



Universidad Católica de la Santísima Concepción
Facultad de Medicina
Carrera de Enfermería

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON FACTORES
SOCIODEMOGRAFICOS EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES QUE PERTENECEN AL PROGRAMA DE SALUD
CARDIOVASCULAR DEL CESFAM LA FLORESTA

Por
Escarlet Castro Salazar
Melissa González Garrido
Marión Saavedra Cuevas

**Tesis presentada para optar al Grado Académico de
Licenciado en enfermería**

Profesora guía:
Maruzzella Campodónico Fernández

Comisión informante:
Haidée Vera
Gladys Navarro

Concepción, Chile
2017

Agradecimientos

Quiero agradecer primeramente a Dios por la vida, salud y oportunidades que me brinda día a día. A mi familia por el amor y apoyo constante. Agradezco a mi casa de estudio por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno de conocimiento, valores y habilidades blandas para estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que han brindado su apoyo, en especial a mi profesora tutora de tesis por la preocupación y constancia con nosotras, guiándonos en el desarrollo de este estudio para ser llevada a cabo a través de la perseverancia y el esfuerzo. Finalmente quiero agradecer a todos mis amigos, compañeras de tesis Melissa González Garrido y Marión Saavedra Cuevas por la responsabilidad, el compañerismo y la amistad entregada en todos estos años de estudio.

Escarlet Castro Salazar

Quiero comenzar estos agradecimientos mirando al cielo, allí en donde quiera que estés te doy las gracias Dios ya que me consta que has estado en cada momento importante de mi vida y tengo la certeza de que no me abandonarás nunca, también deseo dar un especial agradecimiento a nuestra profesora tutora del proyecto de investigación a la Sra. Maruzzella Campodónico Fernández, quien ha sido una excelente guía con muy buena disposición durante todo este proceso, su apoyo fue esencial para concretar este proyecto. Por último quiero hacer mención honrosa a mi familia que me ha acompañado, brindado su amor incondicionalmente y alentaron mi caminar durante todo este tiempo.

A Escarlet Castro y Marion Saavedra, mis amigas, con los que pasé tristezas y alegrías y fueron sin lugar a dudas las mejores compañeras de tesis y sin ustedes no hubiese sido posible terminar este proyecto.

Melissa González Garrido

Quiero iniciar agradeciendo a Dios, quien es luz y guía en mi camino, en mis sueños y en cada paso que doy porque con su bondad y amor me motiva a ser mejor cada día. A mi familia, por el cariño y dedicación al enseñarme desde pequeña la importancia de los valores, la responsabilidad y esfuerzo. A mi docente tutora Maruzzella Campodónico por sus aportes asertivos, preocupación y compromiso con cada avance de esta investigación. Finalmente, agradecer a mis compañeras y amigas Escarlet Castro y Melissa González por todo el trabajo que han hecho, por su amistad incondicional y las risas compartidas, no pude haber elegido mejores personas para avanzar en esta bella carrera de Enfermería.

Marión Saavedra Cuevas

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Pregunta de investigación	9
1.2 Justificación del problema	9
1.3 Objetivos de la investigación	11
1.3.1 Objetivo general:	11
1.3.2 Objetivos específicos:	12
1.4 Hipótesis:	13
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Calidad de Vida	15
2.2 Calidad de vida relacionada con la salud	17
2.3 Factores sociodemográficos	20
2.4 Modelo de los Sistemas de Betty Neuman	24
CAPITULO III: MARCO EMPÍRICO	27
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLOGICO	39
4.1 Tipo de investigación:	39
4.2 Población	39
4.3 Unidad de análisis	40
4.5 Criterios de selección	40
4.5.1 Criterios de inclusión	40
4.5.2 Criterios de exclusión	40
4.6 Tipo de muestreo	41
4.7 Variables	42
4.7.1 Variable Dependiente	43
4.7.2 Variables Independientes	46
4.8 Método de recolección de datos	49

4.9 Instrumentos	50
4.10 Procesamiento y plan de análisis	51
CAPÍTULO V: ASPECTOS ÉTICOS	53
5.1 Pautas CIOMS	53
5.2 Modelo Bioético Personalista	55
CAPITULO VI: ANÁLISIS DE RESULTADOS	57
6.1 Análisis del Componente de Salud Física en relación al Género	59
6.2 Análisis del Componente Salud Mental en relación al Género	62
6.3 Análisis del Componente de Salud Física en relación a la Edad	64
6.4 Análisis del Componente de Salud Mental en relación a la Edad	66
6.5 Análisis del Componente Salud Física en relación al Estado civil	69
6.6 Análisis del Componente Salud Mental en relación al Estado civil	71
6.7 Análisis del Componente Salud Física en relación a la Escolaridad	73
6.8 Análisis del Componente de Salud Mental en relación a la Escolaridad	75
6.9 Análisis del Componente Salud Física en relación a la Actividad Física	78
6.10 Análisis del Componente Salud Mental en relación a la Actividad física	80
6.11 Análisis del Componente Salud Física en relación al Estado nutricional	82
6.12 Análisis del Componente Salud Mental en relación al Estado nutricional	84
CAPITULO VII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	87
7.1 Discusión	87
7.2 Conclusión	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	102
Anexo 1: Instrumentos	102
Anexo 2: Descripción para la puntuación del Cuestionario SF-36	110
Anexo 3: Consentimiento Informado	112
Anexo 4: Cartas de autorización	114

RESUMEN

En los pacientes que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular es fundamental conocer su calidad de vida ya que permite evaluar el impacto de las estrategias implementadas por el Ministerio de Salud. La presente tesis identificó la relación que existe entre las dimensiones de la calidad de vida y los factores sociodemográficos en los pacientes AM que pertenecen al PSCV del CESFAM La Floresta, los resultados se obtuvieron a través del Cuestionario SF 36 versión para Chile aplicado a pacientes AM que poseían bajo riesgo cardiovascular. Tras la realización de esta investigación se concluyó que ser mujer, tener entre 76 y 80 años, no tener pareja, no realizar actividad física y tener un estado nutricional sobre los valores normales se asocian a una disminución de la percepción de la calidad de vida en los componentes ya mencionados, constituyéndose los factores de riesgo de la población longeva.

Palabras claves: Calidad de vida, PSCV, Cuestionario SF 36.

ABSTRACT

In patients who belong to the Cardiovascular Health Program it is essential to know their quality of life since it allows to evaluate the impact of the strategies implemented by the Ministry of Health. This thesis identified the relationship between the dimensions of quality of life and sociodemographic factors in AM patients belonging to PSCV of CESFAM La Floresta, the results were obtained through the SF 36 Questionnaire version for Chile applied to AM patients who had low cardiovascular risk. After carrying out this research it was concluded that being a woman, being between 76 and 80 years old, not having a partner, not having physical activity and having a nutritional status over normal values are associated with a decrease in the perception of quality of life in the components already mentioned, constituting the risk factors of the long-lived population.

Keywords: Quality of life, PSCV, SF 36 questionnaire

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, provocando a nivel mundial la muerte de 38 millones de personas cada año. Dentro de esta clasificación, son las enfermedades cardiovasculares (ECV) quienes prevalecen y constituyen la mayoría de las defunciones por ENT con 17,5 millones de muertes cada año en el mundo ⁽¹⁾. Nuestro país no queda exento de esta realidad mundial, de acuerdo a la Segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, de las 94.985 defunciones, 25.744 se debieron a ECV ⁽²⁾.

Una de las estrategias sanitarias que el Ministerio de Salud ha ido implementando para contribuir a la reducción de la morbimortalidad de este tipo de patologías, es el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), cuyo principal objetivo es el control de manera multidisciplinaria de los principales factores de riesgo asociados a este tipo de enfermedades como el tabaquismo en mayores de 55 años, antecedentes de enfermedad cerebrovascular e infarto agudo al miocardio, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial; siendo éstos los criterios de ingreso a este programa ⁽³⁾. Dentro de este programa son los adultos mayores el grupo etario predominante, en estas personas la convivencia diaria con estas afecciones crónicas perjudica su calidad de vida, concepto que es definido por la Organización Mundial de la Salud “como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”⁽⁴⁾. De acuerdo a esta definición, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, la etapa de la vida en que se produce la

enfermedad. Es decir, cada persona como ser único experimenta su patología de una manera particular debido a las características propias que posee y factores sociodemográficos, tales como la edad, género, estado civil, escolaridad, estado nutricional, actividad física, entre otros.

En este contexto, la investigación abordó la relación de estos factores con las dimensiones que constituyen la calidad de vida: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental de los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, mediante la realización de un estudio de tipo cuantitativo, correlacional, de corte transversal descriptivo. Esperando que los datos obtenidos en el análisis de resultados, además de servir como fuente de información respecto a la percepción que tiene el usuario adulto mayor sobre su calidad de vida, contribuyan al apoyo integral de la atención de enfermería en cuanto a la focalización de las intervenciones en los pacientes que presenten aquellos factores sociodemográficos que según el estudio se correlacionan más con la disminución de las diferentes dimensiones de la calidad de vida, arrojando como resultado tras la realización de esta investigación que ser mujer, tener una edad entre 76 y 80 años, no tener pareja, no realizar actividad física y tener un estado nutricional sobre los valores normales (sobrepeso y obesidad) se asocian a una disminución de la percepción de la calidad de vida, constituyéndose los factores de riesgo de la población longeva estudiada.

Por otro lado a través de una revisión minuciosa de la literatura se puede afirmar que existen muy pocos estudios recientes respecto de esta temática, lo que a su vez, realza, aún más, la necesidad de llevar a cabo esta investigación.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Pregunta de investigación

¿La calidad de vida es afectada por los factores sociodemográficos de los pacientes adultos mayores que forman parte del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, comuna Hualpén, región del Biobío, durante el primer semestre del 2017?

1.2 Justificación del problema

Las enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera los componentes social, biológico, psicológico y espiritual de la persona. Debido a esto es que el campo de la salud ha tenido que sufrir una transformación de descentralización de la patología y una mayor apertura al logro de una vida más funcional y satisfactoria para los enfermos crónicos. ⁽⁵⁾

Respecto a esto, existen antecedentes de estudios en nuestro país: desde el año 2000, el MINSAL ha realizado esfuerzos para obtener información sobre enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. Para ello se ha sumado a las recomendaciones internacionales, desarrollando encuestas poblacionales bajo el marco de un método progresivo, introduciendo primero la aplicación de cuestionarios de autorreporte (Encuestas de Calidad de Vida y Salud 2000 y 2006) para luego agregar la inclusión de mediciones poblacionales en las que se integra la utilización de cuestionarios y mediciones biofisiológicas y bioquímicas de complejidad creciente (Encuesta Nacional de Salud 2003 y 2010) ⁽⁶⁾, ante esto, cabe mencionar que no existen datos más actualizados debido a que la tercera Encuesta Nacional de Salud está en proceso para publicarse posteriormente en el año 2017, sin embargo, con respecto a la

Encuesta de Calidad de Vida y Salud sólo han publicado 2 encuestas, sin existir continuidad en el tiempo de nuevas aplicaciones en la población chilena. Este hecho causa extrañeza, puesto que para el área de la salud conocer la calidad de vida permite beneficios como el servir de indicador no sólo de bienestar, sino también de progresión e impacto de la enfermedad y valoración del tratamiento asociado, una mejoría en la planificación de intervenciones con base en las necesidades de la población y la elección de mejores decisiones en cuanto a la distribución de los diferentes recursos a destinar. ⁽⁷⁾ No obstante, es pertinente señalar que el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud a través de su Unidad de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Estudios ha publicado el día 15 de junio del año 2017 en la página web del MINSAL la base de datos ENCAVI 2015-2016, encuesta poblacional que es utilizada como modalidad de vigilancia para conocer la prevalencia de problemas de salud, factores de riesgo y hábitos, calidad de vida, entre otros. Al analizar los resultados de este instrumento se concluye que a nivel nacional, hay una buena autopercepción de calidad de vida y salud, no obstante, la distribución por sexo, edad y nivel educacional es desigual. Las mujeres, las personas de menor nivel educacional y los de mayor edad presentan peores evaluaciones en su calidad de vida y estado de salud. ⁽⁸⁾

Es importante tener acceso a datos como los mencionados anteriormente, puesto que la población conformada por adultos mayores, se espera que para el año 2025 sea más que la constituida por los menores de 15 años, estimación que da cuenta de la transición demográfica que vive el país y que, por tanto, se debe adaptar mediante la creación de políticas públicas que permitan entregar una mejor calidad de vida a este grupo etario. De acuerdo a lo anterior, en Chile se ha estudiado la calidad de vida mediante la “Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez” durante los años 2007, 2010 y 2013, las cuales no muestran cambios significativos en cuanto a la autopercepción de salud que se encuentra deteriorada en cerca de un 90% de los(as)

encuestados(as) que manifestaron poseer al menos una enfermedad crónica no transmisible, siendo las que más se evidencian la hipertensión, dislipidemia y diabetes; patologías que han disminuido la capacidad funcional, nivel de autonomía e independencia de los adultos mayores.⁽⁹⁾

Sin embargo, según lo revisado en las publicaciones de investigaciones en torno a la calidad de vida y salud en el país, concretamente en el adulto mayor, es posible identificar que hay una carencia de información de la temática tanto a nivel nacional como regional, a pesar de las ventajas que entregan este tipo de estudios al permitir a través de instrumentos como encuestas y/o cuestionarios analizar lo que piensan, sienten y cómo viven los adultos mayores en Chile. Esta información es relevante para los profesionales de la salud, particularmente para enfermeros (as) de Atención Primaria quienes se encuentran en constante relación con estos usuarios, por tanto, es necesario que conozcan a la población que tienen a cargo a través de la identificación de sus necesidades y de esta manera gestionar cuidados integrales y personalizados. Como forma de contribuir a esta identificación, se ha decidido llevar a cabo la realización del presente estudio con la finalidad de obtener datos actuales de la realidad de la población longeva, al conocer cómo se encuentran las dimensiones de la calidad de vida y la relación que mantienen con los factores sociodemográficos de los pacientes adultos mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta durante el periodo del primer semestre del año 2017.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general:

Conocer la relación que existe entre las dimensiones de la calidad de vida y los factores sociodemográficos en los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, a través del Cuestionario SF 36 versión para Chile y un cuestionario con datos sociodemográficos adjuntado para obtener datos estadísticos de las características de los usuarios mayores a 60 años.

1.3.2 Objetivos específicos:

- ❖ Identificar la relación existente entre las dimensiones de la calidad de vida con el género de los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Identificar la relación existente entre las dimensiones de la calidad de vida con la edad de los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Identificar la relación existente entre las dimensiones de la calidad de vida con el estado civil de los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Identificar la relación existente entre las dimensiones de la calidad de vida con la escolaridad de los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Identificar la relación existente entre las dimensiones de la calidad de vida con la actividad física de los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ Identificar la relación existente entre las dimensiones de la calidad de vida con el estado nutricional de los pacientes del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

1.4 Hipótesis:

- ❖ Ho: Las dimensiones de la calidad de vida no tienen relación con el género de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ H1: Las dimensiones de la calidad de vida si tienen relación con el género de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Ho: Las dimensiones de la calidad de vida no tienen relación con la edad de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ H1: Las dimensiones de la calidad de vida si tienen relación con la edad de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Ho: Las dimensiones de la calidad de vida no tienen relación con el estado civil de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ H1: Las dimensiones de la calidad de vida si tienen relación con el estado civil de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ Ho: Las dimensiones de la calidad de vida no tienen relación con la escolaridad de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ H1: Las dimensiones de la calidad de vida si tienen relación con la escolaridad de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ Ho: Las dimensiones de la calidad de vida no tienen relación con la actividad física de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ H1: Las dimensiones de la calidad de vida si tienen relación con la actividad física de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ Ho: Las dimensiones de la calidad de vida no tienen relación con el estado nutricional de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ H1: Las dimensiones de la calidad de vida si tienen relación con el estado nutricional de los pacientes adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad de Vida

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las últimas décadas, por lo que su estudio y perspectiva han ido evolucionando en relación a los cambios de la sociedad. Ante esto, han surgido diversas definiciones por parte de distintos autores.

De acuerdo a la literatura, la idea de calidad de vida “puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras”. Sin embargo, actualmente las alusiones referentes a la calidad de vida se relacionan estrechamente con el desarrollo, es decir, el proceso mediante el cual se aspira a mejorar las condiciones no sólo económicas sino también los aspectos sociales de la población, esto se ve respaldado por Hernández, quien señala, “no es que las personas tengan más cosas, sino que sean más capaces, que sean más libres y puedan vivir una vida más larga, eludir enfermedades evitables, tener acceso a la reserva de conocimientos, entre otras tantas posibilidades que aumenten su bienestar”.⁽¹⁰⁾

Con el objetivo de incentivar el desarrollo de estudios sobre la calidad de vida a nivel mundial, así como estimular la investigación interdisciplinaria de esta temática, se fundó la International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS). Ferrán Casas, uno de los expertos que contribuye en esta sociedad define la calidad de vida como “las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales”⁽¹¹⁾

Otro autor que describe la calidad de vida es Fernández-Ballesteros, planteando que es un concepto multidimensional, en la que cualquier reducción a un concepto mono factorial de salud resulta inadmisibile y atenta contra los a priori del término. Es decir, la vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también, esto implica que habrán de contemplarse factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción) así como factores socio-ambientales o externos (las redes de apoyo, los

servicios sociales, etc.). Además agrega que debe ser considerado desde una perspectiva puramente subjetiva, en el sentido de que son aspectos percibidos de la realidad los que deberían tomarse en cuenta a la hora de su conceptualización.

Esta visión también es compartida por Nava Galán, quien afirma que calidad de vida es un estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona, conformada por una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. ⁽¹²⁾

Quien apoya estas definiciones y además las integra es Tuesca Molina, señalando que calidad de vida es un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva y además objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida, lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico; siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida como un “estado de bienestar”. ⁽¹³⁾

En los aportes de los autores mencionados, se evidencia que el referirse a calidad de vida implicaría verla como una propiedad que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que cada uno hace de los aspectos tanto objetivos como subjetivos de sí mismo y de su entorno.

