



**Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería**

**FACTORES QUE DEFINEN Y DETERMINAN LA CALIDAD
DE VIDA EN LAS ENFERMERAS JUBILADAS.**

Tesis

**Que como parte de los requisitos para obtener el
grado de**

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta

Lic. Enf. ALICIA CASTAÑÓN LIMÓN

Santiago de Querétaro, Noviembre de 2004

**BIBLIOTECA CENTRAL UAQ
"ROBERTO RUIZ OBREGÓN"**

No. Adq. H69970

No. Título

Clas. TS

610.7302

C346F



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

Factores que definen y determinan la calidad de vida en las enfermeras jubiladas.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra en Ciencias de la Enfermería

Presenta:

Alicia Castañón Limón

Dirigido por:

Dra. Hilda Romero Zepeda

SINODALES

Dra. Hilda Romero Zepeda
Presidente



Firma

M. en C. Raquel Acuña Cervantes
Secretario



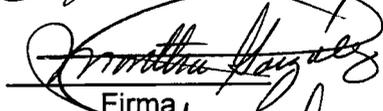
Firma

M.C.S.S. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Vocal



Firma

M. en C. Martha González Esquivel
Suplente



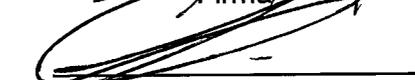
Firma

M. en C. Guadalupe Salazar Pérez
Suplente



Firma

M. en C. Aurora Zamora Mendoza
Director de la Facultad



Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y Posgrado

RESUMEN

El propósito del estudio fue la caracterización de calidad de vida en la enfermera jubilada en seis dominios de la vida: físico, psicológico, independencia, relaciones sociales, ambiente y espirituales, que constituyen los parámetros reconocido por la OMS para definir la calidad de vida. **Metodología:** el estudio es descriptivo del total de 79 Enfermeras jubiladas. Previo consentimiento informado, se obtuvieron datos sociodemográfico, se solicitó y guió en la autoaplicación el cuestionario WHOQOL-100 validado y autorizado para su utilización por la OMS. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS para la base de datos que se envió a la OMS y para determinar medidas de tendencia central y correlación de variables. **Resultados: Variables Sociodemográficas:** la edad promedio de la población 58 ± 5.98 años, con un promedio de años de jubilación de 8.2 ± 3.9 , 59.4% reportó convivencia con pareja. En escolaridad se reportó, el 42% técnica con secundaria, 21% técnica con secundaria y posbásico, 13% técnica sin secundaria, 8.7% con Licenciatura, 8.7% primaria y 5.8% con secundaria. El 88.4% del grupo reportó percibir una pensión dinámica y el 23.2% reportó otra actividad remunerada. **Calidad de Vida:** la percepción global de calidad de vida y salud en general ponderada en un 80%, espiritualidad 77.35 ± 17.49 , independencia 72.35 ± 17.99 , medio ambiente 68.69 ± 11.81 , relaciones sociales 68.38 ± 14.79 , salud psicológica 67.46 ± 15.63 y salud física 67.30 ± 17.47 . **Dominios de Mayor Impacto:** Espiritualidad, independencia y medio ambiente en orden de mayor a menor. **Conclusiones:** el concepto universal de calidad de vida retoma perspectivas del sujeto y su bienestar en el contexto de cultura y sistema de valores, y en relación a sus metas, expectativas y estándares, por lo que pese a los distintos contextos de vida de la enfermera jubilada, la evaluación global de calidad de vida fue muy satisfactoria.

Palabras claves: calidad de vida, percepción, enfermeras jubiladas.

SUMMARY

The purpose of this study was to describe the quality of life of the retired nurse, in six areas: physical, psychological, independence, social relationships, environment and spiritual the parameters recognized by the WHO in defining quality of life. **Methodology:** the study is descriptive the total of 79 retired nurses. With their consent, we obtained socio-demographic data and requested and guided them in the self-application of the WHOQOL-100 questionnaire which is validated and authorized by the WHO. The SPSS statistics program was used for the data base that was sent to the WHO and to determine central tendency measurements and variable correlation. **Results: Socio-demographic Variables:** the population's mean age was 58 ± 5.98 , with an average period of retirement of 8.2 ± 3.9 ; 59.4% reported living as a couple. Schooling was reported as 42% technical with junior high school completed, 21% technical with junior and senior high school completed, 13% technical without junior high school, 8.7% with a bachelor's degree, 8.7% with elementary school and 5.8% with junior high school completed. 88.4% of the group reported that they received dynamic pension and 23.2% reported holding and additional job. **Quality of life:** the overall perception of quality of life and general health was considered to be 80%, spirituality 77.35 ± 17.49 , independence 72.35 ± 17.99 , environment 68.69 ± 11.81 , social relationships 68.38 ± 14.79 , mental health 67.46 ± 15.63 , and physical 67.30 ± 17.49 . **Areas of Major Impact:** spirituality, independence and environment. In that order **Conclusions:** the universal concept of quality of life considers the individuals' perspectives and well-being in the context of culture and value system end in relation to their goals, expectations and standards, and as a result, despite the different context in which retired nurse live, the overall evaluation of quality of life was very satisfactory.

(KEY WORDS: quality of life, perception, retired nurse)

DEDICATORIAS

En primer lugar a mi familiar porque siempre han sido mi mayor apoyo, para alcanzar las metas que me he propuesto en la vida, porque ellos son mi razón de ser.

En seguida a mi otra familia, la laboral en donde crecí, me desarrolle y realice. Gracias a cada una de ellas, por sus enseñanzas.

A nuestros pacientes por que sin ellos no existiríamos como profesión.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Mexicano Social Delegación Aguascalientes, el haber autorizado la realización del presente trabajo. Además al apoyo incondicional recibido del Encargado de la Unidad de investigación Epidemiológica y Servicios de Salud de ésta Institución Dr. Carlos Prado Aguilar y a la MCS Yolanda Verónica Martínez.

De la misma manera manifestar mi sincero y permanente agradecimiento a la Asesora de la Tesis, Dra. Hilda Romero Zepeda, Secretaria Académica de la Facultad de Ciencias Naturales, de la universidad Autónoma de Querétaro por su dedicación, apoyo y guía, durante el desarrollo de esta tesis.

Así mismo, quiero manifestar mi agradecimiento al siguiente personal de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, que de una u otra forma participaron con asesorías en forma desinteresada y con una gran disponibilidad, como fue el Dr. José Gerardo Alejo Lozano del Departamento de Salud pública, Centro Biomédico a la MCIE Liza Yasmín Gómez Jasso del Departamento de Psicología, Centro de Ciencias Sociales y Humanidades y a la MCPDR Patricia Rangel Jiménez del Departamento de Estadística del Centro de Ciencias Básicas.

También quiero hacer extensivo mi agradecimiento y gratitud a los sinodales quien gracias a su análisis crítico, observaciones, y sugerencias hicieron posible el enriquecimiento de este trabajo

Declaración.

Los cuestionarios empleados en esta tesis tuvieron la autorización de uso por parte de la Dra. Ramona Lucas Coordinadora del Grupo WHOQOL en España. Así mismo fue enviada la base de datos de los resultados de acuerdo al convenio establecido con la OMS y pasaron a formar parte de un banco de datos de esta organización.

