



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA.



Tesis para Optar al Título
Máster en Salud Pública.

**Calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores del Barrio Loma
Linda de Managua en Agosto a Octubre del 2002.**

Milton Gerardo López Norori

Tutor:
Dr. Julio Piura López
Máster en Salud Pública

Agosto, 2003
Managua, Nicaragua

A Manfred, por representar el otro extremo tierno de la vida,

A Auxiliadora, por su fiel apoyo y sin condiciones.

*Alfreda
Alm. Lila Pastor*

Agradecimiento

*A los Adultos Mayores
y Miembros de la Iglesia Santa María de Guadalupe
del Barrio Loma Linda,
por su apoyo.*

*Al Insigne Maestro
Dr. Julio Piura López
Por su noble enseñanza y gran humanismo.*

*A los Profesores del CIES
Por la oportunidad brindada.*

RESUMEN

El estudio se realizó en el Barrio Loma Linda ubicado en el Distrito Tres de Managua en agosto a octubre del 2002, con el objetivo de determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores (personas con 60 años y más) del mismo barrio, mediante la capacidad funcional, la autopercepción de la salud y la satisfacción con la vida.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se encuestaron, con ayuda de la comunidad y construcción de mapa de la zona, a 440 personas Adultas Mayores (86% de dicha población), de ambos sexo. Se utilizaron instrumentos que contenían las variables de estudio según los objetivos planteados. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado e Intervalo de Confianza del Paquete Estadístico Epi 6, para conocer la asociación entre las variables y se utilizó el nivel de significación estadística en 5% o $p < 0.05$ para considerar los resultados como válidos.

Se logró determinar que la mayoría de los Adultos Mayores tenían ente 60 a 69 años, el sexo predominante fue el femenino y la mayoría vivían solos sin su cónyuge, no estaban jubilados y no trabajaban. La mayoría percibieron su salud como mala, contrario a la satisfacción con la vida en la cual estaban satisfechos en su mayoría. Al igual que otros estudios realizados en América Latina, la mayoría no tenía dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y las Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA), es decir, son independientes; y aquellos que tenían dificultad para realizarlas, la mayoría necesitaban de alguien o de algún instrumento para poder realizarlas, sobretodo la AMA que son de mayor complejidad.

A mayor edad, existe mayor dificultad para realizar la mayoría de las AVC y AMA ($p < 0.05$). Las mujeres y aquellos Adultos Mayores que no están jubilados y no trabajan tienen mayor dificultad para realizarlas ($p < 0.05$). Asimismo, la mujeres perciben peor su estado de salud ($p < 0.05$).

Aunque es un concepto cualitativo, es muy amplio y está influenciado por muchas variables que no están al alcance del presente estudio, la calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores del Barrio está determinada por las condiciones demográficas, la capacidad funcional, la percepción de la salud y la satisfacción vital, y permite valorarla con un enfoque positivo, puesto que, a pesar de la mala percepción de la salud, y la asociación entre aquellas variables, la mayoría son independiente de las AVC y las AMA y están satisfechos con la vida. Dicha condición puede ser aprovechada para abrir espacios de promoción y prevención de las incapacidades funcionales y formular políticas, planes y programas de rehabilitación con base en la comunidad, que permitan finalmente, contribuir a mejorar la salud y en consecuencia, la calidad de vida de los Adultos Mayores.

INDICE

Capítulo I	Introducción.....	1
Capítulo II	Antecedentes.....	3
Capítulo III	Justificación.....	5
Capítulo IV	Planteamiento del Problema.....	6
Capítulo V	Objetivos.....	7
Capítulo VI	Marco de Referencia.....	8
Capítulo VII	Diseño Metodológico.....	18
Capítulo VIII	Resultados.....	24
Capítulo IX	Análisis de los Resultados.....	36
Capítulo X	Conclusiones.....	44
Capítulo XI	Recomendaciones.....	45
Capítulo XII	Bibliografía.....	46
	Anexos.....	50
	Anexo 1: Cuadros	
	Anexo 2: Gráficos	
	Anexo 3: Operacionalización de las variables	
	Anexo 4: Mapa	
	Anexo 5: Encuesta	

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento mundial que comenzó hace ya algunas décadas en los países desarrollados, es un fenómeno demográfico que apenas inicia en nuestros países, y, el nuestro aunque su base demográfica es joven, la población Adulta Mayor (personas con 60 años y más) cada vez es mayor y está demandando asistencia social debido a sus problemas de salud y económicos.

La salud es para los Adultos Mayores, uno de los principales motivos de preocupación, puesto que las enfermedades crónicas degenerativas cada vez son más frecuentes con menores posibilidades de atención en nuestro medio, lo que repercute en su desempeño social, la satisfacción global y la calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto que ha empezado a ocupar un lugar importante en los procesos de investigación y análisis de la situación de los Adultos Mayores, debido que por las condiciones de transición demográfica y epidemiológica que viven todos los países, es necesario utilizar conceptos más integrales y universales.

Aunque la calidad de vida es un concepto muy complejo e incluye todos los ámbitos de la vida humana, Patrick y Erickson han definido el concepto de *“calidad de vida relacionado con la salud”* y la definen como **“el valor asignado por individuos, grupos de individuos o la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (sanitaria)”***. El concepto de calidad de vida relacionado con la salud constituye un constructo en el cual están incluidos el estado de salud, la capacidad funcional, la duración de la vida, los síntomas o lesiones y la oportunidad de salud.

*Martínez Navarro F., Antó JM, Castellanos PL, Gil M, Marset M, Navarro V. Salud Pública. Madrid, Interamericana 1998.

En el presente estudio se trata de valorar y determinar la calidad de vida relacionada con la salud en los Adultos Mayores del Barrio Loma Linda de Managua, mediante algunas variables demográficas, la autopercepción de la salud, la capacidad funcional, y la satisfacción vital. No se incluyen otras variables de importancia como las enfermedades, las causas o motivos de insatisfacciones y la red social de apoyo.

II. ANTECEDENTES

En Nicaragua, la población con 60 años y más ha venido aumentando en los últimos 50 años, lo mismo que en las próximas cinco décadas cuando esta población pase del 4.5% en el 2000, al 15.9% en el 2050. De modo que, el proceso de envejecimiento de la población nicaragüense no es un mito, sino una realidad.*

El incremento de la población Adulta Mayor, provoca mayor demanda en los servicios sociales, particularmente en los servicios de salud y seguridad social, provocando un rápido consumo y deterioro de los servicios, exponiéndolos cada vez a una mayor morbi – mortalidad. De tal manera, que la salud de los Adultos Mayores es un componente primordial determinante de su calidad de vida.

Los problemas de salud de los Adultos Mayores suelen afectar, sobretodo, a aquellos grupos con pobreza y extrema pobreza, sin oportunidades de atención o de prevención. Tal situación sucede en el Barrio Loma Linda, sector con 70% de la población en situación de pobreza, con altos niveles de desempleo, baja escolaridad, condiciones higiénico sanitarias y red de servicios de salud deterioradas.

En muchos países europeos y latinoamericanos, particularmente, Francia, Estados Unidos y México, la tasa de prevalencia de discapacidad funcional o dificultad para realizar aquellas actividades socialmente aceptables, oscilan entre el 6 y 8% de la población Adulta Mayor. De modo que, es evidente que existen personas con 60 años y más que por razones de salud, presentan dificultades para realizar aquellas actividades que se consideran socialmente aceptables, provocándoles dependencia y necesitando el apoyo de otras personas para poder realizarlas, afectando directamente su calidad de vida.

* Barreto Wilfredo; López, Milton; Linarte Bayardo. Desafíos del Envejecimiento en Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, UNAN, Managua. Managua, Nicaragua. CIES 2002.

La Calidad de Vida es un concepto complejo y está determinado por muchos factores del entorno social de los Adultos Mayores, y, en el barrio Loma Linda, las condiciones sociales y económicas como la baja cobertura de la seguridad social, el desempleo y las mismas condiciones de salud, inciden directamente en esta condición.

La calidad de vida, puesto que es un concepto amplio y complejo y está determinada por muchas variables, según Patrick y Erickson, se puede hablar de “*calidad de vida relacionado con la salud*” y se puede analizar a partir de las capacidades funcionales, la satisfacción con la vida, las oportunidades sociales y su interacción con las políticas de salud. Por ello y dado que en nuestro país aún no existen estudios dirigidos a conocer la calidad de vida de los Adultos Mayores y sus principales determinantes, el presente estudio pretende hacer una valoración general de la misma mediante sus principales determinantes en los Adultos Mayores del barrio Loma Linda de Managua.

III. JUSTIFICACIÓN

El análisis de la capacidad funcional no sólo permite determinar el nivel de independencia social de los Adultos Mayores y el nivel de repercusión de las enfermedades, sino que, permite realizar una valoración crítica acerca de la calidad de vida de los mismos junto con la satisfacción con la vida y la autopercepción de la salud.

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores, permitirá además, hacer un análisis para la definición de políticas, planes y programas asistenciales de rehabilitación y envejecimiento activo, promoción de la actividad física, atención médica y asistencia social, con la participación de instituciones nacionales que tienen que ver con el bienestar de los Adultos Mayores.

La mortalidad prematura puede ser determinada en parte por las condiciones de salud de los Adultos Mayores, puesto que la presencia de varias enfermedades deteriora el bienestar global de la salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que las capacidades funcionales, la autopercepción de la salud, la satisfacción vital y algunas variables demográficas determinan la calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores; es también necesario conocer el nivel de repercusión de las enfermedades en la capacidad funcional de estas personas; así como, definir políticas, planes y programas dirigidos a mejorar la situación de salud de los mismos, y, por los pocos conocimientos con que cuenta nuestro país acerca de la calidad de vida de los Adultos Mayores, se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores en el Barrio Loma Linda de Managua de Agosto a Octubre del 2002?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de los Adultos Mayores en el Barrio Loma Linda de Managua de Agosto a Octubre del 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características socio – demográficas de los Adultos Mayores.
2. Conocer la autopercepción del estado general de salud de los Adultos Mayores.
3. Determinar la satisfacción con la vida de los Adultos Mayores.
4. Determinar la capacidad funcional de los Adultos Mayores.

VI. MARCO DE REFERENCIA

El deterioro de la salud en los Adultos Mayores, determina directamente su capacidad de ser independientes socialmente, situación que puede ser más afectada por las condiciones sociales y económicas del país y la carencia de políticas públicas que beneficien a dichas personas.

En consecuencia se afecta la calidad de vida de los Adultos Mayores que debe ser analizada para proponer acciones que favorezcan el desarrollo de sus capacidades.

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud, permite hacer un análisis para la definición de políticas, planes y programas asistenciales de rehabilitación y envejecimiento activo, atención médica ¹ y asistencia social ² y asignación de recursos necesarios para contribuir a mejorar la situación de salud de este grupo de población. Además que permite definir necesidad de admisión en casas de retiro, ³ la mortalidad prematura ⁴ y la promoción de la actividad física para evitar la discapacidad. ⁵

5.1 Calidad de vida

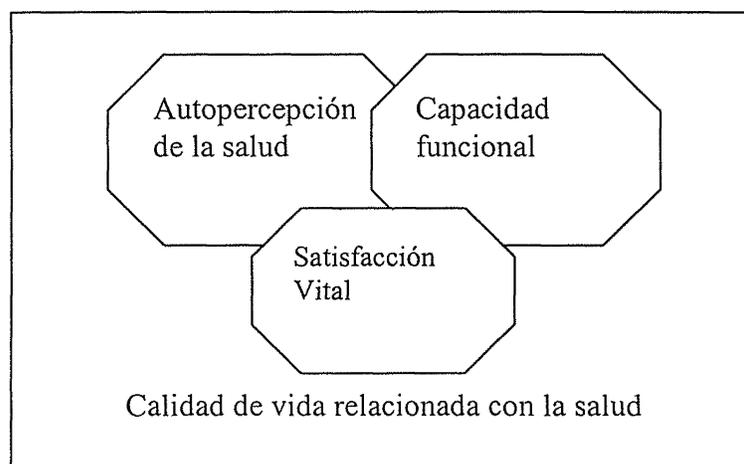
Patrick y Erickson establecen diferenciación en los conceptos de *calidad de vida*, *calidad de vida relacionado con la salud*, *estado de salud* y *estado funcional*. Dichos autores, el concepto de calidad de vida es muy amplio y complejo e incluye todos los ámbitos de la vida humana y no sólo el bienestar y la salud. Es por ello que se hace necesario hablar de *calidad de vida relacionada con la salud*.

La calidad de vida relacionada con la salud se define como: “*el valor asignado por individuos, grupos de individuos o la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (sanitaria)*”.

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud constituye un constructo en el cual están incluidos el estado de salud, la capacidad funcional, la duración de la vida, los síntomas o lesiones y la oportunidad de salud.

En el presente estudio se trata de valorar la calidad de vida relacionada con la salud mediante la autopercepción de la salud, la capacidad funcional, el número de enfermedades que padecen los adultos mayores y la satisfacción vital. Para ello se ha construido un modelo que demuestra dicha relación conceptual dentro de un universo llamado Calidad de vida. (Fig. 1)

Fig. 1 Modelo de la relación conceptual de la Calidad de vida relacionada con la salud en los Adultos Mayores.