2.2 Calidad de vida relacionada con la salud

Conforme los avances científico-técnicos van resolviendo prodigiosamente los problemas orgánicos de los pacientes, contrariamente no son capaces de expresar evidencias acerca de las afecciones entrañablemente humanas, pues no están dirigidos

a este último objetivo. Debido a esto, es que para referirse a aquellas personas con enfermedades crónicas, se definió el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entendida, según Schumaker y Naughton como “percepción subjetiva influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”.⁽¹⁴⁾ Tratándose de un constructo (marco conceptual) multidimensional que engloba aspectos físicos funcionales, psicológicos y sociales, en la cual se considera al propio paciente como fuente primaria de información.

Siendo la medición de la CVRS un novedoso medio integral que toma en cuenta el punto de vista del paciente permitiéndole así participar en el proceso terapéutico, además, tiene asociada la identificación de necesidad de cuidados, beneficio que de otra manera se encontraría sin articular, por tanto, este constructo lleva en su interior implícito una nueva concepción filosófica de la forma en que ha de practicarse la atención sanitaria, basándose en la percepción que tiene el paciente tanto de satisfacción e insatisfacción de las diferentes dimensiones que conforman su vida y se ven afectadas por el estado patológico que presentan. Debido a esto es que la cuantificación de la CVRS adquiere cada día más relevancia tanto en aspectos éticos, en cuanto a la toma de decisiones en los tratamientos médicos, en el caso del consentimiento informado como en el de intervenciones para mantener la vida; y en el campo de los servicios de salud para establecer prioridades, diseñar, implementar, seguir y evaluar programas de prevención, atención y rehabilitación, con el fin de complementar los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad o expectativa de vida del paciente.

En la práctica asistencial, estas ideas se adaptan bien con el Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario por el que se rige nuestro país, el cual hace suyas las demandas ciudadanas y constituye una oportunidad para lograr los desafíos de la reforma al estar definido como un modelo de relación entre las personas con su entorno y los equipos de salud, en que se entiende la atención sanitaria como un

proceso continuo de cuidado integral de las personas y sus familias, el que por una parte se anticipa a la aparición de enfermedad y entrega herramientas para el autocuidado y por otra, frente a un problema de salud permite a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz para recuperar el estado de bienestar. Se pone énfasis en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar y mantener la salud. ⁽¹⁵⁾

Dentro de los elementos del modelo de salud, se encuentra el estar centrado en las personas, ámbito central en el estudio de la calidad de vida, ya que los resultados de ésta deben provenir del paciente, expresándose con relación a cómo éste la experimenta. Esto quiere decir que el foco en el individuo estará condicionado por su género, su realidad social y económica, siendo concebido como un ser integral, con capacidades, conocimientos, sentimientos y valores que nutren tanto su dimensión física como intelectual y social. A su vez, busca involucrar tanto al paciente como a sus seres queridos como parte del equipo de cuidado de salud, vinculándolos con la finalidad de lograr mayor participación en el proceso de atención, en la obtención de información requerida, en el desarrollo de la capacidad de autocuidado que asegure adherencia a los tratamientos y cambios de las conductas que implican un riesgo a la salud, siempre desde las necesidades individuales de la persona.

Como se ha podido constatar, la medición de la calidad de vida relacionada con la salud incorpora la percepción del paciente, siendo importante la confección de los instrumentos necesarios para que esta medida sea válida, confiable y aporte evidencia empírica con base científica, para ello en el presente estudio se ha elegido el uso de un instrumento genérico de medición como lo es el cuestionario SF-36 versión para Chile, el cual mide y caracteriza el estado multidimensional de salud, cumpliendo con estándares psicométricos mínimos para la comparación de grupos. Instrumento compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como

negativos de la salud, cubriendo 8 dimensiones de la CVRS, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento, siendo éstas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental; en el cual los resultados se encuentran de tal forma que a mayor puntuación mejor es la calidad de vida relacionada con su salud, encontrándose las puntuaciones de 0 a 100.

Los inicios del diseño del cuestionario comienzan en 1991, Estados Unidos, específicamente, surgiendo del proyecto conocido como "Evaluación Internacional de la Calidad de Vida" (Proyecto IQOLA) para validar la aplicabilidad intercultural de la calidad de vida con el objetivo de utilizarlo en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Sus buenas propiedades psicométricas, evidencian su fiabilidad, validez y sensibilidad que han sido evaluadas en más de 400 artículos, convirtiéndolo en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS, razones que impulsaron a realizar la adaptación para su uso con la consecuente traducción al español siguiendo un protocolo común entre los países participantes del proyecto internacional. ⁽¹⁶⁾

2.3 Factores sociodemográficos

Anteriormente se ha mencionado que la calidad de vida es un concepto complejo de definir y abarcar ya que estaría relacionada con diversos factores sociodemográficos, los cuales influirían en la calidad de vida, tales como el género, edad, actividad física, estado nutricional, escolaridad, estado civil, entre otros.

Actualmente Chile está viviendo una transición epidemiológica caracterizada por un incremento de enfermedades crónicas relacionadas con una mala alimentación y

sedentarismo, en este ámbito, la obesidad ha surgido como un importante problema de salud pública en la mayor parte de los países, existiendo una tendencia creciente a nivel mundial, con un aumento superior al 75% en los últimos 30 años, disminuyendo la esperanza de vida, generando altos costos sociales y económicos. Estudios del Ministerio de Salud demuestran que tener un índice de masa corporal que sobrepase los valores normales y el no realizar actividad física serían factores claves en el deterioro de la calidad de vida, pues representan la segunda causa de años de vida perdidos por muerte o por discapacidad prematura y la sexta causa de muerte a nivel nacional. ⁽¹⁷⁾ Respecto al primer aspecto, es el índice de masa corporal un indicador que define los criterios de clasificación del estado nutricional. En relación a los usuarios adultos mayores se considera enflaquecido a aquella persona que padece un IMC inferior a 23, normal desde 23,1 a 27,9, sobrepeso desde 28 a 31,9 y obeso superior a 32⁽¹⁸⁾.

En cuanto a la actividad física, la Organización Panamericana de la Salud en su estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud respalda lo anterior, afirmando que ésta se vincula al concepto de salud y calidad de vida como una estrategia o intervención efectiva que permite mejorar la autopercepción, el nivel de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas y los beneficios reconocidos que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo, además de ser un factor de protección para prevenir, en general, la instauración de enfermedades crónicas o en su defecto, de existir éstas mantener el control de las enfermedades. ⁽¹⁹⁾ Referente a esto, un dato preocupante es que un 89,4% de la población de nuestra región se clasifica como sedentaria y al revisar por grupos de sexo, obtenemos que el grupo de mujeres es el que presenta el mayor sedentarismo con un 92,3%, mientras que los hombres obtienen un 86,6%. ⁽²⁰⁾ Contrariamente, la inactividad física o sedentarismo tiene un rol preponderante en el desarrollo de las enfermedades crónicas y muerte prematura, además se asocia con la comorbilidad y el estado de salud de los enfermos crónicos.

Según la Organización Mundial de la Salud la actividad física corresponde a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Así, para la población longeva consistiría en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias, recomendándose practicar estas acciones al menos 150 minutos semanales ⁽²¹⁾.

En los últimos años, la población adulta mayor (AM) se ha incrementado de manera considerable, por lo que la edad sería otro factor analizado en este trabajo de investigación pues el incremento de la población adulta mayor se debe principalmente al mejoramiento de las condiciones de vida y al aumento de la expectativa de ésta. En Chile, se estima que la población de AM al 2020 será de 3,2 millones de habitantes, esto es, un adulto mayor por cada cinco personas. ⁽²²⁾ Estas cifras señalan que la sociedad está cambiando y por tanto, debe adaptarse, con políticas públicas que permitan entregarles una mejor calidad de vida a los adultos mayores. Ante este aumento poblacional, se hace necesario realizar estudios que no sólo se encuentren centrados en la morbilidad, los factores de riesgos y la prevalencia de enfermedades crónicas presentes frecuentemente en personas AM, sino orientadas a la medición de su calidad de vida, pues el tener malas condiciones de salud es un factor claro de disminución de su bienestar.

Otro de los factores considerados en este estudio es el género, éste refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos, a

su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre los hombres y las mujeres con respecto a su estado de salud. ⁽²³⁾En Chile existe una importante diferencia entre la esperanza de vida de hombres y mujeres, siendo de 81,5 años para las mujeres y 75,5 años para los hombres, lo cual implica que el grupo de adultos mayores se configura como eminentemente feminizado y a su vez un grupo expuesto a presentar una calidad de vida deteriorada por las enfermedades más prevalentes, en este ámbito el género sería un fuerte determinante sobre los riesgos de padecer una enfermedad crónica, pues tal como lo señala la Organización Panamericana de Salud las enfermedades como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares son causas principales de muerte para la población, estableciéndose una diferencia entre mujeres y hombres a nivel mundial. ⁽²⁴⁾

También es importante mencionar que las relaciones sociales, familiares y principalmente las de pareja son un factor protector de gran relevancia para lograr un buen envejecer por parte de la población mayor, al brindarles el apoyo y cuidados necesarios en momentos de necesidad, preocupaciones, enfermedades, crisis; siendo una fuente indiscutida de afecto y protección. ⁽⁹⁾ Debido a esto es que otro factor considerado en el estudio es el estado civil, definiéndose como la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles. ⁽²⁵⁾ Correspondiendo a una situación particular de las personas en relación, con el parentesco (padre, madre, hijo) y principalmente, con la institución del matrimonio. En el país, partir de la Ley 20.830 promulgada el 13 de abril del 2015, se creó el Acuerdo de Unión Civil, el cual permite que dos personas que conviven o deciden vivir juntas, sean del mismo o distinto sexo, puedan celebrar un contrato con el fin de regularizar los aspectos jurídicos propios de una vida afectiva en común de carácter estable y permanente; por lo que los estados civiles legalmente reconocidos en Chile serán: soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a y conviviente civil. ⁽²⁶⁾

La escolaridad entendida como el conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente, sería otro factor sociodemográfico que estaría relacionado con la calidad de vida de las personas. De acuerdo a los datos de la encuesta Casen 2013, según la distribución por edades, la mayor escolaridad se registra en la población que se encuentra entre los 15 a 44 años, con 12 años de escolaridad como promedio. En los grupos más longevos (60 y más) el nivel educacional es menor que en los grupos más jóvenes (19 a 29 años). En esta dinámica las personas de 19 años y más, el 40% cuenta con un nivel medio, luego el 13% cuenta con educación superior y el 9% con educación básica.⁽²⁷⁾ Siendo relevante considerar que en la región del Biobío, a partir de los resultados arrojados por la Encuesta Casen 2011, la escolaridad promedio se situó bajo el promedio del país entre los años 2000 y 2011, alcanzando 9,8 años el 2011, cuando el promedio nacional fue de 10,6 años.⁽²⁸⁾ Sumado a lo anterior, en el artículo “Quality of life in older people in Chile”, se plantea que a mayor escolaridad, mayor calidad de vida, debido a que esto se relaciona con un aumento de ingresos, posibilidad de estilo de vida más saludable, recursos para la salud, proporcionando a las personas habilidades psicosociales y cognitivas que tendrían un impacto positivo en las situaciones donde se requiere de ajustes y adaptación.⁽²⁹⁾

2.4 Modelo de los Sistemas de Betty Neuman

Utilizar modelos o teorías de enfermería otorga una base sólida fundamental, para la atención del usuario. Betty Neuman creó el Modelo de los sistemas, en el cual la persona (sistema) es el eje central del cuidado, y en el que siempre se tendrá en cuenta la interacción con el entorno y sus estresores para implementar medidas de intervención, siendo la enfermera un participante activo junto al paciente, preocupada por todas las variables que intervienen en la respuesta del individuo a los elementos estresantes.

En su modelo plantea 4 metaparadigmas definidos de la siguiente manera:

- Persona: Es un sistema abierto que se encuentra en interacción recíproca con el entorno, pudiendo ser un individuo o un grupo de personas como una familia. Debiendo ser considerados como un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales.
- Salud: Es un movimiento continuo que cambia constantemente. Neuman afirma: “Un bienestar o una estabilidad óptima indican que las necesidades totales del sistema están satisfechas.
- Cuidado o enfermería: La enfermería es una profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés, cuidando a la persona en su totalidad.
- Entorno : Son todos los factores internos y externos que rodean e influyen en el sistema o persona , identificándose tres tipos de entorno: interno que corresponde al aspecto intrapersonal e incluye todas las interacciones que suceden al interior de la persona; externo siendo este interpersonal e incluye todas las interacciones que suceden en el exterior del sujeto y el entorno creado, el cual se desarrolla inconscientemente, movilizándose en él todas las variables del sistema con el objetivo de crear un efecto aislante que proporciona al paciente un estado de control frente a la amenaza. ⁽³⁰⁾

De esta forma, los usuarios adultos mayores del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) representan el sistema abierto de interrelaciones entre sus factores fisiológicos, psicológico, socioculturales, de desarrollo y espirituales propios de la edad que se encuentran en interacción recíproca con el entorno, es decir, su ambiente familiar, nivel socioeconómico, entre otros .En estos sujetos se podría afirmar que las líneas de resistencia, es decir, los recursos que ayudan a defenderse de los

factores estresantes no fueron efectivos, traduciéndose en el deterioro del bienestar de cada paciente, manifestado por la presentación de una patología crónica que representa un peligro inminente para padecer una enfermedad cardiovascular.

La atención de enfermería tiene por objeto reducir los elementos que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían entorpecer el funcionamiento óptimo en la situación determinada de los pacientes, accionar que se ve reflejado en la identificación y disminución de los factores de riesgo de la que se encuentren presente en la población longeva perteneciente al PSCV. Según esta realidad las intervenciones del profesional enfermero se llevan a cabo mediante dos tipos de prevenciones; la prevención primaria, cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o ya se ha identificado su presencia, aunque aún no se ha producido una reacción, ya se conoce el grado de riesgo, por lo que su objetivo es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción del usuario, deteriorando así su percepción de bienestar, y la prevención secundaria, conveniente después de que el productor de tensión (enfermedad actual) penetra la línea normal de defensa, incluye la atención oportuna de casos, quienes deben ser controlados por equipos especializados con la respectiva planificación y evaluación de acuerdo con los síntomas en que las actividades estarán orientadas a ayudar al usuario con la utilización de los recursos externos e internos con la intención de volver a la estabilidad, reforzar la línea de defensa vulnerada y reducir las reacciones contraproducentes.

Ambos tipos de prevención se ejecutan a través de PSCV, el cual incluye actividades de promoción de la actividad física y alimentación saludable, consejería de cese hábito tabáquico y alcohol, control de parámetros bioquímicos y hemodinámicos y de peso corporal; atenciones realizadas por un equipo multidisciplinario para mantener el máximo control de la patología existente y evitar que la persona entre en contacto con

un productor de tensión mayor como sería la aparición o recidiva de enfermedades cardiovasculares.

CAPITULO III: MARCO EMPÍRICO

De acuerdo al objetivo planteado en el inicio de la investigación, es necesario realizar una revisión de estudios investigativos que relacionen las dimensiones de la calidad de vida y los factores sociodemográficos en personas que padecen enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas son patologías que han mostrado un efecto deletéreo sobre la CVRS. Entre ellas, la Diabetes Mellitus es considerada un factor de riesgo de complicaciones micro y macrovasculares (retinopatía, neuropatía, nefropatía y coronariopatía). Una investigación que aborda este trastorno metabólico, es un estudio titulado Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y Diabetes Mellitus, llevado a cabo por Barrantes M. en el año 2011, en Barcelona, España ⁽³¹⁾. Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal y comparativo. La investigación estudió dos grupos con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la calidad de vida de pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes Mellitus; el grupo A (n=70) estuvo

constituido por pacientes con cardiopatía coronaria y Diabetes Mellitus, y el grupo B (n=140) conformado por pacientes con cardiopatía coronaria pero sin Diabetes Mellitus. Para la valoración de la calidad de vida se utilizó el cuestionario genérico SF-36 validado y traducido al castellano, que consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol por problemas físicos o por problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor corporal y percepción de la salud general, y un ítem de transición de salud (cambios experimentados en el estado de salud en el último año). Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Los resultados arrojaron que la estimación de la calidad de vida relacionada a la salud fue menor en pacientes con cardiopatía coronaria que padecen de diabetes Mellitus (grupo A), en el cual factores como la edad avanzada, el género femenino y un IMC mayor o igual 25, alcanzan los puntajes significativamente más bajos en el componente físico: dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal y salud general. En el caso del componente mental: dimensiones de rol emocional, vitalidad, función social y salud mental, los puntajes más bajos estuvieron en pacientes con estado civil no casado (ni conviviente), niveles socioeconómicos bajo y marginal.

La experiencia de vivir con diabetes y las exigencias derivadas del manejo de la enfermedad inciden negativamente en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. En relación a esto, los autores Beléndez M., Armendáriz L. y Labrador M. efectuaron un estudio titulado *Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares*, en el año 2015, en la ciudad de Madrid, España ⁽³²⁾ mediante una metodología observacional, transversal para examinar las barreras y las áreas de mejora en la atención y el manejo efectivo de la diabetes a partir de las opiniones de personas con diabetes, sus familiares y profesionales sanitarios. La muestra estuvo conformada por 502 pacientes y 213 familiares. La calidad de vida de los pacientes

relacionada con la salud se midió mediante EuroQol (EQ-5D), una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). Para medir la calidad de vida en pacientes y familiares se utilizó el ítem general del WHO-QoI BREF, en el cual los valores más altos indican una mejor calidad de vida. Los resultados obtenidos muestran que el 12,2% de las personas con diabetes consideró su calidad de vida como mala o muy mala, el 13,9% presentaba síntomas de una posible depresión y un 50,0% refería un nivel elevado de estrés emocional asociado a la patología. En cuanto al género, las mujeres presentaron mayor impacto negativo que los hombres en el bienestar emocional, en el ocio, en trabajo/estudios, en las relaciones familiares y en la situación financiera. Uno de los aspectos más afectados fue la preocupación por el riesgo de sufrir hipoglicemias, siendo reconocida en un 64,7% en el sexo masculino frente al 76,6% del sexo femenino.