Todos los resultados fueron recabados por el autor de este trabajo, y parte de los resultados ya fueron presentados en el IX Foro Regional de Investigación en Salud, Región Norte y XIII Foro Nacional en Investigación en Salud.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.2. Importancia del Estudio	12
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo General.....	14
1.3.2. Objetivos Específicos	14
II. MARCO CONCEPTUAL	15
2.1 Calidad de Vida.....	15
2.1.1 Antecedentes de la Calidad de Vida	15
2.1.2 Conceptos de Calidad de Vida	17
2.1.3 Consenso de Calidad de Vida	21
2.1.4 Utilidad del concepto	22
2.1.5 Líneas de investigación.....	23
2.1.6 Evaluación de la Calidad de Vida.....	25
2.2 Jubilación	27
2.2.1 Marco Social.....	28
2.2.2 Marco Económico.....	29
2.2.3 Marco Histórico y Legal.....	32
2.2.4 Investigaciones Relacionadas	34
2.3 Hipótesis	37
III. METODOLOGÍA	38
3.1 Diseño	38
3.2 Población de estudio	38
3.2.1 Criterio de inclusión.....	38
3.2.2 Criterio de exclusión	39
3.2.3 Criterio de eliminación	39
3.3 Variables	39
3.3.1 Definición y Operacionalización de variables	40
3.3.2 Variables sociodemográficas.....	51
3.3.3 Escala de medición	52
3.4 Plan de procesamiento y análisis de datos	58
3.5 Instrumento de recolección	58
3.5.1 Confiabilidad y validez.....	59
3.5.2 Resultados del instrumento	59
3.6 Procedimiento	59
3.7 Consideraciones éticas	61
IV RESULTADOS	62
V. DISCUSIÓN	77
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIA	84
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	91

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.		Página
1	Calidad de vida WHOQOL-100	20
2	Comparación entre conceptos de calidad de vida, OMS, San Martín, H. y Pastor, U. y Borthwick-Duffy Felcey Perry	21
3	Operacionalización de dominios y facetas de calidad de vida WHOQOL-100	40
4	Ítems de las facetas de calidad de vida WHOQOL-100	45
5	Operacionalización de variables sociodemográficas	51
6	Escala de medición de facetas WHOQOL-100	52
7	Algoritmos para los resultados de los Dominios WHOQOL-100	57
8	Resultados de variables sociodemográficos de las enfermeras jubiladas	63
9	Resultado de los ítems de calidad de vida global y salud en general de las enfermeras jubiladas	76
10	Correlación entre el estatus y la satisfacción de calidad de vida enfermeras jubiladas	76

INDICE DE FIGURAS

No. De Figura	Página
1 Transición demográfica, pirámide poblacional de personas de 65 años y más 1995-2000 y proyección 2050	4
2 Modelo conceptual de calidad de vida de Alguacil G.	19
3 Resultados de los Dominios de calidad de vida en las enfermeras jubiladas	66
4 Dominio Espiritual de calidad de vida en la enfermeras jubiladas	67
5 Dominio Independencia y sus facetas de calidad de vida de las enfermeras Jubiladas	68
6 Dominio Ambiente y sus facetas de calidad de vida de las enfermeras Jubiladas	69
7 Dominio de Relaciones Sociales y sus facetas de calidad de vida de la enfermeras Jubiladas	70
8 Dominio Estado Psicológico y sus facetas de calidad de vida de las enfermeras jubiladas	71
9 Dominio Estado físico y sus facetas de calidad de vida de las enfermeras jubiladas.	72
10 Faceta de calidad de vida global y salud en general de las enfermeras jubiladas	73, 74 y 75

I. INTRODUCCIÓN

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, las campañas internacionales realizadas en ámbitos tales como la vacunación, salud, saneamiento, higiene e infraestructura han aumentado el promedio de la esperanza de vida a nivel mundial, se encuentran entre las más altas registradas en la historia. El promedio de esperanza de vida a nivel mundial subió de 60 a 70 años en los últimos 30 años (Secretaría de Coordinación de Finanzas para el Desarrollo, 2004). En México en el año 2000, la esperanza de vida a nivel Nacional era de 75.3 años (INEGI, 2002).

Conforme se incrementa la edad en la población, un fenómeno social que caracteriza a esta población es la jubilación, un evento de mucha relevancia para la personas por la serie de ajustes que hay que realizar en los aspectos físicos, psíquicos y sociales que de acuerdo a la adaptación que se realice será el grado de satisfacción y bienestar.

La calidad de vida es un concepto polémico, multidimensional, dinámico, objetivo y subjetivo, que se ha planteado como algo individual porque es la percepción que hace el propio individuo de su vida pero a la vez se le considera universal, debido a que las necesidades básicas del ser humano son las mismas en cualquier nación y su satisfacción produce bienestar y por lo tanto calidad de vida.

La calidad de vida es una interrogante planteada desde hace muchos años y ahora en día con el proceso de la globalización y la cultura de la calidad se ha retomado con mayor interés. Se ha intentado medir en diversas formas, una fue a través de factores externos, como el ingreso económico, vivienda, trabajo, educación y ambiente, luego fue por indicadores sociales en donde se agregaron elementos de carácter social, político y cultural. Actualmente se relaciona este concepto con el de salud. Brunner en 1994 describe el concepto actual de salud como el conjunto de los funcionamientos, físico, psicológico, emocional, social y espiritual que hacen posible que la persona lleve a cabo sus funciones y

responsabilidades, además de dirigirse hacia la realización personal en situaciones diversas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como “la percepción que hacen los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y fines”. Es un concepto amplio que afecta a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características salientes del ambiente.

Por lo anterior este estudio descriptivo se realizó con el objeto de caracterizar la calidad de vida a la enfermera jubilada del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Aguascalientes con pensión jubilatoria hasta el año 2000. La mayoría de esta población se encuentra en la transición de la etapa adulta media a la de adulto mayor, debido a que ellas se jubilan por años de servicio independientemente de la edad cronológica. Esto representa un fenómeno muy especial que despierta interés para su estudio y comprensión.

Se pretende que de acuerdo a los resultados obtenidos, se profundice más en el conocimiento de esta población a través de nuevos estudios y sirva como base en los cursos prejubulatorios, así como en políticas Institucionales y de salud.

I.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada "calidad de vida", y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social (San Martín y Pastor 1990).

En torno a la enfermera jubilada existen varios factores internos y externos que pudieran influir de manera positiva o negativa en el grado de satisfacción para la calidad de vida, entre ellos los cambios demográficos, la jubilación, el género con su asignación de roles y el ciclo del desarrollo humano.

Cambios demográficos

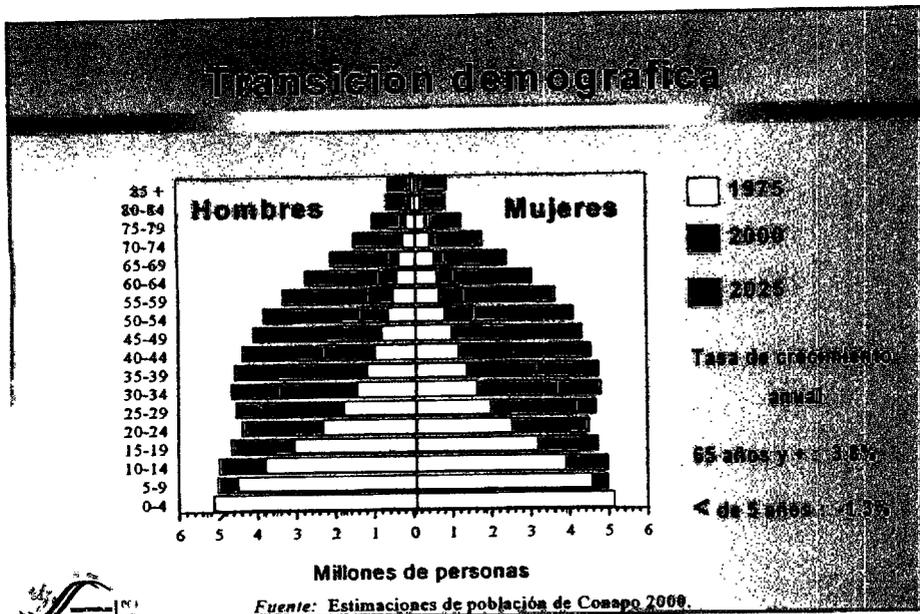
Uno de los fenómenos asociados al avance de la transición demográfica es el rápido incremento de la población de adultos mayores. La combinación de una esperanza de vida cada vez mayor y de una fecundidad en continuo descenso provoca un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de los adultos mayores.

