

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y PROMOCION DE  
LA SALUD EN ADULTOS MAYORES PERTENENCIENTES  
A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE VALDIVIA  
DURANTE EL AÑO 2008”**

*Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado  
Licenciado en Enfermería*

CAROLA DE LOS ANGELES ROSAS ORDÓÑEZ  
VALDIVIA – CHILE  
2008

**Profesor Patrocinante:**

Nombre : Cecilia Molina Díaz.  
Profesión : Enfermera-Matrona.  
Grados : Magíster en Enfermería.  
Mención en Enfermería Médico Quirúrgica.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

**Profesor Co-patrocinante:**

Nombre : Nancy Plaza Troncoso.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magíster en Enfermería.  
Magíster en Ciencias de la Familia ©.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Universidad : Católica de la Santísima Concepción.  
Firma :

**Profesores Informantes:**

Nombre : Ana Luisa Cisterna.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Diplomada y Magíster en Gerontología.  
Magíster en Modelado del Conocimiento para entornos virtuales educativos.  
Doctorado en Geriatría ©.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

Nombre : Fredy Seguel Palma.  
Profesión : Enfermero.  
Grados : Magíster en Salud Pública.  
Mención Salud Ocupacional.

Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

*“Dedicada a todos aquellos que me enseñaron a valorar la sabiduría de la vida  
revelada a través de los años, en especial a mis viejitos y al ser  
que me acompaña en la búsqueda de esa sabiduría...”*

*Caracola.*

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCION</b> .....	<b>7</b>
<b>2. MARCO TEORICO</b> .....	<b>9</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>30</b>
3.1 Objetivo General .....	<b>30</b>
3.2 Objetivos Específicos .....	<b>30</b>
<b>4. MATERIAL Y METODO</b> .....	<b>31</b>
4.1 Tipo de Estudio.....	<b>31</b>
4.2 Población en Estudio .....	<b>31</b>
4.3 Criterio de Selección .....	<b>31</b>
4.4 Recolección de Datos .....	<b>32</b>
4.5 Descripción del Instrumento.....	<b>32</b>
4.6 Prueba Piloto .....	<b>33</b>
4.7 Control de Calidad de los Instrumentos .....	<b>34</b>
4.8 Presentación y Análisis de Datos .....	<b>35</b>
4.9 Definición Nominal y Operacional de Variables .....	<b>37</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
5.1 Validación Estadística .....	<b>48</b>
<b>6. DISCUSION</b> .....	<b>50</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	<b>57</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>61</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>65</b>

## **RESUMEN**

En el transcurso de la formación de la carrera profesional de la autora se evidenció el crecimiento demográfico experimentado por los adultos mayores y el impacto social de esta transformación, inquietándole el conocimiento por la calidad de vida actual y futura de este grupo etareo, en relación a las actividades promotoras de la salud. La presente investigación se desarrolló en tres Centro de Atención Primaria de la ciudad de Valdivia, durante el año 2008, participando adultos mayores que realizaban gimnasia. El estudio pretendió identificar la influencia de practicar actividad física como actividad promotora de la salud, en la percepción de la calidad de vida de adultos mayores a través de un enfoque cuantitativo, descriptivo, relacional y de corte longitudinal. La percepción de calidad de vida general, del estado de salud, del aspecto físico, psicológico, social y ambiental, antes de realizar actividad física tendió a ser regular, sin embargo, esta percepción varió hacia una tendencia positiva luego de haber realizado gimnasia por un período de tiempo. Finalmente, se concluyó que el fomento y la práctica de actividades de promoción de la salud, como actividad física para la tercera edad, contribuyen a mejorar la calidad de vida de las áreas física, psicológica, social y ambiental, favoreciendo así mismo a la sociedad en general, tanto en el aspecto social como económico.

## **ABSTRACT**

In the course of the authoress's degree there was a demographic increase of the elderly and social impact of this transformation that was the reason of her restlessness in the quality of the current and future life of the people of this age, including the health activities promoters. This investigation was developed in three primary centers of attention in Valdivia city, in 2008, with elderly people who practiced exercise. The main of the study was identify the influence of the exercise practice like health activity promoter in the perception of the quality life in seniors people with a quantitative, descriptive, relational and cut lengthwise, approach. The common perception of the quality life, health condition, physical appearance, psychological, social and environmental impact before making physical activity tended to be steady, however this perception ranged toward a positive trend after having done gymnastics for a period time. Finally, it was concluded that the promotion and practice of activities to promote health, such as physical activity for the elderly, help to improve the quality of life of the physical, psychological, social and environmental areas, encouraging the society, in the social and economic aspect.

## 1. INTRODUCCION

El mundo está experimentando un proceso de transición demográfica en el cual la población de adultos mayores ha aumentado considerablemente. Los países desarrollados han experimentado estos cambios de manera paulatina, por lo que han podido enfrentar la situación con mejores recursos económicos, sociales, con madurez, valorando y manteniendo la calidad de vida de las personas que viven en esta etapa.

Sin embargo, en los países subdesarrollados esta transformación ha ocurrido de manera rápida, teniendo además estos países prioridades, problemas sociales y económicos que están aún en vías de desarrollo, por lo que la estrategia de enfrentar el envejecimiento demográfico se ha ido dando gradualmente, generándose deficiencias en el camino que afectan a la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

Chile es un país en vías de desarrollo y no está exento de vivir este panorama demográfico, pues desde la segunda mitad del siglo XX el crecimiento de la población de adultos mayores se ha incrementado debido al aumento de las expectativas de vida y a la disminución de la natalidad, paralelamente la calidad de vida que esta teniendo este grupo es inquietante, ya que cuando aumenta una población, también aumentan los requerimientos y enfermedades, teniendo mayor demandas de los servicios de salud.

Como profesionales de la Salud nos compete investigar acerca de la Calidad de vida que están teniendo nuestros usuarios del servicio de salud, entendiéndose que un factor de gran influencia en ésta es la propia salud que tenga el individuo, por ello los planes y políticas públicas de Promoción en salud cobran relevancia esencial, considerando que es a partir de ella que el ser humano logra autonomía, autosuficiencia y autocuidado, áreas elementales en el logro de una mejor calidad de vida.

El envejecimiento de la población es un hecho que exige necesidades en la atención de salud que den satisfacción a la calidad de vida de este grupo etéreo, como profesionales de enfermería este es un tema atingente a nuestro quehacer laboral, teniendo nuestra

profesión profunda relación con los temas de promoción de salud, área que nos exige alta adaptación para enfrentar variaciones poblacionales que experimente nuestra sociedad.

De acuerdo a este panorama se hace relevante evaluar las prácticas de promoción de salud averiguando cuan efectivas están siendo para la población de adultos mayores. Es precisamente por esto que surge la inquietud por investigar ¿de qué manera influyen las prácticas de promoción de la salud en la calidad de vida de personas de la tercera edad?

Esta investigación está enfocada a adultos mayores que realizan una actividad de promoción de salud con regularidad. Luego de conocer lo que estaba ocurriendo en materia de promoción de la salud del adulto mayor en los Centros de Atención Primaria de la ciudad de Valdivia, se constató que la actividad propicia para medir la influencia de la actividad de promoción de salud en la calidad de vida del adulto mayor, era la actividad física.

El presente estudio se realiza en tres Centros de Atención Primaria de la ciudad: Centro de Salud familiar (CESFAM) Gil de Castro, CESFAM Las Animas y Consultorio Externo. Cada uno de estos centros posee un grupo de adultos mayores, dentro de los cuales hay personas que realizan actividad física de manera regular, concentrándose el estudio en este último grupo.



## 2. MARCO TEORICO

Al analizar el **panorama demográfico** vivido a nivel mundial, se logra visualizar una transición en la cual se destaca un aumento considerable de la población de adultos mayores. De acuerdo a datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE) se afirma que “en estos últimos 50 años, en relación a la población total que se ha triplicado, la población de adultos mayores se ha quintuplicado, llegando hasta los 40 millones a nivel mundial” (Morales & Villalón, 1999).

En América Latina el panorama no se aleja de la realidad mundial, pues según el Ministerio de Salud de Chile (2002) luego de la década del 50, hubo un descenso de la mortalidad, extendiéndose la expectativa de vida casi 18 años, en promedio.

En relación al documento del INE, citado anteriormente, se señala que Chile en el contexto latinoamericano junto con Argentina, Cuba y Uruguay, ha pasado por una etapa avanzada de transición demográfica respecto al envejecimiento de la población, evidenciándose una natalidad y mortalidad moderadamente baja”. (Morales & Villalón, 1999)

En Chile en el año 1950, la población de adultos mayores correspondía a 417 mil personas. Posterior a esto en la década de los 60, se comienza a observar un descenso porcentual de la población menor de 15 años y un aumento de los adultos mayores. Esta transformación ha ido aumentando progresivamente, ya que en el año 2000 la población de adultos mayores llegó a 1.550.000 personas y en el último censo nacional del año 2002 se registró en 1.717.478 personas, cifra que corresponde al 11.4% de la población total de Chile que según los últimos datos alcanza 15.116.435 personas. (INE, 2003)

En la Figura 1 se logra apreciar, el progresivo aumento de la población de adultos mayores en relación a la población total desde el año 1992 y la proyección de su crecimiento porcentual hasta el año 2015.

**Figura 1:** Proyecciones y Estimaciones de Población total país 1990-2050

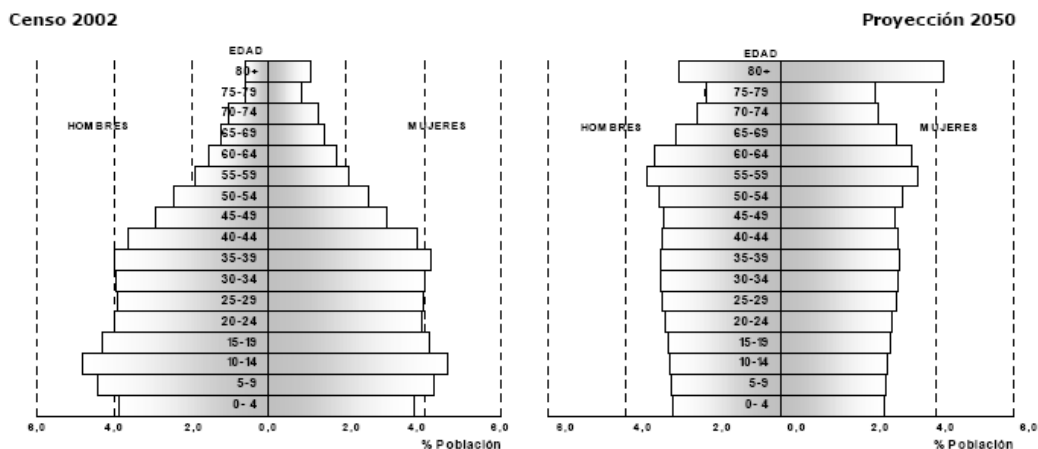


Fuente: Boletín Informativo del INE Chile, 2007.

Según un documento publicado por el INE (2007), actualmente la población mayor de 60 años es de 2.005.684 personas, de los cuales el 56% son mujeres y el 44% hombres, además se afirma que hoy en día, una de cada 10 personas es adulto mayor y se estima que para el año 2025 esta cifra será de una por cada 5. Luego de este año, se pronostica que los mayores de 75 años tendrán un mayor ritmo de crecimiento, generándose un envejecimiento progresivo de ésta población, en la cual se podría llegar a instaurar el estrato de la llamada cuarta edad (personas con más de 75 años), convirtiéndose este grupo etáreo en un cuarto de la población total.

En la Figura 2 se muestra la transformación que experimentaría la pirámide poblacional de nuestro país, según las proyecciones estimadas para el año 2050 en relación a la pirámide poblacional obtenida en el censo del año 2002.

**Figura 2:** Distribución porcentual de la población por sexo, según grupos quinquenales de edad.



Fuente: Chile INE, 2005.

Al visualizar la transformación demográfica pronosticada para Chile, se podría hacer una comparación de lo ocurrido con pirámides poblacionales de países desarrollados, los que ya hace varios años experimentaron el mismo fenómeno de envejecimiento, no obstante el contexto social y la rapidez con que sufrieron este cambio contrastan con nuestra realidad. En los países europeos por ejemplo, la transición demográfica a una población mayormente envejecida, se fue dando de una manera muy paulatina, contribuyendo a que la sociedad se preparara de forma organizada para enfrentarlo, a diferencia de los países en vías de desarrollo como el nuestro, en el cual estas mudanzas poblacionales pueden llegar a ser difíciles de abordar si no se toman precauciones en las políticas públicas que vayan acorde a las características emergentes propias del país y de los adultos mayores.

Este escenario lleva a una preocupación generalizada que afecta a la sociedad. Uno de los sectores mayormente responsables es el área de la Salud, representado en sus profesionales y Ministerio, ya que es aquí donde se gestan políticas públicas de apoyo y protección a la tercera edad. Se hace previsible la necesidad de una mayor demanda de los servicios de salud, pues, diversos estudios revelan que con el aumento de las expectativas

de vida se ha notado una mayor tendencia a que los adultos mayores presenten enfermedades crónicas y degenerativas, como las enfermedades cardiovasculares o cáncer, lo que a su vez influye en la pérdida progresiva de la autonomía e independencia que se pueda llegar a tener en esta edad. (MINSAL, 2002; Morales & Villalón, 1999; Teixeira & Lefèvre, 2001; Moreira et al., 2007).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) destaca que esta creciente demanda de los servicios de salud conllevaría a que aumenten los costos de la asistencia en salud, lo que podría a su vez, controlarse previniendo a través de la promoción de la salud. (OPS, 2005).

Por otro lado, cabe destacar que el área de las ciencias gerontológicas (área que estudia el proceso de envejecimiento en un geronte normal) parece estar en un escenario limitado y es identificada como un campo nuevo de la ciencia. Según un estudio realizado, hoy en día las pesquisas están más centradas en el aumento de la población que en el proceso de envejecimiento, mientras que los estudios sobre el envejecimiento aportarían un bosquejo de la realidad y serían un aporte para mejorar el panorama actual de los adultos mayores y la sociedad. (Prado & Sayd, 2006).