Respecto a los familiares, el 45,5% muestra signos de sufrir un alto nivel de estrés asociado a la diabetes y un 76,4% reconoció estar preocupado por el riesgo de que su familiar pueda sufrir episodios de hipoglucemia; concluyéndose la importante carga psicosocial que representa la diabetes tanto para los pacientes como para los familiares implicados en su cuidado, afectando así la percepción de su bienestar.

Uno de los factores que afecta la CVRS es el estilo de vida que practican las personas. Uno artículo que avala esta afirmación es *Calidad de vida percibida y esfuerzos específicos en personas mayores*, investigación elaborada por Gómez P., Puga E., Jurado R. y Pérez P. en el año 2013, en la ciudad Sevilla, España. ⁽³³⁾ Estudio que utilizó un método cuantitativo, descriptivo, de corte transversal en el que participaron 41 participantes adultos mayores, 18 activos y 23 sedentarios, eligiéndose el Cuestionario SF-36 para la medición de CVRS.

Los resultados mostraron que las personas mayores activas perciben mejor la calidad de vida (CVRS) que las sedentarias, pues en todas las dimensiones del cuestionario, los adultos mayores activos tuvieron puntajes más altos que aquellos que no lo eran, encontrándose diferencias estadísticamente significativas mayores en las dimensiones de función física, dolor corporal, salud general, rol emocional y percepción de la salud general.

Otra patología crónica que constituye un problema de salud pública en el mundo es la hipertensión arterial y en este contexto la calidad de vida se ha convertido en un criterio importante para evaluar la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de la salud. Quienes abordan esta temática son Gómez M, García C, Gómez V, Martínez V, Sánchez P, en su estudio denominado *Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica*, en el año 2011, México ⁽³⁴⁾ evalúan la calidad de vida de 30 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (HAS) adscritos a un Centro de Salud de una población del estado de México a través de un estudio descriptivo de tipo transversal prospectivo, utilizando un cuestionario específico de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL), instrumento que contiene 55 ítems agrupados en dos dimensiones: EA (estado de ánimo) 36 ítems y MS (manifestaciones somáticas) 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene de una escala tipo Likert de cuatro puntos cuya interpretación es 0, mejor nivel de calidad de vida y la puntuación de 3 indica peor nivel de calidad de vida.

En esta investigación en cuanto a las características sociodemográficas de la población, la media de edad fue de 57.03 ± 9.99 años, con predominio del sexo femenino en el 56.7%, escolaridad de menos de 5 años 56.7%, analfabetas 23.3%, estudios de secundaria 16.7 y 3.3% con estudios universitarios; con respecto a la ocupación, predominaron las amas de casa 46.7%.

En los resultados se observó que el 80% de los participantes consideró su calidad de vida como muy buena y 16.7% buena y un 3,3 % regular; sin encontrarse una diferencia estadísticamente significativa con respecto al sexo, edad, ocupación y nivel educativo como lo señalado en las investigaciones anteriores. Los autores concluyen que el nivel de calidad de vida es favorable debido a que 96% de la muestra presenta una presión arterial controlada, siendo importante la focalización de las intervenciones sanitarias en los controles de estos pacientes con el objetivo de mantener una buena calidad de vida y de esta manera conservar mejor la función social, el rol emocional, sufrir menos ansiedad, dolor y que se vea menos afectada la habilidad para desarrollar las actividades de la vida cotidiana.

Otra investigación que relaciona los factores sociodemográficos con la calidad de vida lleva por título *Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida* realizada por Marín C., Castro S. en el año 2011, Colombia,⁽³⁵⁾ en la que se evaluó la calidad de vida de 177 adultos mayores residentes de la ciudad de Santa Marta, a través de un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal, aplicando una ficha de datos sociodemográficos y el cuestionario SF 36, en este estudio predominó el sexo femenino con un 62%, los casados con 52%; mayor participación de los de 60 a 64 años (38%); el 75% vive acompañado; el 74% tienen ingresos económicos; el porcentaje de mayor escolaridad corresponde a bachillerato completo (31%).

En cuanto a los resultados del Short Form–36 Health Survey (SF36), los valores más altos se obtuvieron en las dimensiones de función social y salud mental con el 93% cada una, le sigue dolor corporal, vitalidad y rol emocional con el 84% cada una; función física con 81% y los de más bajo valor fueron rol físico con 78% y salud general con 69%.

Los datos obtenidos con referencia al sexo, fueron las mujeres las que obtuvieron los mayores porcentajes en todas las dimensiones. Se destaca el porcentaje de función

social, el cual es superado en más del doble por el sexo femenino. Con respecto a la edad, se observa que los de 60 a 69 años tienen una mejor calidad de vida que los adultos mayores de 70 años, además en todas las edades llama la atención que la salud mental alcanza uno de los valores más altos, junto con la función social.

Aun cuando no hubo resultados significativos, es relevante mencionar un análisis descrito por los autores acerca de la influencia de dos factores más con las dimensiones de la calidad de vida; uno de ellos corresponde al ingreso económico, señalando que el contar con éste permite tener un modo de vida con mayores oportunidades al gozar de comodidades materiales, pero también le da tranquilidad mental, emocional y estabilidad en la vida del adulto mayor. El otro factor involucrado es la educación, que permite la adquisición de mayor información y conocimiento, los cuales, con una utilización adecuada, favorecen un mejor estilo de vida, realizando actividades que ayuden al cuidado de su salud en relación con lo físico, mental y social.

Autores que abordan una temática similar al estudio anterior son Melguizo E, Acosta A y Castellano B., a través de su investigación denominada *Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores*, realizada en el año 2012, en Cartagena, Colombia ⁽³⁶⁾ usando una metodología cuantitativa, de diseño descriptivo y de corte transversal del que participaron 514 adultos mayores que presentaban alguna enfermedad crónica no transmisible, a quienes se les aplicó un cuestionario para los factores sociodemográficos y el “Índice Multicultural de Calidad de Vida” (QLI-Sp) , el cual mide las dimensiones de: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de calidad de vida.

Al relacionar la CVRS con los factores sociodemográficos se encontró que hay dimensiones que obtuvieron puntajes significativos según el género, siendo los hombres quienes reportan un mejor bienestar físico y emocional, mientras que las mujeres un mejor autocuidado y plenitud espiritual, aunque en general, fue el sexo femenino quien obtuvo mayores puntuaciones en las demás dimensiones, sin embargo, no fueron significativas estadísticamente.

La evaluación de las gráficas de resultados permite afirmar que en la medida que aumenta el grado de escolaridad se observa una tendencia a reportar mejor autocuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal y plenitud personal. Así mismo, en la medida que aumenta el estrato socioeconómico mejoran las percepciones de los adultos mayores acerca del bienestar físico y psicológico. Siendo los adultos mayores que en la actualidad son trabajadores o pensionados quienes reportaron mayor puntuación en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento ocupacional.

De esta forma, el análisis multivariado señala que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, poseer un estrato económico medio-alto, ser pensionado o estar trabajando mostró estar asociado positivamente con algunas dimensiones de la CVRS de los adultos mayores.

La investigación titulada *Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física*, realizada por Patiño F., Arango E., Loperan N., Ortiz N., Pérez E., Santamaría J. y Botero J., en el año 2011, Colombia; ⁽³⁷⁾ es otro estudio cuantitativo de corte transversal que se interesa en analizar la actividad física, reconociendo por tanto su rol importante en la prevención, control y tratamiento de las enfermedades crónicas y su relación con la calidad de vida. En esta oportunidad, se determinó la percepción de la CVRS de 177 sujetos pertenecientes a un programa de

actividad física, mediante la aplicación del cuestionario SF-36. Obteniéndose que el puntaje promedio de CVRS más alto fue en el funcionamiento físico y más bajo en dolor corporal y vitalidad, encontrándose además, una diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos géneros, siendo las mujeres quienes presentaron una mayor percepción en las dimensiones de dolor corporal, función física y vitalidad en relación con los hombres.

Con el aumento de la edad se encontró una disminución de los puntajes de la dimensión función física al igual que en dolor físico, dolor corporal, salud general y vitalidad., por otro lado con respecto al nivel de escolaridad, quienes tenían un nivel educativo universitario mostraron datos significativos en una mayor función física y un menor dolor corporal .

Además, los autores de este estudio establecen la relación entre las enfermedades crónicas y la diferentes dimensiones de la calidad de vida, en las personas que padecen diabetes Mellitus y fumadores las dimensiones que presentaron más bajo puntaje son el dolor corporal, salud general, salud mental y vitalidad. En los hipertensos solo las subescalas función social y rol físico son las que se ven alteradas; en obesos el valor más bajos fue en función física y el valor más alto fue en dolor corporal, sin embargo, obtuvieron mejores puntajes en los dominios del componente mental comparado con los no obesos, y por último, en los individuos con dislipidemia, se encontraron valores inferiores en las dimensiones de función física y salud general, como también mayor dolor corporal con respecto a quienes no presentaron alteraciones de los lípidos. Ante este estudio los autores refirieron que condiciones como tabaquismo, hipertensión, diabetes Mellitus, obesidad (por IMC, perímetro abdominal y porcentaje de grasa), dislipidemias y baja potencia aeróbica se acompañan de una menor percepción de la CVRS.

Coronado J, Díaz C, Apolaya M, Manriquez L, Arequipa L, en su artículo titulado *Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo* en el año 2011, Perú ⁽³⁸⁾ evaluaron la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas adultas mayores de 60 años no institucionalizadas, residentes en la ciudad de Chiclayo, para este estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, se realizó un muestreo por conglomerados, en el cual participaron 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socioepidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey. A partir de los resultados proporcionados por el instrumento, se observa que las dimensiones; función social, salud mental y la vitalidad obtuvieron el puntaje más alto, con una puntuación de 72,75 %, 68,74%, y 64,61% respectivamente; siendo las dimensiones más bajas las relacionadas a salud general , rol físico y dolor corporal con el 50,22 %, 61,18% y 62,22% respectivamente.

Al establecer relación con el género, se evidencia que los promedios de las escalas función social y rol emocional fueron los más altos en los hombres mientras que la salud general ocupó el lugar más bajo. En las mujeres las puntuaciones más altas corresponden también a la función social y además se agrega la salud mental, siendo las dimensiones más afectadas negativamente el rol físico, salud general y rol emocional. En relación a la edad, los autores de la investigación sugieren que un incremento de este factor aumenta el riesgo de tener una mala calidad de vida en la dimensión función física, debido a que el grupo etario >80 años obtuvo el puntaje más bajo en este ámbito. En cuanto al nivel de escolaridad, se identifica la educación media completa o nivel superior como factor protector para evitar una mala calidad de vida en todas las dimensiones, pues los valores fueron los más altos, excepto en la dimensión de salud general en donde no fue significativo.

Otro estudio que se preocupó de analizar una de las enfermedades crónicas más propensas a nivel mundial, la Diabetes Mellitus, es titulado como *Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes Mellitus tipo 2* llevado a cabo por Urzúa A, Chirino A y Valladares G. en el año 2011, en la ciudad de Antofagasta, Chile ⁽³⁹⁾. La investigación utilizó una metodología cuantitativa con diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 296 personas que tenían hora para acudir al control de crónicos en los consultorios de Atención Primaria de la ciudad de Antofagasta, cumpliendo con los criterios de inclusión de contar con un diagnóstico de DM2 con un tiempo de evolución superior a 1 año. Se les aplicó un instrumento compuesto de dos partes, la primera sección indagó datos sociodemográficos y de salud, la segunda sección correspondió al cuestionario específico Diabetes Quality of Life (DQOL) que consta de 48 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación por los efectos futuros de la diabetes, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, más una pregunta sobre el estado de salud percibido. El puntaje total obtenido se transforma a un índice de 0 a 100, donde los puntajes más bajos indican que el paciente tiene una mejor percepción de CVRS en esa dimensión.

Al relacionar la calidad de vida con la salud y las variables sociodemográficas de los participantes mediante el análisis de las medias se obtuvieron los siguientes resultados: de acuerdo al sexo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los dominios de satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación por efectos futuros de la diabetes y en la calidad de vida total. En todas las dimensiones del instrumento, las mujeres percibían una peor CVRS que los hombres, en quienes sólo la subescala preocupación por aspectos sociales y vocacionales se observa más afectada, sin embargo, esta diferencia no fue significativa.

En cuanto a la edad, a nivel de la muestra se identifica que a mayor edad, mejor CVRS percibida en los dominios satisfacción con el tratamiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, preocupación por efectos futuros de la diabetes y calidad de vida total. (Autores discuten que posiblemente las personas de edad avanzada podrían presentar un nivel mayor de adaptación y aceptación de la enfermedad).

A nivel de la muestra total no se encontraron diferencias significativas entre las medias obtenidas por las personas con pareja y sin pareja, pero al estratificar el análisis por sexo, sí se encontraron variaciones entre las medias reportadas por hombres con y sin pareja en el dominio satisfacción con el tratamiento, en donde la media de los que están en una relación fue significativamente menor (mayor CVRS) que la de aquellos que no tienen una relación. Además, aun cuando se identificó una menor CVRS en aquellos participantes con obesidad clase III, no se encontraron correlaciones significativas entre el peso de los participantes y su IMC con los puntajes obtenidos en las distintas dimensiones evaluadas.

Otro artículo que abarca factores de género y estado civil específicamente, lleva por título *Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores*, estudio efectuado por Vivaldi F. y Barra E. en el año 2012, en la ciudad de Concepción, Chile; ⁽⁴⁰⁾ utilizando una metodología cuantitativa con diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal.

La investigación estudió el bienestar psicológico de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Concepción y sus relaciones con el apoyo social percibido y la autopercepción del estado de salud, junto con examinar posibles diferencias de género y de estado civil en las variables examinadas. La muestra estuvo conformada por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8

años), participantes de la Unión Comunal de Adultos Mayores de la ciudad de Concepción. Se les realizó una encuesta sociodemográfica, donde cada participante completó una ficha acerca de datos demográficos generales (edad, estado civil, nivel educacional), además del lugar de residencia, enfermedades y autoevaluación del estado de salud con 4 alternativas, desde mala hasta excelente . El estudio dio como resultado que existen diferencias de género significativas, a favor de los hombres en las variables percepción de salud y bienestar psicológico global, no observándose diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de apoyo social. La comparación de ambos grupos mediante la prueba t de diferencia de medias muestra que las personas con pareja (casadas y convivientes) informan mayor bienestar psicológico global, mayor percepción de apoyo social y mejor percepción de salud que las personas sin pareja (solteras, separadas y viudas), aunque tal diferencia de este último punto no alcanza a ser significativa estadísticamente.

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLOGICO

4.1 Tipo de investigación:

Estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal descriptivo.

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo ya que los datos que se obtuvieron mediante los instrumentos son cuantificables y medibles, que posteriormente se mostraron los datos en base a la medición numérica y análisis estadístico. Además el alcance es correlacional debido a que se analizó la relación entre las dos variables en estudio, es decir, si un aumento o disminución en los factores sociodemográficos coincide con un aumento o disminución en las dimensiones de la calidad de vida. En cuanto al diseño, éste es de corte transversal descriptivo dado que las variables a estudiar en una población definida se midieron y describieron en un momento específico de tiempo.

4.2 Población

La población fue constituida por todos los pacientes mayores de 60 años que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, Hualpén durante el primer semestre del año 2017.

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis correspondió a cada paciente mayor de 60 años que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, Hualpén, que cumpla con los criterios de inclusión, durante el primer semestre del año 2017.

4.4 Muestra

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes mayores de 60 años que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, Hualpén, que cumplieron con los criterios de inclusión y que fueron seleccionados de forma aleatoria del sector 2 randomizado, durante el primer semestre del año 2017.

4.5 Criterios de selección

4.5.1 Criterios de inclusión

- ❖ Pacientes pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Pacientes con una permanencia mínima de 3 años en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Pacientes con edad igual o mayor a 60 años.
- ❖ Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
- ❖ Pacientes que completaron en su totalidad los cuestionarios.
- ❖ Pacientes que presentaron bajo riesgo cardiovascular.

4.5.2 Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes que no pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

- ❖ Pacientes que tienen menos de 3 años de permanencia en el Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.
- ❖ Pacientes con edad menor a 60 años.
- ❖ Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- ❖ Pacientes con enfermedades neurodegenerativas, analfabetos o no videntes, estados que impiden contestar los cuestionarios.
- ❖ Pacientes que no completaron en su totalidad los cuestionarios.

4.6 Tipo de muestreo

El muestreo es de carácter aleatorio simple: Los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta se encuentran distribuidos en sector 1, sector 2 y sector 3. Se realizó una selección al azar de los sectores utilizando la calculadora científica, arrojando el sector 2 como resultado. El sector 2 está conformado por 120 pacientes de los cuales 57 cumplen con los criterios de inclusión establecidos, siendo este el tamaño de la población.

Para obtener el tamaño muestral se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * p * q}{(N-1)*D + p*q} \qquad D = \frac{B^2}{Z^2 \alpha / 2}$$

Considerando que:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

p= Proporción histórica (0,5 cuando no existen antecedentes históricos)

q= 1-p (complemento)

B= 0,05 margen de error

D= Error máximo

Z α / 2 = El valor correspondiente al nivel de confianza del 95% es 1,96

$D = \frac{(0,05)^2}{(1,96)^2}$	$n = \frac{57 * 0,5 * 0,5}{(57-1) * 0,000651 + 0,5 * 0,5}$
$D = 0,000651$	$n = 49,73 \approx 50$

Sin embargo, en la práctica la muestra de 50 pacientes con sus respectivos datos se obtuvieron aleatoriamente en el programa MICROSOFT OFFICE EXCEL 2013, tras la revisión bibliográfica de los estudios que conforman el marco empírico, seleccionando aquello que más se asemejan a la investigación.

4.7 Variables

Las variables que conformaron el estudio de investigación se clasificaron en:

❖ **Dependientes:**

Calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental).

❖ **Independientes:**

Factores sociodemográficos: género, edad, actividad física, estado nutricional, escolaridad y estado civil.