De acuerdo a la CONAPO (2004) Se estima que el número de adultos mayores de 65 años y más, en los países desarrollados aumentó 2.7 veces en los últimos 50 años y que para el 2050 llegaran a un poco más de la cuarta parte de los residentes de esos países. En México el proceso de envejecimiento será más rápido que en otros contextos debido a que le tomó la mitad de tiempo que requirieron las sociedades más envejecidas de hoy para alcanzar esa situación. Su tasa de crecimiento de adultos mayores registrada en los últimos años es de más del 3.8 por ciento anual. Se prevé que para el 2030 uno de cada ocho habitantes será un adulto mayor y para el 2050 será uno de cada cuatro (véase figura 1). El envejecimiento demográfico en México tendrá grandes transformaciones de carácter social, económico, político y cultural, así como grandes desafíos para la sociedad y el gobierno.

Aunado a lo anterior también el perfil epidemiológico ya presenta cambios muy relevantes, entre ellos las enfermedades agudas e infecciosas y cuando éstas

dejan de serlo en su lugar se incrementa el número de enfermedades crónico-degenerativas (INEGI 2000) sociodemográficos de México 1930-2000).

Figura No. 1



Jubilación

Si bien es cierto que el envejecimiento de la población origina un incremento en el gasto del sistema de seguridad social por el aumento en el número de jubilados y pensionados, por lo tanto la utilización más frecuente de los servicios médicos, no es menos cierto que la prolongación de la vida con una mayor calidad permite disponer de una fuerza de trabajo con amplia experiencia laboral y un buen nivel de calificación, capaz de mantener altos niveles de productividad después de la jubilación

A nivel nacional el número total de jubilados del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) era de 13,339 en 1990, en el 2000 de 45,058, y para mayo del 2003 eran 63,522, debido a la transición demográfica del país, motivada por las bajas de la tasas de mortalidad y natalidad que incrementa la esperanza de vida (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, 2004).

En junio del 2000 la nómina de jubilados y pensionados de la Delegación Aguascalientes era de un total de 740 personas, de los cuales 97 correspondían a enfermería por años de servicio en sus diversas categorías: auxiliar de enfermera general, enfermera general, enfermera especialista, enfermera jefe de piso, subjefe de enfermeras, jefe de enfermeras y jefe de enfermería delegacional.

Se entiende por jubilado, el trabajador que cumplió un tiempo de servicio en una institución independientemente de su edad cronológica, en este caso para los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 27 años para la mujer y 28 años para el hombre. El promedio de jubilación a nivel nacional es de 53 años (Sindicato Nacional de trabajadores del Seguro Social, 2004).

En las últimas fechas la jubilación ha sido un tema de relevancia social a nivel internacional y nacional. Dichas discusiones son de carácter económico y de justicia social por el derecho del jubilado a una vida digna por los años laboralmente activos.

Entre los cambios más trascendentales del estatus en la edad adulta es la jubilación. El trabajo ofrece roles y funciones y además contribuye a la formación de la identidad personal. Estas son algunas de las razones por las cuales la jubilación requiere de muchos ajustes emocionales, físicos, sociales y espirituales: adaptaciones constantes para lograr el equilibrio y el bienestar que proporciona una vida satisfactoria. La adaptación a roles nuevos también lo es a nuevas expectativas y pautas de comportamiento (Potter y Perry, 2001). Se afirma que cualquier transición de rol puede suponer un riesgo de concepto del propio yo, pudiendo dar lugar a conflictos, ambigüedades o tensión. La reacción positiva o negativa ante la jubilación es resultado de muchos factores diversos: salud, posición económica, necesidad del sentimiento de realización, flexibilidad, historia personal y reacciones de personas a quienes se aprecia (Graig, 1992). Todo lo anterior produce en una u otra forma diferente grado de satisfacción que contribuyen a la calidad de vida.

Género

La longevidad de la mujer es mayor que la del hombre, y aunque desde el punto de vista biológico es una ventaja, esta va acompañada con frecuencia de desventajas sociales y culturales que debe afrontar. En gran medida, problemas físicos y psicosociales comunes de la mujer adulta encuentran explicación en las condiciones sociales en que vive. La mujer tiene la responsabilidad de la reproducción y prestación de asistencia, pero a menudo no puede controlar las circunstancias que rodean estos deberes. Con los cambios que se están presentando en la estructura familiar, es probable que la mujer de edad media o avanzada tenga que cuidar varias generaciones. Una mujer puede tener al mismo tiempo la responsabilidad de cuidar a sus padres, a su esposo, a sus hijos menores e incluso a sus nietos. Ella no se escapa de los costos en términos de trabajo excesivo, en el conflicto entre la necesidad de prestar apoyo financiero y la tensión en la enfermedad o asistencia de algún miembro a la familia (Cortajarena, 1999; Mila, 1999).

Las dificultades que afronta la mujer de edad avanzada son extensivas de las que sufre la mujer más joven y representan una carga más, impuesta por el ciclo de vida a que ha llegado. Ella se ve sometida a riesgos mayores como la viudez, la dependencia y las necesidades crecientes de atención de la salud, por los procesos crónicos. La mujer adulta llega a esta edad, después de haber atravesado por etapas que de alguna forma condicionan su calidad de vida, tales como la etapa reproductiva, que es simultánea con la de mayor actividad laboral e intelectual, la educación de los hijos y finalmente, en casi todos los casos, la del cuidado de otros adultos mayores de la familia (Cortajarena, 1999; Mila, 1999).

En la mayoría de los países de América Latina, la educación de la mujer de edad mediana o avanzada es inferior a la del hombre en términos de cantidad y calidad. De todos modos la instrucción primordial de la mujer, a menudo se realiza en forma de adiestramiento para la función prevista de esposa y madre.

La nueva tecnología exige un nuevo adiestramiento, y la mujer de edad avanzada es forzada a retirarse del trabajo por personas más jóvenes, además

que las mujeres de edad media o avanzada se les impide su ingreso inicial al mercado laboral, y si logra ingresar, debe vencer grandes obstáculos para competir con el hombre por el mismo cargo y enfrentarse a la desigualdad de las remuneraciones. Por no poder encontrar empleo en el sector estructural, muchas mujeres recurren al trabajo en el sector informal, que reporta mucho menos ganancias económicas, pero le permite atender la necesidad que tiene de equilibrar sus funciones de reproducción, prestación de asistencia y mantenimiento del hogar, que le han impuesto su cultura y la sociedad, con la generación de ingresos. La remuneración en el trabajo informal, además de ser inferior a la de los hombres, su naturaleza esporádica e informal, impide que la mujer acumule suficientes ahorros o aportes para poder participar en un programa de pensiones de seguridad social para la vejez. Muchas de estas mujeres tuvieron que dejar su trabajo o al menos su trabajo formal, realizando tareas que les permitiera atender las ocupaciones domésticas y, por lo tanto, cuando llegan a la vejez no pueden recibir prestaciones de jubilación (Bolle, 2000).

Pudiera ser que la enfermera jubilada se sintiera culpable por no haber cumplido totalmente con el rol que la sociedad le determinó como mujer (madre, esposa, hija etc.) por lo tanto al término de su vida laboral, pareciera sentirse obligada a compensar el tiempo que no dedicó a su "obligación" social y en ocasiones es la misma familia quien le hace sentir que ahora que no trabaja, debe cumplirlas. Sin embargo, el cambio de ambiente pareciera que le afecta a la enfermera jubilada y a su familia, porque la falta de costumbre de convivir tanto tiempo. También pudiera ser que este distanciamiento que hubo durante la etapa laboral, sirviera como un reencuentro entre su pareja, sus hijos y sus nietos.