De acuerdo a los datos presentados el aumento de la longevidad conlleva a poner en riesgo el bienestar y por ende la calidad de vida de las personas mayores, peligro que concierne principalmente al área de la salud, por lo mismo y de acuerdo a las realidades que se han ido presentando, se ha hecho necesario pesquisar sobre la calidad de vida que experimentan diversos sectores de la sociedad conociendo los requerimientos y condiciones que mejoren el bienestar de la población. Sin embargo, la incorporación de este término a la salud y a la investigación no ha sido de manera repentina, sino que ha tenido una peculiar evolución a lo largo de la historia.

Si bien, a partir de la década del 50 comenzó a aparecer el término de **calidad de vida**, siendo utilizado por importantes políticos de la época, el sentimiento de querer vivir en mejores condiciones, se había desarrollado de manera innata con anterioridad,

caracterizándose como una cualidad intrínseca del ser humano. (Ordway, 1953 citado en Schwartzmann, 2003)

A lo largo de la historia es posible reconocer ciertas prácticas desarrolladas por las personas para obtener una mejor calidad de vida. Por ejemplo, en el siglo V a. C., Hipócrates vincula diversos aspectos de la tierra y la vida como el agua, el aire, los lugares, el ejercicio y el descanso con la edad y el sexo propios del ser humano. Así mismo en la época del renacimiento, en la búsqueda de bienestar, calidad y salud, comienzan a cobrar importancia aspectos que influyen positivamente en el modo de vida de los individuos como trabajo, recreación, nutrición y ejercicio. En el siglo IX se comienza a asociar el factor económico con los bajos salarios, con las condiciones inhumanas de trabajo y las viviendas insalubres con las enfermedades. (Buendía, 1997 citado en Plaza, 2006)

En el siglo pasado a mediados de la década de los 50 e inicios de los 60, se destaca un creciente interés por el bienestar humano debido a las consecuencias que causó la industrialización, por lo que se comienza a emplear métodos objetivos para medir indicadores sociales y económicos. Es a mediados de los años 70 e inicios de los 80 que el término es usado en revistas, luego de lo cual comienzan los estudios respecto al concepto, definiéndose desde un punto de vista más integrador y a su vez, abarcando componentes tanto objetivos, como subjetivos. (Gomez y Sabeh, 2000 citado en Plaza, 2006)

En la década de los 90 el uso del término, calidad de vida, se hace presente en el área de la salud manteniendo su auge hasta los días de hoy. (Schwartzmann, 2003)

Los estudiosos han dado diversas definiciones de Calidad de Vida, transformándose en un dilema que no llega a consenso. Ha sido definida por muchos autores como un concepto amplio, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar, sin embargo, la necesidad e imperancia de su utilización, ha exigido espontáneamente esclarecimientos. Espinoza (2000) señala que es difícil encontrar un criterio que unifique el concepto de calidad de vida, pues los valores e ideales varían en el tiempo y dentro de las estructuras

sociales. No obstante lo que si se ha mantenido y valorado a través del tiempo en el concepto, es la condición multidimensional que este tiene.

Por otra parte, en un principio se le dió a la calidad de vida un enfoque objetivo, sin embargo al considerar que la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, se le ha dado un enfoque mas subjetivo. No obstante, es inadmisibile reducir la calidad de vida a una de estas dos dimensiones, ya que ambas se complementan y potencian. Si se considera sólo el aspecto subjetivo, se caería en un empobrecimiento del concepto, ya que las percepciones varían de una persona a otra. Sin embargo, los derechos sociales de los ciudadanos no se pueden medir en percepciones sino en datos objetivos para poder tener un sistema más equitativo, por lo que se hace imperante que en la investigación se complementen estos dos aspectos para obtener resultados más fidedignos.

Según Schwartzmann (2003), “la esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal”, además agrega que “calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas”. Según la autora, la calidad de vida sería el resultado de la percepción acorde a las expectativas planteadas y mientras más pequeña sea la brecha entre estas dos, habría una mejor percepción de la calidad de vida. En este mismo sentido, actuarían los mecanismos de afrontamiento, además de las características sociales del ser humano, viéndose influenciadas éstas, por el soporte social versus los sucesos vitales estresantes.

Profundizando sobre el significado del concepto en la década de los 90, se le consideró como un constructo compuesto, constituido por cuatro áreas: la salud física, salud mental, salud social y salud general. (Rodríguez, 2001 citado por Plaza, 2006). Luego la OMS (1998) define a la calidad de vida desde una perspectiva más integradora donde la puntualiza como “la percepción del individuo y su posición en la vida, en el contexto de la

cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación con las características principales del ambiente”. Así mismo señala una serie de puntos importantes que contribuyen a la evaluación de ésta, debiendo considerarse para su medición el aspecto subjetivo, multidimensional, incluir sentimientos negativos-positivos y registrar la variabilidad del tiempo. (Grupo WHOQOL, 1998)

Por otra parte, fortaleciendo el aspecto relativo del concepto de calidad de vida, Minayo, Hartz y Buss (2000 citado en Schwartzmann, 2003) definen tres marcos de referencia: uno marcado por los momentos históricos, el otro por las diversas características culturales y por último aquel que tiene que ver con la clase social, donde las expectativas están en estrecha relación con los niveles económicos, educacionales y con las oportunidades de acceso; a partir de ésto se visualiza la influencia de las creencias y valores en la percepción de la calidad de vida.

En la búsqueda por definir su significado la OMS actualmente caracteriza este concepto como un constructo conceptual, definiendo dentro de él cuatro dominios importantes de ser evaluados en su medición: dominio físico, dominio psicológico, dominio relaciones sociales y dominio medio ambiente. (Grupo WHOQOL, 1998)

En el Dominio Físico se describen:

1.- El Dolor y Discomfort: explora sensaciones físicas displacenteras experimentadas por una persona y la extensión de este dolor para producir molestias que intervienen con la vida, además incluyen en las sensaciones físicas displacenteras ya sea el entumecimiento, achaques, prurito y dolores fugaces o duraderos. Se asume que cuanto más fácil se logra aliviar el dolor, se producirá un menor impacto sobre la calidad de vida.

2.- Energía y fatiga: explora la energía, entusiasmo y resistencia que tiene una

persona, en orden a desarrollar las tareas necesarias para el diario vivir y su recreación. Se extiende desde el cansancio discapacitante que puede deberse a una enfermedad, depresión o sobreejercicio hasta el nivel adecuado de energía y es necesario sentirse realmente vivo.

3.- Sueño y Descanso: en esta faceta se asocia que el sueño y el descanso y los problemas que se presentan, afectan la calidad de vida. Los problemas de sueño pueden incluir despertarse en la noche y ser incapaz de volver a dormir, levantarse temprano en la mañana despertarse en la noche y falta de descanso. Todos estos trastornos pueden que dependan de la persona o medio ambiente.

4.- Movilidad: examina la capacidad para trasladarse de un lado a otro, en el hogar, en su trabajo de o hacia los servicios de transportes. En general la capacidad de ir a cualquier lugar sin contar con la ayuda de otros, independiente de los medios que se utilicen para hacerlo, se asume que si una persona es dependiente de otra para moverse, afectará la calidad de vida adversamente.

5.- Actividades de la vida diaria: explora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria que incluyen el autocuidado, la atención y cuidado adecuado de su propiedad. El grado en el cual la persona es dependiente de la ayuda de otros para realizar las actividades, probablemente afecte su calidad de vida.

6.- Dependencia de medicación o tratamientos: indaga si es dependiente de medicamentos a fin de lograr un bienestar físico o psicológico. Las medicaciones pueden afectar la calidad de vida como es el caso de los efectos colaterales de la quimioterapia o mejorar esa calidad de vida en el caso de pacientes que estén tomando analgésicos, también incluyen medidas no farmacológicas como marcapasos, un miembro artificial o una bolsa de colostomía.

7.- Capacidad de trabajar: examina la energía que la persona tiene para hacer su trabajo, definiéndose como la actividad de mayor importancia a la que la persona se dedica, pudiendo incluir pago o no, trabajo comunitario voluntario, estudio, cuidado de niños o



tareas del hogar.

En cuanto al Dominio Psicológico se presentan:

1.- Sentimientos positivos: esta faceta examina la medida en que una persona percibe sentimientos de contención, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y placer por disfrutar de las cosas buenas de la vida y de su futuro.

2.- Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración: explora la percepción del individuo con respecto al pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración y capacidad para tomar decisiones, además la rapidez y claridad de pensar.

3.- Autoestima: examina lo que la gente piensa de sí misma. Oscilando desde pensamientos positivos hasta pensamientos negativos acerca de sí, incluyendo sentimientos de autoeficacia, la satisfacción con uno mismo y el autocontrol, la manera de relacionarse con otra gente, su educación, aprecio por su capacidad para cambiar, el sentido de dignidad y autoaceptación, ya sea de manera significativa y relevantes para su posición en la vida.

4.- Imagen corporal y Apariencia: indaga acerca de la visión que la persona tiene de su cuerpo, incluye desde un punto de vista positivo hasta uno negativo, éste se refiere a los deterioros físicos percibidos o actuales, si existen, pueden ser corregidos con ropa, miembros artificiales, cirugía, etc.

5.- Sentimientos Negativos: involucra los sentimiento tales como desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida y la consideración de la manera en que cualquier sentimiento negativo produce alteración, y su impacto sobre el funcionamiento cotidiano de la persona.

6.- Espiritualidad / Religión / Creencias personales: indaga sobre las creencias personales del individuo y cómo estas afectan la calidad de vida. Esto puede suceder ayudando a la persona a luchar con las dificultades de su vida, dando estructura a las

expectativas, brindando significado a las cuestiones personales y espirituales, generalmente dando un sentido de bienestar. Para muchas personas las creencias personales y espirituales dan confort, bienestar, seguridad, sentido de pertenencia, propósito y fuerza. Sin embargo, para mucha gente la religión tiene una influencia negativa sobre su vida.

De acuerdo al Dominio Relaciones Sociales, incluye:

1.- Relaciones Sociales: examina la medida en la que una persona siente la compañía, amor y apoyo que desea, de sus relaciones íntimas tanto emocionalmente como físicamente. También incluye el compromiso y la experiencia actual de cuidar y brindarse a otra gente, sentir momentos de felicidad y distracción con las personas amadas, el sentido de amar y ser amado, el tocarse y abrazarse.

2.- Soporte Social: mide el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia o los amigos. Compartiendo la responsabilidad y el trabajo conjunto para resolver problemas personales y familiares; además examina en que medida la persona siente el soporte de la familia y los amigos, en especial en una crisis; también el potencial rol negativo de la familia y amigos en la vida de la persona.

3.- Actividad Sexual: se refiere a la necesidad y deseo de la persona, y la extensión en que puede expresar y disfrutar apropiadamente de su deseo sexual, o sea, la relevancia de la actividad sexual en la calidad de vida.

El Dominio Medio Ambiente entrega facetas tales como:

1.- Seguridad Física: examina la sensación de la persona de estar segura en relación con el daño físico, como la libertad de las personas que van de vivir sin contratiempos, hasta aquellos estados de opresión o inseguridad.

2.- Ambiente Hogareño: esta faceta examina el lugar principal en el cual vive una persona, duerme y guarda la mayoría de sus posesiones y la forma con que esto impacta en

la vida personal. La calidad del hogar es valorada sobre la base de ser confortable, seguro para vivir, cantidad de espacio, hacinamiento, limpieza, privacidad, servicio tales como: electricidad, baño, agua caliente, además de la calidad de la construcción como humedad y presencia de goteras, también incluye al vecindario inmediato.

3.- Recursos Financieros: investiga el punto de vista de la persona acerca de usar recursos económicos, recursos intercambiables y la extensión en que estos satisfacen las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable. Incluyen un sentido de satisfacción/ insatisfacción con aquellas cosas que pueden ser obtenidas por medio del ingreso de la persona independiente del estado de salud o de si la persona está o no empleada.

4.- Cuidado Social y de salud: indaga sobre la perspectiva de la persona acerca de los servicios sociales y sanitarios en su vecindario cercano, tanto en la calidad y cantidad que ella recibe o espera recibir cuando estos servicios sean requeridos, incluyen, templos religiosos.

5.- Oportunidad para adquirir información y aprendizaje: examina la oportunidad y deseo de la persona para aprender nuevas destrezas, adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que está pasando, pudiendo ocurrir a través de programas formales, actividades recreacionales ya sea en grupo o solo. Además el estar en contacto con las noticias que están ocurriendo en su vecindario o en el mundo que tienen relevancia con la calidad de vida de las personas.

6.- Participación y oportunidad para recrearse y el ocio: indaga las oportunidades, la inclinación de la persona para participar en pasatiempos, actividades recreativas y relajación, como visitar a los amigos, deportes, leer, mirar televisión o gastar el tiempo con la familia, hasta no hacer nada. Las preguntas están enfocadas a la oportunidad y el disfrute de la recreación y relajación.

7.- Medio ambiente físico: examina la perspectiva de la persona acerca de su medio

ambiente. Incluye el ruido, polución, clima y estética general del medio, y si esto sirve para mejorar o afectar adversamente la calidad de vida.

8.- Transporte: investiga desde el punto de vista de la persona acerca de cuán fácil es encontrar y usar servicios de transporte para moverse. Incluyen bicicletas, autos, buses.

De acuerdo a Buendía, 1997 (citado en Plaza 2006) la ciencia de la salud ha llegado a la conclusión de que la salud y enfermedad son factores determinantes para el bienestar y por ende para la calidad de vida de las personas, creándose un vínculo entre esta y cuatro conceptos como **modo de vida** (dado por las actividades que se practiquen), **nivel de vida** (que involucra aspectos económicos y materiales), **condiciones de vida** (que se define como el contexto material, espiritual y de actividad en que transcurre la vida) y **estilos de vida** (que sería el conjunto de actividades condicionadas por lo personal).