4.7.1 Variable Dependiente

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION DE CADA DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Calidad de Vida: Condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción.</p> <p>Esta variable se compone de 8 dimensiones Función física Rol físico</p>	<p>Función Física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.</p>	<p>Cuantitativa, Escala de razón.</p>	<p>Las puntuaciones van del 0 al 100, donde a mayor puntuación mejor calidad de vida.</p>	<p>Se medirá a través de un instrumento llamado Cuestionario SF-36 versión para Chile.</p>

<p>Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental.</p>	<p>Rol Físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física.</p> <p>Dolor Corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa.</p> <p>Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.</p> <p><u>Vitalidad (VT):</u></p>			
--	--	--	--	--

	<p>Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento.</p> <p>Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales.</p> <p>Función Emocional (FE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales.</p> <p>Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo</p>			
--	---	--	--	--

	depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.			
--	--	--	--	--

4.7.2 Variables Independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Género	Alude a las diferencias entre hombre y mujer en una categoría física y biológica.	Cualitativo Escala nominal.	1. Femenino 2. Masculino	Se conocerá a través de un cuestionario de datos sociodemográficos adjuntado al Cuestionario SF-36 versión para Chile.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contado desde su nacimiento hasta la fecha del estudio, expresado en años.	Cuantitativa Escala de razón.	Cantidad de años escrita en números.	Se conocerá a través de un cuestionario de datos sociodemográficos adjuntado al Cuestionario SF-36 versión para Chile.

Estado nutricional	<p>Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que dan lugar en su cuerpo, se puede tabular en relación con IMC, peso y talla.</p>	<p>Cuantitativa continua Escala intervalar.</p>	<p>1. Bajo peso 2. Normal 3. Riesgo de obesidad 4. Obesidad</p>	<p>Cálculo de índice de masa corporal.</p>
Actividad física	<p>Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña</p>	<p>Cualitativo Escala nominal</p>	<p>1. Sí realiza 150 minutos semanales de actividad física moderada a aeróbica. 2. No realiza 150 minutos semanales de actividad física moderada a aeróbica.</p>	<p>Se conocerá a través de un cuestionario sociodemográficos adjuntado al Cuestionario SF-36 versión para Chile, (según las recomendaciones de la OMS “La actividad física en adultos mayores”).</p>

	actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.			
Escolaridad	Nivel de estudio sistemático escolarizado que constituye el último grado cursado y aprobado por la persona.	Cualitativa Escala ordinal.	1.Básica Completa 2.Básica Incompleta 3.Media completa 4.Media Incompleta 5.Estudios técnico-universitarios.	Se conocerá a través de un cuestionario de datos sociodemográficos adjuntado al Cuestionario SF-36 versión para Chile.
Estado civil	Vínculo civil con una persona al momento de realizar el cuestionario.	Cualitativo Escala nominal.	1.Con pareja 2. Sin pareja	Se conocerá a través de un cuestionario de datos sociodemográficos adjuntado al Cuestionario SF-36 versión para Chile.

--	--	--	--	--

4.8 Método de recolección de datos

En primer lugar, el proyecto de investigación deberá ser aprobado por el Comité de Ética Acreditado de la universidad Católica de la Santísima Concepción, posterior a esto se establecerá contacto con la Dirección de Administración de Salud, Hualpén con el objetivo de solicitar la autorización (mediante entrega de carta firmada por la Sra. Verónica Drago jefa de la carrera Enfermería, para llevar a cabo la investigación en el CESFAM La Floresta durante el primer semestre del año 2017, explicitando los sujetos de estudio y los instrumentos a aplicar. Procediendo con el mismo protocolo en la Dirección del CESFAM la Floresta.

Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes con el consiguiente acceso a los datos de los pacientes y según el número obtenido del cálculo del tamaño muestral, se contactará a cada unidad de análisis vía telefónica para acordar la entrega del consentimiento informado en su hogar, visita en que además se explicará el objetivo del estudio y cuestionarios considerados en la metodología. Los consentimientos informados serán leídos por los usuarios adultos mayores, quienes confirmarán su decisión de participar a través de la firma del documento. Por tanto, sólo a quienes accedan a ser participantes se les hará entrega de los cuestionarios del estudio, ambos de carácter anónimo y autoaplicados en presencia de los investigadores responsables del proyecto de investigación.

4.9 Instrumentos

El cuestionario SF 36 versión para Chile fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992, siendo la calidad de sus datos evaluados en términos de los resultados de las pruebas psicométricas de los supuestos del método de Likert y la confiabilidad de las escalas a través del coeficiente alfa de Cronbach (basado en el número de preguntas y la homogeneidad de estas en una escala de dimensión), en donde la totalidad de las 8 dimensiones exceden el estándar de 0,7, recomendado para la comparación de grupos y el valor de 0,90 siendo recomendado para las comparaciones individuales.

La taxonomía de este cuestionario tiene 3 niveles: 36 preguntas, 8 dimensiones que son agregadas en 2 medidas de resumen, llamadas componente de Salud Física (CSF) y componente de Salud Mental (CSM). Las 8 dimensiones que integran la calidad de vida son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental ⁽⁴¹⁾.

Los resultados que se obtuvieron con este instrumento impidieron estratificar la calidad de vida como buena, regular o mala. En base a esto, sólo se pudo obtener mejores o peores puntajes dentro de una escala que va de 0-100, en la cual cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es la calidad de salud percibida. (Ver anexo 2 para asignación de puntaje).

El otro instrumento aplicado fue un cuestionario redactado por las autoras y adjuntado al Cuestionario SF-36, para acceder a la recolección de los datos

sociodemográficos de interés como lo son el género, edad, escolaridad, actividad física, estado nutricional y estado civil.

4.10 Procesamiento y plan de análisis

Los datos sociodemográficos (variables independientes) y los del cuestionario SF-36 versión para Chile (variables dependientes) fueron extraídos de los estudios que conforman el marco empírico de la investigación y luego tabulados en el programa MICROSOFT OFFICE EXCEL 2013, el cual utiliza el método numérico Montecarlo que permite resolver problemas físicos y matemáticos mediante la simulación de variables aleatorias. Así, se ocuparon los promedios y desviaciones estándar de cada variable para posteriormente importar estos datos al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés), llevando a cabo pruebas T Student, pruebas de ANOVA, tablas de comparación de medias independientes, datos que posteriormente fueron representados mediante gráficos de media de error, figura más acorde para el estudio, pues permitió visualizar y analizar de mejor manera los promedios en comparación y la incertidumbre (según longitud de la barra de error) que existió entre los valores, y de esta forma, interpretar los resultados y extraer conclusiones del estudio

Es importante señalar que para establecer la relación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la calidad de vida, se agruparon las 8 dimensiones que conforman el Cuestionario SF-36 versión para Chile en 2 grandes categorías:

-Componente Salud Física, constituido por las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal y salud general.

-Componente Salud Mental, constituido por las dimensiones vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

De esta forma, el puntaje obtenido en cada dimensión se promedió, luego teniendo las 8 dimensiones promediadas, éstas se agruparon en la clasificación anteriormente mencionada para obtener la media aritmética final de cada componente que conformó la calidad de vida (salud física y mental) y así se correlacionó estadísticamente las variables

CAPÍTULO V: ASPECTOS ÉTICOS

5.1 Pautas CIOMS

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) es una organización internacional no gubernamental que tiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS) que propone una serie de pautas éticas internacionales para llevar a cabo la investigación biomédica en seres humanos⁽⁴²⁾. De este modo, el presente estudio considera las siguientes pautas:

La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos (pauta 1); debido a que el proyecto de investigación se puede justificar éticamente ya que se realizará de manera en el que se respete y proteja a los personas involucradas, siendo una instancia justa para ellos y moralmente aceptable. Además, de planificarse con un diseño científicamente válido con métodos adecuados a los objetivos planteados inicialmente y al campo de estudio.

Respecto a los **Comités de evaluación ética** (pauta 2); el estudio será sometido al Comité de Ética de la Universidad Católica de la Santísima Concepción con el fin de examinar su mérito científico y aceptabilidad ética, siendo necesaria su aprobación o autorización antes de realizar la investigación.

Se considera la entrega de un **consentimiento informado individual** (pauta 4) a cada unidad de análisis, puesto que es un documento que proporciona a los pacientes del PSCV la opción de decidir ser partícipe o no del estudio, sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos indebidos. De esta forma, se le otorga a la persona el derecho a escoger libremente, respetando su autonomía y protegiendo la libertad de elección.

A partir de lo anterior, la **obtención del consentimiento informado** (Pauta 5) requerirá que los investigadores transmitan información esencial ya sea verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender claramente aspectos como el propósito de la investigación, los instrumentos que se aplicarán, las medidas que se tomarán para asegurar el respeto a la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida, además de mencionar que la metodología ha sido aprobada por un comité de ética. De acuerdo a **obtención de consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigadores**, (Pauta 6) los investigadores tendrán la responsabilidad de abstenerse del engaño injustificado, influencia indebida o intimidación con los posibles sujetos de estudio; debiendo solicitar el consentimiento sólo después de comprobar la adecuada comprensión de lo informado. Asimismo, en el estudio existirá **protección de la confidencialidad** (pauta 18) pues los investigadores se comprometerán con los pacientes que conformen la muestra a mantener la privacidad de sus identidades mediante el anonimato de los sujetos.

A continuación se presentan las pautas que no aplican en la investigación, siendo éstas: Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente (Pauta 3), Incentivos para participar en una investigación (Pauta 7), Beneficios y riesgos de participar en un estudio (Pauta 8), Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado (Pauta 9), Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados (Pauta 10) , Elección del control en ensayos clínicos (Pauta 11), Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación (Pauta 12), Investigación en que participan personas vulnerables (Pauta 13), Investigación en que participan niños (Pauta 14), Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado (Pauta 15), Las

mujeres como sujetos de investigación (Pauta 16), Mujeres embarazadas como sujetos de investigación (Pauta 17), Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados (Pauta 19), Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica (Pauta 20), Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud (Pauta 21). Dichas pautas no han sido consideradas, pues sus aspectos involucrados no guardan relación con los objetivos y la metodología del estudio.

5.2 Modelo Bioético Personalista

La Universidad Católica de la Santísima Concepción destaca en su sello doctrinal el resguardo de los principios éticos del Modelo Bioético Personalista, los cual en el estudio se protegen de la siguiente manera:

Principio de Defensa de la vida física: El proyecto de investigación identificará las dimensiones de la calidad de vida que se encuentren más afectadas en los pacientes adultos mayores pertenecientes al programa de salud cardiovascular, de esta forma la información obtenida pueda servir de apoyo para los profesionales sanitarios, en cuanto al enfoque de las intervenciones que se otorguen a estos usuarios, promoviendo así el valor fundamental que es la vida según sus necesidades.

Principio de libertad y responsabilidad: Se les informará a los pacientes el objetivo y la metodología del estudio, pues mientras más conocimiento tienen las personas adquieren más libertad, siempre asociada a la responsabilidad para conseguir el bien de sí mismo, para respetar esto, se les entregará un consentimiento informado que procederán a firmar o no según sus decisiones y deseos de ser partícipes del proyecto de investigación. Además se comunicará a los potenciales participantes que existirá

protección de la confidencialidad, omitiendo información que pudiese revelar sus identidades.

Principio de Totalidad: Los pacientes no serán objeto de experimentación, por lo tanto no existirán intervenciones que dañen su integridad física.

Principio de Sociabilidad y Subsidiaridad: Se reconoce a los pacientes como seres sociales, que merecen tener todas sus necesidades satisfechas, tanto por ellos mismos como por la comunidad. En el estudio se podrán identificar dichas necesidades con el objeto que los profesionales de salud promuevan aún más la vida y salud de todos y cada uno, respetando los derechos, garantizando la destinación y distribución de recursos sanitarios para llevarlo a cabo.

CAPITULO VI: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presenta la tabla descriptiva que contiene la caracterización de la muestra que conforma la investigación:

Tabla de Caracterización de factores sociodemográficos de adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Características	n=50
Edad (años)	70,38 ± 6,2
Entre 60-65 años	3 (5,9%)
Entre 66 -70 años	24(48,0%)
Entre 71-75 años	15(30,4%)
Entre 76-80 años	8(15,7%)
Sexo	
Femenino	31 (60,8%)
Masculino	19(39,2%)
Escolaridad	
analfabeto	7 (13,7%)
Básica incompleta	28(54,9%)
Media	11(23,1 %)
universitario	4(7,8 5 %)
Estado civil	
Sin pareja	20(40,2%)
Con pareja	30(59.8%)
Actividad física	
No realiza	28 (55,9 %)
Si realiza	22(44,1 %)
Estado nutricional	
Enflaquecido	6 (11,8%)
Normal	12 (23,5%)

Sobrepeso	16(32,4%)
Obesidad	16(32,4%)

De acuerdo a lo presentado en la tabla anterior, se evidencia que la edad promedio de la muestra se encuentra en los 70 años, siendo el rango entre 66 a 70 años el más frecuente, seguido de aquellos que están entre los 71 a 75 años y aquellos A.M entre 76 y 80 años, finalmente la edad de 60 a 65 es el rango que se presenta en menor cantidad. En cuanto al género, se identifica un predominio de más del 60% del sexo femenino en comparación al sexo masculino. Respecto al nivel de escolaridad que poseen los adultos mayores, se extrae que la mayoría de la muestra cursó la enseñanza básica sin completarla, en contraste, quienes cursaron estudios universitarios representan la

minoría. También, se observa que más de la mitad de la muestra, es decir, más de 25 adultos mayores tienen pareja (casado o conviviente civil). Se identifica que hay más adultos mayores que no realizan actividad física de acuerdo a las recomendaciones de la OMS según su longevidad, aspecto que podría asociarse con el siguiente factor sociodemográfico como lo es el estado nutricional, puesto que hay más adultos mayores que presentan sobrepeso y obesidad, ambos en igual proporción, siguiendo a este dato, aquellos que tienen IMC en rangos normales y finalmente en menor cantidad aquellos que se encuentran en la categoría de enflaquecidos.

6.1 Análisis del Componente de Salud Física en relación al Género

Para analizar el factor sociodemográfico referente al Género se ha utilizado la prueba T Student, la cual permite evaluar las diferencias significativas entre las medias de dos categorías de una misma variable.

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Física en relación al género se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 1.a Estadísticas de grupo según Género y Componente Salud Física

	Género	N	Media CSF	Desviación estándar	Media de error estándar
	Femenino	31	56,87	4,790	,860
	Masculino	19	67,89	10,176	2,334

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 1.b Prueba de muestras independientes para Género y Componente Salud Mental

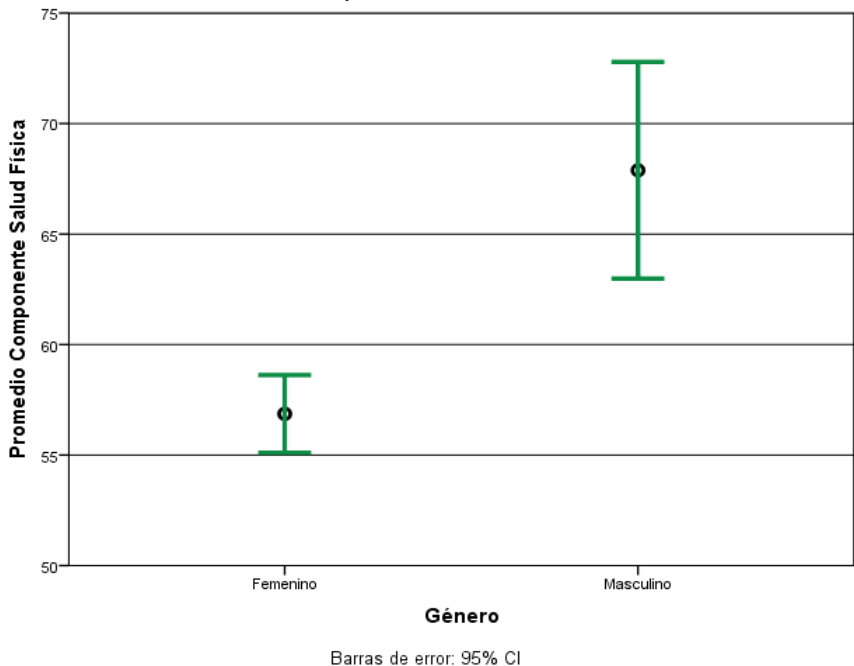
	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	28,837	,000	-5,187	48	,000	-11,020	2,125	-15,292	-6,749
CSM No se asumen varianzas iguales			-4,429	22,968	,000	-11,020	2,488	-16,168	-5,873

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que p valor (nivel más bajo en que el valor observado de la estadística de prueba es significativa) es menor a 0,05, por lo tanto no se asumen varianzas iguales. De esta manera, se rechaza la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa o H_1 , existiendo relación entre el género y el Componente de Salud Física.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:

Gráfico N°1: Distribución Componente de Salud Física en relación al Género



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

adultos
sexo
tienen
calidad
respecto

de salud

la media aritmética de esta variable 67,89 en comparación con el sexo femenino cuyo promedio es 56,87.