Ciclo del desarrollo humano.

El crecimiento y desarrollo humanos son procesos ordenados predecibles que inician desde la concepción hasta la muerte. Todas las personas evolucionan a través de las fases de desarrollo y crecimiento pero es individual y la capacidad para superar las etapas es lo que proporciona el nivel de salud.

Los estadios del crecimiento y desarrollo se contemplan en lapsos donde el entorno tiene su mayor impacto sobre el individuo y así podemos decir que la edad del adulto medio se encuentra entre los 35-40 y 60-65 años (Rappoport, 1986; Papilla, 1995; Guy, 2001). Para este estudio se considero el rango de los 40 a 65 años.

La enfermera jubilada de acuerdo a estos estadios se ubica en su mayoría en el de adulto medio o edad adulta madura. Muchos de los años de ésta son los más estables y predecibles; generalmente los logros personales y profesionales suelen haber llegado a su plenitud, existe una estabilidad socioeconómica, encuentran placer (generatividad) por ayudar a sus hijos u otros jóvenes a convertirse en adultos productivos y responsables; puede ser que también inicien el cuidado de sus padres que envejecen y utilicen el tiempo libre de forma satisfactoria y creativa y se preparen para la jubilación.

Al igual que el adolescente el adulto medio emplea gran energía para adaptar el concepto de sí mismo y su imagen corporal a la realidad fisiológica y cambios de aspecto físico. Una vez que el adulto desarrolla formas de conductas positivas desde el punto de vista de su salud, las consecuencias son un aumento de la autoestima, imagen corporal favorable y una actitud positiva para los cambios fisiológicos. Los principales cambios fisiológicos para la mujer son el encanecimiento del cabello, la aparición de arrugas en la piel, el ensanchamiento de la cintura y la menopausia.

El desarrollo cognitivo. En el desarrollo cognitivo, generalmente no existen cambios, el adulto medio es capaz de seguir adquiriendo nuevas habilidades y conocimientos.

En el desarrollo psicosocial pueden ocurrir acontecimientos esperados como el abandono del hogar de los hijos, o los no esperados, como la separación matrimonial o la muerte del cónyuge; también puede haber cambios profesionales. El comienzo de la menopausia puede afectar el estado de salud de la mujer. El no ovular disminuye el riesgo de un embarazo, aunque a menudo la actividad

sexual puede ser más placentera, aunque en otras ocasiones la mujer se considere menos atractiva sexualmente.

Dos problemas psicosociales de salud vienen siendo la ansiedad y la depresión. La ansiedad generalmente se debe a los cambios fisiológicos y psicológicos que marca el comienzo de dicha edad: esta ansiedad puede estimular a que el individuo replantee sus objetivos de vida o bien que aparezcan enfermedades somáticas que generan preocupación por la muerte. El adulto medio piensa que se encuentra en la mitad de su vida o más, en términos del tiempo que le queda por vivir.

Por otro lado el concepto de espiritualidad es diferente para cada individuo que puede ser influido por la cultura, el desarrollo, las experiencias vitales, las creencias e ideas sobre la vida. La religión son creencias y cultos organizados para exteriorizar la espiritualidad y a medida que la persona madura, es más frecuente que recurra a estos dos conceptos que le brindan apoyo y bienestar para satisfacer la necesidad humana de buscar respuestas significativas.

Psicológicamente es probable que se encuentre alterado su "yo" que engloba la imagen corporal, la autoestima, los roles y la identidad: la imagen corporal se ve afectada por el desarrollo cognitivo y físico; la autoestima depende del cariño y la aprobación de los demás, de la familia y amigos: entre los factores estresantes que afectan a la autoestima está la jubilación, una etapa muy relevante en la vida de cualquier persona, acompañada de ajustes emocionales, físicos, sociales y espirituales que requieren de adaptaciones constantes para lograr el equilibrio y el bienestar que proporcione una vida satisfactoria. La adaptación a "trabajos" nuevos requiere de otras expectativas y pautas de comportamiento. Potter y Perry (2001) comentan que cualquier transición de rol supone un riesgo de concepto del "yo" dando lugar a conflictos, ambigüedades o tensión. De la misma manera escriben que la jubilación trae consigo cierto aislamiento social y una reducción en la valía, a menos que se invierta en viajar, colaborar con la comunidad o en la parroquia, de lo contrario se podría sucumbir a los factores de estrés antecedido de una depresión.

El aspecto económico genera un penoso proceso de adaptación de la enfermera jubilada puesto que sus necesidades no disminuyen al jubilarse. Quienes no reciben una pensión dinámica y perciben sueldos bajos, es probable que dependan de otras personas para resolver sus necesidades económicas

Los problemas de salud generalmente son pocos en esta etapa de la vida del adulto medio y los más relevantes son los relacionados con el estrés. En la enfermera jubilada, como lo menciona Guillén, (2002), pudiera detectarse algún deterioro físico, bien como resultado del estilo de vida, de la salud laboral, por la edad, o por factores genéticos. El haber trabajado en un ambiente con muchos estímulos psicosociales (nacimiento, muerte, enfermedad, dolor) que generaron estrés pudieron afectar los sistemas; endocrino (hormonal), autónomo e inmunológico, produciendo alteraciones en la regulación de la presión sanguínea, en la frecuencia cardíaca, en los niveles de azúcar, en la sangre y daños en el sistema cardiovascular por las características propias de la profesión. Donde existe una exposición constante a este factor desencadenante pudiera desarrollarse una enfermedad cuando se encuentra con un factor genético, como son ataques cardíacos, hipertensión, cefaleas migrañosas, úlceras, dolor de espalda, artritis, diabetes y cáncer.

De acuerdo a los datos recabados en el Departamento de Medicina del Trabajo del IMSS, Delegación Aguascalientes en el año de 2002, los problemas de incapacidad por enfermedad laboral en enfermería fueron en orden de importancia: contusiones con el 25%, heridas punzo-cortantes con el 16% y lumbalgias con el 16%. El riesgo en las heridas punzo-cortantes pudiera ser el de adquirir enfermedades como hepatitis y sida. En los problemas de lumbalgia, se requieren periodos largos de incapacidad e incluso son causas de invalidez.

El ambiente en que la enfermera jubilada trabajó o vive actualmente pudiera ser un factor de riesgo para la aparición de ciertas enfermedades como el cáncer. La exposición a ciertos productos químicos o desechos tóxicos pueden tener efectos a largo o corto plazo. Así como el aire, el agua, la contaminación, el ruido, los altos grados de criminalidad o la sobrepoblación pueden incrementar el riesgo

de enfermedad. En el hogar factores estresantes para la enfermera jubilada o familia pueden ser los conflictos, falta de un entorno cómodo, los ruidos o falta de intimidad o espacio que pueden ocasionar confusión, tensión o incomodidad.

El grado de dependencia/independencia pudiera interferir en la calidad de vida de la enfermera jubilada ya que la movilidad es una expresión de autodefensa, emociones, satisfacción de necesidades, realización de actividades diarias y desarrollo de actividades físicas normales del organismo. La pérdida total o parcial de movilidad puede provocar reacciones emocionales, intelectuales, sensoriales y socioculturales

Por lo anteriormente expuesto es menester conocer las inquietudes de los jubilados para que concilien una vejez sana, sean productivos, tengan actividades recreativas y mejoren así su calidad de vida, definida por la Organización Mundial de la Salud como: "la percepción que hacen los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Las áreas (dimensiones) a evaluar son las siguientes: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente, espiritualidad, religión o creencias personales (WHOQOL, 1995).

Con tales aseveraciones en este estudio se pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida de las enfermeras jubiladas del Instituto Mexicano de Seguro Social hasta junio del 2000 de la Ciudad de Aguascalientes?