En un estudio realizado por Moreira (2000), se relaciona de manera directa a la calidad de vida con el bienestar. Según el autor, una buena percepción del bienestar es traducido innegablemente, como un aumento de la autoestima y, consecuentemente una mejoría en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. De acuerdo a Gómez y Sabe (2000) la edad es determinante en la percepción de la satisfacción, por lo mismo, los ideales relacionados con una vida de calidad dependen de la etapa evolutiva y de la herramienta con que se afronte dicha etapa.

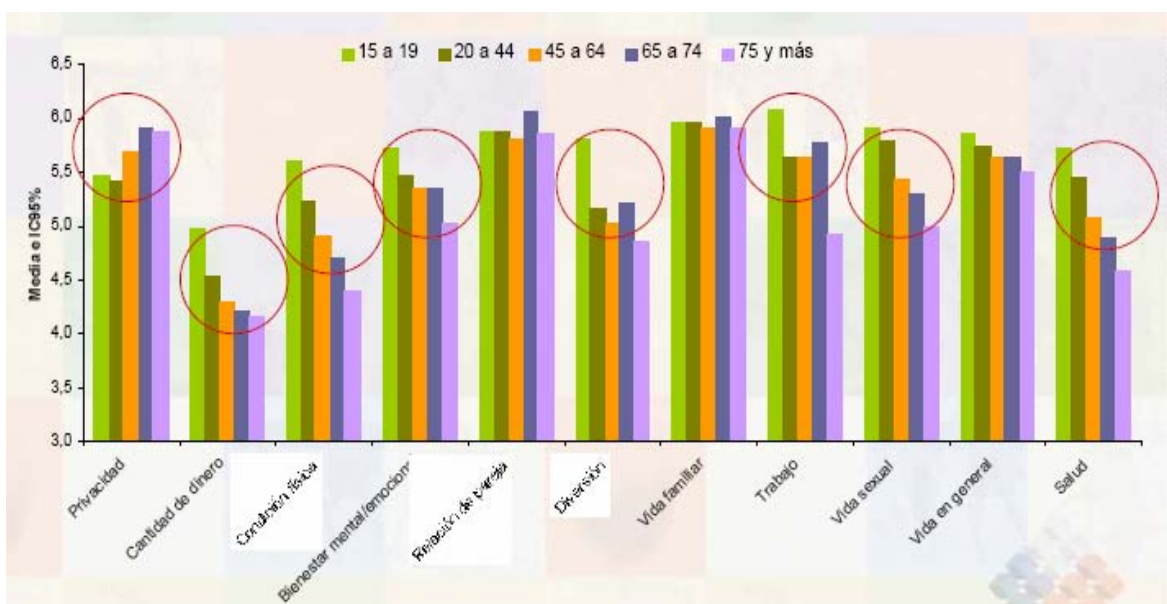
Un estudio realizado en Argentina refleja como hoy en día un número considerable de personas de la tercera edad carece de alternativas para satisfacer sus necesidades, lo que se torna grave en sectores de mayor pobreza. Se destaca además que los adultos mayores al compartir el hogar con miembros de su misma edad comparten responsabilidades similares en aporte económico, trabajo y quehaceres del hogar, no obstante cuando viven en familias donde hay miembros menores de 60 años, son los adultos mayores los que asumen la mayoría de las responsabilidades participando activamente de la vida familiar y aportando sus recursos sociales, económicos, con la consecuencia de postergar sus propias necesidades, llegando a percibirse como un ser sin derechos, que incluso llega a perder su

valoración de género (Rotondi, 2001). Continuando con el estudio mencionado, se constata además que en sectores de pobreza estructural los ancianos suelen encontrarse solos y sus redes sociales son muy inseguras poniendo en riesgo la supervivencia y por ende la calidad de vida.

Según datos recogidos en la última encuesta de calidad de vida realizada en Chile, se concluyó que a medida que aumenta la edad, disminuye la satisfacción vital, sobre todo en los mayores de 75 años, sin embargo, la percepción que este grupo tiene de su vida familiar, vida de pareja y privacidad, no difiere mayormente de la percepción obtenida en las otras edades, siendo igualmente mejor en comparación a los otros aspectos medidos. (MINSAL, 2007)

En la Figura 3 se muestran todos los aspectos medidos en la II encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, y su satisfacción según grupo de edad.

**Figura 3:** Satisfacción Vital Según Grupos de Edad.



Fuente: II Encuesta nacional de Calidad de Vida y Salud 2006.

De acuerdo a lo que se aprecia en la figura la percepción que tienen las personas mayores de 65 años respecto a la condición física y a la salud, es bastante menor que la percibida en el resto de los grupos etáreos.

En la tercera edad, el individuo experimenta transformaciones, que van acorde al desgaste físico, mental y social propio del paso de los años. El proceso de envejecimiento conlleva un deterioro orgánico progresivo, que puede estar acompañado de un deterioro psicosocial, viéndose afectados tres factores: la disponibilidad corporal (capacidad de disponer de su propio cuerpo) por el deterioro de la condición física, afectando la adaptación de su organismo ante las actividades de la vida diaria; la coordinación, afectando la capacidad de autonomía e independencia motriz; lo cognitivo-valorativo, afectando la capacidad de valorar y aceptar el propio cuerpo y su relación con el medio ambiente.

Como consecuencia este deterioro conlleva a la pérdida paulatina de la autovalencia, afectando la autonomía, autoestima, en general el bienestar, sin embargo el deterioro de estos factores puede variar de acuerdo a la realidad y al modo de vida de cada persona, pudiendo acelerarse o manifestarse de forma más paulatina.

Se dice que el proceso de envejecimiento es individual, pues depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y del estilo de vida de cada persona. Sin embargo, normalmente este proceso produce cambios físicos inminentes en los sistemas neurológico, cardiovascular, osteoarticular, respiratorio y renal, entre otros, estas transformaciones sumadas a las condiciones de vida inadecuadas y carencias de la condición socio-económica, hacen que el estado de salud funcional se encuentre en un estado de vulnerabilidad, poniendo en riesgo la autonomía y pudiendo llegar a la fragilidad, dependencia e incluso a la postración. (MINSAL, 2007)

Además relacionado con la capacidad física, el envejecimiento conlleva a una pérdida de masa muscular lo que a su vez disminuye la fuerza muscular, previéndose esta condición como la causa principal de discapacidad que asociada a los niveles bajos de actividad y ejercicio, influyen en la capacidad de deambular, estando el adulto mayor más susceptible a caídas. (OPS, 2004)

Es posible posponer estas y otras manifestaciones propias de la tercera edad, motivando la autovalencia y otorgándole al senescente un espacio donde se valoren sus años vividos, ayudándole a aceptar y a comprender la vejez como una etapa del ciclo vital del ser humano. Uno de los aspectos relevantes que promueve el Ministerio de Salud en materia de promoción de la salud es la realización de actividad física regular, pues es a través de estas prácticas motrices que el ser humano protege la autonomía y la valoración de su cuerpo.

De acuerdo a lo señalado por Gómez y Sabe (2000), la adopción de un estilo de vida saludable en el adulto mayor a través de actividad física regular y participación grupal, mejora la funcionalidad, la percepción de salud, el entorno familiar, las relaciones interpersonales, en resumen, mejoran la calidad de vida. Materia donde cobra esencial relevancia la promoción de la salud que motiva a que el individuo adopte un estilo de vida más saludable.

Por ende la calidad de vida está íntimamente ligada a la **Promoción de la Salud**. Para comprender el significado de esta última, es necesario conocer primeramente que se entiende por salud. La OMS (1998) la define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición, en su amplitud, ofrece a los seres humanos la opción de desarrollarse con una buena salud.

Teniendo claro el concepto de salud, se puede conocer la definición que la OMS (1998) da a la Promoción de la Salud, considerándola como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”, además agrega que “constituye un proceso político-social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las actividades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”. Hace referencia además, de que las personas son el eje central en la toma de decisiones para lograr efectividad en la promoción de salud, siendo la participación de éstas esencial, no obstante destaca que la atención primaria

en salud tiene la misión de educar a cada persona y a la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud, indicando los métodos de prevención y de control de estos problemas.

En el último tiempo el concepto de promoción de la salud ha cobrado importancia, sobre todo por el costo financiero elevado que demandan en los servicios de salud las personas que no se comprometen con ser partes de la promoción y prevención, por lo mismo, la atención primaria enfoca parte de sus objetivos a motivar a las personas para que cuiden de su salud.

Para enfermería esta área trae una serie de desafíos, ya que es amplia y abarca al ser humano a lo largo de todos sus ciclos evolutivos, sin embargo, nuestra profesión ha profundizado en este campo, pues la Doctora Nola Pender ha inspirado su modelo de promoción de la salud en la psicología social y la teoría del aprendizaje, a través de su conocimiento adquirido en desarrollo humano, psicología experimental y educación. El Modelo de Promoción de la Salud en su esencia promueve un estado óptimo de salud que se anteponga a las acciones preventivas, por lo que cada persona tiene la facultad para poder conseguir ese estado, además considera que la persona es el centro de interés del modelo, considerando la percepción que cada uno tiene de su propia salud por sobre una definición genérica dada. (Tillet, 1999)

Este modelo también plantea que las características situacionales, personales e interpersonales, modifican los factores cognitivos perceptivos, traduciéndolos en conductas que favorecen la salud, siempre y cuando exista una clave de acción, en la cual el individuo adquiera el compromiso de fomentar su salud de acuerdo a su comportamiento. En el compromiso influyen tres variables: Afecto relacionado con la actividad, que son los sentimientos positivos y negativos que influyen el cumplimiento de la conducta; Adopción de un plan de acción, se refiere al compromiso de seguir una estrategia planificada; y por último Demanda y preferencias concurrentes inmediatas, relacionado con las conductas alternativas que pueden beneficiar u obstaculizar el cumplimiento de la acción. (Tillet, 1999)



Si bien para el siglo pasado el objetivo en salud fue la prevención de enfermedades, para este siglo la Dra. Pender indica como meta la Promoción de la Salud. Propone su modelo como un clarificador del rol de enfermería en la prestación de los servicios sanitarios, favoreciendo a través de éste la salud de las personas en todas las edades.

Pender establece factores que facilitan la salud a los cuales describe como conductas promotoras de la salud entre ellas esta la autorrealización, la responsabilidad de salud, la nutrición, el manejo del estrés y el ejercicio, este último se enfoca a la realización de actividad física de manera regular, haciendo referencia a el ejercicio de la musculatura y al ejercicio vigoroso a lo menos 20 o 30 minutos tres veces por semana, además hace referencia a la participación de programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión y a la realización de actividades de recreación como caminar, bailar.

En Chile y el mundo, el foco de promoción de la salud está dado a través de la atención primaria, considerando a través de ésta algunas de las líneas de acción que nuestro país promueve para **Promocionar la Salud en la tercera edad.**

Para el 2008 los objetivos de salud planteados por el MINSAL, (2007) hacia el adulto mayor incluyen principalmente el evitar las muertes prevenibles, mejorar la autonomía y prevenir la discapacidad con tal de fortalecer la calidad de vida. Las acciones de prevención para este año en la atención primaria incluyen controles periódicos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, tuberculosis, reumatológicas, programa de alimentación complementaria (PACAM), vacunación anual antiinfluenza, entrega de lentes de presbicia, acceso a salas de atención especializadas de enfermedades respiratorias agudas y control anual de salud o examen de medicina preventiva el que se realiza una vez al año evaluando la capacidad funcional física, síquica y social a través del EFAM. Este último control es un instrumento predictor de la perdida de funcionalidad, se aplica a los adultos mayores de 65 años. Principalmente el EFAM mide la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y la capacidad de flexión física que posea el adulto mayor, sin embargo en uno de sus ítems se realiza una evaluación cognitiva a través del minimental (MMSE Abreviado) que mide la

orientación temporal y espacial (a través del conocimiento del mes, día del mes, el año y el día de la semana), evalúa la memoria a corto plazo a través del recuerdo de tres objetos que se le nombran, también evalúa la atención, concentración, abstracción, comprensión e inteligencia (nombrándole a la persona una secuencia de números impares y pidiéndole que los repita de atrás para adelante en el orden correcto), evalúa la capacidad ejecutiva o sea la capacidad de seguir instrucciones (dándole tres ordenes de acciones que el debe realizar), evalúa la memoria a largo plazo solicitándole al adulto mayor que recuerde las tres palabras que se le nombran al comienzo de la evaluación y por último se evalúa la capacidad visuoconstructiva (mostrando un dibujo con dos círculos que se cruzan y pidiéndole que lo dibuje, estando correcto siempre y cuando los círculos no se crucen mas de la mitad). El puntaje total del minimal es de 19 puntos y se considera alterado si la persona no logra alcanzar los 13 puntos, esta puntuación esta incluida en la parte A, cuyo puntaje total es de 54 puntos, en la parte B el puntaje total es de 58 puntos. Una de las actividades de promoción de la salud luego de realizar esta evaluación es invitar a la realización de gimnasia.

El equipo multidisciplinar de profesionales que trabajan en la atención primaria tiene la responsabilidad de motivar a que los adultos mayores tengan una vida activa y desarrollen actividades que mantengan su capacidad funcional de acuerdo a su edad. Hoy en día los Centros de Salud Familiar (CESFAM) poseen Grupos donde los adultos mayores se pueden reunir y realizar actividades que fomenten la promoción de su salud, además de realizar actividades de recreación, generadas por el mismo grupo. Una de las actividades que fomenta la actividad física regular en el adulto mayor es gimnasia, adquiriendo para participar en esta un certificado medico a través del control con los diferentes profesionales del consultorio que acredite que la persona está en condiciones físicas de realizar la actividad.