Los
mayores de
masculino
una mejor
de vida
al
componente
física siendo

6.2 Análisis del Componente Salud Mental en relación al Género

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en relación al género se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 2.a Estadísticas de grupo según Género y Componente Salud Mental

	Género	N	Media CSM	Desviación estándar	Media de error estándar
	Femenino	31	63,58	8,332	1,497
	Masculino	19	69,35	8,119	1,863

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 2.b Prueba de muestras independientes para Género y Componente Salud Mental

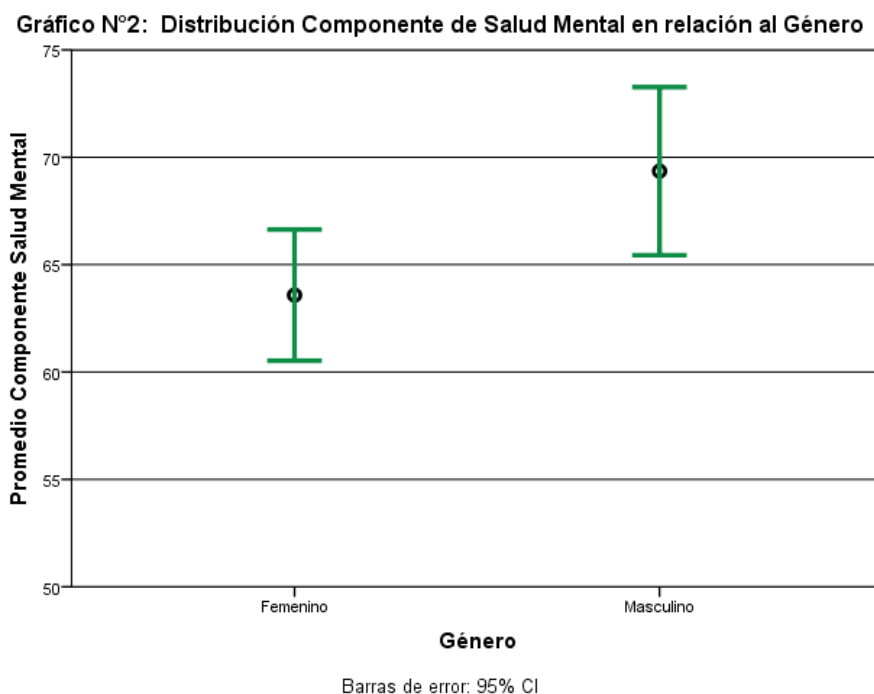
	Prueba de Levene de calidad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Media CSM	Se asumen varianzas iguales	,570	,454	-2,401	48	,020	-5,773	2,405	-10,608	-,938
	No se asumen varianzas iguales			-2,416	38,993	,020	-5,773	2,389	-10,606	-,940

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que p valor (nivel más bajo en que el valor observado de la estadística de prueba es significativa) es menor a 0,05, por lo tanto no se asumen varianzas iguales. De esta manera, se rechaza la hipótesis nula o H_0 que postulaba que

no había relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa o H_1 , existiendo relación entre el género y el Componente de Salud Mental.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Al comparar las medias aritméticas se observa que el sexo femenino presenta una menor calidad de vida respecto al Componente de Salud Mental (63,58) en cambio el sexo masculino presenta una mejor calidad de vida (69,36), sin embargo la diferencia entre géneros relacionada con el Componente de Salud Mental no es muy significativa como lo es la relación entre los géneros con respecto al Componente de Salud Física presentado anteriormente en el gráfico N°1.

6.3 Análisis del Componente de Salud Física en relación a la Edad

Para analizar el factor sociodemográfico referente a la Edad se ha utilizado la prueba unidireccional ANOVA, debido a que esta permite estudiar la posible relación entre una variable cuantitativa y una variable con 3 o más modalidades, de forma que al clasificar los datos de la primera en función de dichas modalidades se generan muestras independientes.

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Física en relación a la Edad se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 3.a Descripción de la Edad según Componente Salud Física

	N	Media CSF	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
entre 60 y 65 años	3	68,16	15,452	8,921	29,78	106,55	59	86
entre 66 y 70 años	24	62,81	8,147	1,663	59,36	66,25	52	79
entre 71 y 75 años	15	61,43	8,043	2,077	56,97	65,88	52	76
entre 76 y 80 años	8	52,43	5,978	2,114	47,43	57,42	40	58
Total	50	61,05	9,016	1,275	58,49	63,62	40	86

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 3.b Prueba de ANOVA Edad según Componente Salud Física

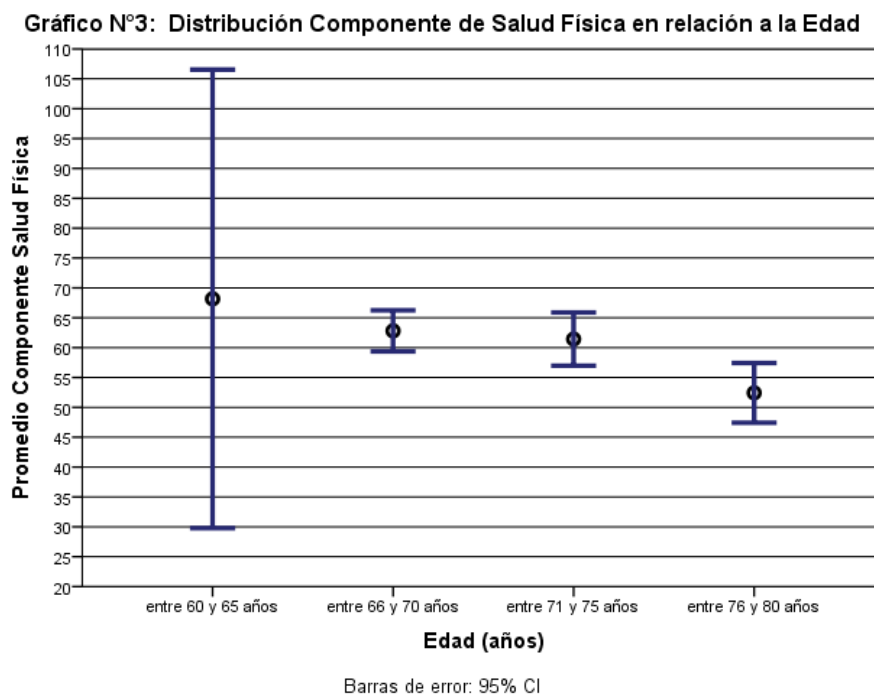
Media CSF	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	822,920	3	274,307	3,993	,013
Dentro de grupos	3160,003	46	68,696		
Total	3982,923	49			

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

El valor de la significación es 0,013 al ser esta menor a 0,05 la diferencia de medias aritméticas entre el Componente de Salud Física y la Edad son significativas, llevando a rechazar la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y por consiguiente a aceptar la hipótesis alternativa o H_1 , es decir, existe relación entre la edad y el Componente de Salud Física.

También se evidencia que aproximadamente la mitad de la muestra corresponde a adultos mayores con un rango de edad entre 66 a 70 años y aquellos adultos mayores que tienen una edad entre 60 a 65 años representan la minoría.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que la relación entre la edad y el promedio del Componente de Salud Física es inversamente proporcional, pues mientras mayor sea la edad del adulto menor es su calidad de vida respecto al Componente de Salud Física. Lo anterior se respalda con la disminución progresiva de las medias aritméticas del Componente de Salud Física a medida que van aumentando los años de vida, siendo para los adultos con una edad que comprende entre 76-80 años el promedio del CSF más bajo (52,43) y para los que tiene una edad entre 60-65 años el valor más alto (68,16).

6.4 Análisis del Componente de Salud Mental en relación a la Edad

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en relación a la Edad se presentan las siguientes tablas:

Tabla 4.a Descripción de la Edad según Componente Salud Mental

	N	Media CSM	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
entre 60 y 65 años	3	71,34	7,544	4,355	52,60	90,08	66	80
entre 66 y 70 años	24	68,18	6,335	1,293	65,50	70,86	50	76
entre 71 y 75 años	15	67,69	6,151	1,588	64,28	71,09	57	78
entre 76 y 80 años	8	52,88	8,274	2,925	45,97	59,80	42	68
Total	50	65,77	8,645	1,223	63,32	68,23	42	80

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

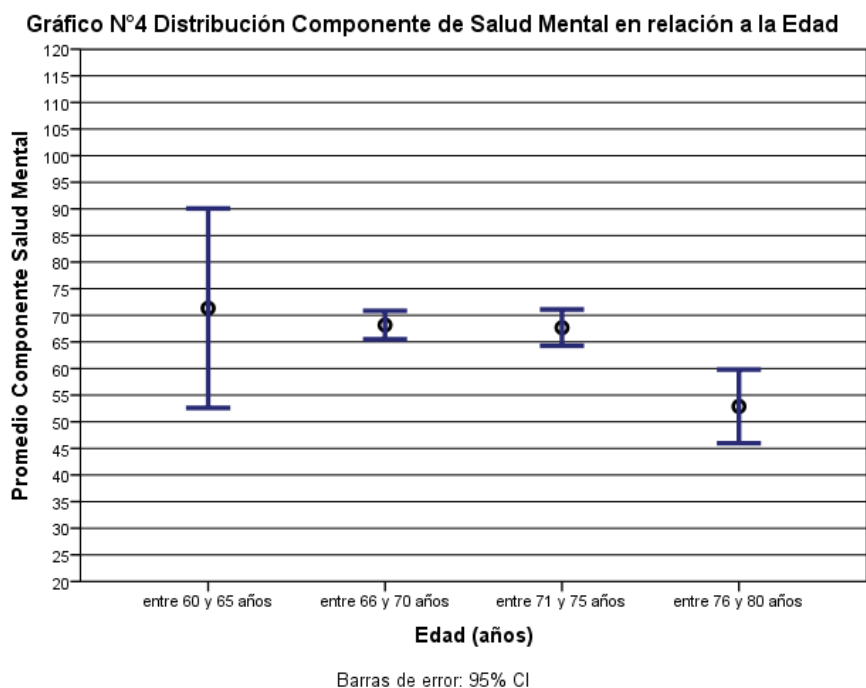
Tabla 4.b Prueba de ANOVA Edad según Componente Salud Mental

Media CSM	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1615,931	3	538,644	12,111	,000
Dentro de grupos	2045,950	46	44,477		
Total	3661,881	49			

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

El valor de la significación es 0,000 al ser ésta menor a 0,05 la diferencia de medias aritméticas entre el Componente de Salud Mental y la edad son significativas, llevando a rechazar la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y por consiguiente a aceptar la hipótesis alternativa o H_1 , es decir, existe relación entre la edad y el Componente de Salud Mental. También se evidencia que aproximadamente la mitad de la muestra corresponde a adultos mayores con un rango de edad entre 66 a 70 años y aquellos adultos mayores que tienen una edad entre 60 a 65 años representan la minoría.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica una similitud con el gráfico anterior, pues existe una disminución progresiva de las medias aritméticas del Componente de Salud Mental a medida que van aumentando los años de vida, siendo para los adultos con una edad que comprende entre 76-80 años el promedio del CSM más bajo (52,88) y para los que tiene una edad entre 60-65 años el valor más alto (71,34).

6.5 Análisis del Componente Salud Física en relación al Estado civil

Para analizar el factor sociodemográfico referente al Estado civil se ha utilizado la prueba T Student, la cual permite evaluar las diferencias significativas entre las medias de dos categorías de una misma variable.

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Física en relación al estado civil se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 5.a Estadísticas de grupo según Estado civil y Componente Salud Física

	E. civil	N	Media CSF	Desviación estándar	Media de error estándar
	Sin pareja	20	55,54	5,117	1,144
	Con pareja	30	64,73	9,233	1,686

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

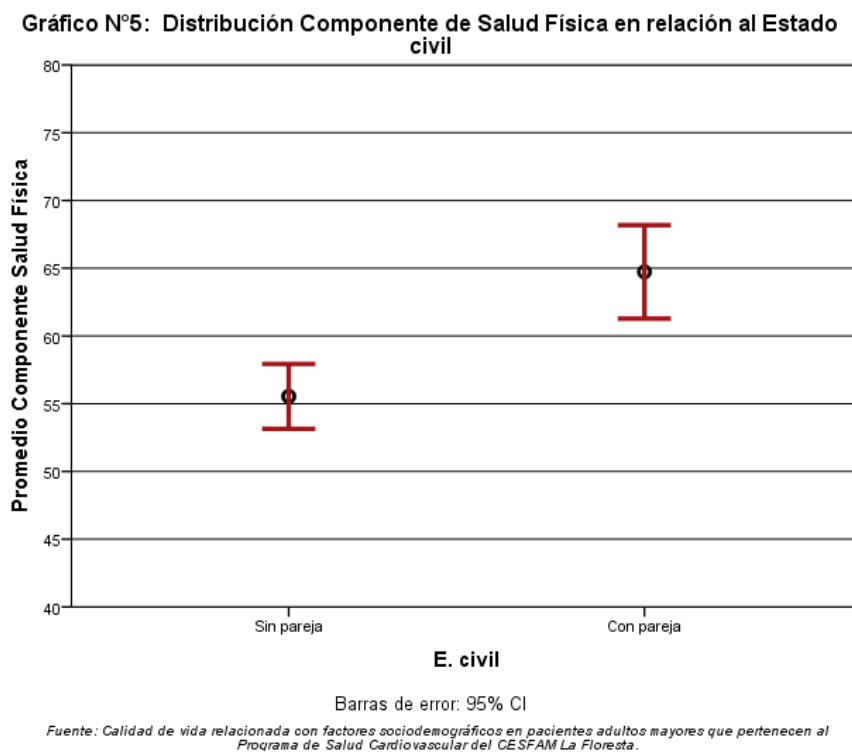
Tabla 5.b Prueba de muestras independientes para Estado civil y Componente Salud Física

	Prueba de Levene de		prueba t para la igualdad de medias						
	calidad de varianzas		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	Sig.						Inferior	Superior
Se asumen Media varianzas iguales	12,460	,001	-4,047	48	,000	-9,190	2,271	-13,755	-4,624
CSF No se asumen varianzas iguales			-4,511	46,73 5	,000	-9,190	2,037	-13,289	-5,091

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que p valor (nivel más bajo en que el valor observado de la estadística de prueba es significativa) es menor a 0,05, por lo tanto no se asumen varianzas iguales. De esta manera, se rechaza la hipótesis nula o H_0 la cual postulaba que no había relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa o H_1 , existiendo relación entre el estado civil y el Componente de Salud Física.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Los adultos mayores que tienen pareja, es decir, que conviven civilmente o son casados presentan una mejor calidad de vida respecto al Componente de Salud Física siendo la media aritmética de esta variable 64,73 en comparación con aquellos que no tienen pareja, es decir, solteros, viudos y divorciados cuyo promedio es 55,54.

6.6 Análisis del Componente Salud Mental en relación al Estado civil

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en relación al estado civil se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 6.a Estadísticas de grupo según Estado civil y Componente Salud Mental

	E. civil	N	Media CSM	Desviación estándar	Media de error estándar
Sin pareja		20	60,37	9,279	2,075
Con pareja		30	69,37	6,029	1,101

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

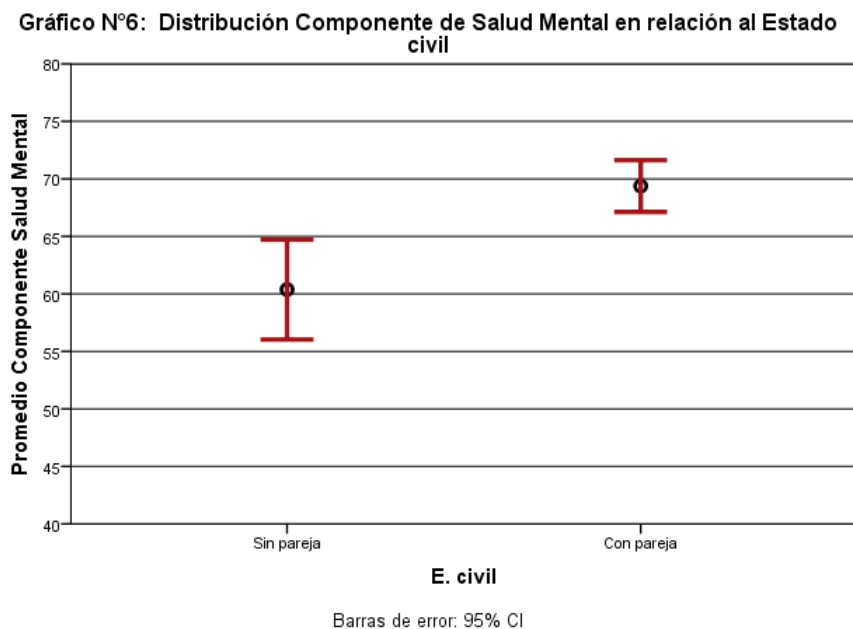
Tabla 6.b Prueba de muestras independientes para Estado civil y Componente Salud Mental

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Media CSM	Se asumen varianzas iguales	10,441	,002	-4,164	48	,000	-9,000	2,161	-13,345	-4,654
	No se asumen varianzas iguales			-3,832	29,661	,001	-9,000	2,349	-13,799	-4,200

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que el p valor es inferior a 0,05 por lo tanto no se asumen varianzas iguales. De esta manera, se rechaza la hipótesis nula o H_0 la cual postulaba que no había relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa o H_1 , existiendo relación entre el estado civil y el Componente de Salud Mental.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Los adultos mayores que conviven civilmente o son casados, es decir, que tienen pareja, presentan una mejor calidad de vida respecto al Componente de Salud Mental siendo la media aritmética de esta variable 69,37 en comparación con aquellos que no tienen pareja, es decir, solteros, viudos y divorciados cuyo promedio es 60,37.

6.7 Análisis del Componente Salud Física en relación a la Escolaridad

Para analizar el factor sociodemográfico referente a la Escolaridad se ha utilizado la prueba unidireccional ANOVA, debido a que esta permite estudiar la posible relación entre una variable cuantitativa y una variable con 3 o más modalidades, de forma que al clasificar los datos de la primera en función de dichas modalidades se generan muestras independientes.