5.2 Capacidad funcional

El estado funcional ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud como el mejor indicador de la repercusión de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia del individuo.⁶

La capacidad funcional se define como la capacidad para realizar las actividades de mantenimiento de la vida, es decir, aquella relacionada con el cuidado personal (ACP)⁷

y aquellas relacionadas con el mantenimiento del ambiente (AMA).⁸ Ellas son necesarias para mantener una vida independiente. Es decir, actividades que son social y funcionalmente aceptables en un entorno dado.^{9, 10}

Las estimaciones de proporción de incapacidad varían en las distintas encuestas según los items incluidos, las formas de administración, la formulación de preguntas, la persona que responde y la variabilidad aleatoria.

Los índices de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) constituyen una medición normalizada de la funcionabilidad biológica y psicosocial.¹¹

Según Nagi, en su Modelo de Discapacitación, la patología (nivel celular y tejidos) provoca una deficiencia (pérdida o anormalidad en las funciones o estructuras mentales, emocionales y psicológicas), que a la vez provoca limitación funcional (restricción o falta de habilidad individual para realizar una acción o actividad) y ,esta, finalmente discapacidad (incapacidad o limitación para la realización de actividades socialmente definidas y esperadas).^{9,10} Por tanto, la limitación funcional a nivel individual puede ser medido y se puede determinar a través del examen y del análisis del individuo.

Las ACP son: comer, asearse, vestirse, caminar en la habitación, usar retrete, bañarse y cortarse las uñas. Las AMA no es más que hacer el trabajo en los hogares, hacer compras, preparar la comida, usar el teléfono, usar medios de transporte y administrar el dinero.^{12,13,14}

El estudio en Leganés, España, demostró que el 84.4% de las personas mayores pueden hacer todas las tareas; 6.6% necesitaban ayuda para las tareas que requieren desplazamiento; 6.2% necesitan ayuda para tareas que no requieren desplazamiento, y 2.2%, no pueden realizarlas. Para las Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA), los tres grupos identificados son: 60.9% pueden realizarlas; 31.6% necesitan ayuda y 7.5% no pueden hacerlas de ninguna manera.¹⁵

El deterioro de la movilidad es consecuencia de numerosas enfermedades que con frecuencia ocurren en un mismo enfermo, complicando su evolución y desarrollo social.

En cuanto a la limitación de las actividades de la vida cotidiana por las enfermedades, los entrevistados respondieron que el 24.5% frecuentemente y 13.4% muy frecuentemente se ven impedidos para ejecutar sus actividades cotidianas y en general las mujeres se ven más afectadas en el desempeño de sus actividades y suele ser más frecuente a mayor edad.¹⁶

En general, sólo el 5.4% de los encuestados sólo con ayuda pueden desplazarse dentro de su domicilio.¹⁶

En cuanto a las actividades básicas del diario vivir, el 0.68% de los encuestados, no pueden de ninguna manera salir de la cama y son, por ende, totalmente dependientes de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6.13% pueden moverse en su habitación pero necesita ayuda para bañarse y vestirse. En promedio el 7.06% de los encuestados tienen necesidad de ayuda en al menos una actividad básica de la vida diaria.¹⁶

El 40% de los octogenarios y 66% de los nonagenarios están incapacitados para ejecutar aun las tareas domésticas más ligeras.

Es claro que la dependencia tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

El 7% de las personas informaron discapacidad en al menos una actividad básica del autocuidado como en otros países en América Latina.¹⁷

Los estudios indican que la incapacidad es menos frecuente de lo que se piensa.¹⁸ La imagen de que todas las personas mayores tienen incapacidades y necesitan ayuda interfiere con la identificación de los más necesitados para brindarles los servicios que necesitan.¹⁹

5.3 Capacidad funcional y salud

Ha sido demostrado el efecto de los problemas de salud en la capacidad funcional de los individuos, la percepción de la salud y el bienestar global. Asimismo, la capacidad funcional es afectada por múltiples enfermedades crónicas.²⁰

En dicha relación se ha reconocido al estado funcional como el mejor indicador de la repercusión de la enfermedad, los estilos de vida y nivel de dependencia del individuo. Por eso la incapacidad se define como el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La incapacidad conlleva a una dependencia, es decir, hacia una subordinación de vivir a expensas de otros.

Las funciones de la medición de la capacidad funcional son:

- Indicador de progresión de la enfermedad.
- Marcador de necesidad de rehabilitación
- Medida de respuesta de la rehabilitación.

Según Patrick y Erickson (1993), el estado de salud y la capacidad funcional son dos conceptos integrantes del concepto de Calidad de Vida relacionado con la Salud, junto con la duración de la vida, los síntomas o lesiones y la oportunidad de salud.²¹

La proporción de personas que están confinados a la cama y que son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria, es inferior al 3% en todos los grupos de edad y sexo. Esta cifra aumenta hasta un 21.5% entre los mayores de 80 años en especial las mujeres.

Alrededor del 7% de las personas mayores en México informó discapacidad en al menos una actividad básica del autocuidado, lo que igualmente ocurre en otros países como Brasil, Colombia y E Salvador.

En China, la tasa de prevalencia de dependencia funcional es de 8.28% y es similar a la presentada en México cuya cifra alcanza el 9.1%. en Francia es de 6% y Estados Unidos de 5.8 a 8.1%^{22, 23, 24}

Se observa mayor discapacidad para aquellas actividades cotidianas que requieren mayor esfuerzo funcional o integridad cognoscitiva con el uso de medicamentos, el manejo del dinero o el desempeño de las actividades domésticas.

La incapacidad aumenta rápidamente con la edad y especialmente después de los ochenta años. Los estudios anteriormente citados demuestran que la incapacidad es al menos tres veces más frecuente entre los mayores de 75 años que entre los menores .

La incapacidad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, salvo en el estudio de Finlandia.

Según datos de EPESE en tres comunidades de Estados Unidos, la prevalencia de incapacidad es mayor en mujeres que en hombres especialmente en el grupo de 85 años. Dicho comportamiento puede no ser debido a los efectos de la incidencia, sino más bien, puede ser explicado por la mayor duración debido a la menor porcentaje de mortalidad en mujeres.²⁵

El estudio de Leganés, España demostró que el 84.4% de los encuestados pueden realizar sus ACP, el 6.6% necesita ayuda para trasladarse a fin de realizarlas, el 6.2% necesita ayuda en actividades que no requieren desplazamiento y el 2.7% no pueden realizarlas de ninguna manera. En el mismo también se encontró que el 7% de la población mayor presentaba dependencia severa y el 20% presentaba dependencia moderada y el 20% presentaba dependencia moderada basándose en las siete ACP del índice de Katz.

En Estados Unidos 1 de 5 ACP varía entre el 5 y 8.1%.

The Natural Long Term Care Survey estimó que el 19.1% de las personas mayores eran dependientes al menos una tarea de una lista de ACP y 10 AMA.

En una muestra de población en Francia se estimó que el 14.5% de la población mayor de 65 años era dependiente en al menos 1 ACP y el 30% en al menos una de las AMA.

En East Boston una de las localizaciones del EPESE la incapacidad en las ACP varían del 12% para bañarse a 2.6% para comer.

En Finlandia se consideró una lista de 7 ACP y 4 AMA. La capacidad funcional se clasificó como buena si se tenía la capacidad de hacer todas las actividades; regular, si existía dificultad de algunas de las tareas instrumentales y como mala si había dificultad en realizar algunas de las ACP. Por el grupo de 70 – 79 años se encontró un 13% de incapacidad grave en hombres y un 9% en mujeres.

El estudio PAQUID en una muestra de población de Geronde, Francia se estimó que el 14.5% de la población mayor de 65 años era dependiente en al menos 1 ACP y el 30% en al menos una de las AMA.²⁶

5.4 Capacidad Funcional y factores de riesgo

Muchos estudios longitudinales han analizado los factores de riesgo asociados a la incapacidad funcional, tales como el estar sólo sin cónyuge^{27,28,29}, baja educación^{30,31,32}, bajo nivel económico³³, pobre nivel de salud. Las personas casadas tienen menor frecuencia de incapacidad que los demás.³⁴

Los estudios han demostrado que la incapacidad es al menos tres veces más frecuente entre los mayores de 75 años que entre los menores de 75 años.

La incapacidad es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.³⁶ En los hombres, está originada por condiciones más letales y en consecuencia para cada nivel de incapacidad y de edad, las mujeres tienen una mayor supervivencia que los hombres.³⁷

El estudio de Leganés, España, se demostró que la edad avanzada, la viudedad y los bajos ingresos se asocian a la incapacidad.

5.5 Satisfacción vital

La satisfacción vital es la percepción global de bienestar que tiene el individuo en un momento dado y que es reflejo de la salud global y suele ser una herramienta para medir la calidad de vida. La misma se suele medir como muy insatisfecho, insatisfecho, satisfecho o muy satisfecho. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital nos da una noción respecto a la realidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado.

En general quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.³⁵

La satisfacción vital es otra dimensión de la Calidad de Vida relacionado con la Salud, según Patrick Y Erickson, y es un reflejo del grado en que las necesidades y aspiraciones de una persona se ven colmadas. Se trata de un concepto subjetivo y su relación con otros conceptos más objetivos no es directa (como la capacidad funcional).

En México el 75% de los ancianos encuestados en 1994, dijeron estar satisfechos con la vida y el 23.2% se declararon insatisfechos o muy insatisfechos. Hay pocas diferencias sexuales en las edades de 60 a 80 años, aunque las mujeres tienden a expresar un menor grado de insatisfacción. Ha sido demostrado que las causas de insatisfacción lo constituyen las preocupaciones económicas, la salud y la familia.

La concepción de la salud, según Ebersole y Hess, definen que para una persona de edad avanzada, bienestar es el balance entre sus entornos externos e internos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos, que le permite estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria. Este concepto aclara que la satisfacción debe aplicarse al concepto de salud en general.

En México las mujeres tienden a expresar un menor grado de satisfacción entre ellas, sin embargo, a mayor edad es naturalmente mayor el grado de insatisfacción; este fenómeno no se observa en igual medida entre los hombres.

El estudio de los adultos mayores del Distrito Federal de México en 1994 demostró que el 75% de la muestra está satisfecha con la vida; 12.4% se declararon muy satisfechos con la vida y un 23.4% se declaran globalmente insatisfechos o muy insatisfechos con la vida. Estos hallazgos han sido demostrados en América Latina y ofrecen una posibilidad con enfoque positivo, en busca de un mejor aprovechamiento de las particularidades de este grupo poblacional.

A mayor edad es más frecuente la insatisfacción, probablemente se debe al deterioro funcional progresivo y es más frecuente en el sexo femenino repercutiendo grandemente sobre la calidad de vida al disminuir la autonomía.

5.6 Autopercepción de la salud

La autopercepción de la salud es la percepción que tienen los Adultos Mayores sobre su propia salud en un momento dado con relación a sus enfermedades o padecimientos. Es un indicador fiable de la calidad de vida porque la salud es un reflejo de la calidad, es decir, la salud está íntimamente ligada a la calidad de vida. Es un predictor mediato de la morbimortalidad y es un indicador fiable de la calidad de vida. En general quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.

La percepción de la salud es otra dimensión de la Calidad de Vida relacionada con la Salud, según Patrick y Erickson.

El estudio en México estableció que el 29.9% de los individuos consideran su salud como buena, 47.1% regular, 19% mala y 3.9% muy mala. Las mujeres tienden a considerar como mala su salud en una mayor proporción y en todas las edades. En los mayores de 80 años la percepción de la salud es mala o muy mala, incrementándose significativamente en ambos sexos.

La salud percibida es un predictor de las distintas dimensiones de salud, en particular de la incapacidad funcional. Las personas con incapacidad funcional en las actividades diarias, tienden a percibir peor su estado de salud. Las evidencias sugieren que las personas presienten cuál será su salud.

La autopercepción de la salud se correlaciona directamente con el estado funcional. Conforme la funcionabilidad es peor, así es también la autopercepción de la salud. Por otra parte conforme empeora el estado funcional, es evidente que aumenta la limitación para el desempeño de las actividades habituales.

Una debilidad importante en el momento de conocer la autopercepción de la salud y el bienestar global es que la respuesta cambia constantemente según el estado subjetivo del individuo.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio se realizó en el Barrio Loma Linda de Managua ubicado en el Distrito 3, corresponde a una zona sub urbana y cuya población total, según el Censo de Población y Vivienda de 1995, es de 9,460 habitantes. Es una zona con altos niveles de desempleo, delincuencia social, alta frecuencia de enfermedades infecto contagiosas y crónicas degenerativas y deterioro de la red de servicios de salud.

7.1 Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal, en donde se describen las variables y se establecen asociación estadísticas entre ellas.

7.2 Universo:

511 personas con 60 años y más de ambos sexo residentes del Barrio Loma Linda en Agosto a Octubre del 2002 según ubicación geográfica de la zona.

7.3 Población de estudio:

440 personas con 60 años y más de ambos sexo (86% del universo total).

7.4 Unidad de análisis:

Persona con 60 años y más de ambos sexo.

7.5 Criterios de inclusión:

- Personas con 60 años y más confirmada con algún documento legal (cédula, carnet del INSS, partida de nacimiento) de ambos sexo residentes en el barrio y que aceptaron participar.
- Consentimiento y/o permiso del (los) familiar (es), para participar.

7.6 Criterio de exclusión:

- Persona con 60 años y más que en el momento de la entrevista estaba muy enferma (estado de coma, enfermedad psiquiátrica, sordera total e incompleto estado de lucidez).

7.7 Variables del estudio

Para identificar las características socio – demográficas de los Adultos Mayores, se analizan las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Jubilación
- Trabajo

Para conocer la autopercepción del estado general de salud de los Adultos Mayores, se analiza la siguiente variable:

- Autopercepción de salud.

Para determinar la satisfacción con la vida de los Adultos Mayores, se analiza la siguiente variable:

- Satisfacción con la vida.