De acuerdo a investigaciones realizadas la OPS, (2004) refiere que el ejercicio aeróbico moderado puede mejorar el metabolismo de los carbohidratos, el que comúnmente se encuentra afectado en personas mayores, además menciona que el ejercicio aeróbico realizado con regularidad mejora la tolerancia a la glucosa y aumenta las concentraciones

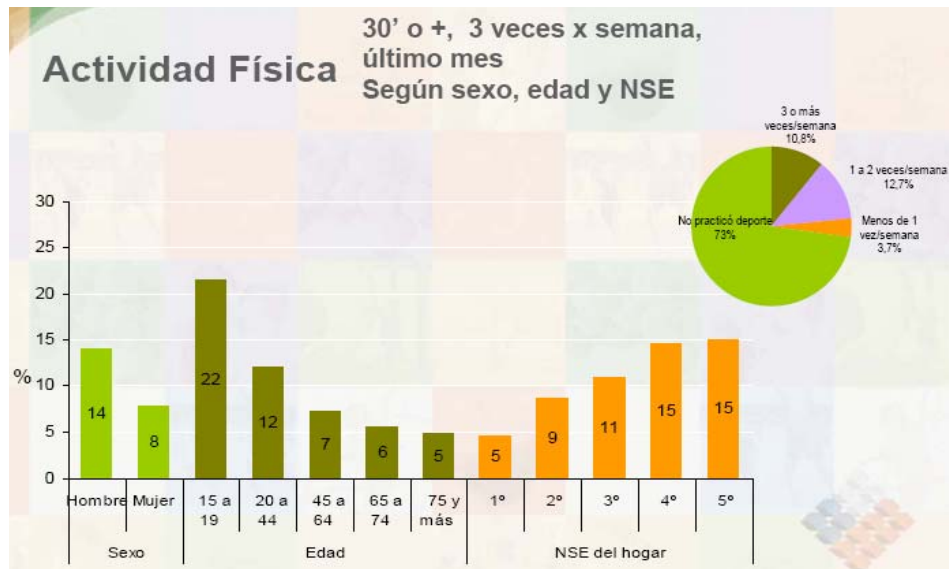
de GLUT4 (proteína que transporta a la glucosa en el músculo) en personas mayores intolerantes a la glucosa.

En un estudio realizado por Goncalves y Scheir (2005), se señala que la persona logra buscar su bienestar luego de haber sido informada a través de educaciones que contribuyan a mejorar su salud. En consecuencia es capaz de tomar decisiones, motivarse a la hora de buscar una mejor calidad de vida e informarse sobre sus derechos. Es aquí donde la enfermera a través de sus cuidados valoriza y estimula a que la persona sea protagonista de su promoción en salud fomentando a que sea realizada en actividades del diario vivir.

Por otra parte de acuerdo al estudio realizado por Marín, Villalobos, Carrasco y Kalache (2005), hoy en día la atención primaria cuenta con programas dirigidos al adulto mayor. Sin embargo, estiman que se están desaprovechando otras actividades u oportunidades importantes para abordar de manera efectiva a este grupo etáreo. También de acuerdo a su estudio, donde evaluaron la percepción de los profesionales de enfermería ante las reacciones de los usuarios al adoptar prácticas de promoción de la salud mencionan que “una de cada cinco enfermeras cree que los adultos mayores no pueden cambiar sus estilos de vida”, basándose en que la falta de educación es la principal explicación de por qué no siguen las instrucciones para mejorar su salud.

Según el presente gráfico obtenido de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud realizada el año 2006 en nuestro país, se logra apreciar que en las personas mayores de 45 años hay un descenso de la realización de actividad física regular, disminuyendo aún más acorde se avanza en edad, además se aprecia que mientras mas bajo es el nivel socioeconómico menos actividad física se realiza, de acuerdo al gráfico los hombres realizan más actividad física que las mujeres, sin embargo estos porcentajes aún son bajos en todo nivel de edad, siendo aún mas críticos los resultados obtenidos en personas de la tercera edad. (MINSAL, 2007)

**Figura 4:** Determinante de Calidad de Vida y Salud. Actividad física, según sexo, edad y Nivel socioeconómico.



Fuente: II Encuesta Nacional de calidad de vida y Salud 2006

Según Jiménez, (1998) las investigaciones que estudian la calidad de vida en la tercera edad ponen énfasis en la influencia que tienen las actividades recreativas, estado de salud física, y los servicios dados a las personas mayores. Por otra parte y prosiguiendo con el autor, la salud física es fortalecida a través de la actividad física, la que guarda relación con el logro de una mejor resistencia aeróbica, una mejor movilidad articular, tono muscular y una mejor coordinación en habilidades de locomoción, como equilibrio y motricidad.

El aumento de la fuerza y de la masa muscular también se pueden detener o revertir con el entrenamiento de la fuerza a través de la actividad física, por otra parte la densidad ósea se puede incrementar, lo que en su conjunto ayuda a mantener el estado funcional y la independencia de este grupo etareo.

La OPS afirma que “ningún grupo puede beneficiarse más con el ejercicio regular que las personas mayores”. Realizando este ejercicio de manera regular se contribuye con la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión, Cardiopatía y Osteoporosis, las que generalmente afectan a personas de mayor edad. (OPS, 2004)

Además, según el MINSAL (2002), es esencial incentivar a que los adultos mayores participen de programas que aumenten su capacidad funcional, lo que a su vez les permitirá desarrollar una mayor autonomía e independencia. Por otra parte Morales y Villalón, (1999) destacan que la independencia funcional es uno de los aspectos más importantes del estado de salud.

En otro estudio desarrollado, se deja clara la importancia de intervenir con actividades de promoción de la salud cuando el adulto mayor recién está iniciando esta etapa, lo cual ofrece pistas para identificar esos factores que sean susceptibles de promoverse mediante planes de prevención y políticas públicas. Sin embargo, en el adulto mayor de edad avanzada, es primordial insistir en la no dependencia innecesaria, factor que puede contribuir directamente a mejorar su calidad de vida (González y Ham-Chande, 2007).

Consecuentemente, es imprescindible atender las necesidades de los adultos mayores con enfoque político y compromiso social, para que éstos disfruten de una vejez activa, que les permita tener una vida más segura, con una mejor salud y, por ende, una mejor calidad de vida.

Por lo mismo, se hace preponderante que frente al crecimiento poblacional de la tercera edad se conozca el nivel de calidad de vida que posee este grupo de personas en nuestra sociedad.

Considerando la actividad física como una actividad de promoción de la salud y por el tiempo prolongado y la regularidad con la que se realiza en un sector de la tercera edad, este estudio se centró en evaluar cuanto influyen este tipo de actividades en la calidad de vida del adulto mayor.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

Identificar la influencia de practicar actividad física, como actividad promotora de la salud, en la percepción de la calidad de vida de adultos mayores pertenecientes a CESFAM Gil de Castro, CESFAM Las Ánimas y Consultorio Externo de la ciudad de Valdivia.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar el perfil sociodemográfico, según *sexo, edad, escolaridad, estado civil, tipo familia, ingreso mensual y patologías*, en adultos mayores pertenecientes a CESFAM Gil de Castro, CESFAM Las Ánimas y Consultorio Externo de la ciudad de Valdivia.
- b) Identificar la cantidad de tiempo que llevan realizando actividad física los adultos mayores pertenecientes a CESFAM Gil de Castro, CESFAM Las Ánimas y Consultorio Externo de la ciudad de Valdivia.
- c) Evaluar la percepción de calidad de vida global y del estado de salud general de los adultos mayores en estudio, antes y después de realizar actividad física.
- d) Evaluar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en estudio, según cada faceta de los dominios de: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, antes y después de haber realizado actividad física.
- e) Comparar la percepción de la calidad de vida que tienen los adultos mayores en estudio, antes y después de haber realizado actividad física, según los dominios de: salud física, salud psicológica, relaciones sociales, medio ambiente, percepción de la calidad de vida global y del estado de salud general.

## **4. MATERIAL Y METODO**

### **4.1 Tipo de Estudio**

Este es un estudio de tipo cuantitativo y descriptivo, ya que los datos recolectados describen ciertas características de la población estudiada y son cuantificables. Es de corte transversal, pues el instrumento de medición se aplica en un momento determinado, donde el entrevistado responde de acuerdo a su percepción actual y al recuerdo de su percepción antes de realizar actividad física, evaluando cambios de acuerdo a la percepción obtenida de una población en un momento dado.

### **4.2 Población en Estudio**

La población global o universo corresponde a personas que realizan Gimnasia de manera regular y que pertenecen a grupos del adulto mayor de tres Centros de Salud de la ciudad de Valdivia (CESFAM Gil de Castro, CESFAM Las Ánimas y Consultorio Externo).

Los adultos mayores encuestados de CESFAM Gil de Castro corresponden a 24 personas, de CESFAM Las Ánimas corresponden a 22 personas y de Consultorio Externo corresponden a 5 personas. La población estudiada fue de 51 personas.

### **4.3 Criterio de Selección**

Criterio de Inclusión:

1. Adultos Mayores de 60 años
2. Personas pertenecientes a los grupos de adulto mayor de los tres CESFAM escogidos para el estudio.
3. Adultos Mayores que poseen un puntaje en la Evaluación Minimental mayor a 13 puntos.
4. Adultos Mayores que asisten a gimnasia de manera regular.

5. Adultos Mayores con participación voluntaria.

Criterios de Exclusión:

1. Adultos Mayores que no pertenecen al grupo que realiza Gimnasia
2. Adultos Mayores con un puntaje Minimental igual o menor a 13 puntos.
3. Adultos Mayores que no deseen participar en el estudio.

#### **4.4 Recolección de Datos**

Los datos se obtuvieron mediante un instrumento de medición, aplicado durante una entrevista personalizada por la investigadora, en el lugar donde los entrevistados realizaban gimnasia, procurándose buscar un sector tranquilo y cómodo. Antes de comenzar fueron explicados los objetivos, la duración de la encuesta y se les invitó a participar libremente en el estudio. Se pidió el consentimiento informado (el acta de consentimiento informado utilizada, se encuentra en anexo), asegurando la confidencialidad de la identidad. Se procedió a leer cada pregunta del instrumento en voz alta y se señalaron las opciones de respuesta con un lenguaje apropiado al nivel educacional de cada adulto mayor, con el fin de obtener la alternativa escogida por éste. La encuesta tuvo una duración de 30 a 40 minutos. Durante el proceso, los entrevistados se mostraron cooperativos, atentos y entusiasmados. Al terminar de responder, la mayoría manifestó su agrado de haber compartido un momento grato donde se sintieron importantes.

#### **4.5 Descripción del Instrumento**

El instrumento utilizado para recolectar los datos contaba de dos ítems (el instrumento utilizado se encuentra en anexo). El primero (Item A) consistió en una ficha de antecedentes, donde se recolectaron datos sociodemográficos y antecedentes de salud. Dentro de los datos sociodemográficos se incluyeron sexo, edad, nivel educacional, estado civil, tipo de familia, ingreso mensual por persona, y dentro de los antecedentes de salud se recogió información referente a enfermedades y cantidad de tiempo que los adultos



mayores llevaban realizando actividad física. El Item B consistió en un cuestionario confeccionado por la OMS, conformado de acuerdo a la escala de calidad de vida de esta organización. Está compuesto por la Escala de Calidad de Vida, llamada WHOQOL – BREF, esta es una versión abreviada de WHOQOL–100, elaborada por WHOQOL Group de la OMS, de 26 interrogantes y suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de una pregunta acerca de la percepción global de calidad de vida, otra pregunta sobre la percepción general de calidad de vida en salud y las 24 preguntas restantes agrupan 4 dominios.

- 1) Dominio Físico: Dolor, Energía, Sueño, Movilidad, Actividad, Medicación, Trabajo.
- 2) Dominio Psicológico: Sentimientos positivos, Pensamiento, Estima, Cuerpo, Sent. Negativos, Espiritualidad.
- 3) Dominio Relaciones Sociales: Relaciones Sociales, Soporte Social, Sexo.
- 4) Dominio Medio Ambiente: Seguridad, Hogar, Finanzas, Servicios, Información, Ocio, Medio ambiente, Transporte.

Para adaptar la escala de WHOQOL-BREF a la escala WHOQOL-100, de los 4 dominios se calculó el puntaje medio de todos los ítems, luego se multiplicó por 4, el puntaje teórico mínimo de la escala es 5 y el máximo de 25 puntos, siendo el mayor puntaje una calidad de vida muy buena y el menor se catalogó como muy mala. Las preguntas de percepción global de calidad de vida y calidad de vida en salud, se consideraron en una escala tipo Lickert de 1 a 5, al igual que los resultados de cada pregunta, siendo 1 el peor puntaje y 5 el mejor.

#### **4.6 Prueba Piloto**

Se realizó una prueba piloto en un grupo de 13 adultos mayores con características similares al de la población, a los cuales se les aplicó la encuesta elaborada por la investigadora, con los siguientes objetivos: Detectar puntos poco claros en el instrumento, valorar la efectividad del instrumento en la situación real, medir el tiempo para responder, conocer reacciones de los encuestados y ajustar los instrumentos en cuanto a redacción y

extensión. Los encuestados no presentaron dificultades en el enfoque de las preguntas por lo que no fue necesario modificar el instrumento, la duración fue de 40 minutos y las personas estaban contentas que se les preguntara sobre su percepción de los temas del estudio.

#### **4.7 Control de Calidad de los Instrumentos**

##### **Validez de los instrumentos:**

Respecto a la validez discriminante, el WHOQOL-BREF ha demostrado ser compatible al WHOQOL-100 en su capacidad para discriminar entre grupos de individuos sanos y enfermos, con valores similares y diferencias significativas en todos los dominios. La versión utilizada fue de origen Uruguay, validada en Chile por la Dra. Olivia Sanhueza, Enfermera de la Universidad de Concepción, en el año 2004.

##### **Confiabilidad de los instrumentos:**

Permite que la medición sea precisa, es decir, que los resultados obtenidos sean seguros y consistentes con la realidad. Con esta prueba se define la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos. La confiabilidad para este estudio en Chile fue comprobada por la profesora de enfermería Nancy Plaza, actualmente docente de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, quien realizó esta prueba con Alpha de Cronbach y con el coeficiente de correlación de Pearson.