1.2 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Para Schalock (2002), la importancia de la investigación sobre la calidad de vida radica en que el concepto emerge como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de la sociedad, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "revolución de calidad" (quality revolution) que propugna la planificación centrada en la persona y la adaptación de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de calidad.

También el concepto de calidad de vida puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas, su nivel de satisfacción, los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y de otras más específicas como la jubilada (Gómez y Sabeh, 2002).

Hablar de la calidad de vida en la jubilación en todos sus aspectos representa un amplio, infinito e interesante ámbito de estudio. Tiene grandes perspectivas para descubrir el significado de la presencia de un jubilado en la sociedad, los procesos de integración, el rol que la familia desempeña, el aislamiento o marginación, los ámbitos geográficos, el rural, suburbano y el de las grandes urbes, la salud física, la salud mental, el factor económico, ambiente, su independencia, la espiritualidad y muchos otros factores más que influyen en la calidad de vida de este sector de la población.

El conocimiento se da en función de los eventos en los cuales la investigación tiene su acción aun sin establecer un descubrimiento, teoría, propuesta o una amplia conclusión. Todo el proceso de investigación es conocimiento a través de la indagación y a su vez es parte del enriquecimiento de la cultura, por lo tanto representa un beneficio para el investigador por alterar sus ideas y actuar con más profesionalismo. El beneficio del conocimiento es en este

caso, la cultura, la actividad del jubilado y quiénes interactúan con él. Como resultado de este estudio y su publicación, se proponen sugerencias, conclusiones y problemas que pueden surgir.

El beneficio para la sociedad será proporcionar información relevante sobre esta parte de la población, que cada día se incrementa más en el país donde se están transformando todas las estructuras sociales y se ha comenzado a instaurar la protección social de la vejez; políticos, periodistas y representantes de grupos de interés, proponen aquí y allá soluciones. La calidad de vida de las jubiladas es muy sensible, la situación actual y futura de quienes hoy están trabajando y también la suerte de las generaciones del mañana dependerán de la información obtenida para sugerir nuevas formas de vida que incrementen el bienestar de esta población y no se vea a ésta, como una carga para la sociedad, sino como a un grupo de personas poseedoras de amplios conocimientos y experiencias que aportan socialmente.

El proporcionar información de la calidad de vida de las enfermeras jubiladas a la institución a la cual sirvieron, será de gran utilidad para la planeación de los programas de los cursos prejubilatorios, y además, para orientar en la toma de decisiones, la implementación de programas de atención, rescate de estas personas una vez jubiladas y el reconocimiento a esta población como capaz de seguir aportando experiencia y conocimiento en algunas áreas cuando así lo deseen.

Por otra parte la elaboración de estrategias para consolidar los logros alcanzados en la atención de los adultos y seguir avanzando en el propósito de mejorar la calidad de vida de este importante segmento de la población, proporcionarán su plena integración social y participación en el proceso de desarrollo del país (Enríquez, 1999).

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo general

Caracterizar la calidad de vida que tienen las enfermeras jubiladas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Aguascalientes.

1.3.2. Objetivos específicos

- **Definir en que estándares de calidad de vida se encuentra la enfermera jubilada.**
- **Determinar que dimensiones de calidad de vida son mayores.**
- **Determinar que dimensiones de calidad de vida son menores.**
- **Correlacionar el estatus de calidad de vida y el nivel de satisfacción de la enfermera jubilada.**

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 CALIDAD DE VIDA.

2.1.1. Antecedentes de calidad de vida

Gómez M. y Sabeh E. (2002) menciona que el interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales, sin embargo la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente, utilizando ámbitos muy diversos como salud, salud mental, educación, política, economía y servicios generales.

Arnariz L. (2003). Menciona que el origen de la calidad de vida es antiguo. La frase: No es cuestión de vivir sino de vivir bien, a pesar de las contrariedades y penurias, se encuentra en antiguos escritos. La posmodernidad resalta el concepto de calidad de vida en un contexto economista y utilitarista, que va desplazando el hasta entonces vigente y generalizada "sacralidad de vida" por el de "calidad de vida", extrapolado del campo de la economía y de la industria donde se aplica a materiales que entran en un parámetro establecido a partir de los años 50, aplicado sobre todo al mundo de los seguros de salud y de las prioridades presupuestarias de salud.

Evolución del concepto de calidad de vida, (Arnariz, 2003).

1950.- Aparece la expresión de calidad de vida en debates públicos relacionándolo con el medio ambiente.

1950-60. En el interés de conocer el bienestar humano y las consecuencias de la industrialización, se inicia la medición de la calidad de vida con datos objetivos desde la ciencias sociales con indicadores sociales estadísticos, de datos y hechos de bienestar social, siendo la primera referencia las condiciones objetivas, económicas y sociales .

1960.- Comienza a popularizarse el concepto de calidad de vida e implementarse en diversos ámbitos como salud, educación, política, economía y servicios generales Se incursiona en este concepto primeramente como un enfoque cuantitativo. Se emplearon criterios externos como ingreso económico, vivienda, trabajo, educación y ambiente, entre otros. En donde la calidad de

vida se relacionó con la cantidad de recursos, más tarde se incorporaron indicadores sociales, elementos sociales, políticos y culturales.

1964. El término de calidad de vida fue usado por primera vez por el presidente de los Estados Unidos, Lyndon B. Johnson en un discurso especial: "Los objetivos no pueden ser medidos a través de la composición del balance de los bancos, también deben ser medidos a través de la calidad de vida que proporcionan estos a las personas" (Rueda 2004).

.1970 La OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico) establece por primera vez, la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se han de enfatizar sus aspectos de calidad. (Rueda 2004).

De 1970 al 2000 (Gómez, 2000) indica la siguiente evolución del concepto:

1970-80 El perfeccionamiento de los indicadores sociales lleva a la diferenciación entre estos y la calidad de vida. El concepto de calidad de vida, se considera como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional), de las condiciones objetivas y subjetivas.

1974 La inclusión del término en la primera revista de Estados Unidos, "Social Indicator Research en 1974 y en Sociological Abstracts en 1979.

1980 El despegue definitivo de la investigación en torno al termino calidad de vida.

1990-2000 Continúan varios autores de diferentes disciplinas creando sus conceptos como Borthwick-Duffy quien realizó tres conceptualizaciones de calidad de vida en 1992, y en 1995 Felce y Perry incrementaron un cuarto concepto al modelo anterior.

1994 La Organización Mundial de la Salud en busca de un instrumento internacional que evaluara la calidad de vida, organizó un proyecto colaborativo multicentrico en donde lo primero era clarificar y definir la calidad de vida. Tres aspectos fundamentales referentes al constructo de

calidad de vida fueron obtenidos por un grupo de expertos de diferentes culturas: (1) subjetividad; (2) multidimensionalidad; (3) presencia de dimensiones positivas y negativas. Estos elementos condujeron a la definición de calidad de vida.

2.1.2. Conceptos de calidad de vida.

La calidad de vida es un constructo social reciente que surge de un marco de rápidos y continuos cambios sociales. Es fruto de los procesos sociales que dirigen la transición de una sociedad industrial a una postindustrial. El concepto de calidad de vida en su vertiente más cualitativa, subjetiva, emocional o cultural surge como respuesta a los criterios economistas y cuantitvistas del que se encuentra impregnado el denominado estado de bienestar. Retoma la perspectiva del sujeto, superando y envolviendo el propio concepto de bienestar. Tiene un carácter multidimensional e interdependiente (Alguacil, 2004).