Para determinar la capacidad funcional de los Adultos Mayores, se analizan las siguientes variables:

Actividades de la Vida Cotidiana (AVC).

- Dificultad para cruzar un cuarto caminando
- Dificultad para vestirse.
- Dificultad para bañarse
- Dificultad para comer

- Dificultad para acostarse o pararse de la cama.
- Dificultad para uso del servicio sanitario.

Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA):

- Dificultad para preparar una comida caliente.
- Dificultad para manejar su propio dinero.
- Dificultad para ir a otros lugares solo.
- Dificultad para hacer las compras de alimentos.
- Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa.
- Dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa .
- Dificultad para tomar sus medicinas.

Ayuda recibida para realizar las Actividades de la Vida Diaria

- Ayuda para cruzar un cuarto caminando.
- Ayuda para vestirse.
- Ayuda para bañarse
- Ayuda para comer
- Ayuda para acostarse o pararse de la cama.
- Ayuda para usar el servicio sanitario.

Ayuda recibida para realizar las Actividades de Mantenimiento del Ambiente

- Ayuda para preparar una comida caliente.
- Ayuda para manejar su propio dinero.
- Ayuda para ir a otros lugares solo.
- Ayuda para hacer las compras de alimentos.
- Ayuda para hacer los quehaceres ligeros de la casa.
- Ayuda para hacer los quehaceres pesados de la casa .
- Ayuda para tomar sus medicinas.

7.8 Operacionalización de las variables.

La operacionalización de las variables se presentan en el Anexo 3

7.9 Fuente de Información:

Primaria. Se utilizó la Sección D de la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) utilizada por la Organización Panamericana de la Salud en varios países latinos, aplicada a los Adultos Mayores objeto de estudio. (Ver Anexo 5).

7.10 Métodos y Técnicas por fases del estudio:

Se cumplieron las siguientes fases para el cumplimiento del estudio:

1. Fase de validación del instrumento.

El cuestionario se validó con personas de la misma edad en el barrio San Isidro que está contiguo al barrio Loma Linda y tiene características geográficas y sociales similares. Dicho cuestionario recogió variables demográficas y de salud. El cuestionario que se utilizó para valorar el estado funcional, es el mismo cuestionario estandarizado que utilizó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE), Sección D, realizada en varios países de Latinoamérica. En esta sección del cuestionario se omitió la pregunta a cerca de si existe dificultad o no para usar el teléfono, debido que, no existe cobertura de la red telefónica en dicho barrio.

2. Fase de construcción del Mapa.

Se conformaron grupos de trabajo con líderes de la comunidad y de grupos religiosos para explicar el contenido y objetivos del estudio y pedir su colaboración

Se construyó un mapa de la zona que ilustraba las casas que estaban en calles y manzanas con el fin de localizar a las personas con 60 años y más de todo el barrio.

3. Fase de capacitación a encuestadores.

Se escogieron a los encuestadores de acuerdo a criterios técnicos, características personales y nivel de responsabilidad para la recogida de la información. Para dicha actividad se capacitaron previamente a los encuestadores, con el fin de garantizar la recolección adecuada de los datos.

Los encuestadores recibieron un carnet de identificación para realizar la encuesta, hicieron uso del mapa de la comunidad para reconocer la zona donde les correspondía hacer las encuestas.

A cada encuestador se le otorgó una Guía del Encuestador (a) la cual contenía aclaraciones y recomendaciones generales y específicas para la recolección de datos.

4. Fase de recolección de datos.

Se elaboró un calendario para visitar a las personas mayores de acuerdo a la zona donde habitaban. La fecha estipulada para la recolección de la información fue del 19 de agosto al 30 de octubre del 2002.

A las personas con 60 años y más y a los familiares se les solicitó consentimiento para que participara en el estudio si así lo deseaban.

Las entrevistas fueron personalizadas dirigida directamente a los adultos mayores.

7.11 Procesamiento y análisis de los datos.

Se utilizó el Paquete Estadístico Epi 6 en el cual se calcularon algunos Test de significancia estadística como el Chi cuadrado e Intervalo de Confianza. El chi cuadrado se utilizó para conocer la asociación entre algunas de las variables tales como la edad, la autopercepción de la salud, la satisfacción vital y el estado funcional.

Se utilizó el nivel de significación estadística en 5% o $p < 0.05$ para considerar los resultados como válidos (rechazar la hipótesis nula).

Los resultados se presentan en cuadros y gráficos elaborados en ambiente Windows (Word, Power Point).

Plan de Análisis:

De acuerdo con los objetivos del estudio, las “Actividades de la Vida Cotidiana” las “Actividades de Mantenimiento del Ambiente” y “Autopercepción de la salud” constituyen variables dependientes cuando se combinan con las variables socio – demográficas (variables independientes).

Relación entre las siguientes variables:

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Jubilación
- Trabajo
- Satisfacción con la vida

Variables dependientes:

- Actividades de la Vida Cotidiana (AVC)
- Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA)
- Autopercepción de la Salud

VIII. RESULTADOS

8.1 Características socio demográficas.

Según las principales características socio demográficas de los Adultos Mayores, podemos encontrar que con relación a la edad, el 48% tenían entre 60 y 69 años, seguidos del grupo con 70 a 79 años con un 37.5% y el grupo mayor de 80 años con un 14.5%. (Cuadro 1)

El sexo predominante fue el femenino con un 65.5%, seguido por el masculino con un 34.5%. El 46.4% de los Adultos Mayores estaban acompañados con su cónyuge en el momento de la entrevista y el 53.6% estaban sin cónyuge por viudez o separación. (Cuadro 1).

Con relación a la escolaridad, el 18.4% no tenían ningún nivel de escolaridad, es decir, no sabían leer ni escribir. El 48.6% realizaron su primaria de manera incompleta, y sólo el 24.8% la completaron. El 5.7% realizaron su secundaria incompleta y sólo el 0.5% lograron cursarla completa. A penas un 2% de los Adultos Mayores lograron llegar a realizar estudios universitarios. (Cuadro 1)

Con relación a la jubilación, el 66.8% de los Adultos Mayores no estaban jubilados y no recibían pensiones del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). En cambio, sólo el 33.2% estaban jubilados y recibían pensión del INSS. (Cuadro 1)

En el momento del estudio el 22% de los Adultos Mayores aún trabajaban y el 78% no trabajaban. (Cuadro 1)

8.2 Autopercepción del estado de salud.

La mayoría de los Adultos Mayores no tuvieron muy buena opinión acerca de la percepción de su estado de salud puesto que el 47.4% la percibió como regular, seguida por el 27% que

lo percibieron como malo y el 8.2% como muy malo. En cambio, sólo el 1.1% de los Adultos Mayores percibieron su estado de salud como excelente, seguidos por el 3.8% que lo percibieron como muy bueno y el 12.5% como bueno. (Cuadro 2)

8.3 Satisfacción con la vida.

El Cuadro 3 muestra la satisfacción vital (satisfacción con la vida) en los Adultos Mayores, y, en contraposición con la autopercepción de la salud, se observó mejor opinión puesto que el 62% estaban satisfechos de vivir y el 9.8% lo estaban muy satisfechos. En cambio, el 25.5% estaban insatisfechos y el 2.7% muy insatisfechos.

8.4 Capacidad funcional

El Cuadro 4 muestra la frecuencia de las dificultades para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y las Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA). En general, la mayoría de los Adultos Mayores no tienen dificultades para realizar dichas actividades y los que tienen dificultades el porcentaje es aún mayor en aquellas actividades que requieren de mayor esfuerzo físico. Con relación a las AVC el 24.1% tenían dificultad para cruzar un cuarto caminando, seguidos del 20.5% que tienen dificultad para ponerse en pie o acostarse de la cama; el 15.7% tenían dificultad para vestirse, el 12.5% tenían dificultad para bañarse; el 10.7% tenían dificultad para usar el servicio sanitario y sólo el 9.3% tenían dificultad para comer.

Con relación a las AMA el 40.7% de los Adultos Mayores tenían dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, seguidos por el 36.1% que tenían dificultad para ir a otros lugares solos. El 26.8% tenían dificultad para hacer las compras de alimentos y el 21.1% tenían dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa; el 13.9% tenían dificultad para preparar comida caliente y manejar su propio dinero y, finalmente, el 12.7% tenían dificultad para tomar sus propios medicamentos. (Cuadro 4)

Para conocer acerca si los Adultos Mayores reciben ayuda de alguien o se apoyan con algún instrumento para realizar sus AVC y AMA cuando existía dificultad para realizarlas,

se presentan en el Cuadro 5. En general, la mayoría de los Adultos Mayores no recibían ayuda de alguien o no se apoyan de algún instrumento para realizar las AVC; en cambio, la mayoría recibían ayuda de alguien o se apoyan de algún instrumento para realizar las AMA.

Con relación a las AVC, el 44.7% de los Adultos Mayores recibían ayuda de alguien para usar el servicio sanitario, seguidas del 43.5% que recibían ayuda de alguien para vestirse; el 38.2% recibían ayuda para bañarse y el 35.8% alguien les ayudaba a cruzar un cuarto caminando; el 32.2% alguien les ayudaba a pararse o acostarse de la cama y sólo el 26.8% recibían ayuda para comer. (Cuadro 5)

Con relación a las AMA, el 84.7% recibían la ayuda de alguien para hacer las compras de los alimentos, seguidas del 82% que recibían ayuda para preparar una comida caliente; el 81.7% recibían ayuda para hacer los quehaceres ligeros de la casa y el 78.8% recibían ayuda para hacer los quehaceres pesados de la casa; el 78.6% recibían ayuda para tomar sus medicinas y el 76.7% alguien los acompañaba a subir o bajar del transporte; sólo el 50.8% recibían ayuda para manejar su propio dinero. (Cuadro 5)

El Cuadro 6 muestra la relación de las AVC y las AMA con la edad. Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 26.8% tenían dificultad para cruzar un cuarto caminando y el 73.2% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 36.1% tenían dificultad y el 63.9% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 48.3% tenían dificultad y el 51.7% no la tenían (χ^2 : 3.4, p : 0.182)

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 13.7% tenían dificultad para vestirse y el 86.3% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 15.8% tenían dificultad y el 84.2% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 21.9% tenían dificultad y el 78.1% no la tenían (χ^2 : 2.46 p : 0.292). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 10.9% tenían dificultad para bañarse y el 89.1% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 10.9% tenían dificultad y el 89.1%

no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 21.9% tenían dificultad y el 78.1% no la tenían (Chi^2 : 6.02, p : 0.04). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 8.5% tenían dificultad para comer y el 91.5% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 10.3% tenían dificultad y el 89.7% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 9.4% tenían dificultad y el y el 90.6% no la tenían (Chi^2 : 0.34, p : 0.841). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 19.9% tenían dificultad para acostarse o pararse de la cama y el 80.1% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 16.4% tenían dificultad y el 83.6% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 32.8% tenían dificultad y el 67.2% no la tenían (Chi^2 : 7.74, p : 0.02). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 7.6% tenían dificultad para usar el servicio sanitario y el 92.4% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 9.1% tenían dificultad y el 90.9% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 25% tenían dificultad y el y 75% no la tenían (Chi^2 : 16.31, p : 0.0002). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 10% tenían dificultad para preparar una comida caliente y el 90% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 10.9% tenían dificultad y el 89.1% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 34.4% tenían dificultad y el y 65.6% no la tenían (Chi^2 : 26.46, p : 0.0001). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 11.8% tenían dificultad para manejar su propio dinero y el 88.2% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 13.3% tenían dificultad y el 86.7% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 21.9% tenían dificultad y el y 78.1% no la tenían (Chi^2 : 4.20, p : 0.122). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 25.6% tenían dificultad para ir sólo a otros lugares y el 74.4% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 40% tenían dificultad

y el 60% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 60.9% tenían dificultad y el y 39.1% no la tenían (Chi^2 : 28.29, p : 0.007). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 18% tenían dificultad para comprar sus propios alimentos y el 82% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 27.9% tenían dificultad y el 72.1% no la tenían; y en el grupo con 80 años y más, el 53.1% tenían dificultad y el y 46.9% no la tenían (Chi^2 : 31, p : 0.001). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 18% tenían dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa y el 82% no la tenían. En el grupo de 70 a 79 años, el 20% la tenían y el 80% no la tenían; y del grupo con 80 años y más, el 34.4% tenían dificultad y el 65.6% no la tenían (Chi^2 : 8.09, p : 0.01). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 36.5% tenían dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa y el 63.5% no la tenían. Del grupo de 70 a 79 años, el 38.2% tenían dificultad y el 61.8% no la tenían; y del grupo con 80 años y más, el 60.9% tenían dificultad y el y 39.1% no la tienen (Chi^2 : 12.84, p : 0.01). Cuadro 6

Del total de Adultos Mayores con 60 a 69 años, el 10.4% tenían dificultad para tomar sus medicinas y el 89.6% no la tenían. Del grupo de 70 a 79 años, el 13.3% tenían dificultad y el 86.7% no la tenían; y del grupo con 80 años y más, el 18.8% tenían dificultad y el 81.2% no la tenían (Chi^2 : 3.15, p : 0.20). Cuadro 6

El Gráfico 1 muestra la relación entre las AVC y las AMA con el sexo en Adultos Mayores. Del total de personas que tenían dificultad para cruzar un cuarto caminando, el 22.6% eran hombres y el 77.4% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para vestirse, el 21.7% eran hombres y el 78.3% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para bañarse, el 21.8% eran hombres y el 78.2% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para acostarse o pararse de la cama, el 25.6% eran hombres y el 74.4% eran mujeres ($\text{Chi}^2 > 3.84$, $p: < 0.05$).