La confiabilidad se valora a través de la congruencia interna u homogeneidad de las escalas. En tabla 1, se puede apreciar que los valores obtenidos son de alta confiabilidad tanto para el Alpha de Cronbach como para el Coeficiente Correlación de Pearson, y aunque los dominios relaciones sociales y medio ambiente son más bajos, en general se demuestra que el instrumento es plenamente confiable.

**Tabla 1:** Descriptores de Confiabilidad.

Escala	N	Ítems	Alpha de Cronbach	Coefficiente Correlación De Pearson
Calidad de Vida	119	24	0,90	0,001
Dominio físico	118	7	0,82	0,001
Dominio psicológico	117	6	0,79	0,001
Dominio red social	115	3	0,60	0,001
Dominio medio ambiente	119	8	0,74	0,001
Apoyo social	119	12	0,92	0,001
Apoyo familiar	120	4	0,85	0,001
Apoyo de amigos	120	4	0,82	0,001
Apoyo personas significativas	120	4	0,82	0,001

Fuente: Calidad de vida y Factores Asociados en Cuidadores Familiares de Ancianos Dependientes de la Comuna Concepción, Chile. Nancy Plaza T., 2006

#### 4.8 Presentación y análisis de datos

Para administrar los datos obtenidos en el perfil sociodemográfico y en el cuestionario de percepción de la calidad de vida WHOQOL-Bref, se utilizó una planilla del programa SPSS y se procedió a clasificarlos de acuerdo a los objetivos planteados en este estudio.

La presentación de los antecedentes obtenidos en el perfil sociodemográfico se realizó mediante tablas que muestran la frecuencia y el porcentaje de los resultados arrojados. Para la presentación de los resultados obtenidos en el segundo ítem de la encuesta, también se utilizaron tablas, donde se muestran los resultados del estado de salud general, calidad de vida global y de cada faceta de los cuatro dominios evaluados de acuerdo a la percepción que tuvieron los adultos mayores antes y después de realizar actividad física.

Finalmente, se comparan los resultados de la percepción de calidad de vida del universo muestral en estudio (antes y después de haber realizado la actividad física), mediante la comparación estadística de medias (población muestral) a través de la distribución *t* de Student.

Así, para realizar la inferencia estadística respecto a la diferencia de dos medias se utilizó la siguiente fórmula:

$$\mu_1 - \mu_2 = \bar{d} \pm t \frac{s_d}{\sqrt{n}}$$

Donde:

$\mu_1$  : Universo de estudio antes de realizar actividad física.

$\mu_2$  : Universo de estudio después de realizar actividad física.

$\bar{d} = x_2 - x_1$  : Diferencia de las medias de la población muestral antes y después de realizar actividad física.

$t$  : Parámetro Estadístico (t de Student).

$s_d$  : Desviación estándar de la población en estudio.

$n$  : Número total de encuestados (población muestral)

Más adelante, en análisis de resultados, los datos fueron llevados a una prueba para obtener el nivel o grado de significancia mediante el parámetro estadístico t. Además, estos resultados son presentados en tablas.

## 4.9 Definición Nominal y Operacional de Variables

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
<b>1.-Edad</b>	Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la encuesta	1.-60-69 2.-70-79 3.-80-89 4.-90 y +
<b>2.-Sexo</b>	Características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres	1.-Masculino 2.-Femenino
<b>3.-Escolaridad</b>	Nivel educacional alcanzado en el sistema de educación nacional	1.-Educación Primaria completa 2.-Educación Primaria incompleta 3.-Educación Secundaria completa 4.-Educación Secundaria incompleta 5.-Estudios Universitarios 6.-Estudios Técnicos 7.-Analfabeto
<b>4.Estado Civil</b>	Situación de derecho en que se encuentran las personas (en relación a la unión entre un hombre y una mujer)	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Viudo 5.-Conviviente 6.-Separado de hecho
<b>5.Tipo de Familia</b>	Miembros que conforman su hogar, compartiendo un mismo techo	1.-Familia Unipersonal 2.-Familia Nuclear Simple 3.- Familia Nuclear 4.- Familia Extensa
<b>7.Ingreso mensual por persona</b>	Corresponde al ingreso total del hogar dividido por cada persona que vive en el hogar. Se le llama también, ingreso autónomo per-cápita del hogar. (Ministerio de Planificación, 2003-MIDEPLAN)	1.-< a \$107.292 2.-> a \$107.293
<b>8. Enfermedades</b>	Alteración del estado fisiológico que afecta las funciones del organismo y el bienestar biosicosocial.	1.-Crónicas 2.-No Crónicas 3.-Sin Enfermedad
<b>9.Calidad de vida</b>	Percepción que un individuo tiene acerca de su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, y de su relación con los elementos esenciales de su entorno.	Evaluado según instrumento de calidad de vida WHOQOL-Bref (OMS) caracterizando los dominios de: A.-Salud física B.-Estado psicológico C.-Nivel de independencia D.-Relaciones sociales

## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el primer ítem de la encuesta, los cuales mostraron el perfil sociodemográfico de la población en estudio. Posterior a esto se presentan los datos obtenidos del segundo ítem donde se puede apreciar los resultados de la percepción de la calidad de vida global, salud general y de cada faceta expuesta por los cuatro dominios incluidos en la percepción de la calidad de vida. Finalmente, se realiza la inferencia de la media obtenida en cada dominio antes de realizar actividad física y después de realizar actividad física, validando estadísticamente los resultados de la investigación.

**Tabla 2:** Perfil de la Población según características Sociodemográficas y Económicas

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Masculino	7	13,7
	Femenino	44	86,3
	Total	51	100,0
<b>Edad</b>	60 a 69	25	49,0
	70 a 79	17	33,3
	80 a 89	9	17,6
	Total	51	100,0
<b>Estado Civil</b>	Soltero	4	7,8
	Casado	21	41,2
	Divorciado	1	2,0
	Viudo	16	31,4
	Conviviente	2	3,9
	Separado de hecho	7	13,7
	Total	51	100,0
<b>Nivel Educacional</b>	Educación Primaria Completa	8	15,7
	Educación Primaria Incompleta	24	47,1
	Educación Secundaria Completa	4	7,8
	Educación Secundaria Incompleta	8	15,7
	Estudios Universitarios	1	2,0
	Estudios Técnicos	2	3,9
	Analfabeto	4	7,8
	Total	51	100,0
<b>Ingreso Mensual</b>	Ingreso mensual $\leq$ a \$107.292	41	80,4
	Ingreso mensual $\geq$ a \$107.293	10	19,6
	Total	51	100,0
<b>Tipo Familia</b>	Familia Unipersonal	10	19,6
	Familia Nuclear Simple	14	27,5
	Familia Nuclear	24	47,1
	Familia Extensa	3	5,9
	Total	51	100,0

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis para optar a grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

De acuerdo a lo observado en la tabla, la mayor parte de la población estudiada de adultos mayores que realizan gimnasia corresponde a mujeres, el número de hombres que participan es escaso. La mayoría de las personas se encuentran entre los 60 y 69 años y si bien el porcentaje de personas entre los 70 y 79 años es menor, alcanza una proporción considerable en relación al resto de la población. Respecto al estado civil en su mayoría son casados y viudos, encontrándose muy bajo el porcentaje de personas separadas y solteras. De acuerdo al nivel educacional, la mayoría de la población no alcanzó a terminar la educación primaria, presentando además bajo nivel económico. La mayoría vive en una familia nuclear (con esposo e hijos), siendo también considerable el porcentaje de los que viven solos y en familia nuclear simple (con su pareja).

**Tabla 3:** Perfil de la Población según Antecedentes de Salud

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Enfermedades</b>	Crónicas	21	41,2
	Otras enfermedades	10	19,6
	Sin enfermedades	3	5,9
	Crónicas y Otras enfermedades	17	33,3
	Total	51	100,0
<b>Tiempo Realizando Gimnasia Año = (Marzo a Diciembre)</b>	< 1 año	16	31,4
	2 a 4 años	22	43,1
	4 a 10 años	13	25,5
	Total	51	100,0

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

A través de la tabla se puede apreciar que la mayor parte de la población estudiada posee enfermedades crónicas dentro de las cuales se incluyeron Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2, Hipertensión Arterial y Dislipidemia. Un número igualmente considerable posee tanto enfermedades crónicas asociadas de otras enfermedades y menos de un quinto de la población posee sólo otras enfermedades dentro de las cuales se incluyen: problemas osteoarticulares (reumatismo, artrosis), problemas respiratorios (enfermedades respiratorias agudas, bronquitis crónica, asma, enfisema pulmonar), depresión, Alzheimer, osteoporosis, parkinson, glaucoma, hipotiroidismo, obesidad, colon irritable, problemas oftalmológicos y renales. En la tabla además se puede apreciar que la mayoría de la población lleva de 2 a 4 años realizando gimnasia, seguido en menor porcentaje por aquellos que la practican hace

menos de un año y un cuarto de la población lleva de 4 hasta 10 años realizando esta actividad.

Resultados de la percepción de la calidad de vida global, salud general y de las facetas correspondientes a cada dominio.

**Tabla 4:** Percepción de la Calidad de Vida General en Adultos Mayores Antes y Después de realizar Actividad Física

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Calidad de Vida General Antes de realizar Gimnasia	51	1	5	2,43	0,96
Calidad de Vida General Después de realizar Gimnasia	51	3	5	4,31	0,5

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

Las variables de calidad de vida se clasificaron de acuerdo a un a escala tipo Lickert que va de 1 a 5 puntos, ordenándose de forma ascendente, siendo a mayor puntaje mejor la calidad de vida de los adultos mayores encuestados. Se observa que la percepción de calidad de vida general antes de realizar gimnasia es mala, siendo todo lo contrario luego de un tiempo de estar realizando la actividad física, donde la percepción de las personas acerca de su calidad de vida es buena. Además, la desviación estándar observada en los dos casos es pequeña, lo que indica que los resultados están agrupados cerca de la media, encontrándose la mayoría de las respuestas cercanas a este valor.

**Tabla 5:** Percepción del Estado de Salud en Adultos Mayores Antes y Después de realizar Actividad Física

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
Percepción del Estado de Salud Antes de realizar Gimnasia	51	1	5	2,59	1,04
Percepción del Estado de Salud Después de realizar Gimnasia	51	2	5	3,92	0,84

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

De acuerdo a lo observado en la tabla, la media de la percepción del estado de salud antes de realizar actividad física es mala, mientras que después de realizar gimnasia la percepción se acerca a una buena calidad de vida. La desviación estándar para estos dos



casos es pequeña, lo que indica que la mayoría de las personas tenían una percepción de su salud cercana a la media.

**Tabla 6:** Calidad de Vida en Adultos Mayores antes de realizar Actividad Física según las siete facetas del Dominio Físico

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿El dolor físico le ha limitado a hacer actividades?	51	1	5	3,02	1,42
¿Ha necesitado algún tratamiento médico para realizar las actividades diarias?	51	1	5	<b>2,08</b>	0,74
¿Se ha sentido con energía para realizar las actividades diarias?	51	1	5	2,49	0,80
¿Puede desplazarse de un lugar a otro?	51	2	5	<b>4,57</b>	0,92
¿Está conforme con lo que duerme?	51	1	5	2,69	1,10
¿Está conforme con su capacidad para realizar sus actividades diarias?	51	1	5	2,49	0,83
¿Está conforme con su capacidad de trabajo?	51	2	5	2,80	0,72

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar al Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

Según el dominio físico, se puede observar que antes de realizar actividad física, la percepción de calidad de vida muestra negatividad en 5 de las facetas, entre las que están dependencia de medicación o tratamientos, fatiga y energía, sueño y descanso, actividades de la vida diaria, y capacidad de trabajar, con medias entre 2.08 y 2.80 y con una desviación estándar no mayor a 1.10, llevado estos datos a una curva de normalidad, se detecta una desviación hacia la izquierda lo que representa una menor calidad de vida.

Con respecto a la pregunta de dolor y discomfort se obtuvo una media de 3.02, de lo que se deduce que la población de adultos mayores posee una percepción regular respecto de la limitancia del dolor físico al realizar actividades de la vida diaria.

Respecto a la pregunta de movilidad, la media obtenida corresponde a 4.57, teniendo los encuestados una muy buena percepción de esta faceta, siendo el mejor puntaje de este dominio. Dentro de las facetas negativas la menor puntuada fue dependencia de medicación.

**Tabla 7:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Después de realizar Actividad Física según las siete facetas del Dominio Físico

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿El dolor físico le ha limitado a hacer actividades?	51	2	5	3,94	1,00
¿Ha necesitado algún tratamiento médico para realizar las actividades diarias?	51	1	5	<b>2,61</b>	0,91
¿Se ha sentido con energía para realizar las actividades diarias?	51	3	5	4,25	0,62
¿Puede desplazarse de un lugar a otro?	51	3	5	<b>4,90</b>	0,36
¿Está conforme con lo que duerme?	51	2	5	3,25	1,09
¿Está conforme con su capacidad para realizar sus actividades diarias?	51	2	5	4,16	0,83
¿Está conforme con su capacidad de trabajo?	51	2	5	4,12	0,73

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

De acuerdo a lo observado en la tabla, la percepción de los adultos mayores después de realizar actividad física, comparadas con la percepción obtenida antes de realizar gimnasia, es mejor en todas las facetas del dominio físico, sin embargo en la pregunta de movilidad se nota poca variación, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos antes y después de realizar esta actividad, la percepción es buena. En la facetas de dolor y discomfort, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso, actividades de la vida diaria, capacidad de trabajar, se observan medias entre 3.25 a 4.90, cuyas desviaciones estándar son menores a 1.09 tendiendo su curva de normalidad hacia la derecha. En estas facetas los resultados tienden a una buena calidad de vida.