Marcellux (2004) comenta acerca del concepto: “ al hablar de calidad de vida debiéramos remitimos a un concepto tendiente a la libertad, más que a la rigidez, al placer más que al dogmatismo, y a la felicidad más que a la normatividad. Define la calidad de vida como un concepto subjetivo, relacionado con la percepción que se tiene acerca de la vida, en el sentido de sentirse realizado con el propio ser. Se trata de un concepto que más que hacer énfasis en la salud física, hace referencia a la situación psicológica, desde el punto de vista del individuo. En cuanto a los componentes de la calidad de vida afirma que “no existe un listado taxativo de los componentes de lo que es calidad de vida, pero se puede afirmar que, la misma es un concepto colectivo, es decir calidad de vida es una suma, una concatenación de hechos y efectos que tiene como resultado sentirse felices y satisfechos con el desempeño de la vida.

El marco de referencia básico de la calidad de vida de acuerdo a la inteligencia emocional (www.calidadevida.com.ar/indice/ite.htm), está integrada por la calidad humana, la calidad social y la calidad total.

- a) **Calidad humana.** Se relaciona directamente con los derechos del ser humano y las emociones morales, el carácter y las virtudes de cada persona en su propio ámbito y en su respectivo desarrollo personal.
- b) **Calidad social.** Toda reunión, asociación, red o comunidad organizacional funciona como un sistema integral que brinda incentivo de múltiples aspectos psíquicos y físicos en los seres humanos que lo constituyen.
- c) **Calidad total.** Consiste en un sistema de vida que puede ser aplicado e instrumentado en cualquier tipo de empresa u organización donde los seres humanos son los más importantes (Inteligencia emocional, 2004).

Borthwick-Duffy (1992) propuso tres conceptos:

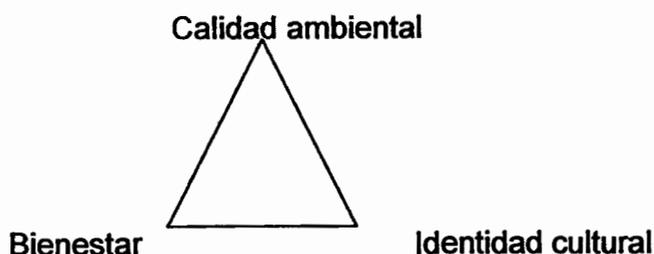
- a) **Calidad de vida** definida como la calidad de condiciones de la vida de una persona.
- b) **La satisfacción** experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- c) **La calidad de la condiciones de vida** de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

En 1995 Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida y añadieron un cuarto concepto al modelo de Borthwick-Duffy (Felce y Perry, 2002; Borthwick-Duffy, 2002).

Alguacil G. (2002) define la calidad de vida como “una medida de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe el individuo y cada grupo, así como de felicidad, satisfacción y recompensa”. La delimitación del concepto de calidad de vida no tiene un único sentido, su construcción precisa de la autoimplicación de tres grandes perspectivas lógicas que se pueden presentar bajo un a forma de triángulo. Ver figura No. 2.

La relación entre estos distintos vértices marca diversas disciplinas en el tratamiento de calidad de vida el planteamiento complejo e incide en la idea de buscar puntos de equilibrio.

Figura No. 2
Modelo conceptual de calidad de vida de Alguacil G.



- a) Relación entre calidad de vida ambiental y bienestar: Ecología.
- b) Relación entre calidad ambiental e identidad cultural: Antropología.
- c) Relación entre bienestar e identidad cultural: Desarrollo social.

Se trata de superar lo meramente cuantitativo para introducir también aspectos cualitativos, asumir la complejidad incorporando nuevas dimensiones capaces de superar la visión simplista de la lógica del bienestar. El concepto permite y obliga a considerar el análisis de la complejidad: el exceso de satisfacción de “una necesidad relativa” en términos cualitativos que generalizadas son insostenibles, pueden ir en detrimento del medio ambiente, de la identidad y la cultura (Alguacil, 2002).

San Martín y Pastor (1990) dice que la satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la calidad de vida y define la calidad de vida de un individuo como “la relación global que él establece entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y el ambiente en que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales”. Por lo tanto, calidad de vida es un concepto dinámico porque constituye un proceso socioeconómico, cultural y sociopsicológico de producción de valores, positivos y negativos, referentes de la calidad de la vida social, de distribución social de estos mismos valores y de la percepción social de los valores por la población.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se define como “una percepción individual de uno acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus

metas, sus perspectivas, normas y preocupaciones". Es un contexto muy amplio de manera compleja que afecta a la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con las características más destacadas del entorno (WHOQOL, 1995). La estructura para medir la calidad de vida se establece de la siguiente manera. Ver cuadro 1.

Cuadro 1
Calidad de vida WHOQOL-100

Dominio	Las facetas incorporadas al dominio
	Calidad total de la vida y de la salud general
1. Salud física	1. Energía y fatiga 2. Dolor y malestar 3. Sueño y reposo
2. Psicológico	4. Imagen y aspecto corporal 5. Sensaciones negativas 6. Sensaciones positivas 7. Autoestima 8. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración
3. Nivel de independencia	9. Movilidad 10. Actividades de la vida diaria 11. Dependencia de sustancias medicinales y de ayuda médica 12. Capacidad de trabajo
4. Relaciones sociales	13. Relaciones personales 14. Ayuda social 15. Actividad sexual
5. Ambiente	16. Seguridad física y garantías 17. Ambiente físico 18. Recursos financieros 19. Libertad, seguridad física y seguridad 20. Salud y cuidado social: accesibilidad y calidad 21. Ambiente familiar 22. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades 23. Participación en y oportunidades para la recreación y el esparcimiento
6. Creencia espiritual/Religión.	24. Creencia espiritual/Religión/Persona

2.1.3 Consenso de calidad de vida

Este se presenta en el cuadro No. 2 que es una presentación gráfica de los conceptos de calidad de vida desde el punto de vista de varios autores.

Cuadro No. 2
Comparación entre conceptos de calidad de vida

Autor	Año	Definición
San Martín, H. y Pastor, U.	1990	*La relación global que se establece entre los estímulos positivos y negativos en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y el ambiente en que vive, es decir en el ejercicio de los valores sociales.
OMS	1994	*La percepción que tienen los individuos de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores, en los cuales ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y fines.
Borthwick-Duffy Felcey Perry	1992, 1995	<ul style="list-style-type: none"> a) Calidad de las condiciones objetivas de vida b) Satisfacción del individuo con sus condiciones de vida c) Calidad de las condiciones de vida + satisfacción personal d) Calidad de las condiciones de vida + satisfacción personal

Todos los autores coinciden que la calidad de vida es un concepto subjetivo y a la vez objetivo. Conforme fue evolucionando el concepto se fueron agregando componentes como el medio ambiente con sus valores y su cultura, también la percepción del individuo y el grado de satisfacción, factores muy relevantes para su evaluación. Otro elemento que vale la pena rescatar de estos conceptos es que

la calidad de vida varía con la edad y quizás sea valorada la calidad, de diferente manera por un adolescente y un adulto, debido a que sus escalas de valores y percepción tienen diferentes puntos de vista.

Entre los conceptos expuestos el que contiene elementos más holísticos es el de la organización y relación con el concepto de salud, donde se dice que es el completo estado de bienestar, físico, psicológico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. Como se puede apreciar en este concepto el bienestar y la satisfacción están muy ligados a la salud.

2.1.4 Utilidad del concepto

El término de calidad de vida esta siendo cada día más utilizado en diferentes ámbitos cotidianos: política, turismo, economía, etc. Ha tenido su desarrollo en las últimas décadas, abriéndose paso entre diversas disciplinas como la psicología, sociología, educación, economía, salud etc. (Calidad de vida relacionada a la salud, 2004).