Del total de personas que tenían dificultad para comer, el 34.1% eran hombres y el 65.9% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para usar el servicio sanitario, el 21.3% eran hombres y el 78.7% eran mujeres. Gráfico 1

Del total de personas que tienen dificultad para ir solo a otros lugares, el 20.8% eran hombres y el 79.2% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para hacer las compras de alimentos, el 21.2% eran hombres y el 78.8% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, el 23.7% eran hombres y el 76.3% eran mujeres. Del total de personas con dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, el 24% eran hombres y el 76% eran mujeres ($\text{Chi}^2 > 3.84$, $p: < 0.05$). Gráfico 1

Del total de personas que tenían dificultad para preparar una comida caliente, el 29.5% eran hombres y el 70.5% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para manejar su propio dinero, el 26.2% eran hombres y el 73.8% eran mujeres. Del total de personas que tenían dificultad para tomar sus propias medicinas, el 30.4% eran hombres y el 69.6% eran mujeres. Gráfico 1

El Gráfico 2 muestra la relación de las AVC y AMA con el estado civil de los Adultos Mayores. Del total de personas que tenían dificultad para cruzar un cuarto caminando, el 35.8% estaban acompañados y el 64.2% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para usar el servicio sanitario, el 31.9% estaban acompañadas y el 68.1% no lo estaban ($\text{Chi}^2 > 3.84$, $p: < 0.05$).

Del total de personas con dificultad para vestirse, el 37.7% estaban acompañadas y el 62.3% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para bañarse, el 34.5% estaban acompañados y el 65.5% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para comer, el 39% estaban acompañados y el 61% no lo estaban. Del total de personas con dificultad para acostarse o pararse de la cama, el 41.1% estaban acompañados y el 58.9% no lo estaban. Gráfico 2

Del total de personas con dificultad para preparar una comida caliente, el 26.2% estaban acompañados y el 73.8% no lo estaban. Del total de personas con dificultad para manejar su propio dinero, el 31.1% estaban acompañados y el 68.9% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para ir a otros lugares solo, el 32.7% estaban acompañados y el 67.3% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para comprar sus propios alimentos, el 37.3% estaban acompañados y el 62.7% estaban solos. Del total de personas que tenían dificultad para hacer sus quehaceres ligeros de la casa, el 34.4% estaban acompañados y el 65.6% estaban solos. Del total de personas que tenían dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, el 39.1% estaban acompañados y el 60.9% estaba solos ($\text{Chi}^2 > 3.84, p: < 0.05$). Gráfico 2

Del total de personas que tienen dificultad para tomar sus propias medicinas el 39.3% estaban acompañados y el 60.7% estaban solos ($\text{Chi}^2: 0.99, p: 0.32$). Gráfico 2

El Gráfico 3 muestra la relación entre las AVC y las AMA con la jubilación en Adultos Mayores. Del total de personas que tenían dificultad para cruzar un cuarto caminando, el 20.8% estaban jubilados y el 79.2% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para vestirse, el 20.3% estaban jubilados y el 79.7% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para bañarse, el 20% estaban jubilados y el 80% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para comer el 14.6% estaban jubilados y el 85.4% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para pararse o acostarse de la cama, el 21.1% estaban jubilados y el 78.9% no lo estaban. Del total de personas que tienen dificultad para usar el servicio sanitario el 19.1% estaban jubilados y el 80.9% no lo estaban ($\text{Chi}^2 > 3.84, p: < 0.05$).

Del total de personas que tenían dificultad para preparar una comida caliente, el 26.2% estaban jubilados y el 73.8% no lo estaban; ($\text{Chi}^2: 1.20, p: 0.27$). Gráfico 3

Del total de personas que tienen dificultad para manejar su propio dinero, el 21.3% estaban jubilados y el 78.7% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para ir a otros lugares solo, el 22.6% estaban jubilados y el 77.4% no lo estaban. Del total de

personas que tenían dificultad para comprar sus propios alimentos, el 22% estaban jubilados y el 78% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, el 23.7% estaban jubilados y el 76.3% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, el 22.3% estaban jubilados y el 77.7% no lo estaban. Del total de personas que tenían dificultad para tomar sus medicinas el 21.4% estaban jubilados y el 78.6% no lo estaban ($\text{Chi}^2 > 3.84$, $p < 0.05$). Gráfico 3

El Gráfico 4 muestra la relación de las AVC y AMA con el trabajo en Adultos mayores. Del total de personas que tenían dificultad para cruzar un cuarto caminando, el 10.4% trabajaban y el 89.6% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para vestirse, el 7.2% trabajaban y el 92.8% no trabajaban. Del total de personas que tienen dificultad para bañarse, el 5.5% trabajaban y el 94.5% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para pararse o acostarse de la cama, el 12.2% trabajaban y el 87.8% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para pararse o acostarse de la cama, el 12.2% trabajaban y el 87.8% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para usar el servicio sanitario, el 4.3% trabajaban y el 95.7% no trabajaban ($\text{Chi}^2 > 3.84$, $p < 0.05$).

Del total de personas que tenían dificultad para comer, el 12.2% trabajaban y el 87.8% no trabajaban ($\text{Chi}^2: 1.96$, $p: 0.16$). Gráfico 4

Del total de personas que tenían dificultad para preparar una comida caliente, el 9.8% trabajaban y el 90.2% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para ir solo a otros lugares, el 5% trabajaban y el 95% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para comprar sus alimentos, el 8.5% trabajaban y el 91.5% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, el 7.5% trabajaban y el 92.5% no trabajaban. Del total de personas que tenían dificultades para hacer los quehaceres pesados de la casa, el 11.7% trabajaban y el 88.3% no trabajaban. ($\text{Chi}^2 > 3.84$, $p < 0.05$). Gráfico 4

Del total de personas que tenían dificultad para tomar sus medicinas, el 10.7% trabajaban y el 89.3% no trabajaban (Chi^2 : 4.07, p : 0.04). Gráfico 4

Del total de personas que tenían dificultad para manejar su propio dinero, el 16.4% trabajaban y el 83.6% no trabajaban (Chi^2 : 0.96, p : 0.32). Gráfico 4

El Cuadro 7 muestra la relación entre las AVC y AMA con la satisfacción vital. Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 25.6% tienen dificultad para cruzar un cuarto caminando y el 74.4% no la tenían; los que estaban satisfechos, el 21.2% tienen dificultad y el 78.8% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 29.5% tienen dificultad y el 70.5% no la tienen; y los que estaban muy insatisfechos, el 33.3% tienen dificultad y el 66.7% no la tienen (Chi^2 : 3.59, p : 0.30).

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 4.7% tienen dificultad para vestirse y el 95.3% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 12.1% tienen dificultad y el 87.9% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 26.8% tienen dificultad y el 73.2% no la tienen; y los que estaban muy insatisfechos, el 33.3% tienen dificultad y el 66.7% no la tienen (Chi^2 : 19.89, p : 0.0001). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 4.7% tienen dificultad para bañarse y el 95.3% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 9.2% tienen dificultad y el 90.8% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 22.3% tienen dificultad y el 77.7% no la tienen; y los que estaban muy insatisfechos, el 25% tienen dificultad y el 75% no la tienen (Chi^2 : 16.80, p : 0.0007). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 7% tienen dificultad para comer y el 93% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 7.3% tienen dificultad y el 92.7% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 13.4% tienen dificultad y el 86.6% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 25% tienen dificultad y el 75% no la tienen (Chi^2 : 7.25, p : 0.06). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 14% tienen dificultad para acostarse o pararse de la cama y el 86% no la tienen; los que estaban satisfechas, el 17.2% tienen dificultad y el 82.8% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 30.4% tienen dificultad y el 69.6% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 25% tienen dificultad y el 75% no la tienen ($\text{Chi}^2: 9.78, p: 0.02$). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 11.6% tienen dificultad para usar el servicio sanitario y el 88.4% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 7.7% tienen dificultad y el 92.3% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 17.9% tienen dificultad y el 82.1% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 8.3% tienen dificultad y el 91.7% no la tienen ($\text{Chi}^2: 8.71, p: 0.03$). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 18.6% están con dificultad para preparar una comida caliente y el 81.4% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 11% tienen dificultad y el 89% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 19.6% tienen dificultad y el 80.4% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 8.3% tienen dificultad y el 91.7% no la tienen ($\text{Chi}^2: 6.14, p: 0.10$). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 9.3% tienen dificultad para manejar su propio dinero y el 90.7% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 11.7% tienen dificultad y el 88.3% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 21.4% tienen dificultad y el 78.6% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 8.3% están con dificultad y el 91.7% no la tienen ($\text{Chi}^2: 7.47, p: 0.05$). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 27.9% tienen dificultad para ir a otros lugares sólo y el 72.1% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 35.2% tienen dificultad y el 64.8% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 42.9% tienen dificultad y el 57.1% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 25% están con dificultad y el 75% no la tienen ($\text{Chi}^2: 4.21, p: 0.23$). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 23.3% tienen dificultad para hacer compras de alimentos y el 76.7% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 24.2% tienen dificultad y el 75.8% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 34.8% tienen dificultad y el 65.2% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 34.8% tienen dificultad y el 65.2% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 25% tienen dificultad y el 75% no la tienen (Chi^2 : 4.92, p : 0.17). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 18.6% tienen dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa y el 81.4% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 19% tienen dificultad y el 81% la tienen; los que estaban insatisfechos, el 25% tienen dificultad y el 75% no tienen dificultad; los que estaban muy insatisfechos, el 41.7% están con dificultad y el 58.3% no lo tienen (Chi^2 : 4.92, p : 0.17). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 41.9% tienen dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa y el 58.1% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 38.1% tienen dificultad y el 61.9% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 43.8% tienen dificultad y el 56.3% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 66.7% tienen dificultad y el 33.3% no la tienen (Chi^2 : 4.58, p : 0.20). Cuadro 7

Del total de personas que estaban muy satisfechas, el 14% tienen dificultad para tomar sus propias medicinas y el 86% no la tienen; los que estaban satisfechos, el 11% tienen dificultad y el 89% no la tienen; los que estaban insatisfechos, el 15.2% tienen dificultad y el 84.8% no la tienen; los que estaban muy insatisfechos, el 25% tienen dificultad y el 75% no la tienen (Chi^2 : 3.03, p : 0.38). Cuadro 7

La relación entre el sexo y la autopercepción de la salud se muestra en el Cuadro 8. Del total de personas que percibieron su salud como excelente, el 60% eran hombres y el 40% eran mujeres. Los que percibieron su salud como muy buena, el 64.7% eran hombres y el 35.3% eran mujeres.

Del total de personas que percibieron su salud como buena, el 38.2% eran hombres y el 61.8% eran mujeres. En cambio, del total de personas que percibieron su salud como regular, el 33.2% eran hombres y el 66.8% eran mujeres. Los que percibieron su salud como mala, el 33.6% eran hombres y el 66.4% eran mujeres. Y los que percibieron su salud como muy mala, el 22.2% eran hombres y el 77.8% eran mujeres (χ^2 : 11.23; p : 0.04700).

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Desde el punto de vista demográfico, la población de Adultos Mayores del barrio Loma Linda es similar a las características demográficas de Adultos Mayores a nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), ya que existe mayor cantidad de personas con 60 a 69 años con relación a las que tienen mayor edad. Esto caracteriza a una población con un comportamiento similar a una pirámide, en donde las personas con menor edad alcanzan la base de la pirámide y las de mayor edad representan la punta de la misma.

En Nicaragua, la población además de ser eminentemente joven, también es predominantemente femenina, ya que la población de mujeres a nivel nacional es mayor que la de hombres. Este mismo comportamiento lo observamos en la población de Adultos Mayores, en el cual existe una relación casi del doble de mujeres (65.5%) que la de hombres (34.5%). Dicha relación es mayor con respecto a la relación nacional de mujeres y hombres con 60 años y más que es de 83 ancianos por cada 100 ancianas en el año 2000.¹ Esto demuestra el proceso demográfico de feminización de la vejez que viven los países latinoamericanos y que las políticas de Estado deberán dirigir acciones orientadas a proteger sobretodo a las mujeres Adultas Mayores.

El estado civil es determinante para la vida social de los Adultos Mayores, puesto que, el 46.4% de los Adultos Mayores que estaban con su cónyuge en el momento de la entrevista les permitía posiblemente llevar una vida con mayores oportunidades de autoayuda y colaboración mutua, haciendo que los mismos realizaran sus actividades socialmente aceptables y enfrentaran mejor los problemas de la vida. Dicha condición pudo ocurrir con menor probabilidad en aquellos que estaban solos (no tenían a su cónyuge por viudez, separación, etc) y que representaban la mayoría (53.6%). Para estos últimos, aunque no se determinó en el estudio, el rol de la familia juega un papel importante de apoyo para los Adultos Mayores y es a la vez una fuente de afecto y comprensión.

El nivel de analfabetismo constituye otro aspecto de particular importancia. El porcentaje de personas adultas mayores que no saben leer y escribir es alto (18.4%) y el resto tienen un bajo nivel de escolaridad sin llegar siquiera al nivel de secundaria. En consecuencia, el alto analfabetismo de estas personas del barrio Loma Linda trae consecuencias en el plano económico y social, los restringe de gozar de beneficios sociales y tienen pocas oportunidades de conseguir empleos y, si los consiguen, son informales, sin ningún beneficio social más que de subsistencia y con salarios bajos.