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Física en relación a la Escolaridad se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 7.a Descripción Niveles de Escolaridad según Componente Salud Física

	N	Media CSF	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Analfabeto	7	56,07	7,471	2,824	49,16	62,98	40	62
Básica incompleta	28	58,47	5,665	1,071	56,28	60,67	49	79
Media	11	64,99	10,411	3,139	58,00	71,98	52	78
Universitario	4	77,00	7,071	3,536	65,75	88,25	69	86
Total	50	61,05	9,016	1,275	58,49	63,62	40	86

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 7.b Prueba de ANOVA Niveles de Escolaridad según Componente Salud Física

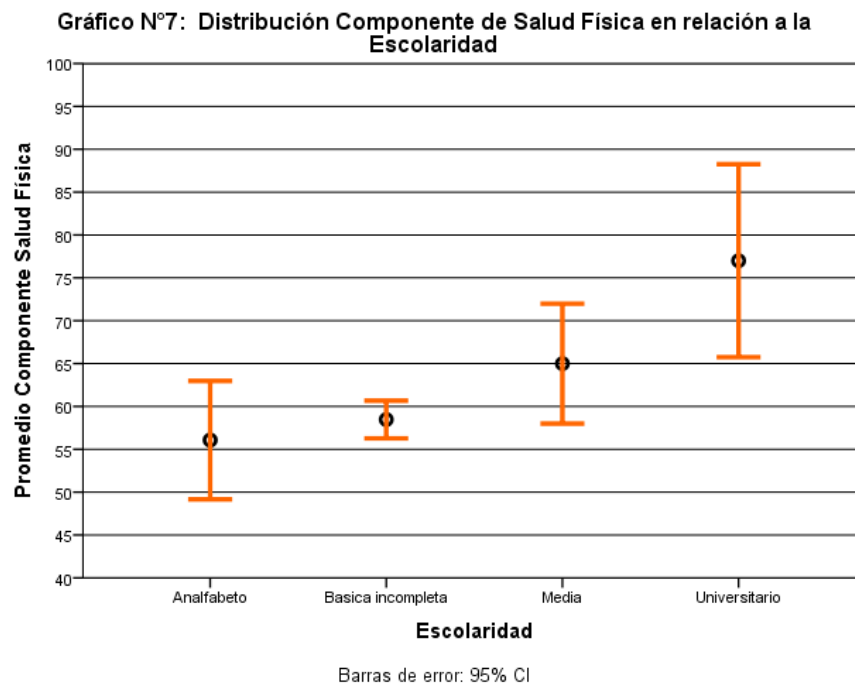
Media CSF	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1547,604	3	515,868	9,744	,000
Dentro de grupos	2435,320	46	52,942		
Total	3982,923	49			

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

El valor de la significación es 0,000 al ser esta menor a 0,05 las diferencias de medias aritméticas entre el Componente de Salud Física y los niveles de escolaridad son significativas, llevando a rechazar la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y por consiguiente a aceptar la hipótesis alternativa o H_1 , es decir, existe relación entre la escolaridad y el Componente de Salud Física.

También se evidencia que más de la mitad de la muestra no ha completado enseñanza básica, por el contrario, quienes tienen estudios universitarios representan la minoría.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Se identifica que mientras mayor nivel educativo presenta el adulto mayor mejor es su calidad de vida respecto al Componente de Salud Física.

Lo anterior se respalda con el aumento progresivo de las medias aritméticas del Componente de Salud Física a medida que van aumentando los años de escolaridad, siendo para los analfabetos el promedio del CSF más bajo (56,07) y para los universitarios el valor más alto (77,00).

6.8 Análisis del Componente de Salud Mental en relación a la Escolaridad

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en relación a la Escolaridad se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 8.a Descripción de Escolaridad según Componente Salud Mental

	N	Media CSM	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Analfabeto	7	64,84	10,302	3,894	55,31	74,37	42	72
Básica incompleta	28	63,85	7,981	1,508	60,75	66,94	47	76
Media	11	67,82	8,638	2,604	62,02	73,62	50	78
Universitario	4	75,27	3,738	1,869	69,33	81,22	71	80
Total	50	65,77	8,645	1,223	63,32	68,23	42	80

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 8.b Prueba de ANOVA Niveles de escolaridad según Componente Salud Mental

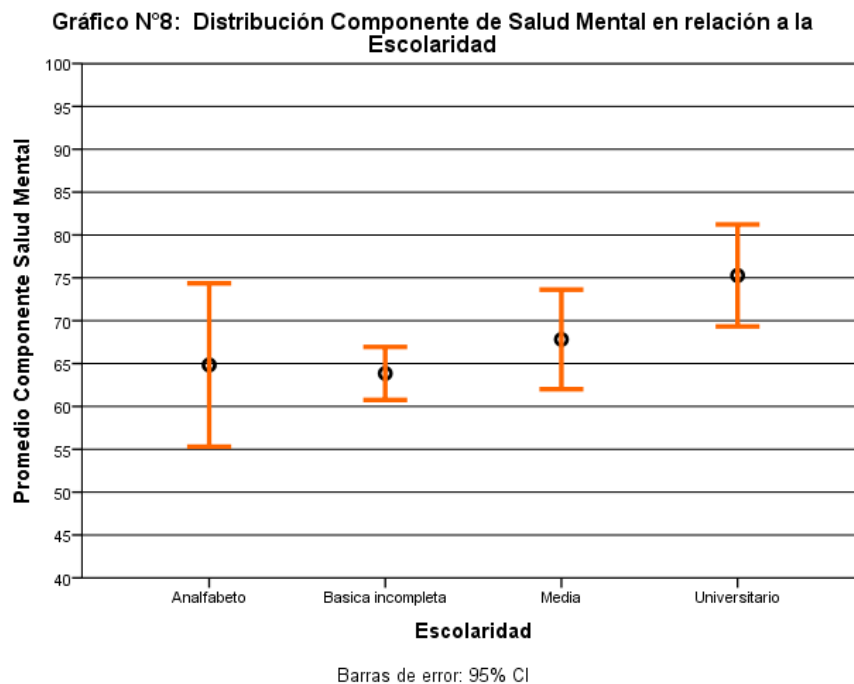
Media CSM	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	517,051	3	172,350	2,521	,070
Dentro de grupos	3144,830	46	68,366		
Total	3661,881	49			

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

El valor de la significación es 0,070 al ser esta mayor a 0,05 la diferencia de medias aritméticas entre el Componente de Salud Mental y los niveles de Escolaridad no son significativas, llevando a aceptar la hipótesis nula o H_0 , es decir, no existe relación entre la escolaridad y el Componente de Salud Mental y por consiguiente se rechaza la hipótesis alternativa o H_1 que postulaba que si había relación entre las variables.

También se evidencia que dentro de la investigación existen menos adultos mayores analfabetos que aquellos que presentan una educación Básica incompleta y por otro lado existen más adultos mayores que alcanzaron a cursar la enseñanza media que aquellos que lograron ser universitarios.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Se evidencia una mejor calidad de vida respecto al Componente de salud mental en analfabetos que en aquellos adultos mayores que poseen una escolaridad básica incompleta, esto se percibe al comparar sus medias aritméticas siendo para los analfabetos el promedio CSM mas alto (64,84) y para los adultos mayores que tienen una escolaridad básica incompleta el valor más bajo (63,85) , sin embargo al igual que en el gráfico N° 7 los que presentan una mejor calidad de vida son los adultos mayores que tienen estudios universitarios siendo su media aritmética 75,27.

6.9 Análisis del Componente Salud Física en relación a la Actividad Física

Para analizar el factor sociodemográfico referente a la Actividad física se ha utilizado la prueba T Student, la cual permite evaluar las diferencias significativas entre las medias de dos categorías de una misma variable.

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Física en relación a la actividad física se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 9.a Estadísticas de grupo según Actividad física y Componente Salud Física

	Act. Física	N	Media CSF	Desviación estándar	Media de error estándar
	No realiza	28	57,37	5,193	,981
	Si realiza	22	65,74	10,671	2,275

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

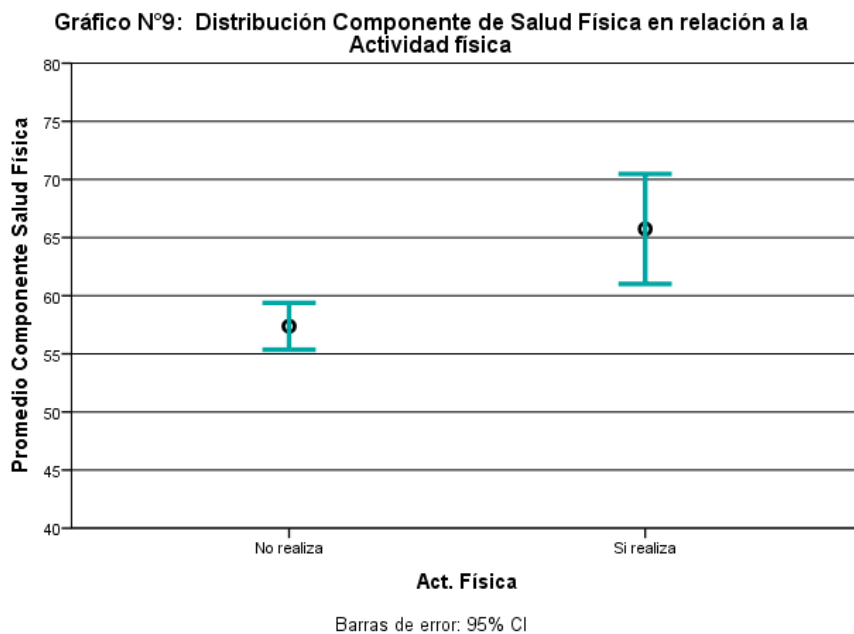
Tabla 9.b Prueba de muestras independientes para Actividad Física y Componente Salud Física

	Prueba de Levene de calidad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Media CSF	Se asumen varianzas iguales	34,609	,000	-3,646	48	,001	-8,373	2,297	-12,991	-3,755
	No se asumen varianzas iguales			-3,380	28,768	,002	-8,373	2,478	-13,442	-3,304

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que el p valor es inferior a 0,05, por lo tanto no se asumen varianzas iguales. De esta manera, se rechaza la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa o H_1 , existiendo relación entre la Actividad física y el Componente de Salud Física.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Los adultos mayores que realizan la cantidad de actividad física recomendada por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo a su longevidad presentan una mejor calidad de vida respecto al Componente de Salud Física, siendo la media aritmética de esta variable 65,74 en comparación con aquellos que no la realizan cuyo promedio en el CSF es 57,37.

6.10 Análisis del Componente Salud Mental en relación a la Actividad física

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en relación a la actividad física se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 10.a **Estadísticas de grupo según Actividad física y Componente Salud Mental**

	Act. Física	N	Media CSM	Desviación estándar	Media de error estándar
	No realiza	28	64,19	8,245	1,558
	Si realiza	22	67,78	8,912	1,900

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

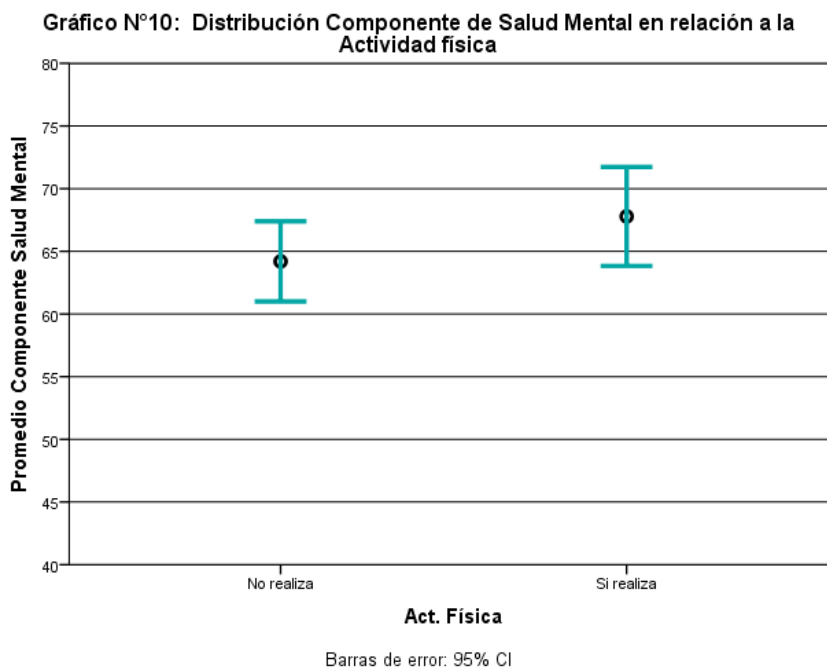
Tabla 10.b **Prueba de muestras independientes para Actividad Física y Componente Salud Mental**

	Prueba de Levene de calidad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Media CSM	Se asumen varianzas iguales	,127	,723	-1,475	48	,147	-3,589	2,434	-8,483	1,305
	No se asumen varianzas iguales			-1,461	43,456	,151	-3,589	2,457	-8,543	1,365

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

En la tabla se identifica que el p valor es inferior a 0,05, por lo tanto no se asumen varianzas iguales De esta manera, se rechaza la hipótesis nula o H_0 la cual postulaba que no había relación entre las variables y se acepta la hipótesis alternativa o H_1 , existiendo relación entre la actividad física y el Componente de Salud Mental.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Los adultos mayores que realizan la cantidad de actividad física recomendada por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo a su longevidad presentan levemente una mejor calidad de vida respecto al Componente de Salud Mental, siendo la media aritmética de esta variable 67,78 en comparación con aquellos que no la realizan cuyo promedio en el CSM es 64,19.

6.11 Análisis del Componente Salud Física en relación al Estado nutricional

Para analizar el factor sociodemográfico referente al Estado nutricional se ha utilizado la prueba unidireccional ANOVA, debido a que esta permite estudiar la posible relación entre una variable cuantitativa y una variable con 3 o más modalidades, de forma que al clasificar los datos de la primera en función de dichas modalidades se generan muestras independientes.

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Física en relación al estado nutricional se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 11.a Descripción del Estado nutricional según Componente Salud Física

	N	Media CSF	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					enflaquecido	6		
normal	12	72,53	10,094	2,914	66,12	78,94	52	86
sobrepeso	16	57,78	6,084	1,521	54,54	61,02	40	64
obesidad	16	56,58	3,491	,873	54,72	58,44	49	63
Total	50	61,05	9,016	1,275	58,49	63,62	40	86

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 11.b Prueba de ANOVA Estado nutricional según Componente Salud Física

Media CSF	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	2104,339	3	701,446	17,176	,000
Dentro de grupos	1878,584	46	40,839		
Total	3982,923	49			

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

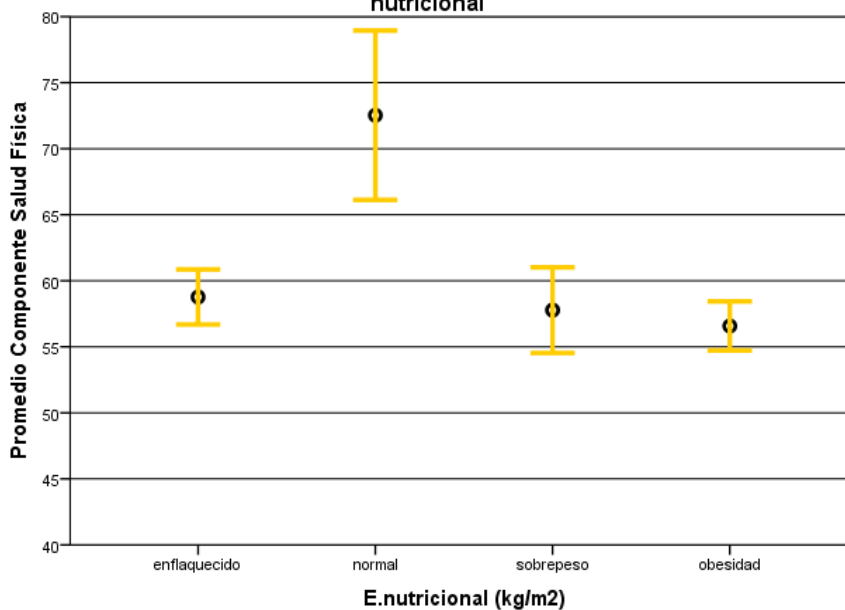
El valor de la significación es 0,000 al ser esta menor a 0,05 es que las diferencias de medias aritméticas entre el Componente de Salud Física y el estado nutricional son

significativas, llevando a rechazar la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y por consiguiente a aceptar la hipótesis alternativa o H_1 , es decir, existe relación entre el estado nutricional y el Componente de Salud Física.

También se interpreta que existe igual cantidad de adultos mayores que presentan obesidad y sobrepeso en la muestra ($n=16$ cada grupo), que quienes tienen estado nutricional dentro de los rangos normales corresponde a aproximadamente $\frac{1}{4}$ de la muestra ($n=12$) y que en menor cantidad ($n=6$) hay adultos mayores que se encuentran enflaquecidos.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:

Gráfico N°11: Distribución Componente de Salud Física en relación al Estado nutricional



Barras de error: 95% CI

Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta.

Se
identifica que

el promedio del índice de masa corporal más alto correspondiente al Componente de Salud Física en el Adulto Mayor fue dentro de la categoría de los rangos normales ($\bar{x}=72,53$). Posteriormente le siguen aquellos adultos mayores que tienen un estado nutricional que se escapa de los límites normales, tales como los enflaquecidos con un promedio del CSM ($\bar{x}=58,77$) y en aquellos que presentan un IMC que escapa de los límites normales pero por exceso, con un promedio del CSF menor para aquellos que tienen obesidad ($\bar{x}=56,58$) en relación a la media aritmética de quienes presentan sobrepeso ($\bar{x}=57,78$). Es importante destacar que los adultos mayores que se encuentran alejados del rango normal tienden a disminuir su calidad de vida en relación al promedio del Componente de Salud Física.