En el caso de la faceta dependencia a lo tratamientos con una media de 2.61, se obtiene que la percepción de la calidad de vida si bien mejora con respecto al resultado obtenido antes de realizar gimnasia, tiende a ser mala, correspondiendo al puntaje mas bajo obtenido en este dominio. El puntaje más alto fue el de movilidad.

**Tabla 8:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Antes de realizar Actividad Física según las seis facetas del Dominio Psicológico

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿Cuánto disfruta de la vida?	51	1	5	<b>2,27</b>	0,91
¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	51	1	5	2,65	1,05
¿Ha podido concentrarse en sus actividades?	51	2	5	<b>3,47</b>	0,92
¿Está conforme con su aspecto físico?	51	1	5	2,47	0,88
¿En qué medida esta conforme con Ud. Mismo?	51	1	5	2,71	0,94
¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	51	1	5	2,73	1,15

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

En la tabla se observa que según los resultados apreciados en el dominio psicológico antes de realizar gimnasia de acuerdo a las seis facetas (sentimientos positivos, espiritualidad-religión-creencias personales, imagen corporal y apariencia, autoestima, sentimientos negativos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración) las medias obtenidas estuvieron entre 2.27 y 3.47 y las desviaciones estándar fueron menores a 1.15, por lo que la curva de normalidad en este dominio tiende a una percepción de la calidad de vida de regular a mala.

Dentro de las facetas negativas, la menor puntuada fue la de sentimientos positivos y la mejor puntuada fue la de pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

**Tabla 9:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Después de realizar Actividad Física según las seis facetas del Dominio Psicológico

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿Cuánto disfruta de la vida?	51	2	5	4,20	0,72
¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	51	2	5	<b>4,45</b>	0,75
¿Ha podido concentrarse en sus actividades?	51	2	5	<b>3,35</b>	0,93
¿Está conforme con su aspecto físico?	51	2	5	3,63	0,74
¿En qué medida esta conforme con Ud. Mismo?	51	1	5	4,25	0,79
¿Con qué frecuencia tuvo sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	51	3	5	3,98	0,64

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

De acuerdo a lo observado en el dominio psicológico después de realizar actividad física, se logra apreciar que los resultados obtenidos son mayores que los alcanzados en la tabla anterior, donde se mostraba la percepción del dominio psicológico antes de realizar actividad física.

Las medias obtenidas en las facetas de sentimientos positivos, espiritualidad-religión-creencias personales, imagen corporal y apariencia, autoestima, sentimientos negativos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración van desde 3.35 a 4.45 y las desviaciones estándar entre 0.64 a 0.93, de lo que se deduce que los resultados obtenidos en este dominio tienden a una muy buena percepción de la calidad de vida, concentrándose la mayoría de las respuestas en la tendencia positiva.

La faceta donde se aprecia una menor puntuación es la de pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, y la mejor puntuada es la de espiritualidad, religión y creencias personales.

**Tabla 10:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Antes de realizar Actividad Física según las tres facetas del Dominio Relaciones Sociales

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿Está conforme con sus relaciones personales?	51	1	5	<b>2,98</b>	1,14
¿Está conforme con su vida sexual?	51	1	5	3,02	0,73
¿Está conforme con el apoyo que le brindan sus amigos?	51	1	5	<b>2,96</b>	1,13

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

Según lo observado en el dominio de relaciones sociales, las medias obtenidas en las facetas no varían unas de otras. En la faceta relaciones sociales el resultado es de 2.96, para actividad sexual es de 3.02, siendo la mejor puntuada y para soporte social es de 2.98, correspondiendo al menor puntaje. Las desviaciones estándar obtenidas son menores a 1.14 por lo que la mayoría de las respuestas se mantuvieron cerca de la media, tendiendo a una percepción regular de la calidad de vida en este dominio.

**Tabla 11:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Después de realizar Actividad Física según las tres facetas del Dominio Relaciones Sociales

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿Está conforme con sus relaciones personales?	51	2	5	<b>4,33</b>	0,88
¿Está conforme con su vida sexual?	51	1	5	<b>2,96</b>	0,72
¿Está conforme con el apoyo que le brindan sus amigos?	51	2	5	3,98	0,83

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

En la tabla se observa que la percepción de los adultos mayores según las facetas del dominio relaciones sociales y soporte social, difieren de los resultados obtenido en la tabla anterior, alcanzando los adultos mayores una buena percepción luego de realizar actividad física. Sin embargo en la faceta de actividad sexual el resultado tiende a disminuir de 3,02 a 2.96, no obstante este continua siendo regular.

**Tabla 12:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Antes de realizar Actividad Física según las ocho facetas del Dominio Ambiente

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿Se siente seguro en su vida diaria?	51	2	5	2,39	0,77
¿Vive en un lugar saludable?	51	2	5	3,39	1,02
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	51	1	5	2,73	0,94
¿Le es fácil acceder a la información que necesita en el lugar donde vive?	51	1	5	2,47	0,85
¿Tiene oportunidad de realizar actividades recreativas?	51	1	4	<b>1,86</b>	0,63
¿Está conforme con las características de su vivienda?	51	1	5	<b>4,04</b>	1,09
¿Está conforme con la atención médica de que dispone?	51	2	5	3,47	1,13
¿Está conforme con su medio de transporte?	51	2	5	3,84	1,04

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

En la tabla se logra apreciar que en las facetas de seguridad física, recursos financieros, oportunidad para adquirir información y aprendizaje, participación/ oportunidad para recrearse y ocio, las medias van desde 1.86 a 2.73, las desviaciones estándar son menores a 0.94, tendiendo a la negatividad, o sea, a una mala percepción.

En las facetas ambiente hogareño, medio ambiente físico, cuidado social y de salud, y transporte, las medias obtenidas son mayores a 3.39 llegando hasta 4.04 y las desviaciones estándar son menores a 1.13, por lo que en estas facetas la percepción de dominio ambiente tiende a ser de regular a buena.

El menor puntaje obtenido en este dominio corresponde a la faceta de participación/oportunidad para recrearse y ocio y el mejor puntaje obtenido corresponde a la faceta de medio ambiente físico.

**Tabla 13:** Calidad de Vida en Adultos Mayores Después de realizar Actividad Física según las ocho facetas del Dominio Ambiente

	N	Mín.	Máx.	Media	D. S.
¿Se siente seguro en su vida diaria?	51	2	5	3,82	0,91
¿Vive en un lugar saludable?	51	2	5	3,90	0,80
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	51	1	5	<b>2,73</b>	0,94
¿Le es fácil acceder a la información que necesita en el lugar donde vive?	51	2	5	3,73	0,87
¿Tiene oportunidad de realizar actividades recreativas?	51	3	5	<b>4,49</b>	0,67
¿Está conforme con las características de su vivienda?	51	1	5	4,04	1,09
¿Está conforme con la atención médica de que dispone?	51	2	5	3,67	1,07
¿Está conforme con sus medios de transportes?	51	2	5	3,88	1,05

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

Conforme a lo observado en la tabla de dominio medio ambiente después de realizar gimnasia, en las facetas de ambiente hogareño, recursos financieros, medio ambiente físico, cuidado social/de salud, y transporte, los resultados de las medias no difieren de los resultados obtenidos en la tabla anterior, donde se muestra la percepción del dominio antes de realizar actividad física, sin embargo, en las facetas de seguridad física, oportunidad para adquirir información y aprendizaje, participación/ oportunidad para recrearse y ocio hay un aumento considerable de las medias obtenidas.

En la faceta recursos financieros, la media obtenida es de 2.73, siendo la puntuación más baja del dominio, con una desviación estándar de 0,94, por lo que la percepción del ingreso económico tiende a ser regular. Para el resto de las facetas, los resultados obtenidos en las medias varían desde 3.67 a 4.49, observándose desviaciones estándar menores a 1.09, tendiendo la curva de normalidad hacia la derecha, o sea hacia una buena percepción de la calidad de vida en este dominio.

En la pregunta participación/ oportunidad para recrearse y ocio, la media obtenida de 4.49 alcanzó la puntuación mas alta del dominio medio ambiente, por otra parte, la desviación estándar es pequeña, tendiendo la mayoría de las respuestas a una muy buena percepción de esta faceta.

## 5.1 Validación Estadística

A continuación se realiza la comparación de medias de acuerdo a cada dominio obtenido del WHOQOL-bref antes y después de que los adultos mayores realizaron actividad física.

**Tabla 14:** Calidad de vida antes y después de realizar actividad física-Dominio físico

Antes de realizar actividad física	Después de realizar actividad física	Parámetro estadístico ( <i>t de student</i> )	Intervalo de confianza (95%).
11,50	15,56	$t_{teo}= 1,67$ $t_{exp}= 16,78$	$4,06 \pm 0,40$

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

De acuerdo al valor obtenido en el dominio físico antes de realizar actividad física fue de 11,50 y después de realizar actividad física de 15,56. Así la diferencia establecida, en un intervalo de confianza, entre estos dos valores fue de  $4,06 \pm 0,40$  (a un nivel de confianza de 95%). Por otro lado, la determinación experimental del parámetro estadístico *t de Student* arrojó un valor de  $t_{exp}= 16,78$  por encima del teórico  $t_{teo}= 1,67$ . Con esto último es posible afirmar que la variación del dominio físico en la calidad de vida es significativa al realizar actividad física.

**Tabla 15:** Calidad de vida antes y después de realizar actividad física-Dominio Psicológico

Antes de realizar actividad física	Después de realizar actividad física	Parámetro estadístico ( <i>t de student</i> )	Intervalo de confianza (95%).
10,86	15,90	$t_{teo}= 1,67$ $t_{exp}= 22,12$	$5,05 \pm 0,38$

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

En el dominio psicológico el valor total arrojado antes de realizar actividad física fue de 10,86 y después de realizar actividad física de 15,90. La diferencia al comparar estos dos valores con un intervalo de confianza de 95% fue de  $5,05 \pm 0,38$ . De esta manera, la determinación experimental del parámetro estadístico *t de Student* arrojó un valor de  $t_{exp}=22,12$  muy por encima del teórico  $t_{teo}=1,67$ . Con estos resultados es posible afirmar que



la variación del dominio psicológico en la calidad de vida es significativa al realizar actividad física.

**Tabla 16:** Calidad de vida antes y después de realizar actividad física-Dominio Relaciones Sociales

Antes de realizar actividad física	Después de realizar actividad física	Parámetro estadístico ( <i>t de student</i> )	Intervalo de confianza (95%).
11,94	15,03	$t_{teo}= 1,67$ $t_{exp}= 10,05$	$3,09 \pm 0,51$

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

El valor obtenido en el dominio relaciones sociales antes de realizar actividad física fue de 11,94 y después de realizar actividad física de 15,03. Así la diferencia establecida, en un intervalo de confianza, entre estos dos valores fue de  $3,09 \pm 0,51$ . Con lo que la determinación experimental del parámetro estadístico *t de Student* arrojó un valor de  $t_{exp}=10,05$  siendo mayor que el teórico  $t_{teo}= 1,67$ . Con esto último es posible afirmar que la variación del dominio relaciones sociales en la calidad de vida es significativa al realizar actividad física.

**Tabla 17:** Calidad de vida antes y después de realizar actividad física-Dominio Ambiente

Antes de realizar actividad física	Después de realizar actividad física	Parámetro estadístico ( <i>t de student</i> )	Intervalo de confianza (95%).
12,10	15,13	$t_{teo}= 1,67$ $t_{exp}= 16,97$	$3,03 \pm 0,29$

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida de Usuarios de tres Centros de Atención Primaria. Tesis Para optar a Grado de Licenciado en Enfermería Universidad Austral de Chile 2008.

Según el Whoqol-bref el valor arrojado en el dominio ambiente antes de realizar actividad física fue de 12,10 y después de realizar actividad física de 15,13. Así la diferencia establecida, en un intervalo de confianza, entre estos dos valores fue de  $3,03 \pm 0,29$  (a un nivel de confianza de 95%). Además, la determinación experimental (con los datos de las mediciones) del parámetro estadístico *t de Student* arrojó un valor de  $t_{exp}=16,97$  muy por encima del teórico  $t_{teo}= 1,67$ . Con esto último es posible afirmar que la variación del dominio ambiente en la calidad de vida es significativa al realizar actividad física.

## 6. DISCUSION

La población encuestada de adultos mayores esta constituida en su mayoría por mujeres, siendo la participación del sexo masculino en este tipo de actividades aún escasa, esto difiere de los resultados obtenidos por el MINSAL, (2007) donde se muestra que de todos los grupos etareos, en su mayoría, es el sexo masculino el que se caracteriza por tener mayor actividad física, resultado que se invierte al llegar a la tercera edad, según lo demuestra el presente estudio.

A medida que aumenta la edad de las personas encuestadas existe menos participación en actividades de gimnasia, lo que no difiere del estudio realizado en Chile, donde se evidencia que a mayor edad la cantidad de personas que realizan actividad física de manera regular es menor. (MINSAL, 2007)

La población estudiada presenta un bajo nivel educacional y económico, lo que no concuerda con investigaciones realizadas, tanto en Chile como en el extranjero, donde se observa que a medida que disminuye el ingreso socioeconómico y el nivel educacional, la realización de actividad física con regularidad es menor. (MINSAL, 2007; Rotondi, 2001)

Por otro lado en un estudio realizado en una población de adultos mayores en Concepción por Plaza, (2006) igualmente se obtuvo que en su mayoría poseían un bajo nivel educacional y situación económica regular, no obstante la percepción que estas personas tuvieron de su calidad de vida en general tendió de lo regular a lo positivo, coincidiendo con los resultados obtenidos en este estudio.