La representación de la calidad de vida a través de indicadores sociales permite orientar con gran precisión la política de un gobierno, para mejorar gradualmente en forma planificada. La calidad de vida implica también mejorar el nivel y cambiar las maneras para lograr un bienestar social para todos. El concepto de calidad de vida es una síntesis de las contribuciones de todas las ciencias que participan en el análisis de problemas de la vida social del hombre: es una suma de todas las mediciones objetivas y subjetivas, cuantitativas y cualitativas, sobre los elementos de calidad de vida, lo que permite, un perfeccionamiento de las técnicas de medición y precisión de resultados: programar para obtener objetivos concretos, orientados a dirigir las políticas sociales a través de elementos básicos para mejorar y lograr un mejor bienestar. La evaluación de calidad de vida influye en la eficiencia de los tratamientos prescritos además de mejorar el nivel de vida para formular políticas sociales y económicas de bienestar social (Borthwick-Duffy, 2000).

El concepto también puede ser utilizado con los siguientes propósitos:

- Evaluar las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción.
- Evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos.
- Dirección y guía en la provisión de estos servicios.
- En la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población en general.

2.1.5 Líneas de investigación

Para Dennis, William, Giangreco y Cloninger (Gómez y Sabeh, 2002), los enfoques de Investigación son variados pero podrían englobarse en dos:

- Enfoque cuantitativo. Su propósito es operar la calidad de vida. Para ello, se han estudiado diferentes indicadores: sociales (condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar, la educación, seguridad pública, ocio, vecindario, vivienda etc.); psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales), y ecológicos (ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del medio ambiente).
- Enfoque cualitativo. Se adopta una postura al escuchar a las personas mientras narran sus experiencias, desafíos y problemas.

En los últimos años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico (Gómez y Sabeh, 2002).

En Ciencias de la salud. Los avances de la medicina han logrado prolongar la vida con un consecuente incremento de enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un nuevo término de CVRS (calidad de vida relacionada a la salud). Este concepto es un modo de referirse a la percepción que tienen los pacientes de la enfermedad o de su tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente las consecuencias que provoca en su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/ morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, En este

contexto la meta de atención en la salud se orienta no sólo a la eliminación de la enfermedad sino a mejorar la calidad de vida del paciente.

En Psiquiatría y psicología. Se realizan evaluaciones de calidad de vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y depresión mayor. También se han estudiado las repercusiones de grado de apoyo social, el funcionamiento del personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

En la educación. La investigación es escasa y hay pocos instrumentos para evaluar la percepción de los niños y jóvenes sobre los efectos de la educación. Los cambios transcendentales acaecidos en la forma de entender la educación en el mundo principalmente en los alumnos con necesidades educativas especiales han ido junto con los que promueven la calidad de vida. Se comienzan a desarrollar estudios sobre factores asociados a la efectividad de las escuelas, especialmente de las que ejercen un efecto en los alumnos. Se comienza a tener cabida en los currículos nuevas áreas más vinculadas con la formación integral de la persona y la mejora de la calidad de vida.

San Martín (1990) menciona que el estudio de calidad de vida es complejo, es un proceso dinámico, variable y de asociaciones múltiples, es la resultante de la interacción permanente de elementos de naturaleza muy diversa relacionados con los conceptos de desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdades económico-sociales, concentraciones económicas, modos de vida, libertades públicas, condiciones ecológicas y sanitarias del ambiente de vida, nivel de salud, enfermedad, seguridad e inseguridad.

A partir de los años 80 el término calidad de vida se adopta como concepto sensibilizador que los profesionales podían aplicar en diferentes disciplinas como un lenguaje común y guía práctica de servicios humanos, orientados a las personas, su autodeterminación y el logro de una mayor satisfacción con su vida. En los 90 la conceptualización y evaluación del concepto fue más bien metodológico. En el siglo XXI el término de calidad de vida está enfocado en los

servicios humanos en general. Muy pronto se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de procedimientos, en la medida que existan grupos de evaluadores que analicen sus resultados desde criterios de cómo es la calidad de vida.

2.1.6 Evaluación de la calidad de vida

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con la calidad de vida varían en función con la etapa evolutiva del individuo, es decir, la percepción de satisfacción se ven influenciadas por variables ligadas al factor edad. En las diversas etapas cronológicas, varias prioridades y requerimientos o necesidades en cada etapa tiene su propia apreciación de calidad de vida (Gómez y Sabe, 2002; Mujeres hoy, 2004).

A fines de los de la década de los 60 hubo un movimiento preocupado por describir las condiciones de calidad de vida de diversos grupos humanos, donde el enfoque fue puramente la medición cuantitativa de variables distales, y para ello emplearon criterios externos como ingresos económicos, vivienda, trabajo, educación, ambiente, entre otras; de donde se midió la calidad de vida en función de la cantidad de recursos disponibles. Más adelante el abordaje de la calidad de vida, nace íntimamente relacionado al de los indicadores sociales (Rodríguez y González, 2000).

A pesar de la falta de acuerdo entre los investigadores en la definición y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido impacto significativo en la evaluación. "Cuando se habla de calidad, en ocasiones se piensa únicamente en los productos terminados y poco en los seres humanos. En virtud de sus manifestaciones directas o indirectas, la calidad puede ser tangible, observable y medible. Lo que permite tanto reflexionar al evaluarla, como ser flexibles para hacer ajustes". Programa de actualización IMSS, 1994.

En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto. Por lo tanto la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento "angustiante". En mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de

su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio en él, como en su familia (Rodríguez y González, 2000).

La introducción del concepto de calidad de vida en áreas de la salud, como en enfermería, medicina o psicología tiene su fundamento en que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) representa una fuente confiable y válida en la evaluación de los resultados para intervenciones médicas. Unos interesantes conceptos como patrones de vida y calidad de vida son inicialmente mencionados por los científicos, filósofos y políticos. Un creciente desarrollo de la medicina y ciencias a fines han resuelto prodigiosamente los problemas orgánicos del hombre, pero los problemas entrañablemente humanos se van perdiendo, surgiendo una deshumanización. Por eso es cada día más urgente escuchar a los pacientes sobre los resultados de sus tratamientos y el costo-beneficio de las decisiones médicas en la clínica práctica y estudios epidemiológicos. La preocupación por el concepto calidad de vida referente a un movimiento dentro de las ciencias humanas y biológicas da sentido a valorar parámetros más amplios que controlen los síntomas, disminuya la mortalidad y aumenten la esperanza de vida. La CVRS es un intento por humanizar la medicina, su cuantificación es importante para la toma de decisiones en relación con sus pacientes e insustituibles si se desea investigar ventajas e inconvenientes de las nuevas terapias y tecnología, para una eficaz evaluación de los servicios sanitarios, la optimización de recursos y la oportunidad de reforzar sus relaciones médico-paciente aportando sus percepciones. Este concepto se le ha agregado un nuevo paradigma denominado "predictor", lo que quiere decir que una calidad de vida mejorada influye en la involución de la enfermedad (Red Iris, 2004; Desenvolvimiento do WHOQOL-OMS, 2004).

La existencia de instrumentos para evaluar la calidad de vida son diseñados en países de lengua inglesa, por lo que se ha visto la necesidad de hacer traducciones de los mismos, con la consecuente limitación, pues las dimensiones que se emplean en la evaluación de la construcción no son comparables para otras culturas. Otros intentos es a partir de grupos representativos de diversas

culturas, quienes han desarrollado dichos instrumentos, por lo que, la pregunta que debe plantearse todo investigador, es sobre la confianza y validez que pueden contener tales instrumentos, y su aplicación, para el caso particular de nuestra cultura. Es muy probable que los indicadores empleados en la valoración de la calidad de vida en culturas diferentes a la nuestra, no se ajuste tal cual, y la información que esté contenida en un instrumento no refleje la realidad total, sólo en forma parcial (Rodríguez y González, 2000).