Con relación a la jubilación, sólo un tercio (33.2%) de los adultos mayores del barrio estaban jubilados y recibían alguna pensión en el momento de la entrevista, y, las dos terceras partes (66.8%) no recibían ningún beneficio del seguro social. Esto demuestra que la mayoría de los Adultos Mayores no estaban protegidos contra las contingencias sociales (enfermedades, accidentes, vivienda, etc) volviéndose una población altamente vulnerable. Aunque no se investigó el papel protagónico de la familia para conocer la ayuda a sus Adultos Mayores, se podría afirmar que la familia juega un papel determinante como fuente de apoyo social y económico.

Algunos Adultos Mayores realizaban alguna actividad económica a cambio de una remuneración o pago para subsistir (22%), y el resto (78%), no trabajan. Aunque no se investigó la razón de no trabajar, los estudios latinoamericanos han señalado que los problemas de salud son uno de los motivos más importantes.

La percepción de la salud si bien es muy subjetiva y depende de las enfermedades que padecen las personas, es un aspecto de relevancia cualitativa para valorar el estado global de salud y la calidad de vida en dichas personas. La mayoría de los Adultos Mayores no tuvieron muy buena opinión acerca de la percepción de su estado de salud puesto que, el 47.4% la percibió como regular, cifra similar a la obtenida en México (47.1%) en la Encuesta Demográfica del Envejecimiento de 1994; seguida por el 27% que lo percibieron como malo, cifra mayor al 19% obtenida en México; y el 8.2% que la percibieron como muy malo, cifra también mayor al 3.9% obtenida en dicho país. En cambio, sólo el 1.1% de los Adultos Mayores percibieron su estado de salud como excelente, seguidos por el 3.8%

que lo percibieron como muy bueno y el 12.5% como bueno, cifra menor al 29.9% obtenida en México.

Como se pudo observar, la percepción de la salud de los Adultos Mayores no es tan buena, posiblemente debido a las enfermedades crónicas frecuentes que padecen dichas personas, lo que permite pronosticar un deterioro de la salud de dichas personas que en el futuro puede traer consecuencias fatales de mortalidad.

Lo contrario sucede con la satisfacción con la vida, en la cual, la mayoría de los Adultos Mayores sí están satisfechos con la vida, lo que demuestra que existe una buena percepción global de bienestar y que la satisfacción posiblemente no sólo se debe al estado de salud en general, sino que, depende de otros factores del entorno social, familiar y económico. Aunque si bien, es una variable subjetiva, también demuestra el nivel en el que son colmadas las satisfacciones y aspiraciones personales. El 62% están satisfechos con la vida y el 9.8% están muy satisfechos con la vida, repercutiendo este nivel de satisfacción en la calidad de vida. Dichos resultados se aproximan con los niveles de satisfacción en Adultos Mayores mexicanos, en donde el 75% dijeron haber estado satisfechos con la vida y el 12.4% estaban muy satisfechos.

Aunque existen resultados un poco opuestos entre la percepción de la salud y la satisfacción con la vida, ambos miden la calidad de vida, pero la satisfacción con la vida es una apreciación más integral y compleja siendo modificada no sólo por las enfermedades, sino, por otros factores como el sostén familiar, la situación económica y las oportunidades sociales. De manera que la calidad de vida se puede valorar con un enfoque positivo.

En general, la mayoría de los Adultos Mayores no tienen dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y las Actividades del Mantenimiento del Ambiente (AMA) según se ha demostrado en algunos otros países, lo que demuestra que no todos los Adultos Mayores en realidad necesitan de ayuda para mantener una vida independiente, condición que ha sido demostrado también por Weissert (1985). Sin embargo, tienen mayor dificultad para realizar aquellas actividades que requieren de mayor

esfuerzo físico y desplazamiento (cruzar un cuarto, acostarse o pararse de la cama y asistir sólo a otros lugares) lo que demuestra cierto nivel de dependencia para el logro de dichas actividades, afectando su relación social y psicológica. Las personas que tienen dificultad para realizar estas actividades, es porque probablemente han padecido de enfermedades que han afectado el estado general de su salud, los estilos de vida y el nivel de independencia del individuo.

Se necesitan de decisiones urgente para implementar programas de promoción y prevención de la salud así como de rehabilitación, puesto que, como lo propuso Nagi en su Modelo de Discapacitación, la patología (nivel celular y tejidos) ha provocado una deficiencia que a la vez provoca limitación funcional, y ésta, finalmente, discapacidad

Existían mayor cantidad de personas con dificultad para realizar las AMA que las que tenían dificultad para realizar las AVC debido a la mayor complejidad para la realización de estas (23.6% y 15.4% como promedio respectivamente); es decir, cerca del 77% y el 85% no tenían dificultad para realizarlas respectivamente. Asimismo, en comparación con el estudio de Leganés, España, el porcentaje de personas que tenían alguna dificultad para realizar estas actividades es similar a los resultados encontrados en el estudio, aunque un poco superior a la prevalencia encontrada en México en donde el 7% tenían alguna incapacidad para realizar las actividades del diario vivir.

Sin embargo, cuando se comparan con los porcentajes de personas que tienen dificultad para realizar aquellas actividades que requieren de algún desplazamiento, el porcentaje encontrado es mayor puesto que en nuestro medio, en general, es más del 10% con respecto al 6% encontrado en Leganés, España.

Con relación a las AMA, en comparación con el estudio de Leganés, España, en donde el 60.9% pueden realizarlas, en este estudio, el 76% las pueden realizar, lo que demuestra que los Adultos Mayores del barrio Loma Linda de Mangua tienen menor dificultad para realizarlas.

A la minoría de los Adultos Mayores con dificultad para realizar las AVC reciben el apoyo de una persona o se apoyan de algún instrumento para poder realizarlas lo que se podría traducir como una menor oportunidad de estas personas para disponer del apoyo necesario; o bien, las actividades no son tan complejas como para que estas personas necesiten de ayuda. En cambio, a la mayoría de las personas con dificultad para realizar las AMA, alguien les ayuda o se apoyan de algún instrumento para poder realizarlas, lo que significa que estas personas tienen mayor oportunidad de recibir el apoyo de otras personas por la complejidad que representan para su realización y demuestra también que la red social de apoyo (familia, vecinos, amistades, etc) continúa jugando un rol importante para el apoyo directo a estas personas. Además, para que estas personas puedan realizar estas actividades se necesita vivir a expensas de otras personas.

Cuando se comparan los resultados con estudios realizados en México, particularmente con el porcentaje de Adultos Mayores que requieren de la ayuda de otra persona o instrumento para bañarse y vestirse, es mayor que la encontrada en México (43.5%, 38.2% y 6.1% respectivamente). Esto sigue demostrando que nuestros Adultos Mayores tienen una situación de mayor desventaja con relación a la misma población mexicana.

Cuando se compararan con resultados de investigaciones realizadas en otros países latinos, en particular México, se destaca que con relación a la capacidad funcional, la percepción de la salud y la satisfacción con la vida, de los Adultos Mayores del barrio Loma Linda están en una situación menos ventajosa posiblemente por el entorno sociocultural y económico.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y la mayoría de las AVC (bañarse, acostarse o pararse de la cama y usar el servicio sanitario) y de las AMA (preparar una comida caliente, ir a otros lugares sólo; hacer compras de alimentos y hacer los quehaceres ligeros y pesados de la casa), puesto que, los porcentajes de dificultad para realizar dichas actividades aumenta con la edad. Los resultados coinciden con los estudios realizados en varios países, particularmente en México, en donde se demostró que el estado funcional disminuye conforme la edad aumenta.

Estos resultados demuestran el compromiso social para dirigir políticas y acciones que beneficien a los grupos de población de mayor edad con dificultad para vivir una vida independiente y poder gozar de una mejor calidad de vida.

Existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la mayoría de las AVC (cruzar un cuarto caminando, bañarse, acostarse o pararse de la cama y usar el servicio sanitario) y las AMA (ir a otros lugares sólo, hacer las compras de alimentos, hacer los quehaceres ligeros y pesados de la casa) puesto que las mujeres son las que más dificultad tienen para realizar estas actividades que los hombres. Esta asociación se ha encontrado en los resultados generales de varios estudios y, particularmente, el realizado en México en 1994 (Encuesta Socio – Demográfica) y en Estados Unidos, en donde también la frecuencia de dificultades para la realización de las AVC y AMA fueron mayor en mujeres que en hombres, lo que demuestra que las mujeres tienen mayor nivel de dependencia que los hombres, posiblemente debido a las enfermedades del envejecimiento.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y la minoría de las AVC (cruzar un cuarto caminando y usar el servicio sanitario) y la mayoría de las AMA (preparar su propia comida caliente, manejar su propio dinero; ir a otros lugares sólo y comprar sus propios alimentos; hacer los quehaceres ligeros y pesados de la casa), puesto que aquellos que estaban sólo sin cónyuge (viudez, separación, etc), son los que más dificultad tenían para realizar estas actividades, es decir, tienen mayor dependencia que aquellos que están acompañados con su cónyuge. Esto demuestra que la compañía de las parejas es fundamental para mantener una vida independiente y los resultados coinciden con otros estudios donde se demuestra que la falta de cónyuge es un factor de riesgo para la incapacidad funcional.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la jubilación y la mayoría de las AVC (cruzar un cuarto caminando, vestirse, comer; bañarse, acostarse o pararse de la cama y usar el servicio sanitario) y la mayoría de las AMA (manejar su propio dinero, ir a otros lugares sólo, hacer las compras de alimentos; hacer los quehaceres ligeros y pesados de la casa y tomar sus medicinas), puesto que los jubilados tienen menor dificultad para realizar

estas actividades. En cambio, los que no estaban jubilados, la diferencia entre los que tienen dificultad para realizarlas y los que no, es menor. Por tanto, significa que los jubilados tienen una vida un poco más independiente que los no jubilados posiblemente porque durante sus años productivos gozaron de prestaciones y beneficios sociales que contribuyeron a mejorar su estado de salud. En Nicaragua la jubilación adquiere relevancia, puesto que la cobertura de la seguridad social no es universal, lo que supondrá que en un futuro no se garantizará una vida más independiente a las nuevas generaciones de Adultos Mayores.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la actividad laboral y la mayoría de las AVC (cruzar un cuarto, vestirse, bañarse; acostarse o pararse de la cama, usar el servicio sanitario) y de las AMA (preparar comida caliente, ir a otros lugares sólo; hacer las compras de alimentos, hacer los quehaceres ligeros y pesados de la casa y tomar las medicinas) puesto que los Adultos Mayores que trabajaban, tenían mayor dificultad para realizar dichas actividades; es decir, tenían una vida más independiente. Es lógico pensar que los que trabajaban tenían menor dificultad para llevar una vida más independiente que aquellos que no trabajaban. Estos resultados han sido demostrados en otros estudios en los cuales los Adultos Mayores que no trabajan tienen mayor dificultad para realizar las AVC y AMA.

Aunque no se investigaron las causas o razones por las cuales no trabajaban, es posible suponer que los problemas de salud frecuentes a esta edad, adquiere particular importancia por el significado emocional de la autorrealización personal (el trabajo).

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción con la vida y la mayoría de las AVC (vestirse, bañarse, acostarse o pararse de la cama y usar el servicio sanitario) y una de las AMA (manejar su propio dinero), puesto que los porcentajes de Adultos Mayores con dificultad para realizar estas actividades que están insatisfechos o muy insatisfechos, son mayores a los porcentajes de aquellos quienes tienen esta dificultad y están satisfechos o muy satisfechos. Es conveniente analizar esta relación, puesto que el

hecho de tener dificultad para realizar estas actividades los hace dependientes e insatisfechos con la vida, repercutiendo en la calidad de vida.

La percepción de la salud se relaciona con el sexo, puesto que las mujeres perciben peor su estado de salud que los hombres al igual que los resultados obtenidos en la Encuesta Demográfica del Envejecimiento realizada en México en 1994 y en otros países latinos.

Es evidente, según el Modelo de la Calidad de Vida relacionado con la salud, que la misma depende de las condiciones de salud y bienestar general. Aunque se reconoce que en comparación con la calidad de vida que gozan los Adultos mayores de otros países como México, los nuestros, en su mayoría son independientes para vivir una vida socialmente aceptable y tienen una buena percepción global de satisfacción con la vida, lo que supone, en términos generales, que tienen una aceptable calidad de vida relacionada con la salud.

Este enfoque un tanto positivo, puede significar una oportunidad social de incalculable valor que podría ser reforzada con medidas de promoción de la salud y fortalecimiento de la red social de apoyo a los Adultos Mayores. Al respecto, el rol de familia, si bien, aunque no alcanza los objetivos del presente estudio, continúa jugando un rol determinante para propiciar un ambiente favorable a favor de la independencia social de este grupo de población.

Es importante destacar la importancia que representa una percepción negativa de salud, por cuanto significa que dicha población está necesitando urgentemente del apoyo institucional, social y familiar para evitar mayores tasas de morbilidad general en este mismo grupo.

X. CONCLUSIONES

- La mayoría de los Adultos Mayores del Barrio Loma Linda no tienen dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana y las Actividades de Mantenimiento del Ambiente, lo que significa que son independientes para realizar estas actividades socialmente aceptables. En cambio, los que tienen dificultad, es sobretodo, en aquellas actividades de mayor complejidad o que requieren de mayor esfuerzo físico.
- Los Adultos Mayores con mayor edad, las mujeres, los que estaban sólo sin su cónyuge, los que no estaban jubilados y los que no trabajaban presentaron mayores dificultades para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana y las Actividades de Mantenimiento del Ambiente ($p < 0.05$).
- Aunque la salud es percibida por la mayoría de los Adultos Mayores como mala, estos están satisfechos con la vida.
- Pese a las percepciones de la salud, las dificultades para la realización de las AVC y AMA y su relación con la edad, sexo, estado civil y actividad laboral, la calidad de vida de los Adultos Mayores del Barrio Loma Linda, es buena y tiene un enfoque positivo el cual es reforzado por la satisfacción con la vida.
- En su conjunto, la capacidad funcional, la autopercepción de la salud y la satisfacción con la vida constituyen elementos que determinan la “calidad de vida relacionado con la salud” de los Adultos Mayores del Barrio Loma Linda.