Si bien existen estudios que evidencian que las personas de la tercera edad al vivir con parientes de lazo consanguíneo o personas menores, postergan sus propias necesidades y opciones de participar en actividades fuera del hogar, a través de este trabajo se demuestra que independiente de los resultados obtenidos respecto al estado civil y al tipo de familia en que viven los adultos mayores, participan igualmente en gimnasia, no existiendo relación entre estas variables y la participación. (MINSAL, 2007; Rotondi, 2001)

De acuerdo a este estudio las personas encuestadas presentan en su mayoría afecciones patológicas crónicas, lo que corrobora lo dicho por otras investigaciones, donde se muestra que con el aumento de las expectativas de vida se ha notado una mayor tendencia a que los adultos mayores presenten este tipo de enfermedades, sin embargo, de acuerdo a algunos estudios (MINSAL, 2002; Morales & Villalón, 1999; Teixeira & Lefèvre, 2001; Moreira et al., 2007), esto influye en la pérdida progresiva de la autonomía, lo que de acuerdo al presente trabajo es positivo, al visualizar que los adultos mayores encuestados son participantes de una actividad física regular. Por lo mismo y como señala Gómez y Sabeh (1999) la adopción de un estilo de vida saludable en el adulto mayor a través de actividad física regular y participación grupal, mejora la funcionalidad, la percepción de salud, el entorno familiar, las relaciones interpersonales, mejorando la calidad de vida, lo que concuerda con los resultados obtenidos en este trabajo, donde en los dominios físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente se tendió a una percepción positiva de la calidad de vida.

De acuerdo a lo arrojado en el estudio, los adultos mayores logran una regularidad en la participación de actividades de gimnasia, llevando la mayoría entre 2 y 4 años de pertenencia a esta actividad, esto se relaciona con la percepción positiva de la calidad de vida que se obtuvo en los diversos dominios, lo que concuerda con Pender (2003), quien enfatiza en que la realización de actividades de promoción de la salud de manera regular, incluyendo entre estas la actividad física, mejora de manera positiva la calidad de vida percibida; de igual manera esto concuerda con lo afirmado por la OPS (2005) y por González y Ham-Chande (2007), quienes mencionan cuan importante es que los adultos mayores realicen actividad física para obtener una mejor percepción general tanto de lo individual como de lo que les rodea, siendo aún mas ventajoso si la adherencia a este tipo de actividades se logra en el inicio de esta fase etarea.

Respecto a la percepción de la calidad de vida general antes y después de realizar actividad física, se hace notable la brecha de positivismo que se acrecienta luego de un tiempo de realizar gimnasia, dicha evolución positiva de la percepción según diversos estudios se asocia a un aumento del autoestima y de la autonomía que posee el individuo

luego de realizar una actividad física, lo que se relaciona directamente con la constancia que posee el grupo encuestado al realizar la actividad, no obstante, de esto podemos deducir que, un adulto mayor que no realice actividades de promoción de la salud, puede ver disminuidas estas características, viéndose afectada su propia calidad de vida. (MINSAL, 2002; Moreira et al., 2007; Gómez y Sabeh, 1999).

En lo obtenido en un estudio realizado por Plaza, (2006) en el cual la mayoría de los encuestados pertenecía al grupo etareo de la tercera edad, la percepción de calidad de vida general y del estado de salud tendió a ser buena, siendo igualmente inferior si la comparamos con los adultos mayores del presente estudio, ya realizando actividad física de manera regular.

Los adultos mayores encuestados percibieron que su estado de salud general se vió mejorado luego de realizar actividad física, esto coincide con lo expuesto en diversos estudios donde se relaciona a la práctica de actividad física con el aumento de la funcionalidad en la tercera edad (González y Ham-Chande, 2007; MINSAL, 2002; OPS, 2004; Jiménez, 1998), por otro lado afirman que estas prácticas desencadenan una serie de procesos físicos ventajosos para sobrellevar ciertas patologías, donde se incluyen las enfermedades crónicas, lo que guarda relación directa con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Con relación a la percepción general del dominio físico en el estudio queda demostrado que la percepción de los adultos mayores es mejor después de realizar actividad física, sin embargo en comparación a los resultados obtenidos en el resto de los dominios este fue el que menos varió, a pesar de que la actividad realizada guarda relación con el ejercicio físico, pudiendo haber alcanzado una mejor percepción en los resultados de esta área, lo que en cierta manera coincide con lo dicho en algunos estudios que afirman que los mayores beneficios de realizar ejercicio de manera regular son obtenidos en la salud física y difiere puesto que no es precisamente el área mas beneficiada. (Jiménez, 1998; OPS, 2004)

Así mismo, es revelador el hecho de que realizando o no realizando actividad física la percepción obtenida en este dominio tendió a lo positivo, lo que difiere de los resultados obtenidos por la II Encuesta de Calidad de Vida realizada en nuestro país, en la cual, se obtuvo entre los resultados que a medida que las personas aumentan en edad, tendían a una percepción peor de su calidad de vida en el aspecto físico, no obstante los resultados concuerdan con el estudio realizado por Plaza, (2006) donde las personas encuestadas en su mayoría de la tercera edad presentaron una percepción tendiente a lo positivo de su estado físico, probándose a través del presente estudio que igualmente la percepción mejora luego de un tiempo de realizar la actividad física.

Profundizando en cada faceta de este dominio, se tiene que en la faceta de dolor y discomfort, la percepción que los encuestados tenían antes de realizar gimnasia, si bien tendía a lo positivo es mucho mejor luego de un tiempo de realizar dicha actividad, esto a pesar de que la mayor parte de la población posee enfermedades crónicas. Frente a esto se deduce que el manejo y tratamiento que los centro de salud están realizando para controlar este tipo de enfermedades está siendo efectivo, lo que aumenta aun más con la práctica de actividades de promoción en salud, como se prueba en el caso de este estudio con la práctica de actividad física.

Así mismo en las facetas de energía y fatiga, capacidad de trabajar, los resultados tienden a una percepción negativa al no estar realizando actividad física, situación que mejora alcanzando una tendencia positiva al estarla practicando, siendo primordialmente en estas facetas donde influye mayormente el efecto de realizar estas actividades, lo que coincide con algunos estudios que avalan mejoría de estos aspectos al realizar estas prácticas de promoción en salud. (Jiménez, 1998; OPS, 2004)

De acuerdo al estudio en las facetas de sueño y descanso, movilidad, los resultados tienden a una buena calidad de vida sin estar realizando gimnasia, mejorando aun mas la percepción luego de realizar actividad física, sin embargo en la faceta de movilidad la percepción no varía tanto antes y después de que los adultos mayores realizaron gimnasia, teniendo frente a esta faceta una percepción positiva sin haber tenido acceso a realizar dicha

actividad, de lo que se deduce que la población encuestada corresponde a adultos mayores activos físicamente, situación que se acrecienta y mantiene con la realización de ejercicio de manera regular, esto igualmente coincide con los estudios mencionados anteriormente (Jiménez, 1998; Minsal, 2004).

En la faceta donde mejora notablemente la percepción que se tenía antes y después de realizar gimnasia es en las actividades de la vida diaria, pudiendo inferir de acuerdo a los resultados del estudio que la práctica de ejercicio físico regular en la tercera edad, es percibida como beneficiosa por los mismos practicantes en el día a día, pudiendo alcanzar un mayor desenvolvimiento en actividades que les hacen mas independientes y autovalentes, lo que concuerda con el estudio realizado por Morales y Villalón (1999).

En el dominio psicológico, se obtuvo una mejor percepción luego de realizar actividad física, notándose en la mayoría de las facetas una mayor diferencia entre las respuestas obtenidas antes y después de realizar gimnasia, pues para los encuestados mejoró visiblemente la percepción de esta área luego de un tiempo de realizar la actividad. Así mismo, esta mejoría se observó en las facetas de Sentimientos positivos, Espiritualidad-Religión-Creencias personales, Imagen corporal y Apariencia, Autoestima, Sentimientos Negativos, Pensamiento, Aprendizaje. Esto reafirma lo dicho por Moreira (2000), quien coincide en que al tener una buena percepción de la calidad de vida se ve directamente mejorada la autoestima y la salud mental, influyendo positivamente en el aspecto psicológico del ser humano.

No obstante, en la faceta de Memoria y Concentración la percepción no mejoró luego de realizar actividad física sino que tendió a disminuir, siendo poca la influencia que provoca en este caso la realización de esta actividad, sin embargo para los adultos mayores esta es un área que no se está ejercitando, pues se muestra poca variabilidad de su respuesta en el tiempo. Por otro lado el deterioro es irreversible según se avanza en edad, sin embargo puede retrasarse al realizar acciones que agilicen la memoria y concentración, estimulando el pensamiento y la rapidez, facetas que de acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio no esta siendo aprovechada por la tercera edad. Sin embargo, a pesar de obtener

peores resultados después de un tiempo de realizar gimnasia se tiende a una percepción positiva, esto concuerda con un estudio realizado en nuestro país y en el extranjero donde personas de la tercera edad que tenían una peor percepción de la calidad de vida poseían algún grado de deterioro de la memoria y concentración y viceversa, explicando esto la buena percepción de calidad de vida obtenida por los adultos mayores encuestados quienes poseen un buen estado de memoria y concentración. (Martínez V. & Lozano A., 1998; Plaza, 2006)

Respecto al dominio relaciones sociales, de acuerdo a un estudio realizado por Martínez y Lozano, (1998) con adultos mayores se tiene que la mayor parte de estos posee respuestas satisfactorias en esta área, lo que difiere de los resultados obtenidos en esta investigación, donde se tiene que en la faceta de relaciones sociales y soporte social la percepción de calidad de vida es regular antes de haber realizado actividad física, sin embargo, mejora notablemente después de que las personas realizaron la actividad, por lo que la influencia de realizar este tipo de actividades de promoción de la salud es beneficioso en estas áreas de la vida de personas de la tercera edad.

Sin embargo, en la faceta actividad sexual no varió mayormente la percepción tenida antes y después de realizar gimnasia, manteniéndose una percepción regular, lo que hace pensar que no hay mayor influencia de realizar actividad física en esta faceta, los resultados concuerdan con lo obtenido en el estudio realizado por Plaza, (2006) donde la percepción respecto de esta área fue regular, siendo un aspecto poco satisfecho y poco aceptado acorde a la evolución del ser humano.

En el estudio respecto al dominio ambiente la percepción de calidad de vida obtenida por los adultos mayores antes de realizar actividad física era regular variando a una tendencia positiva luego de realizar gimnasia, esto se visualiza en cada faceta a excepción de la faceta Recursos financieros, Medio ambiente físico, cuidado social y de salud, y medio de transporte las cuales no se ven influenciadas por la realización de actividad física, siendo estos factores externos e independientes de la realización de gimnasia, pues no varían, ni se ven influenciados en la persona aún esta esté realizando

dicha actividad. No obstante la percepción obtenida en estas facetas tiende a una tendencia positiva, a excepción de la faceta recursos financieros donde se evidencia que los adultos mayores están poco satisfechos con los recursos económicos con los que cuentan para cubrir todas sus necesidades, esto se acerca a resultados obtenidos en estudios realizados por Martínez y Lozano, (1998) y Plaza, (2006) donde la mayoría de los adultos mayores posee una percepción regular de los recursos financieros con los que cuentan, por otro lado acercándonos a nuestra realidad, en Chile según un estudio realizado por el MINSAL, (2007) se muestra que los adultos mayores frente a la cantidad de dinero que poseen, tienen una menor satisfacción de este ítem, en relación al resto de los grupos etareos y a las otras facetas incluídas en el estudio.

En las facetas de seguridad física, ambiente hogareño, y participación/oportunidad para recrearse y ocio la percepción de los adultos mayores al estar realizando actividad física es positiva, mejorando de acuerdo a la percepción obtenida antes de realizar la actividad, siendo estas facetas influenciadas positivamente por la realización de actividad física de manera regular, pues los resultados de percepción obtenidos sobre todo en la faceta de participación/oportunidad para recrearse y ocio fueron mejores que los obtenidos en un estudio realizado por Plaza, (2006) con una población en su mayoría conformada por adultos mayores.



## 7. CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio se concluye que en relación al sexo, el femenino se encuentra mayormente motivado para realizar actividades como gimnasia en la tercera edad, por ende, los profesionales de la salud adjuntan un nuevo desafío relacionado con la motivación del adulto mayor de sexo masculino para realizar actividades de promoción de la salud, sobre todo en el aspecto del ejercicio físico, debiendo además sobrellevar los estigmas sociales de género que podrían afectar esta situación.

La escolaridad y la situación socioeconómica baja de los adultos mayores no son limitantes para realizar ejercicio físico, siempre y cuando se le de la posibilidad y la oportunidad de practicar dicha actividad, por lo que se entiende que, al abrir mayores espacios de esparcimiento donde se puedan realizar actividades de promoción de la salud, más personas serán las que realizarán este tipo de actividades.

De acuerdo al estudio, la mayoría de las personas de la tercera edad son afectadas por enfermedades crónicas, así mismo la mayoría al estar realizando actividad física, refiere una mejoría en el estado de salud y una mejor percepción de la faceta de dolor y discomfort, por lo que se concluye que el sistema de salud esta actuando con pertinencia en el tratamiento de estas patologías y las actividades de promoción de la salud están siendo efectivas, al lograr las personas un bienestar de su calidad de vida en estas áreas. Estos resultados podrían mejorar aún más si la atención primaria enfocara sus directrices en la mudanza de hábitos, actividades propias de la promoción de la salud y evaluara otras patologías que no son enfermedades crónicas como el dolor agudo o crónico.

La actividad física practicada con regularidad en un tiempo considerable acrecienta la mejoría de la percepción de la calidad de vida en el adulto mayor, por lo mismo si parte del grupo de profesionales de salud que atienden a los ancianos se enfocaran a la promoción y prevención y no a la recuperación se daría un salto más extraordinario en la calidad de vida de todos los grupos etarios.

La percepción de la calidad de vida global y del estado de salud general mejora notablemente al estar la persona realizando actividad física, influyendo de manera positiva la práctica de este tipo de actividades de promoción de la salud e influyendo de manera integral en la vida del adulto mayor.

