2010 Abril; XV(1): p. 128-143.
52. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de Enfermería. *Enfermería Global*. 2010 Junio;(19): p. 1-13.
53. Berbiglia V, Banfield B. Teoría del déficit de autocuidado. In Alligood M, Marriner A. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Séptima edición ed. España: Elsevier; 2011. p. 265-281.
54. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Optimizando la funcionalidad del Adulto Mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*. 2012 Enero; XXX(1): p.

- 23-31.
55. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Ciencia y Enfermería*. 2010 Agosto; XVI(3): p. 33-39.
  56. Vanegas B, Vargas E, Abella L, Alayón M, Bonza L, Chaparro E, et al. Roles que desempeñan profesionales de Enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2010; V(5): p. 81-92.
  57. Alonso J, Colaboradores. Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes. [Online].; 2002 [cited 2014 Enero 4. Available from: [ftp://ftp.hrc.es/pub/bioest/dat\\_basico/Puntuacion\\_SF-12v2\\_BiblioPRO.pdf](ftp://ftp.hrc.es/pub/bioest/dat_basico/Puntuacion_SF-12v2_BiblioPRO.pdf).
  58. Vilaguta G, Valderas J, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componente físico y mental. *Revista de Medicina Clínica*. 2008; CXXX(19): p. 726-735.
  59. Fadda G, Cortés A. Hábitat y Adulto Mayor: El caso de Valparaíso. *Revista Invi*. 2009 Agosto; XXIV(66): p. 89-113.
  60. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Informe II Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2006. Informe estadístico. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento de Epidemiología; 2007.
  61. Gobierno de Chile. Encuesta CASEN 2011: Adulto Mayor. Informe de resultados. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2011.
  62. Ahumada G, Bustamante C, Catalán C, Cordero A, Pérez C, Siefert I. Funcionalidad del Adulto Mayor hospitalizado en las unidades de baja y mediana complejidad médica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Tesis. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería; 2013.
  63. Corporación Instituto del Envejecimiento. Instituto del Envejecimiento. [Online].; 2014 [cited 2014 Febrero 4. Available from: [http://www.institutodelenvejecimiento.cl/activo\\_salud\\_medicina012.asp](http://www.institutodelenvejecimiento.cl/activo_salud_medicina012.asp).
  64. Alegría P, Castillo N, Del Solar P, Varas J, Gómez S, Gutiérrez P. Factores que inciden en la participación social de los Adultos Mayores en actividades físico-recreativas. *Revista chilena de Terapia Ocupacional*. 2013 Agosto; XIII(1): p. 59-69.

65. Fernández R, Manrique-Abril F. Rol de la Enfermería en el apoyo social del Adulto Mayor. *Enfermería Global*. 2010 Junio;(19): p. 1-9.
66. Fundación Grünental, Universidad de Salamanca. Calidad de Vida y Dolor. In Reunión de Expertos sobre la Calidad de Vida y el Dolor; 2009; Salamanca. p. 1-126.
67. Barragán A, Mejía S, Gutiérrez M. Dolor en Adultos Mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*. 2007; IV(4).
68. Gobierno de Chile. CASEN 2011: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Encuesta Nacional. Santiago:, Ministerio de Desarrollo Social; 2012.
69. Boreal investigación y consultoría. Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística sobre vejez y envejecimiento. Informe final. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2011.
70. Sarabia C. Envejecimiento Exitoso y Calidad de Vida. Sus teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 2009; XX(4): p. 172-174.
71. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Indicadores sociodemográficos de las Personas Mayores a nivel territorial. Boletín de Estudios. Santiago: División de Planificación y Desarrollo, Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2013.
72. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Perfil epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Documento de trabajo. Santiago:, Departamento de Estudios y Desarrollo; 2006.



# CUESTIONARIO

**“Calidad de vida autopercebida en adultos mayores que participan en actividades recreativas impartidas por la Ilustre Municipalidad de Valparaíso”**

Este cuestionario consta de dos partes, cada una de ellas con sus respectivas instrucciones.