6.12 Análisis del Componente Salud Mental en relación al Estado nutricional

A continuación, los resultados de la calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en relación a la Escolaridad se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 12.a Descripción Estado nutricional según Componente Salud Mental

	N	Media CSM	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
enflaquecido	6	69,16	3,874	1,581	65,10	73,23	65	73
normal	12	70,70	10,000	2,887	64,34	77,05	50	80
sobrepeso	16	64,24	8,614	2,154	59,65	68,83	42	73
obesidad	16	62,35	7,252	1,813	58,49	66,21	47	71
Total	50	65,77	8,645	1,223	63,32	68,23	42	80

Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Tabla 12.b Prueba de ANOVA Estado nutricional según Componente Salud Mental

Media CSM	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	584,907	3	194,969	2,915	,044
Dentro de grupos	3076,974	46	66,891		
Total	3661,881	49			

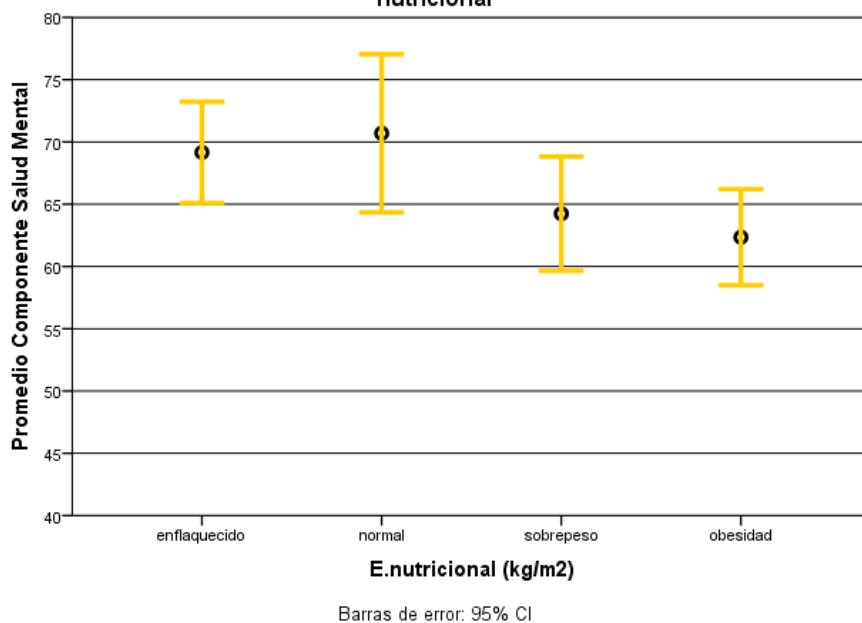
Fuente: Calidad de vida relacionado con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

El valor de la significación es 0,044 al ser esta menor a 0,05 es que las diferencias de medias aritméticas entre el Componente de Salud Mental y el estado nutricional son significativas, llevando a rechazar la hipótesis nula o H_0 que postulaba que no había relación entre las variables y por consiguiente a aceptar la hipótesis alternativa o H_1 , es decir, existe relación entre el estado nutricional y el Componente de Salud Mental.

También se evidencia que existe igual cantidad de adultos mayores que presentan obesidad y sobrepeso en la muestra (n=16 cada grupo), que quienes tienen estado nutricional dentro de los rangos normales corresponde a aproximadamente $\frac{1}{4}$ de la muestra (n=12) y que en menor cantidad (n=6) hay adultos mayores que se encuentran enflaquecidos.

La representación gráfica que permite observar los resultados obtenidos de ambas variables del estudio se encuentran en la siguiente figura:

Gráfico N°12: Distribución Componente de Salud Mental en relación al Estado nutricional



Fuente: Calidad de vida relacionada con factores sociodemográficos en pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta

Se identifica que el promedio más alto correspondiente al Componente de Salud Mental ($\bar{x}=70,70$) se dio en aquellos adultos mayores que poseen un índice de masa corporal dentro de los rangos normales. Posteriormente le siguen aquellos adultos mayores que tienen un IMC que se escapa de los límites normales por defecto, es decir, los enflaquecidos con un promedio del CSM ($\bar{x}=69,16$).y en aquellos que presentan un IMC que escapa de los límites normales pero por exceso, mientras mayor sea el valor alejado, peor calidad de vida respecto al promedio del CSM siendo para aquellos que tienen obesidad menor media aritmética en dicho componente ($\bar{x}=62,35$) que quienes presentan sobrepeso ($\bar{x}=64,24$)

CAPITULO VII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

7.1 Discusión

Esta investigación estableció la existencia de una relación entre los factores sociodemográficos: edad, género, estado civil, escolaridad, estado nutricional y actividad física de una muestra de adultos mayores con las 8 dimensiones de la calidad de vida (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) las primeras 4 pertenecen al CSF y las restantes conforman el CSM. Para cumplir con el objetivo planteado se aplicó el cuestionario SF-36 versión para Chile y un cuestionario adjuntado de datos sociodemográficos.

La muestra estuvo integrada de Adultos Mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta, la edad promedio es de 70 años, existiendo un mayor predominio del género femenino, con respecto al estado civil hay más personas de la tercera edad con pareja. En cuanto a la escolaridad, al comparar los niveles con menor y mayor porcentaje se da una razón de 1:7, es decir, cada 1 Adulto Mayor con estudios universitarios existen 7 con enseñanza básica incompleta. Más de la mitad de la muestra no realiza la actividad física recomendada por la OMS, situación que se evidencia con el estado nutricional, existiendo un mayor proporción de sobrepeso y obesidad.

A continuación se presentan las comparaciones del presente estudio con algunas de las investigaciones del marco empírico, aclarando que no hay artículos científicos más actuales con respecto a la temática:

En esta investigación, los adultos mayores de género femenino, que presentan una edad más avanzada (mayor o igual 76 años), con un IMC por sobre los rangos normales y que no tienen pareja poseen una percepción de peor calidad de vida, resultados que coinciden con el estudio de Barrantes M. titulado “Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y Diabetes Mellitus” elaborado el año 2011, en el cual, factores como la edad avanzada, el género femenino, un IMC mayor o igual 25, estado civil no casado (ni conviviente), también alcanzaron los menores puntajes en el CSF Y CSM. Otro artículo que abarca los factores de género y estado civil respectivamente, lleva por título “Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores”, estudio efectuado por Vivaldi F. y Barra E. en el año 2012, donde se identificó que los hombres y las personas con pareja (casadas y convivientes) presentan mayor bienestar psicológico global, mayor percepción de apoyo social y mejor percepción de salud que las mujeres y quienes no tienen pareja (solteros, separados y viudos).

Como se mencionó anteriormente, el género femenino adulto mayor y la edad más avanzada estuvieron asociados a una peor percepción de la calidad de vida. Los autores Marín C. y Castro S. en su estudio titulado "Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida" y publicado en el año 2011, en cuanto a los años de vida, concluyeron que aquellos con edad mayor de 70 años se asocian a menores puntajes en los componentes de salud física y mental, traduciéndose en una peor percepción de calidad de vida con respecto a los AM de 60 a 69 años quienes presentaron mayores puntajes en dichos componentes, sin embargo, en relación al género, fueron las mujeres quienes tuvieron los mayores porcentajes en todas las dimensiones, identificándose una diferencia significativa ya que el estudio citado es el único en el cual es el género femenino el que se asocia a una mejor percepción de la calidad de vida.

Otro factor analizado es la realización de actividad física en el AM según las recomendaciones entregada por la OMS. En este estudio quienes si practicaban 150 minutos semanales de actividad física moderada a aeróbica obtuvieron una mejor percepción de calidad de vida, esta correlación es equivalente con los resultados de Gómez P., Puga E., Jurado R. y Pérez P. en su investigación denominada "Calidad de vida percibida y esfuerzos específicos en personas mayores" elaborada en el año 2013 la cual arrojó que los adultos mayores activos presentan una mejor calidad de vida encontrándose puntajes mayores en los componentes de salud física y mental, específicamente son la función física, dolor corporal, rol emocional y percepción de la salud general en las dimensiones que demostraron puntaje más elevados.

Se identifica que gran parte de las investigaciones comparadas con el presente estudio, los resultados obtenidos con respecto a las variables relacionadas son los mismos, hecho que puede ser congruente debido a la metodología utilizada en los datos, sin embargo, tras un análisis detallado surgieron ciertas particularidades en la variables estado nutricional y escolaridad que son importantes mencionar puesto que no se hace referencia a ellas en el marco empírico:

-Los adultos mayores enflaquecidos presentaron una mejor percepción de la calidad de vida en los Componentes Salud Mental y Física que aquellos que padecen sobrepeso y obesidad, desmintiendo la generalidad de que los extremos son igual de dañinos ya que se evidenció que hay un extremo (IMC mayor al rango normal) más perjudicial al momento de hacer una evaluación de la propia vida.

-En cuanto a la escolaridad los adultos mayores que completaron enseñanza media y estudios universitarios tienen una mejor percepción calidad de vida con respecto al Componente de Salud Mental en comparación con analfabetos y básica incompleta,

no obstante, cabe mencionar que este último nivel de escolaridad tiene un menor puntaje que quienes no recibieron educación escolar, es decir el completar una etapa escolar o el no iniciarla afectará de mejor forma la percepción de las dimensiones de calidad de vida que conforman el CSM que aquellos que accedieron a una educación formal pero que no fue concluida.

7.2 Conclusión

Tras la realización de esta investigación es posible afirmar que ser hombre, tener una edad entre 60 y 65 años, tener pareja, poseer estudios de enseñanza media completa y universitarios, realizar actividad física y tener un estado nutricional normal se relaciona con una mejor percepción de la calidad de vida tanto en su componente mental como físico por tanto son factores protectores de ésta. En contraste, ser mujer, tener una edad entre 76 y 80 años, no tener pareja, no realizar actividad física y tener un estado nutricional sobre los valores normales (sobrepeso y obesidad) se asocian a una disminución de la percepción de la calidad de vida en los componentes ya mencionados, constituyéndose los factores de riesgo de la población longeva.

La relevancia de conocer estos datos se sustenta en que los profesionales de enfermería puedan tener una visión de la actual situación de los adultos mayores que son parte del Programa de Salud Cardiovascular referente a cómo ellos perciben su calidad de vida, siendo esto un apoyo tanto para la identificación de las necesidades de la tercera edad como para la detección y promoción de aquellos factores protectores que puedan ser modificados como por ejemplo el índice de masa corporal y la actividad física realizada evitando así el efecto multiplicativo que tienen los factores de riesgo cardiovasculares.⁽⁴³⁾ Es por ello que la enfermería comunitaria debe desmarcarse de la salud biológica y de los instrumentos convencionales que se utilizan frecuentemente en los distintos controles del AM para abrir camino hacia una valoración más integral de todos los aspectos que conforman a una persona de edad avanzada pues deben gestionar el cuidado de ellos considerándolos un todo y de esta forma no solo obtener en el país cifras de una mayor esperanza de vida de las personas, sino que éstas, además, presenten una buena percepción de su calidad de vida.⁽⁴⁴⁾

Hay que engrandecer la última etapa de la vida, reconociendo el mundo del adulto mayor como un periodo normal del ciclo vital, con fortalezas y debilidades, con tareas propias y oportunidades en las que sí se puede disfrutar de bienestar y satisfacción, aspectos que pueden ser logrados si toda la comunidad es consciente y colabora. ⁽⁴⁵⁾ Una forma de llevar a cabo lo mencionado es hacer investigación, sin embargo, en el presente estudio sólo se desarrolló la metodología investigativa a través de datos simulados de distintos artículos en su mayoría de otros países y con años de publicación no tan actuales como se requiere, hecho que en materia de salud no es lo más óptimo al no representar verídicamente el contexto que vive el grupo objeto de análisis, en este caso, los adultos mayores con bajo riesgo cardiovascular del CESFAM La Floresta, Hualpén, región del Bio-Bío.

Debido a esto, se espera que se elaboren nuevas investigaciones a cerca de la percepción de la calidad de vida de la tercera edad en relación a los tipos de riesgo cardiovascular: bajo, moderado y alto según la Norma técnica del PSCV en cada región del país, de tal modo que se puedan establecer comparaciones estadísticas de la realidad longeva y enfocar así las metas de compensación del riesgo mediante la destinación de recursos en los CESFAM y la realización de intervenciones integrales, considerando además que cada zona posee distintas características culturales, sociales, geográficas que pueden interferir en los estilos de vida de su población y por tanto en su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la salud. *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva*. [En línea]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> [Acceso 20 de septiembre 2016]
- 2) Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*. [En línea]. 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> [Acceso 01 de Octubre 2016]
- 3) Ministerio de salud. *Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Concenso*. [En Línea]. 2014. Disponible en: [file:///C:/Users/mA/Downloads/Enfoque%20de%20riesgo%20para%20la%20prevencion%20de%20enfermedades%20cardiovasculares.%20MINSAL%20Chile%202014%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/mA/Downloads/Enfoque%20de%20riesgo%20para%20la%20prevencion%20de%20enfermedades%20cardiovasculares.%20MINSAL%20Chile%202014%20(2).pdf) [Acceso 20 de septiembre 2016]
- 4) Cardona J., Higueta L. *Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida*. Rev. Cubana Salud Pública. [En línea]. 2014; 40: (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000200003&lng=es. [Acceso 16 de octubre 2016]

5) García C., Rodríguez G. *Calidad de vida en enfermos crónicos*. Rev. Habanera de Ciencias Médicas. [En línea]. 2011; 6 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000400002&lng=es. [Acceso 17 de octubre 2016]

6) Pontificia Universidad Católica de Chile. *Tomo 1 Antecedentes de Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*. [En línea]. 2011. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> [Acceso 01 de Octubre 2016]

7) Lara H., Castro C., Riveros A. *Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos*. Rev. Latinoamericana de Psicología. [En línea]. 2011; 41: (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511496008> [Acceso 1 de octubre 2016]

8) Ministerio de Salud. *Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015 – 2016*. [En línea]. 2017. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf> [Acceso 2 de septiembre 2017]

9) Servicio Nacional del Adulto Mayor. *Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. [En línea]. 2013. Disponible en: <https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&vAma.cl%2Ffilesapp%2FChile%252%2C%2520Encuesta%2520de%2520Calidad%2520de%2520Vida.pdf&usg=AFQjCNEiG0yYUTX8fand262INSFSjtoGyA&bvm=bv.135974163,d.Y2I> [Acceso 16 de octubre 2016]

10) Hernández A. *El desarrollo como problema*. [En línea] Universidad Central de Venezuela, Consejo de desarrollo científico y humanístico. 2011. Disponible en: https://books.google.cl/books?id=KyYakLDMOgC&dq=no+es+que+las+personas+te+ngan+m%C3%A1s+cosas,+sino+que+sean+m%C3%A1s+capaces,+es+decir,+que+sean+m%C3%A1s+libres+y+puedan+vivir+una+vida+m%C3%A1s+larga,+eludir+enfermedades+evitables,+tener+acceso+a+la+reserva+de+conocimientos,+entre+otras+tantas+posibilidades+valiosas&hl=es&source=gbs_navlinks_s [Acceso 15 octubre 2016]

11) Espinosa F. *Aproximación Teórica al Concepto de Calidad de Vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos*. Rev. de Antropología Experimental. [En línea]. 2014; 14: (23). Disponible en <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/23espinosa14.pdf> [Acceso 15 de octubre 2016]

12) Nava-Galán M. *La calidad de vida: Análisis multidimensional*. Rev. Enfermería Neurológica. [En línea]. 2012; 11: (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf> [Acceso 16 Octubre 2016]

13) Aponte V. *Calidad de vida en la tercera edad*. Rev. Ajayu. [En línea]. 2015; 13: (2). Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v13n2/v13n2a3.pdf> [Acceso 16 octubre 2016]

14) Borda M. *El Proceso de Investigación: Visión general de desarrollo*. [En línea]. Universidad del Norte; 2013. Disponible en: [https://books.google.cl/books?id=jjBKBAQAQBAJ&pg=PA254&lpg=PA254&dq=?+Percepci%C3%B3n+subjetiva,+influenciada+por+el+estado+de+salud+actual,+de+la+capacidad+para+realizar+aquellas+actividades+importantes+para+el+individuo+\(Schumaker+y+Naughton\)&source=bl&ots=v3JTcn_mNk&sig=P_MPCgPE2m7XGAXaJTLixF86dyY&hl=es419&sa=X3n%20subjetiva%2C%20influenciada%20por%20el%20estado%20de%20salud%20actual%2C%20de%20la%20capacidad%20para%20realizar%20aquellas%20actividades%20importantes%20para%20el%20individuo%20\(Schumaker%20y%20Naughton\)&f=false](https://books.google.cl/books?id=jjBKBAQAQBAJ&pg=PA254&lpg=PA254&dq=?+Percepci%C3%B3n+subjetiva,+influenciada+por+el+estado+de+salud+actual,+de+la+capacidad+para+realizar+aquellas+actividades+importantes+para+el+individuo+(Schumaker+y+Naughton)&source=bl&ots=v3JTcn_mNk&sig=P_MPCgPE2m7XGAXaJTLixF86dyY&hl=es419&sa=X3n%20subjetiva%2C%20influenciada%20por%20el%20estado%20de%20salud%20actual%2C%20de%20la%20capacidad%20para%20realizar%20aquellas%20actividades%20importantes%20para%20el%20individuo%20(Schumaker%20y%20Naughton)&f=false) [Acceso 20 de octubre 2016]

15) Subsecretaría de redes asistenciales. *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud*. [En línea]. 2016. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf> [Acceso 21 de octubre 2016]

16) Rodríguez M., Merino M., Castro M. *Valoración psicométrica de los componentes físicos (csf) y mentales (csm) del sf-36*. Rev. Ciencia y enfermería. [En línea]. 2011; 15: (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532009000100009 [Acceso 25 octubre 2016]

17) Muñoz L., Ibáñez M. *Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores*. Rev. de Humanidades. [En línea]. 2015; 25: (7) Disponible en: <http://www.revistadehumanidades.com/articulos/95-calidad-de-vida-y-formacion-en-habitos-saludables-en-la-alimentacion-de-personas-mayores> [Acceso 25 de Octubre 2016]

- 18) Ministerio de Salud. *Programa Nacional de Salud de las personas Adultas Mayores*. [En línea]. 2014. http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf [Acceso 25 de Octubre 2016]
- 19) *Actividad física: estrategia de promoción de la salud*. *Rev. Hacia la promoción de la salud*. [En línea]. 2011; 16 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf> [Acceso 25 de octubre 2016]
- 20) Seremi de salud Biobío. *Diagnóstico Regional con Enfoque DSS*. [En línea] 2013. Disponible en: http://www.seremidesaludbiobio.cl/epidemiologia/archivos/diagnosticos/2013/diagnostico_regional.pdf [Acceso 11 de octubre 2016]
- 21) Organización Mundial de la Salud. *Actividad física: nota descriptiva*. [En línea] 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/> [Acceso 11 de octubre 2016]
- 22) Ministerio de Salud .*Chile y sus mayores 2013, Encuesta de Calidad de Vida Marzo*. [En línea]. 2014. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf> [Acceso 5 de Octubre 2016]
- 23) Organización Mundial de la salud. *Temas de Salud-Género*. [En línea]. 2011. Disponible en <http://www.who.int/topics/gender/es/> [Acceso 25 Octubre 2016]

24) Organización Panamericana de la Salud. *Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas*. [En línea]. 2011. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=309:las-mujeres-hombres-enfrentan-diferentes-riesgos-enfermedades-cronicas-&Itemid=227 [Acceso 8 de Octubre 2016]