En la mayoría de las facetas estudiadas la tendencia de calidad de vida antes de realizar actividad física bordeó lo regular, sin embargo, luego de un tiempo de que las personas realizaran actividad física mejoró notablemente, sobre todo en algunas facetas correspondientes a dominio físico y psicológico las cuales se ven directamente influenciadas por la práctica regular de esta actividad de promoción de la salud.

En algunas facetas del dominio psicológico, relaciones sociales y ambiente, tales como memoria y concentración, actividad sexual, recursos financieros, transporte, cuidado social y de salud no se produjo mayor diferencia, entre si la persona realizaba o no la actividad física, siendo estas facetas influenciadas por factores externos y por factores propios de la edad. En el caso de cuidado social y de salud, se refiere a la conformidad de la atención médica, teniendo un gran desafío el sistema de salud y los profesionales frente a este tema, pues son principalmente éstos los responsables de que las personas de la tercera edad satisfagan el acceso que tienen a la salud, considerando que la población estudiada en su mayoría corresponde a un estrato socio económico bajo, accediendo al servicio de salud del estado y no al privado, siendo esto el reflejo de la percepción de la situación actual de salud del país. Además como profesionales aún se evalúa al paciente en el contexto biomédico, olvidando las otras áreas. Debemos fomentar con actividades complementarias la estimulación de la memoria, apoyo entre los pares, mejorar el ambiente donde se desarrollan, etc.

De los cuatro dominios de calidad de vida considerados en el estudio, es el dominio psicológico el que se encuentra mayormente influenciado por la realización de actividad física, influyendo esta práctica positivamente en el autoestima, sentimientos, en lo espiritual y en la imagen corporal de los adultos mayores, influyendo a su vez la tendencia positiva de

este dominio en la percepción general de la calidad de vida global y en el estado de salud general.

La práctica de actividad física de manera regular influye de manera positiva en el dominio físico, mejorando la percepción de dolor y discomfort, energía, movilidad, sueño y descanso, capacidad de trabajar y actividades de la vida diaria en general, influyendo positivamente en el actuar del paso de los años sobre esta área.

Si bien el dominio ambiente posee ciertos aspectos que no se ven influenciados por la práctica de ejercicio regular existen facetas en las que si se afecta positivamente la practica de este tipo de actividades, mejorando por ende la calidad de vida del adulto mayor en los aspectos de seguridad física, oportunidad para adquirir información y aprendizaje, participación/ oportunidad para recrearse y ocio.

Se concluye que la realización de actividades de promoción de la salud, tal como actividad física mejora considerablemente la percepción de calidad de vida que el adulto mayor pueda tener en diversos aspectos, viéndose influenciada esta mejoría inclusive en su estado de salud, por lo que, siendo aún pocas las instancias de tener la posibilidad de realizar estas prácticas dirigidas y con constancia, se torna primordial el fortalecer a la salud en esta área, primando las actividades de promoción de la salud dirigidas al adulto mayor. No obstante, si esta presente que la actividad física es beneficiosa y este respaldo se realiza con la comprobación científica de evidencia basada en la práctica y es estadísticamente comprobada, se realza el quehacer de nuestra profesión, lo que nos empodera en la gestión del cuidado de la población.

Es relevante mencionar el sesgo de memoria que se da en este estudio por el hecho de que los adultos mayores deben hacer un recuerdo de su percepción de calidad de vida antes de realizar actividad física, sin embargo no es preciso cuantificarlo. Por otro lado la autora no quita valor a la percepción obtenida del ser humano, pues la validez del momento vivido es dada por lo que la persona logre recordar de aquel momento, no obstante esto no es una

aseveración universal, puesto que la validez de la percepción es un dilema que aún no ha sido completamente aclarado en la literatura.

La proyección que esta investigación tiene para la profesión de enfermería se aplica a las cuatro áreas del rol. Para el área asistencial proyecta nuestro actuar en un tema relevante, más aun al ser parte de un equipo multidisciplinar donde se debe desempeñar un arduo trabajo por mejorar la calidad de vida y la situación de salud de las personas, la enfermera de reflejar en su trabajo el fomento de la promoción de la salud en los adultos mayores.

Es un aporte serio a la investigación científica de enfermería en áreas de gerontología y promoción de la salud, además está en vigencia con respecto al crecimiento demográfico de la población de adultos mayores y en vanguardia hacia la transformación demográfica futura. Siendo un incentivo a la realización de pesquisas en áreas de calidad de vida pues es a través de una buena percepción de esta que los seres humanos logran calidad de la salud, cumpliendo al realizarlas con los objetivos de nuestra profesión.

En el área de la educación el estudio se proyecta a través de generar mayor fuerza en educar a los pacientes acerca de cómo mejorar su calidad de vida, tratando de lograr que el individuo conozca los beneficios que aporta el practicar hábitos saludables. A través de la educación se beneficia tanto a la persona como a la sociedad, pudiendo ésta destinar mayor recurso a la promoción que a la curación o rehabilitación, necesitando estas últimas mayor aporte, de esta manera se lograría invertir con mejor calidad en lo que realmente se necesita.

Finalmente en el rol administrativo como enfermeros se debe dar un gran apoyo en la gestión de políticas públicas que acrecienten la posibilidad real de que la tercera edad pueda realizar actividades que estimulen hábitos para mejorar la percepción de calidad de vida con prácticas más saludables, de esta manera se está contribuyendo a disminuir el costo socioeconómico de tener adultos mayores dependientes, potenciando las habilidades que estos mismos poseen para mejorar su calidad de vida.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- [1] Espinoza, H.M. (2000). *Enfoques, Teorías y Nuevos Rumbos del Concepto Calidad de Vida*. Recuperado el 3 de Agosto de 2008 de [http://www.antropologia.com.ar/congreso2000/ponencias/Oscar\\_Mauricio\\_Espinosa.htm](http://www.antropologia.com.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm)
- [2] Gomez-Vela, M. y Sabeh, E.N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- [3] Goncalves, L. & Scheir, J. (2005). Grupo Aquí e Agora: Uma tecnologia leve de acao socioeducativa de Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 14(2):271-279.
- [4] Gonzalez, C. & Ham Chande, R. (2007). Funcionalidad y Salud: una Tipología de Envejecimiento en México. *Revista Salud Pública de México*. 49(4):448-458.
- [5] Grupo WHOQOL. (1998). *WHOQOL Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud Manual del Usuario*. Ediciones CATA, Fundación FUNDONAR La Plata, Argentina.
- [6] Instituto Nacional de Estadísticas. (2003). *Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes*. Recuperado el 9 de Junio de 2008 de [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf)
- [7] INE. (2005). *Proyecciones y Estimaciones Población Total País 1950-2050*. Recuperado el 1° de Julio de 2008 de [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP\\_T.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf)
- [8] INE. (2007). Adulto mayor en Chile: Enfoque Estadístico. *Boletín informativo del INE*.

- [9] Jiménez, G. (1998). *La Educación Física en el Adulto Mayor*. (1ª edición). Dirección General de Deportes y Recreación. 79p.
- [10] Marín, P. Villalobos, A. Carrasco, M. & Kalache A. (2005) Resultados Generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *Revista Médica de Chile*. 133:331-337
- [11] Tillet, L. A. (1999). Nola J. Pender: Modelo de Promoción de la Salud. En A. Marriner-Tomey & M. Raile. *Modelos y Teorías en Enfermería*. (4ª edición, pags 529-537). Madrid:Harcourt Brace.
- [12] Martínez, V. & Lozano, A. (1998). *Calidad de Vida en Ancianos*. (1ª edición). Universidad de Castilla: La Mancha. 170p.
- [13] Ministerio de Planificación, MIDEPLAN. (2003). *División Social, Encuesta CASEN*. Recuperado el 1 de Julio de 2008 de [http://www.mideplan.cl/casen/modulo\\_ingresos.html](http://www.mideplan.cl/casen/modulo_ingresos.html)
- [14] Ministerio de Salud de Chile, MINSAL. (2002). *Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010*. Recuperado el 29 de Febrero de 2008 de [http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000\\_2010.htm](http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm)
- [15] MINSAL. (2007). *Avances en Salud. Gobierno de Chile Ministerio de Salud*. Recuperado el 1 de Julio de 2008 de <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/avances2007print.pdf>
- [16] MINSAL. (2007). *Minuta Comunicacional. Resultado II Estudio de Calidad de Vida y Salud*. Recuperado el 10 de Junio de 2008 de <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Minuta.pdf>

[17] MINSAL. *Instructivo en la Aplicación EFAM-Chile*. Recuperado el 29 de Julio de 2008 de

[http://www.minsal.cl/ici/adulto\\_mayor/Instructivo\\_aplicacion\\_EFAM.doc](http://www.minsal.cl/ici/adulto_mayor/Instructivo_aplicacion_EFAM.doc)

[18] Morales, I. & Villalón, J. (1999). *Chile y los Adultos Mayores Impacto en la Sociedad del 2000*. Recuperado Abril, 8 2008 desde

[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf)

[19] Moreira, M. Costa, A. Felipe, L. & Córdas C. (2007) Variáveis Associadas à Ocorrência de Quedas a Partir dos Diagnósticos de Enfermagem em Idosos Atendidos Ambulatorialmente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(2):311-317.

[20] Moreira, M. (2000). *Trabalho, Qualidade de Vida e Envelhecimento*. Dissertação Mestrado no publicada. Ministerio de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Río de Janeiro, Brasil.

[21] OMS. (1998) *Promoción de la Salud: Glosario*. Recuperado el 22 de Abril de 2008 desde [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf). (p. 28) (p. 10) (pp10-12)

[22] OPS. (2004). *Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores*. Recuperado el 3 de Agosto de 2008 de

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/mantenerse-lu.pdf>

[23] Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2005). *América Latina y el Caribe por un Envejecimiento Saludable y Activo*. Recuperado el 2 de Abril de 2008 de

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>

[24] Plaza, N. (2006) *Calidad de Vida y Factores Asociados en Cuidadores Familiares De Ancianos Dependientes Chile*, Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería,

Universidad de Concepción.

[25] Prado, Sh. & Sayd, J. (2006). A Gerontología como Campo do Conhecimento Científico: Conceito, Interesses e Proyeto Político. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 11(2):491-501.

[26] Rotondi, G. (2001). *Envejecimiento y Calidad de Vida en Adultos Mayores de Sectores de Pobreza*. Recuperado el 3 de agosto de 2008 de <http://www.consultoriasocial.com.ar/artipobreenvejec.htm>

[27] Shwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.

[28] Teixeira, J. & Lefèvre, F. (2001) A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Revista de Saúde Pública*. 35(2):207-213.



## **ANEXOS**

## Acta de Consentimiento Informado

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el trabajo final de tesis, de la alumna Carola Rosas Ordóñez, perteneciente a la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile (UACH), titulado “*Promoción de la salud y percepción de la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a centros de atención primaria de la ciudad de Valdivia*”.

Afirmo que he entendido la motivación y los objetivos de esta encuesta.

Al participar estoy conciente de que mi participación no implica ningún riesgo para mi persona, ni para mi familia.

Estoy en conocimiento de que mi identidad se mantendrá en anonimato y que mis respuestas podrán ser publicadas siempre y cuando se respete mi anonimato.

Estoy en conocimiento de que puedo negarme a contestar algunas preguntas y puedo retirarme del estudio en cualquier momento si lo deseo.

Yo \_\_\_\_\_, doy libremente mi consentimiento para participar en este estudio

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Firma Alumna Tesista

\_\_\_\_\_  
Fecha

## A. Ficha de Identificación y Perfil Sociodemográfico

Este primer Ítem será llenado por la persona que realizará la entrevista colocando un círculo en la opción escogida por usted. A continuación escuche con atención y conteste verbalmente.

I. Sexo      1) Masculino      2) Femenino

II. ¿Qué edad tiene usted actualmente?

1) 60-69      2) 70-79      3) 80-89      4) 90 y +

III. ¿Cuál es el nivel de escolaridad alcanzado por usted?

1) Educación Primaria completa	5) Universitaria
2) Educación Primaria incompleta	6) Técnica
3) Educación Secundaria completa	7) Analfabeto
4) Educación Secundaria incompleta	

IV. ¿Cuál es su Estado Civil?

1) Soltero	4) Viudo
2) Casado	5) Conviviente
3) Divorciado	6) Separado de hecho

V. ¿Con qué personas usted vive?

1) Pareja	3) Nietos	5) Otro
2) Hijos	4) Solo	

VI. ¿Cuánto es el ingreso mensual por persona que su hogar recibe regularmente?

1) = o < a \$39.990	4) = o < a \$200.000
2) = o < a \$67.866	5) > a \$200.000
3) = o < a \$107.292	

VII. ¿Actualmente usted tiene alguna enfermedad?      1) Si      2) No

VIII. ¿Cuál? o ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

XI. ¿Cuánto tiempo lleva realizando gimnasia? \_\_\_\_\_

## B. WHOQOL-Bref

Este segundo Ítem sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no esta seguro sobre que respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Le pediré que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo pensando en las dos últimas semanas se puede preguntar:

	Nada	No mucho	Moderado	Mucho	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Usted me escogerá la respuesta que mejor identifique cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas, yo lo marcaré con un círculo. Si Ud ha tenido mucho apoyo, yo haré un círculo en el número 4, y si no ha tenido ningún apoyo haré un círculo en el número 1. Por favor, lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos.

Ahora le pediré que piense que respuesta hubiese dado antes de realizar Gimnasia. Usted me responderá nuevamente y yo marcaré su opción con una cruz.

Comenzaremos. Por favor, escuche cada pregunta, valore sus sentimientos, y pensando en sus sentimientos dígame el N° de la escala que representa mejor su respuesta.

		Muy mal	Mal	Lo normal	bien	Muy bien
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Insatisfecho	Poco	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertas cosas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al nivel con que usted ha experimentado ciertas cosas.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tienen la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida.

		Insatisfecho	Poco	Lo normal	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con lo que duerme?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que tiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con la que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos.

		Nunca	Raramente	Normalmente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

.....  
 .....

Gracias por su ayuda.