XI. RECOMENDACIONES

Recomendaciones a la sociedad:

- Crear espacios de sensibilización social y participación de instituciones como el Ministerio de Salud, Ministerio de la Familia, Organismos No Gubernamentales y sociedad civil para formular políticas, planes y programas orientados a mejorar las condiciones sociales y de salud a aquellos grupos de Adultos Mayores con mayor desventaja social y vulnerabilidad.
- Desarrollar programas de promoción de la salud enfocado en un envejecimiento activo, que promuevan estilos de vida saludable para evitar las incapacidades funcionales en los Adultos Mayores del Barrio Loma Linda.
- Diseñar planes de asistencia social y programas de rehabilitación con base en la comunidad a las personas con incapacidad funcional en el mismo barrio.
- Fortalecer la red social de apoyo en el barrio Loma Linda para atender a los Adultos Mayores con mayores necesidades de apoyo y vulnerabilidad.
- Crear Centros de Día para la atención a los Adultos Mayores.

Recomendaciones para los familiares:

- Formar Clubes de Familias Cuidadoras de los Adultos Mayores

Recomendaciones para los Adultos Mayores:

- Los Adultos Mayores del Barrio Loma Linda deben fomentar espacios de participación comunitaria para proponer agenda de prevención de la incapacidad funcional.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Katz S, Downs TD, Cash Hr, et al. Progress in development of the index of ADL, Gerontologist (spring) : 20 – 30, 1970.
2. Wann TTH, Odell BG. Factors affecting the use of social and health services for the elderly. Ageing Society 1: 95 – 115, 1981.
3. Branch LJ, Jette AM. A prospective study of long term care institutionalization among the aged. Am J Public Health. 72: 1373 – 1379, 1982.
4. Manton KG. A longitudinal study of functional change and mortality in the United State. J Gerontol 43: S153 – S161, 1988.
5. Leveille S., et al. Aging Successfully until Death in Old Age: Opportunities for Increasing Active Life Expectancy. Am. J. Epidemiology, 1999, 149: 654 - 664
6. Organización Mundial de la Salud. *International Classification of impairments, Disabilities, and Handicaps: a a manual of clasification relating to the consequences of disease.* Ginebra WHO. 1980.
7. Katz SC, Ford AB, Moskowitz RW et al (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biologic and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914 – 9.
8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179 – 86.

9. Nagi S. Z. "Some conceptual issues in disability and rehabilitation", en Sussman M.B. *Sociology and Rehabilitation*. American Sociological Association. Washington DC, 1965; 100 – 103.
10. Nagi, S,Z. The concept and measurement of disability. En Berkowitz, E D (dir): *Disability policies and government programs*. New York. 1979; 1 - 15
11. Sydney Katz, Amasa B – Ford, Roland W, Moskowitz, Beverly A, Jackson y Marjory W. Jaffe. En: *Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antología*. Editores: Kerr L. White. Pub. Cient. No 534 OPS.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self Maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179 – 86.
13. Kane RA, Kane RL. Mediciones de la actividad física en la asistencia a largo plazo. En: *evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición* (pp 39 – 44). SG. Editores. Fundación Caja de Madrid. Barcelona 1993.
14. Guralnik J, Lacroix A. Assessing physical function in older populations. En: Wallace RB, Woolson RF (eds). *The epidemiologic study of the elderly*. Oxford University Press, 1992.
15. Béland F; Zunzunegui MV. El perfil de las incapacidades funcionales en las personas mayores. *Rev. Gerontol.* 1995; 232 – 244.
16. Encuesta Nacional Socio Demográfica del Envejecimiento en México. 1994. CONAPO. Estado de salud global y satisfacción vital.
17. Anzola E, Wallace R, Restrepo H, Colsher P. Análisis comparativo del Envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno Técnico 38. 1993.

18. Weissert WG. Estimating the long term care population: prevalence rates and selected characteristics. *Health Care Financing Rev* 1985; 6: 83 – 91.
19. Branch LG, Katz S, Knipmann K, Papsidero JA. A prospective study of functional status among community elders. *Am J Publ Health* 1984; 74: 266 – 8.
20. Ford, A et al. Impaired and Disabled Elderly in the Community. *Am J Public Health*.1991; 81: 1207 – 1209.
21. Patrick D., y Erickson P., Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford University Press. Oxford. 1993.
22. Barberger – Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JF et al Health measures correlates in a French elderly community population. The PAQUID Study. *J. Gerontol.* 47: 588 – 595, 1992.
23. Organización Panamericana de la Salud. Informe del Taller Evolución de los establecimientos de internacion de larga estada para ancianos en Venezuela, OPS/OMS, HPP/1994.
24. Wann TTH, Oldell BG. Factors affecting the use of social and health services for the elderly. *Ageing Society* 1: 95 – 115, 1981.
25. Oman D., Reed D., Ferrara A. Do Elderly Women Have More Physical Disability than Men Do? *Am J Epidemiol* 1999; 150: 834 – 842.
26. Barbeger – Gateau P, Dartigues JF, Chaslerie A, Gagnon M, Salomón R. Condition de vie et etat de sante d une population agee au domicile. *Rev Geriatre* 1991; 16: 16 – 25.
27. Rogers RG, Rogfers A., Belanger A. Disability – free life among the elderly in the United State. Sociodemographic correlates of functional health. *J Aging Health* 1992; 4: 19 – 42.

28. Mor V, Murphy J, Masterson – Allen S, et al. Risk of Functional decline among well elders. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 895 – 904.
29. George LK, Wagner R, Landerman R, et al. Risk factors for institutionalization: a prospective study. Presented at the Annual Meeting of the American Gerontological Society, Washington DC, 1992.
30. Harris T, Kovar MG, Suzman R et. al. Longitudinal study of physical ability in the oldest – old. *Am J Public health* 1989; 79: 698 – 702.
31. Hébert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Factors Associated with Functional Decline and Improvement in a Very Elderly Community - dwelling Population. *Am J Epidemiol* 1999, 150: 501 – 510.
32. Guralnik J, Land KC, Blazer D, Fillenbaun G, Branch L. Educational Status and Active Life Expectancy among older blacks and whites. *New Eng J Med* 1993; 329: 110 – 6.
33. Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, et al. Predictive value of life – events, psychosocial factors and self – rated health on disability in an elderly rural French population. *Soc. Sci Med* 1988; 27: 1337 – 42.
34. Mor V, Murphy J, Masterson – Allen J, Wiley C, Razmpour A, Jackson E. Risk of functional decline among well elders. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 895 – 904.
35. Neugarten BL et al. The measurement of like satisfaction. *J. Gerontol.* 16: 134 , 143, 1961
36. National Center for Health Statistics 1987. “The Supplement on Aging to the 1984 NHIS” National Health Statistics Series 1, No 21. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
37. Manton K Longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *J Gerontol* 1988; 43: S153 – S161.

ANEXO 1: CUADROS

Cuadro 1. Características sociodemográficas de personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

Variable	No	%
Edad		
60 - 69	211	48.0
70 - 79	165	37.50
80 y más	64	14.50
Sexo		
Masculino	152	34.5
Femenino	288	65.5
Estado civil		
Con cónyugue	204	46.4
Sin cónyugue	236	53.6
Escolaridad		
Primaria completa	109	24.8
Primaria incompleta	214	48.6
Secundaria completa	2	0.5
Secundaria incompleta	25	5.7
Universidad	9	2.0
Ninguna	81	18.4
Jubilación		
Si	146	33.2
No	294	66.8
Trabaja		
Si	97	22.0
No	343	78.0

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

Cuadro 2. Autopercepción de la salud en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

Autopercepción de la salud	No	%
Excelente	5	1.1
Muy bueno	17	3.8
Bueno	55	12.5
Regular	208	47.4
Malo	119	27.0
Muy malo	36	8.2

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

Cuadro 3. Satisfacción con la vida en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

Satisfacción con la vida	No	%
Muy satisfecho	43	9.8
Satisfecho	273	62.0
Insatisfecho	112	25.5
Muy insatisfecho	12	2.7

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

Cuadro 4. Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA) en personas con 60 años y más Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

Actividades de la Vida Cotidiana (AVC)	Si		No	
	No	%	No	%
Dificultad para cruzar un cuarto caminando	106	24.1	334	75.9
Dificultad para vestirse	69	15.7	371	84.3
Dificultad para bañarse	55	12.5	385	87.5
Dificultad para comer	41	9.3	399	90.7
Dificultad para acostarse o pararse de la cama	90	20.5	350	79.5
Dificultad para usar el servicio sanitario	47	10.7	393	89.3
Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA)				
Dificultad para preparar comida caliente	61	13.9	379	86.1
Dificultad para manejar su propio dinero	61	13.9	379	86.1
Dificultad para ir a otros lugares solo.	159	36.1	281	63.9
Dificultad para hacer las compras de alimentos	118	26.8	322	73.2
Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa.	93	21.1	347	78.9
Dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.	179	40.7	261	59.3
Dificultad para tomar sus medicinas.	56	12.7	384	87.3

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.
Promedio AVC: 15.4% ; Promedio AMA: 23.6%

Cuadro 5. Ayuda recibida o se apoya de algún instrumento cuando existe dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana y Mantenimiento del Ambiente en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

Actividades de la Vida Cotidiana (AVC)	¿Alguien le ayuda o se apoya de algún instrumento?			
	Si		No	
	No	%	No	%
Alguien le ayuda a cruzar un cuarto caminando	38	35.8	68	64.2
Alguien le ayuda a vestirse	30	43.5	39	56.5
Alguien le ayuda a bañarse	21	38.2	34	61.8
Alguien le ayuda a comer	11	26.8	30	73.2
Alguien le ayuda a acostarse o pararse de la cama	29	32.2	61	67.8
Alguien le ayuda a usar el servicio sanitario	21	44.7	26	55.3
Actividades de Mantenimiento del Ambiente (AMA)				
Alguien le ayuda a preparar comida caliente	50	82	11	18.0
Alguien le ayuda a manejar su propio dinero	31	50.8	30	49.2
Alguien le ayuda o lo acompaña a subir y bajar del transporte	122	76.7	37	23.3
Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos	100	84.7	18	15.3
Alguien le ayuda a hacer los quehaceres ligeros de la casa.	76	81.7	17	18.3
Alguien le ayuda a hacer los quehaceres pesados de la casa.	141	78.8	38	21.2
Alguien le ayuda a tomar sus medicinas.	44	78.6	12	21.4

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

Cuadro 6. Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Mantenimiento del Ambiente (AMA) y edad en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA (AVC)	EDAD (AÑOS)					
	60 - 69		70 - 79		80 y más	
	si	no	si	no	si	no
Dificultad para cruzar un cuarto caminando	11 (26.8%)	30 (73.2%)	13 (36.1%)	23 (63.9%)	14 (48.3%)	15 (51.7%)
Dificultad para vestirse	29 (13.7%)	182 (86.3%)	26 (15.8%)	139 (84.2%)	14 (21.9%)	50 (78.1%)
Dificultad para bañarse*	23 (10.9%)	188 (89.1)	18 (10.9%)	147 (89.1%)	14 (21.9%)	50 (78.1%)
Dificultad para comer	18 (8.5%)	193 (91.5%)	17 (10.3%)	148 (89.7)	6 (9.4%)	58 (90.6%)
Dificultad para acostarse o pararse de la cama*	42 (19.9%)	169 (80.1%)	27 (16.4%)	138 (83.6%)	21 (32.8%)	43 (67.2%)
Dificultad para usar el servicio sanitario*	16 (7.6%)	195 (92.4%)	15 (9.1%)	150 (90.9%)	16 (25%)	48 (75%)
ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE (AMA)						
Dificultad para preparar comida caliente*	21 (10%)	190 (90%)	18 (10.9%)	147 (89.1%)	22 (34.4%)	42 (65.6%)
Dificultad para manejar su propio dinero	25 (11.8%)	186 (88.2%)	22 (13.3%)	143 (86.7%)	14 (21.9%)	50 (78.1%)
Dificultad para ir a otros lugares solo.*	54 (25.6%)	157 (74.4%)	66 (40%)	99 (60%)	39 (60.9%)	25 (39.1%)
Dificultad para hacer las compras de alimentos*	38 (18%)	173 (82%)	46 (27.9%)	119 (72.1%)	34 (53.1%)	30 (46.9%)
Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa.*	38 (18%)	173 (82%)	33 (20%)	132 (80%)	22 (34.4%)	42 (65.6%)
Dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.*	77 (36.5%)	134 (63.5%)	63 (38.2%)	102 (61.8%)	39 (60.9%)	25 (39.1%)
Dificultad para tomar sus medicinas.	22 (10.4%)	189 (89.6%)	22 (13.3%)	143 (86.7%)	12 (18.8%)	52 (81.2%)

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

* ($p < 0.05$)