25) Biblioteca del congreso nacional de Chile. *La Persona y los Derechos Humanos*. [En línea]. 2011. Disponible en: http://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%2010221.3/45661 [Acceso 8 de octubre 2016]

26) Gobierno de Chile. *Preguntas y respuestas sobre la Ley de Unión Civil*. [En línea]. 2012. Disponible en: <http://www.gob.cl/2015/02/04/acuerdo-de-union-civil-preguntas-y-respuestas-sobre-la-proteccion-y-los-beneficios/> [Acceso 17 de octubre 2016]

27) Ministerio de Desarrollo Social. *Más acceso a educación para acortar desigualdades sociales*. [En línea] 2013. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/noticias/2015/05/13/mas-acceso-a-educacion-para-acortar-desigualdades-sociales> [Acceso 24 de octubre 2016]

28) Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. *Resultados Regionales Encuesta Casen 2011: Región del Biobío*. [En línea] 2013. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/VIII_Biobio_oct13.pdf [Acceso 22 de octubre 2016]

29) Osorio P., Torrejón M., Anigstein M. *Calidad de vida en personas mayores en Chile*. Rev. Mad-Universidad de Chile [En línea] 2011; 12: (5). Disponible en:

<http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf> [Acceso 24 de octubre 2016]

30) Raile M., Marriner A. *Modelos y teorías de enfermería*. 7^{ma} ed. España: Mosby; [En línea] 2011; 309-334 Disponible en: https://books.google.cl/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [Acceso 28 octubre 2016]

31) Barrantes M. *Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus*. Rev Med Hered. [En línea]. 2011; 21:118-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n3/v21n3ao2.pdf> [Acceso 28 de octubre 2016]

32) Beléndez M, Armendáriz L, Labrador M. *Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares*. Rev Gaceta Sanitaria [En línea]. 2015; 29 (4). Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/estres-emocional-calidad-vida-personas/articulo/S0213911115000254/> [Acceso 29 de octubre 2016]

33) Gómez P., Puga E., Jurado R. y Pérez P. *Calidad de vida percibida y esfuerzos específicos en personas mayores*. Rev. Internacional de Medicina y Ciencia de la actividad física y el deporte. [En línea] 2013; 14: (54) Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista54/artcalidad455.pdf> [Acceso 29 de octubre]

34) Gómez M., García C., Gómez V., Martínez V., Sánchez P. *Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica*. Rev. Mexicana Enfermería

Cardiológica. [En línea]. 2011; 19: (12). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en111b.pdf> [Acceso 30 de octubre]

35) Marín C., Castro S. *Adulto mayor en Santa Marta y calidad de vida*. Revista Memorias. [En línea] 2011; 9: (16). Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/141-285-1-SM.pdf> [Acceso 30 de Octubre]

36) Melguizo E., Acosta A., Castellano B. *Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores*. Rev. Salud Uninorte. [En línea] 2012; 28: (2). Disponible en: <file:///C:/Users/mA/Desktop/ucsc%20enfermeria/81724957008.pdf> [Acceso 30 de octubre 2016]

37) Patiño F., Arango E., Lopera N., Ortiz N., Pérez E., Santamaría J., Botero J. *Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física*. Rev. Médica Universidad de Antioquia. [En línea] 2011; 24: (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v24n3/v24n3a02> [Acceso 30 de octubre]

38) Coronado J., Díaz C., Apolaya M., Manriquez L. *Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo*. Red de Revistas Científicas de América Latina, Caribe, España y Portugal. [En línea]. 2011; 26: (4) Disponible en: <http://www.perurevista.com/index.php/peruana/article/viewFile/166/166> [Acceso 30 de octubre]

39) Alfonso M., Alejandra C., Geraldine V. *Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2*. Rev. Médica de Chile [En

línea]. 2011; 139: 313-320 Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872011000300005:
[Acceso 30 de octubre 2016]

40) Vivaldi F, Barra E. *Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores*. Rev. Terapia Psicológica [En línea] 2012; 30: (2). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848082012000200002
[Acceso 30 de octubre 2016]

41) Rodríguez M, Merino M, Castro M. *Valoración psicométrica de los componentes físicos (csf) y mentales (csm) del sf-36*. Rev. Ciencia y enfermería. [En línea]. 2011; 15: (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100009%20 [Acceso 11 de noviembre 2016]

42) Weil W. *Sobre los principios éticos recogidos en las pautas del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS). Un análisis acerca de su aplicación a la realidad de la investigación en Chile*. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. [En línea]. 2015; 8: (3) Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072015000300014&script=sci_arttext
[Acceso 12 de noviembre 2016]

43) Ministerio de Salud. *Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular*. [En Línea] 2017. Disponible en:

<http://www.capacitacionesonline.com/blog/wpcontent/uploads/2017/09/Programa-de-salud-cardiovascular.-MINSAL-Chile-2017.pdf> [Acceso 20 de agosto de 2017]

44) OPS. *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*. [En línea] Washington, DC. 2012. Serie Recursos Humanos para la Salud N°. 59. ISBN: 978-92-75-31671-9. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/HSS-RRHH59.pdf> [Acceso 20 de agosto de 2017]

45) Leiton Espinoza Z, *El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería*. Rev. Enfermería Universitaria. [En línea]. 2016 13139-141. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358746914001>. [Acceso 20 de agosto de 2017]

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos

Estado de Salud

Cuestionario SF-36 v2. Versión para Chile

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que su Salud es:

- a) Excelente b) Muy buena c) Buena d) Regular e) Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, ¿Como diría Ud. que en general, está su Salud ahora?

- a) Mucho Mejor b) Algo Mejor c) Igual d) Algo peor e) Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita?. Marque la casilla que corresponda con una **X**

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intenso; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo			
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora			

c) Levantar o acarrear bolsa de las compras			
d) Subir varios pisos por las escaleras			
e) Subir un solo piso por la escalera.			
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
h) Caminar varias cuadras.			
i) caminar una sola cuadra			
j) Bañarse o vestirse.			

4.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de su salud física? Marque la casilla que corresponda con una **X**

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad.					
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.					
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.					
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales (sentirse deprimido o con ansiedad)?

Marque la casilla que corresponda con una **X**

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					
Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					

6.- Durante el último mes, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos o su grupo social?

- a) De ninguna b) Un poco c) Moderadamente d) Bastante e) Mucho manera

7.- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo en el último mes?

- a) Ninguno b) Muy poco c) Moderadamente d) Bastante e) Mucho

8.- Durante el último mes ¿Hasta qué punto el dolor ha interferido con sus tareas normales (Incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

- a) De ninguna b) Un poco c) Moderadamente d) Bastante e) Mucho manera

9.- Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuanto tiempo durante el último mes:

Marque la casilla que corresponda con una **X**

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
¿Se sintió muy animoso?.					
¿Estuvo muy nervioso ?.					
¿Estuvo muy decaído, nada lo anima ?.					
¿Se sintió tranquilo y calmado?.					
¿Se sintió con mucha energía?.					
¿Se sintió					

desanimado y triste?.					
¿Se sintió agotado ?.					
¿Se ha sentido una persona feliz?.					
¿Se sintió cansado ?.					

10.- Durante el último mes, ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales, como por ejemplo; visitar amigos o familiares.

Siempre La mayor parte del tiempo Algunas veces Pocas veces Nunca

11.- Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

Actividades	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
Estoy tan saludable como cualquiera persona.					
Creo que mi salud va a empeorar.					
Mi salud es excelente.					

A continuación, el siguiente cuestionario tiene por objetivo acceder a algunos antecedentes sociodemográficos que serán necesarios para efectuar la relación de estos datos con la calidad de vida.

Le recordamos que sus respuestas serán confidenciales y anónimas y que los datos serán usados sólo para fines académicos sobre el estudio. Por favor, responda las siguientes preguntas de la forma más sincera posible:

Marque con una **X** según corresponda.

Género: Masculino Femenino

Nivel de estudios alcanzado

Básica Completa	Básica Incompleta	Media completa	Media Incompleta	Estudios técnico- universitarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado Civil

Casado/a	Soltera/a	Viudo/a	Separado/a	Conviviente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividad física

Realiza al menos 30 minutos de actividad física 5 veces a la semana?

Por ejemplo alguna de las siguientes actividades: caminar a paso rápido, bailar; jardinería, tareas domésticas, participación activa en juegos y deportes, paseos con animales domésticos, trabajos de construcción generales (hacer tejados, pintar); desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg).

Sí No

Edad _____

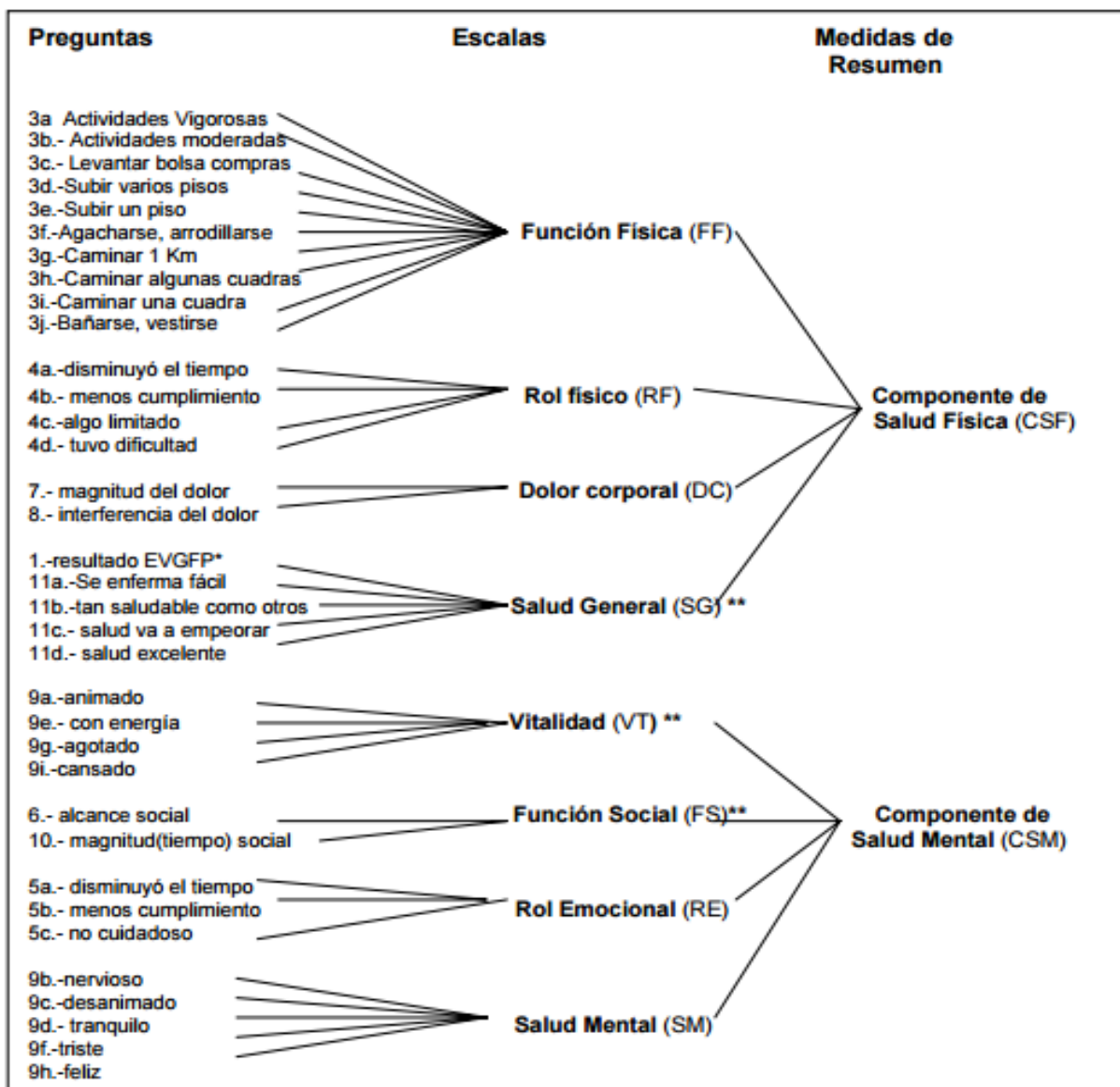
Peso _____ **Talla** ____

¡Gracias por su tiempo y colaboración, bendiciones!

Anexo 2: Descripción para la puntuación del Cuestionario SF-36

A continuación se presenta un esquema donde se muestra las 8 dimensiones o escalas de salud evaluadas:

Figura N°1: Modelo de medición del SF-36



Para la Asignación de puntaje se transforma el puntaje de cada ítem de 0 al 100. De la siguiente manera:

Si existen 3 categorías se puntan 0-50-100

Si existen 5 categorías se puntan 0-25-50-75-100

Si existen 6 categorías se puntan 0-20-40-60-80-100

Luego los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear el puntaje correspondiente. Los ítems no respondidos no se consideran.

Así, en esta escala de 0 a 100 del SF-36, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es la calidad de salud percibida.

Anexo 3: Consentimiento Informado

Facultad de Medicina



Carrera de Enfermería CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a):

Junto con saludar, le queremos invitar a participar en un proyecto de investigación cuyos investigadores responsables son Escarlet Castro, Melissa González y Marión Saavedra, estudiantes de la carrera de enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Esta investigación tiene por objetivo conocer la relación que existe entre los factores sociodemográficos (tales como la edad, género, estado civil, escolaridad, entre otros) y las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes adultos mayores que pertenecen al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Floresta. Su participación consistirá en contestar las preguntas del “Cuestionario SF 36” que mide la calidad de vida, además de un cuestionario adjunto que permitirá conocer sus antecedentes sociodemográficos .

Riesgos

La participación en la investigación no lleva riesgos para usted, debido a que solo responderá un cuestionario y no será sometido a ningún procedimiento invasivo, de todas maneras ,se garantiza la posibilidad de detener su participación si se sintiera afectado(a) o decidiera sin mediar explicación alguna retirarse.

Confidencialidad

Por otra parte, toda la información que se genere a partir del trabajo compartido será tratada confidencialmente y actuará en calidad de custodio de los datos los investigadores responsables de la investigación: Escarlet Castro, Melissa González y Marión Saavedra. Al respecto, su nombre no aparecerá en el trabajo final, ni en los

informes parciales, ya que solo se utilizarán los datos o nombres ficticios si fuera necesario.

Derechos

Si ha leído y firmado este documento está señalando su voluntad y decisión de participar de esta investigación. Sin embargo, podrá poner fin a ésta cuando lo desee sin ningún tipo de perjuicio en su contra.

Si estima que no se ha respetado este acuerdo, podrá presentar una queja formal ala jefa de carrera de Enfermería, Sra. Verónica Drago (email: vdrago@ucsc.cl, fono: 412345000) y/o al Decano de la Facultad de Medicina, Sr. Marcelo Lagos S. (email: mlagoss@ucsc.cl, fono: 412345444) y/o a la Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Sra. Mónica Tapia Ladino, Vicerrectora Académica al fono: 412345012 o email: mtapia@ucsc.cl.

Este documento se firma en dos originales, uno para el Investigador Responsable y el otro para el participante.

Agradeciendo de antemano su disponibilidad y futura colaboración en este proyecto, le saluda el equipo de investigación.

Nombre del Participante	Firma	Fecha
-------------------------	-------	-------

Carrera de enfermería
Facultad de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción
Escarlet Castro S. ecastro@enfermeria.ucsc.cl +56 9 86983073
Melissa González G. mgonzalezg@enfermeria.ucsc.cl +56 9 93104536
Marión Saavedra C. msaavedra@enfermeria.ucsc.cl +56 9 86275588

Anexo 4: Cartas de autorización



**Facultad de
Medicina**

Universidad Católica de la Santísima Concepción

Concepción, 02 de Noviembre de 2016

Señora
Ana Patricia Ruiz Adaros
Directora Dirección de Administración de Salud, Hualpén
Presente

Junto con saludarle, informo que la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, en su asignatura de Proyecto de Investigación, tiene como objetivo realizar una investigación.

Es por lo anteriormente indicado, que solicito su colaboración para que los estudiantes de la carrera puedan realizarla en la institución que usted dirige, titulada: **“Calidad de vida relacionada con los factores sociodemográficos en pacientes que pertenecen al programa cardiovascular del CESFAM La Floresta”**.

Los resultados de investigación serán utilizados sólo para fines académicos y el resumen de los resultados, le serán entregados al concluir el estudio.

La docente a cargo de los estudiantes es la Enfermera Sra. Maruzzella Campodónico Fernández y los estudiantes son los que a continuación se indican:

Escarlet Castro Salazar
Melissa González Garrido
Marión Saavedra Cuevas

Agradeciendo de ante mano la colaboración en esta investigación, le saluda cordialmente,



[Firma]
Verónica Drago Machado
Jefe de Carrera Enfermería UCSC

VDM/hmo.
c.c.: Archivo



Facultad de Medicina

Universidad Católica de la Santísima Concepción

Concepción, 02 de Noviembre de 2016

Señora
Alejandra Sandoval Riquelme
Directora CESFAM La Floresta
Presente

Junto con saludarle, informo que la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, en su asignatura de Proyecto de Investigación, tiene como objetivo realizar una investigación.

Es por lo anteriormente indicado, que solicito su colaboración para que los estudiantes de la carrera puedan realizarla en la institución que usted dirige, titulada: **“Calidad de vida relacionada con los factores sociodemográficos en pacientes que pertenecen al programa cardiovascular del CESFAM La Floresta”**.

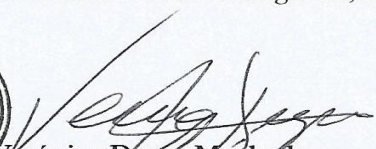
Los resultados de investigación serán utilizados sólo para fines académicos y el resumen de los resultados, le serán entregados al concluir el estudio.

La docente a cargo de los estudiantes es la Enfermera Sra. Maruzzella Campodonico Fernández y los estudiantes son los que a continuación se indican:

Escarlet Castro Salazar
Melissa González Garrido
Marión Saavedra Cuevas

Agradeciendo de ante mano la colaboración en esta investigación, le saluda cordialmente,




Verónica Drago Machado
Jefe de Carrera Enfermería UCSC

VDM/hmo.
c.c.: Archivo