La PARTE UNO corresponde a preguntas relacionadas con sus antecedentes personales.

**PARTE UNO**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

La PARTE DOS corresponde a preguntas que involucran aspectos relacionados con su calidad de vida.

**Por favor, conteste este cuestionario en su totalidad, de forma individual y con lápiz de pasta.**

Instrucciones:

En esta parte, le pedimos que responda 9 preguntas relacionadas con sus antecedentes personales.

Para responder, marque con una “X” la casilla con la opción que considere más apropiada.

En el caso de que su respuesta no sea concordante con las opciones que da la pregunta, puede escribir en la opción “Otro” \_\_\_\_\_ lo que se le pide.

1. Indique su edad: \_\_\_\_\_ años.
  
2. Indique su sexo: \_\_\_Mujer \_\_\_Hombre
  
3. Indique su escolaridad (hasta qué curso llegó):  
\_\_\_\_\_

4. Indique su estado civil:

\_\_\_ soltero(a) \_\_\_ casado(a) \_\_\_ viudo(a) \_\_\_ separado(a) \_\_\_ conviviente

5. Indique su ocupación actual:

Otro: \_\_\_\_\_

6. Indique la ubicación de su vivienda:

\_\_\_ Cerro de Valparaíso \_\_\_ Plan de Valparaíso

7. Indique cuántas veces ha participado en las actividades recreativas (talleres) impartidas por la OCAM:

	Primera vez.
	Dos o tres veces.
	Más de tres veces.

8. De los talleres que ha realizado en la OCAM ¿Cuál ha sido el que más le ha gustado?

\_\_\_\_\_

9. ¿Qué nuevo taller le gustaría que se realizara en la OCAM?

\_\_\_\_\_

## PARTE DOS

### CALIDAD DE VIDA RELACIONADA EN SALUD (SF-12)

Instrucciones: A continuación, le pedimos que responda 12 preguntas que se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y calidad de vida. Para responder estas preguntas, debe considerar su experiencia durante **las 4 últimas semanas**. Por favor, conteste cada pregunta marcando con una “X” la casilla con la opción que a usted le parezca más apropiada.

1. Usted diría que su salud es:

	Excelente.
	Muy buena.
	Buena.
	Regular.
	Mala.

2. Su salud actual, ¿Lo(a) limita para realizar esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de una hora?

	Sí, me limita mucho.
	Sí, me limita un poco.
	No, no me limita nada.

3. Su salud actual, ¿Lo(a) limita para subir varios pisos por la escalera?

	Sí, me limita mucho.
	Sí, me limita un poco.
	No, no me limita nada.

4. ¿Con qué frecuencia ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer en su trabajo o al realizar actividades cotidianas a causa de su **salud física**?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

5. ¿Con qué frecuencia tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su **salud física**?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

6. ¿Con qué frecuencia ha hecho menos de lo que hubiese querido hacer en su trabajo o actividades cotidianas a causa de algún **problema emocional** (como estar deprimido(a), nervioso(a) o triste)?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

7. ¿Con qué frecuencia hizo su trabajo o actividades cotidianas con menos cuidado que de costumbre, por algún **problema emocional**?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

8. Si ha tenido algún dolor, ¿Hasta qué punto éste ha interferido con sus tareas normales (incluido el trabajo fuera de casa y las actividades domésticas)?

	Nada.
	Un poco.
	Regular.
	Bastante.
	Mucho.
	No he tenido dolor.

9. ¿Con qué frecuencia usted se sintió tranquilo(a) y calmado(a)?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

10. ¿Con qué frecuencia usted se sintió desanimado(a) y deprimido(a)?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

11. ¿Con qué frecuencia usted tuvo mucha energía?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

12. ¿Con qué frecuencia su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**?

	Siempre.
	Casi siempre.
	Algunas veces.
	Rara vez.
	Nunca.

**¡Gracias por su colaboración!**