Cuadro 7. Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Mantenimiento del Ambiente (AMA) y Satisfacción con la vida en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA (AVC)	SATISFACCIÓN CON LA VIDA							
	Muy Satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho		Muy insatisfecho	
	si	no	si	no	si	no	si	no
Dificultad para cruzar un cuarto caminando	11 25.6%	32 74.4%	58 21.2%	215 78.8%	33 29.5%	79 70.5%	4 33.3%	8 66.7%
Dificultad para vestirse*	2 4.7%	41 95.3%	33 12.1%	240 87.9%	30 26.8%	82 73.2%	4 33.3%	8 66.7%
Dificultad para bañarse*	2 4.7%	41 95.3%	25 9.2%	248 90.8%	25 22.3%	87 77.7%	3 25%	9 75%
Dificultad para comer	3 7%	40 93%	20 7.3%	253 92.7%	15 13.4%	97 86.6%	3 25%	9 75%
Dificultad para acostarse o pararse de la cama*	6 14%	37 86%	47 17.2%	226 82.8%	34 30.4%	78 69.6%	3 25%	9 75%
Dificultad para usar el servicio sanitario*	5 11.6%	38 88.4%	21 7.7%	252 92.3%	20 17.9%	92 82.1%	1 8.3%	11 91.7%
ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE (AMA)								
Dificultad para preparar comida caliente	8 18.6%	35 81.4%	30 11%	243 89%	22 19.6%	90 80.4%	1 8.3%	11 91.7%
Dificultad para manejar su propio dinero*	4 9.3%	39 90.7%	32 11.7%	241 88.3%	24 21.4%	88 78.6%	1 8.3%	11 91.7%
Dificultad para ir a otros lugares solo.	12 27.9%	31 72.1%	96 35.2%	177 64.8%	48 42.9%	64 57.1%	3 25%	9 75%
Dificultad para hacer las compras de alimentos	10 23.3%	33 76.7%	66 24.2%	207 75.8%	39 34.8%	73 65.2%	3 25%	9 75%
Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa.	8 18.6%	35 81.4%	52 19%	221 81%	28 25%	84 75%	5 41.7%	7 58.3%
Dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.	18 41.9%	25 58.1%	104 38.1%	169 61.9%	49 43.8%	63 56.3%	8 66.7%	4 33.3%
Dificultad para tomar sus medicinas.	6 14%	37 86%	30 11%	243 89%	17 15.2%	95 84.8%	3 25%	9 75%

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

* ($p < 0.05$)

Cuadro 8. Sexo y autopercepción de la salud en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

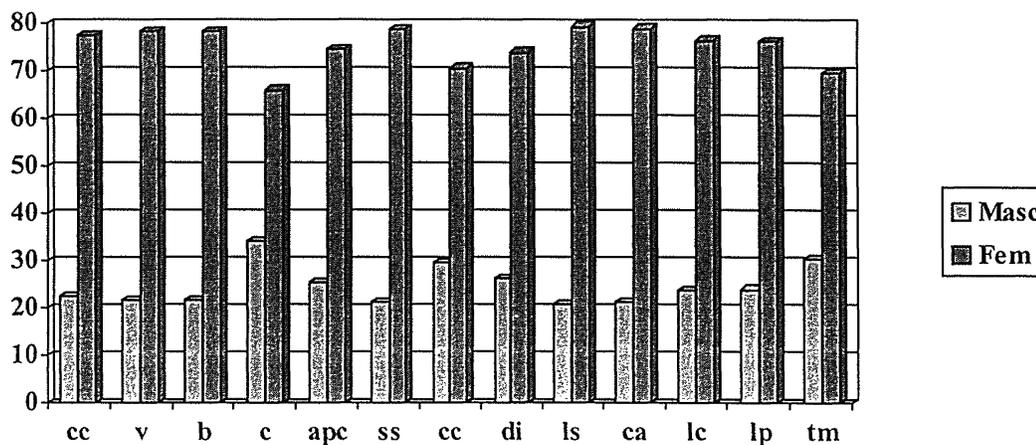
Autopercepción de la salud	Sexo	
	Masculino	femenino
Excelente	3 (60%)	2 (40%)
Muy buena	11 (64.7%)	6 (35.3%)
Buena	21 (38.2%)	34 (61.8%)
Regular	69 (33.2%)	139 (66.8%)
Mala	40 (33.6%)	79 (66.4%)
Muy mala	8 (22.2%)	28 (77.8%)

Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

Chi²: 11.23; *p*: 0.04700

ANEXO 2: GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo y Dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Mantenimiento del Ambiente (AMA) en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, agosto a Octubre del 2002.



Fuente: Encuesta. Bo. Loma Linda, Managua

* ($p < 0.05$)

cc: Dificultad para cruzar un cuarto caminando

v: dificultad para vestirse

b: dificultad para bañarse

c: dificultad para comer

apc: dificultad para acostarse o pararse de la cama

ss: dificultad para usar el servicio sanitario

cc: dificultad para preparar una comida caliente

di: dificultad para manejar su propio dinero

ls: dificultad para ir a otros lugares sólo

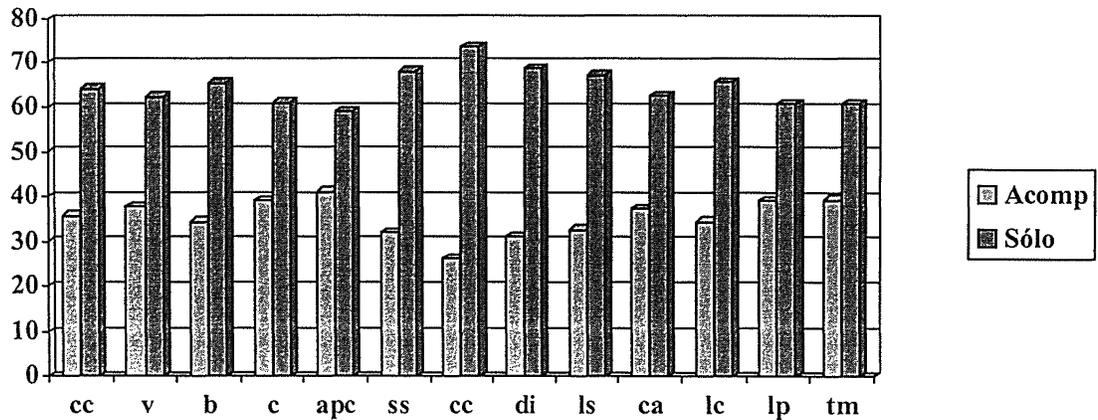
ca: dificultad par comprar sus propios alimentos.

lc: Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa

lp: dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.

tm: dificultad para tomar sus medicinas.

Gráfico 2. Estado civil y Dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Mantenimiento del Ambiente (AMA) en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

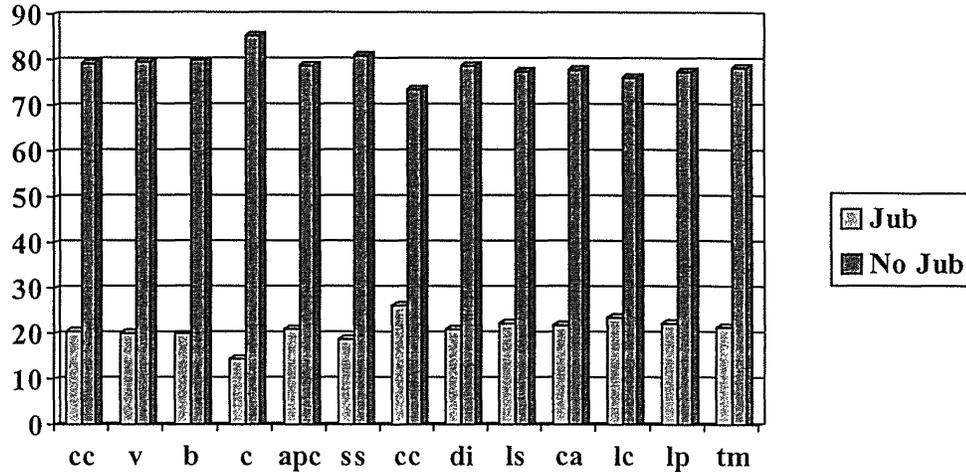


Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

* ($p < 0.05$)

- cc: Dificultad para cruzar un cuarto caminando
- v: dificultad para vestirse
- b: dificultad para bañarse
- c: dificultad para comer
- apc: dificultad para acostarse o pararse de la cama
- ss: dificultad para usar el servicio sanitario
- cc: dificultad para preparar una comida caliente
- di: dificultad para manejar su propio dinero
- ls: dificultad para ir a otros lugares sólo
- ca: dificultad par comprar sus propios alimentos.
- lc: Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa
- lp: dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.
- tm: dificultad para tomar sus medicinas.

Gráfico 3. Jubilación y Dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Mantenimiento del Ambiente (AMA) en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.

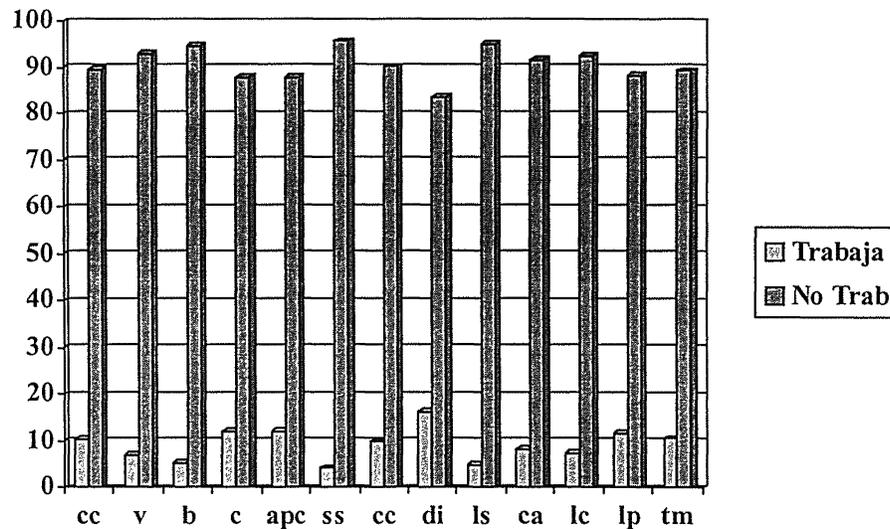


Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda, Managua.

* ($p < 0.05$)

- cc: Dificultad para cruzar un cuarto caminando
- v: dificultad para vestirse
- b: dificultad para bañarse
- c: dificultad para comer
- apc: dificultad para acostarse o pararse de la cama
- ss: dificultad para usar el servicio sanitario
- cc: dificultad para preparar una comida caliente
- di: dificultad para manejar su propio dinero
- ls: dificultad para ir a otros lugares sólo
- ca: dificultad par comprar sus propios alimentos.
- lc: Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa
- lp: dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.
- tm: dificultad para tomar sus medicinas.

Gráfico 4. Trabajo y Dificultad para realizar las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) y Mantenimiento del Ambiente (AMA) en personas con 60 años y más. Barrio Loma Linda, Agosto a Octubre del 2002.



Fuente: Encuesta. Barrio Loma Linda. Managua.

* ($p < 0.05$)

- cc: Dificultad para cruzar un cuarto caminando
- v: dificultad para vestirse
- b: dificultad para bañarse
- c: dificultad para comer
- apc: dificultad para acostarse o pararse de la cama
- ss: dificultad para usar el servicio sanitario
- cc: dificultad para preparar una comida caliente
- di: dificultad para manejar su propio dinero
- ls: dificultad para ir a otros lugares sólo
- ca: dificultad par comprar sus propios alimentos.
- lc: Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa
- lp: dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa.
- tm: dificultad para tomar sus medicinas.

**ANEXO 3:
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

1. Edad

Definición: tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la edad cumplida en el momento de la entrevista.

Indicador: cédula de identidad, partida de nacimiento u otro documento legal.

Valores: 60 – 69 años, 70 a 79 años y 80 años y más.

2. Sexo

Definición: condición que distingue el macho de la hembra.

Indicador: observación directa.

Valores: Masculino y Femenino.

3. Estado civil:

Definición: estado conyugal hasta el momento de la entrevista.

Indicador: encuesta

Escala: sin cónyuge, con cónyuge

4. Nivel de escolaridad

Definición: nivel de escolaridad hasta en el momento de la entrevista.

Indicador: encuesta

Valores: No asistió, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, universidad.

5. Jubilación:

Definición: persona con 60 años y más que recibe alguna pensión del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social de Nicaragua.

Indicador: carnet del INSS

Valor: jubilado, no jubilado.

6. Trabajo

Definición: actividad laboral al momento de la entrevista que le permite recibir alguna remuneración económica.

Indicador: encuesta

Valor: trabaja, no trabaja.

7. Satisfacción vital

Definición: es la percepción global de bienestar que tiene el individuo en un momento dado y que es reflejo de la salud global y suele ser una herramienta para medir la calidad de vida.

Indicador: encuesta

Valores: muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho y muy insatisfecho.

8. Autopercepción de la salud

Definición: es la percepción que tienen los Adultos Mayores sobre su propia salud en un momento dado con relación a sus enfermedades o padecimientos.

Indicador: encuesta

Valores: muy mala, mala, buena, muy buena y excelente.

9. Dificultad para cruzar un cuarto caminando:

Definición: dificultad de la persona para cruzar un cuarto caminando.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

10. Ayuda para cruzar un cuarto caminando.

Definición: alguien le ayuda a cruzar un cuarto caminando.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

11. Dificultad para vestirse.

Definición: dificultad de la persona para vestirse.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

12. Ayuda para vestirse.

Definición: alguien le ayuda a la persona a vestirse.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

13. Dificultad para bañarse

Definición: dificultad de la persona para bañarse

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

14. Ayuda para bañarse

Definición: alguien le ayuda a la persona a bañarse

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

15. Dificultad para comer

Definición: dificultad de la persona para comer.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

16. Ayuda para comer

Definición: alguien le ayuda a la persona a comer

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan

17. Dificultad para acostarse o pararse de la cama.

Definición: dificultad de la persona para acostarse o pararse de la cama.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

18. Ayuda para acostarse o pararse de la cama.

Definición: dificultad para acostarse o pararse de la cama.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

19. Dificultad para uso del servicio sanitario.

Definición: Dificultad de la persona para el uso del servicio sanitario.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

20. Ayuda para usar el servicio sanitario.

Definición: alguien le ayuda a la persona a usar el servicio sanitario.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

21. Dificultad para preparar una comida caliente.

Definición: dificultad de la persona para preparar una comida caliente.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

22. Ayuda para preparar una comida caliente.

Definición: alguien le ayuda a la persona a preparar una comida caliente.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

23. Dificultad para manejar su propio dinero.

Definición: dificultad de la persona para manejar su propio dinero

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

24. Ayuda para manejar su propio dinero.

Definición: alguien le ayuda a la persona a manejar su propio dinero.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

25. Dificultad para ir a otros lugares solo.

Definición: dificultad de la persona para ir a otros lugares sólo.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

26. Ayuda para subir y bajar el bus, brindan transporte o le consigue transporte.

Definición: alguien le ayuda a la persona a subir y bajar el bus, brindan transporte o le consigue transporte.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan

27. Dificultad para hacer las compras de alimentos.

Definición: dificultad de la persona para hacer las compras de alimentos.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

28. Ayuda para hacer las compras de alimentos.

Definición: alguien le ayuda a la persona a hacer las compras de alimentos.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

29. Dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa.

Definición: dificultad de la persona para hacerlos quehaceres ligeros de la casa.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

30. Ayuda para hacer los quehaceres ligeros de la casa.

Definición: alguien le ayuda a la persona a hacer los quehaceres ligeros de la casa.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

31. Dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa .

definición: dificultad de la persona para hacer los quehaceres pesados de la casa.

Indicador: encuesta.

Valores: con dificultad, sin dificultad.

32. Ayuda para hacer los quehaceres pesados de la casa.

Definición: alguien le ayuda a la persona a hacer los quehaceres pesados de la casa.

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayudan.

33. Dificultad para tomar sus medicinas.

Definición: dificultad de la persona a tomar sus medicinas.

Indicador: encuesta

Valores: con dificultad, sin dificultad.

34. Ayuda para tomar sus medicinas.

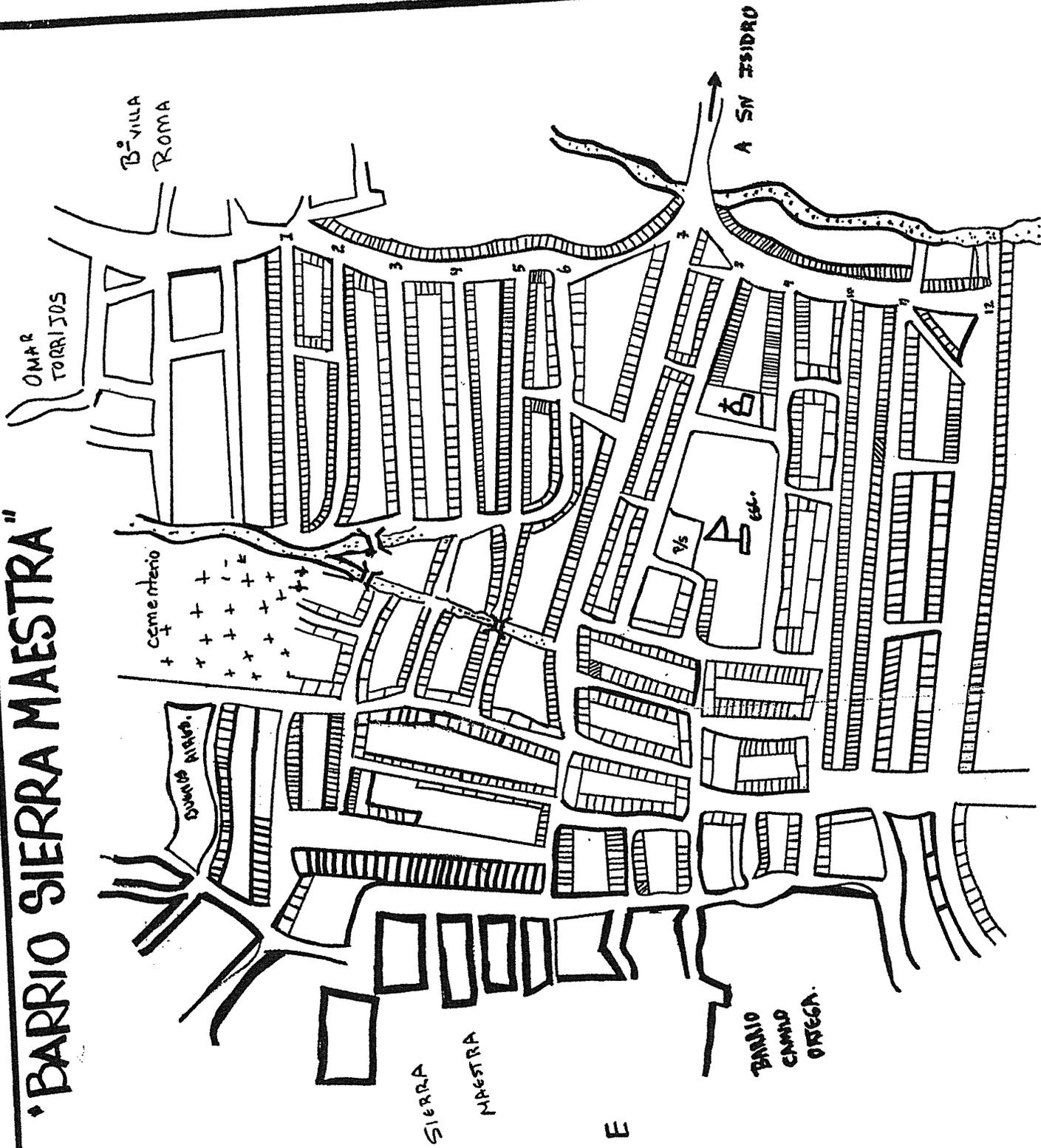
Definición: alguien le ayuda a la persona a tomar sus medicinas

Indicador: encuesta

Valores: alguien le ayuda, no le ayuda.

ANEXO 4: MAPA

"BARRIO SIERRA MAESTRA"



ANEXO 5: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**ENCUESTA SOCIO ECONÓMICA Y DE SALUD DE PERSONAS CON 60 AÑOS Y
MÁS.
BARRIO LOMA LINDA, MANAGUA.**

Estimado Sr. (a), con el fin de analizar la situación de social y de salud de los ancianos del barrio, estamos realizando una encuesta y necesitamos su gentil colaboración para llenarla. Antes de comenzar es importante que usted sepa que esta entrevista es voluntaria y confidencial. Si se siente incómodo para contestar me avisa y terminamos. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, también me avisa y seguimos la próxima pregunta.

I. DESCRIPCIÓN DE LA ENCUESTA

Encuesta No: / _ / _ / _ / _ /

Fecha de la encuesta: / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

Hora: /--/--/ /--/--/

Encuestador: _____

Dirección de la vivienda: _____

II. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

2.1 ¿Cuántos años cumplidos tiene Usted?
/--/--/ años

2.2 ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
/--/--/ /--/--/ /--/--/

2.3 Sexo
Masculino
Femenino

2.4 ¿Usted vive
con su cónyuge?
sin su cónyuge

2.5 ¿A qué grado o año llegaron sus estudios?
No asistió / Ningún grado
De primero a quinto grado de primaria (primaria incompleta)
Hasta sexto grado (primaria completa)
De primero a cuarto año (secundaria incompleta)
Hasta quinto año de secundaria (secundaria completa)
Universidad

2.6 ¿Usted es Jubilado?

Si

No

2.7 ¿Usted trabaja y recibe algún pago?

Si

No

2.8 ¿Cómo está su salud?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Muy mala

2.9 ¿Cómo se siente con la vida?

Muy satisfecho

Satisfecho

Insatisfecho

Muy insatisfecho

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AVD)

	Sí	No	No puede	No lo hace	No responde
D.9 ¿Tiene dificultad para levantar o transportar un peso de más de 5 kilos (10 libras), como una bolsa pesada de compras?		2	3	4	9
D.10 ¿Tiene dificultad usted en levantar una moneda de una mesa?	1	2	3	4	9

Voy a mencionarle algunas actividades del vivir diario. Por favor dígame si usted tiene alguna dificultad en realizarias DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD. Le ruego ignorar problemas que usted espera que duren menos de tres meses.

D.11 ¿Tiene dificultad para cruzar un cuarto caminando?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	PASE A D.13a
--	--	--------------------

D.12a ¿Usa algún aparato o instrumento de apoyo para cruzar un cuarto caminando?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	PASE A D.12c
---	--	--------------------

D.12b ¿Qué tipo de aparato o medio de apoyo es el que usa?	Pasamanos 01 Andador 02 Bastón 03 Muletas 04 Zapatos ortopédicos 05 Soporte o refuerzo (pierna o espalda) 06 Prótesis 07 Oxígeno o respirador 08 Muebles o paredes 09 Sina de tu me 10 Otro 11 No sabe 98 No responde 99
---	--

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.12c
 ¿Alguien le ayuda para cruzar un cuarto caminando?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

D.13a
 ¿Tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o las medias)?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

PASE
A
D.14a

D.13b
 ¿Alguien le ayuda a vestirse?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

D.14a
 ¿Tiene dificultad para bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

PASE
A
D.15a

D.14b
 ¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento para bañarse (como barandillas o taburete)?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

D.14c
 ¿Alguien le ayuda a bañarse?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.15a

¿Tiene alguna dificultad para comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etcétera)?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE
A
D.16a

D.15b

¿Alguien le ayuda a comer?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

D.16a

¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE
A
D.17a

D.16b

¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o pararse de la cama?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

D.16c

¿Alguien le ayuda a acostarse o pararse de la cama?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

D.17a

¿Tiene dificultad para usar el servicio sanitario (incluyendo sentarse y levantarse del excusado o inodoro)?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

PASE
A
D.18a

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.17a
 ¿Ha utilizado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio sanitario?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

D.17c
 ¿Alguien le ayuda a usar el servicio sanitario?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

D.18a
 ¿Tiene dificultad para preparar una comida caliente?

- Sí 1
- No 2 → PASE
A
D.19a
- No puede 3
- No lo hace 4
- No sabe 8 → PASE
A
D.19a
- No responde 9

D.18b
 ¿Alguien le ayuda a preparar una comida caliente?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

D.19a
 ¿Tiene dificultad para manejar su propio dinero?

- Sí 1
- No 2 → PASE
A
D.20a
- No puede 3
- No lo hace 4
- No sabe 8 → PASE
A
D.20a
- No responde 9

D.19b
 ¿Alguien le ayuda a manejar su propio dinero?

- Sí 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.20a
 ¿Tiene dificultad para ir a otros lugares solo(a), como ir al doctor, la iglesia, etcétera?

Sí	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A D.21a </div>
No	2		
No puede	3	}	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A D.21a </div>
No lo hace	4		
No sabe	8		
No responde	9		

D.20b
 ¿Alguien lo acompaña para ayudarlo a subir y bajar del transporte, le brinda transporte o lo ayuda a conseguir un transporte (llama al radiotaxi, por ejemplo)?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

D.21a
 ¿Tiene dificultad para hacer las compras de alimentos?

Sí	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A D.22a </div>
No	2		
No puede	3	}	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A D.22a </div>
No lo hace	4		
No sabe	8		
No responde	9		

D.21b
 ¿Alguien le ayuda a hacer las compras de alimentos?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

D.22a
 ¿Tiene dificultad para llamar por teléfono?

Sí	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A D.23a </div>
No	2		
No puede	3	}	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> PASE A D.23a </div>
No tiene teléfono	4		
No sabe	8		
No responde	9		

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

<p>D.22b</p> <p>¿Alguien le ayuda a llamar por teléfono?</p>
<p>D.23a</p> <p>¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa, como hacer las camas, sacudir, etcétera?</p>
<p>D.23b</p> <p>¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres ligeros de la casa?</p>
<p>D.24a</p> <p>¿Tiene dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa, como limpiar el baño, limpiar pisos, etcétera?</p>
<p>D.24b</p> <p>¿Alguien le ayuda a hacer los quehaceres pesados de la casa?</p>

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

Sí	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> PASE A D24a </div>
No	2		
No puede	3	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> PASE A D24a </div>
No lo hace	4		
No sabe	8		
No responde	9		

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

Sí	1	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> PASE A D25a </div>
No	2		
No puede	3	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> PASE A D25a </div>
No lo hace	4		
No sabe	8		
No responde	9		

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

SECCIÓN D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AIVD)

D.25a
 ¿Tiene dificultad para tomar sus medicinas?

Sí	1	
No	2	→
No puede	3	
No lo hace	4	
No sabe	8	→
No responde	9	

PASE
A
D.26a

PASE
A
D.26a

D.25b
 ¿Alguien le ayuda a tomar sus medicinas?

Sí	1
No	2
No sabe	8
No responde	9

D.26 FILTRO
 Recibe ayuda

Verificar si contestó Sí a D.12c, 13.b, 14.c, 15.b, 16.c, 17.c, 18.b, 19.b, 20.b, 21.b, 22.b, 23.b, 24.b o 25.b.

Ningún persona ayuda..... 00 → PASE A SECCIÓN E

Al menos un "sí" ↴

¿Cuántas personas en total le ayudan con sus actividades del vivir diario?.....|_|_|_|_|