La OMS buscó un instrumento que evaluara la calidad de vida, dentro de una perspectiva genuinamente internacional que fuera transcultural; reunió a varios científicos del mundo y organizó un proyecto colaborativo multicéntrico (15 centros principales) con un proyecto de cuatro pasos de clarificación del concepto, estudio piloto. Se desarrolló la prueba piloto y prueba de campo. Al final quedaron 100 artículos que fueron agrupados en facetas que examinaban la calidad de vida y las opiniones generales de salud, que fueron agrupados en una faceta que examinaba la calidad de vida global y la opinión general de salud; 24 facetas fueron agrupadas originalmente en seis dominios grandes: físico, psíquico, grado de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad. Las preguntas se anotan en escala de cinco puntos Likert con puntos de anclaje que son especificados (de nunca- siempre, etc.).

La confiabilidad interna de sus 25 facetas (según alfa de Cronbach) se extiende a partir de 0.65 a 0.95. La universalidad del WHOQOL-100 fue examinada de varias maneras encontrándose su eficacia en identificar las facetas de calidad de vida que son importantes transculturalmente. Actualmente existen 29 versiones en diferentes lenguas y 37 centros de campo de estudio en el mundo y hay dos versiones el WHOQOL -100 y el WHOQOL-Bref.

2.2 JUBILACIÓN

El término jubilación se tomó de la palabra jubileo, ya que en la antigüedad las personas se retiraban tras 50 años de servicio, es decir lo mismo que dura un jubileo en la religión; a su vez el concepto religioso significa alegría. La jubilación

es una prestación económica que se otorga por razón de vejez, largos años de servicio o cese de un funcionario civil con derecho a pensión. Programa de Fortalecimiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), 2000.

La pensión es definida por el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como “cantidad periódica temporal o vitalicia que la seguridad social paga por razón de jubilación, viudez o incapacidad”. Existen diversos tipos de pensiones dentro del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), una de ellas es la pensión jubilatoria que el Instituto se obliga a pagar a los trabajadores que dejen de prestar sus servicios, por haber reunido los requisitos establecidos que son 27 años de servicio para la mujer y 28 años de servicio para el hombre, independientemente de la edad cronológica. (CCT 2001-2003).

2.2.1 Marco social

La jubilación trae como consecuencias problemas de orden psicológico, pues la persona que deja de trabajar en pleno goce de sus facultades puede reaccionar pensando que los demás lo perciben como un inútil o incapaz y caen en una etapa depresiva o una existencia amarga de tristeza o nostalgia por su trabajo. Por ejemplo un individuo de 65 años generalmente se siente fuerte y con posibilidad de realizar una actividad productiva. Es frecuente que las personas de edad ansíen su jubilación; cuando esta llega sólo la disfrutan las primeras semanas, pronto se aburren y no saben que hacer con su tiempo disponible. A veces la familia tampoco se acostumbra a tener todo el día a la persona en casa, pues antes no permanecía largas horas ahí. El jubilado puede dedicarse a supervisar las labores hogareñas, criticando la forma en que se realizan, lo que acarrea conflictos intrafamiliares.

Cada día se están introduciendo en las empresas los cursos prejubulatorios, con el fin de orientar a las personas en esta etapa a sus derechos una vez llegada la jubilación. Se le induce a realizar un plan de vida, para adoptar nuevos roles, reestructuración del campo social y contactos familiares y modificación del tiempo libre.

Algunos empleados después de su jubilación no se hacen a la idea de alejarse de su organización y acuden a ella con cualquier pretexto, sobre todo a la hora de salida para saludar a los amigos, conocidos, hasta que poco a poco van alejándose. Por otro lado, la jubilación trae generalmente disminución en los ingresos familiares. En esta época los hijos pueden ser adolescentes o jóvenes con mayores necesidades de tipo económico.

2.2.2 Marco económico

La reforma de los regímenes de jubilación está a la orden del día en casi todo el mundo. Como es lógico, las razones no son las mismas en los países desarrollados, en las que ya hace decenios que existen sistemas de pensiones. En los llamados países de transición o vías de desarrollo, se están transformando todas las estructuras sociales y en algunos se está empezando a restaurar la protección social de la vejez. Ilustra esa complejidad un comentario realizado por un demógrafo francés Hervé Le Bras, a propósito de un informe publicado por la División de Población de la Naciones Unidas en el 2000, según el cual los países desarrollados, sobre todos los europeos, necesitan una fuente de inmigración para hacer frente a la merma y envejecimiento de su población. Para Le Bras, este razonamiento parte del supuesto de que "el actual estado de cosas se mantendrá indefinidamente, salvo algunas cifras e índices sobre lo que se quiere actuar y se cree que es posible hacerlo" y añade: ¿cuál será la productividad en el año 2050? La jubilación, que básicamente data de hace unos 50 años ¿seguirá existiendo dentro de otro medio siglo? ¿No habrá sido sustituida por una forma flexible de repartir el tiempo de trabajo a lo largo de la vida que ya es la mitad del que era en 1936? ¿Cuántos quedaran en el 2050, si además por entonces se habrá multiplicado por dos la esperanza de vida de los adultos? ¿Estamos seguros, en fin, de que la jubilación conforme al sistema de reparto, que es la base del razonamiento de la Organización de las Naciones Unidas, no habrá sido sustituida por formas de capitalización justificadas por el crecimiento del capital? El debate de la jubilación es muy sensible: la situación actual y futura de quienes están

trabajando dependerá de las decisiones adaptadas en medio de una gran incertidumbre. Son relevantes los criterios para clasificar la jubilación. La diferencia entre los regímenes de protección social de la vejez son los beneficios de las prestaciones (Bolle, 2000).

- Prestaciones universales, que son las que tiene derecho todas las personas y que están financiadas por los presupuestos del Estado: pertenecen al ámbito de la asistencia social.
- Prestaciones para quienes durante su vida activa han cotizado, junto con su empleador en su caso, a un régimen de jubilación: pertenecer al ámbito de la seguridad social.
- Por su forma de organización, por las reglas que habilitan a adquirir los derechos y por sus resultados. Los modos de organización desde el punto de vista de la organización, son cuatro criterios principales:
 1. Que el régimen se financie por reparto o por capitalización.
 2. Que se definan por anticipado las cotizaciones que se pagan o las prestaciones que se reciben.
 3. Que el régimen sea gestión pública o gestión privada.
 4. Que sea de índole obligatoria o voluntaria.

Es importante conocer las condiciones para tener derecho a las prestaciones. Se trata de un elemento esencial de la organización y del equilibrio financiero de los regímenes de jubilación. Es también el elemento políticamente más sensible, pues es frecuente que las reformas entrañen una modificación de las reglas que rigen la edad del retiro. Por lo general, para percibir una pensión una vez cesada la actividad laboral es preciso haber cumplido una determinada edad, a menudo fijada por la ley, y haber cotizado durante un número mínimo de dos años. En algunos países se exige también abandonar por completo el trabajo, mientras que en otros, la percepción de una pensión no es óbice para continuar desempeñando una actividad profesional. En algunos sistemas el pago de la pensión está sujeto a una comprobación de los recursos del interesado. A veces

hay también un límite a la cantidad que puede percibir el beneficiario una vez sumada la pensión de jubilación y sus demás ingresos. Esa rebaja de la edad necesaria, que es una reivindicación constante de los trabajadores y sus organizaciones, se considera asimismo como un signo de prosperidad y bienestar, pero, desde hace varios años que parece que esta tendencia se está invirtiendo debido al aumento en la esperanza de vida.

El factor demográfico es relevante dado que la proporción entre el número de jubilados y de activos es un tanto esencial para el equilibrio y la perdurabilidad de los jubilados. ¿Cuántas personas en edad activa trabajan y cotizan el pago de la pensión de un jubilado? ¿Cómo evoluciona esta proporción? Además hay otras personas inactivas (niños y jóvenes escolarizados). En los jubilados hay una realidad inestable, es espectacular el incremento de la esperanza de vida que viene produciéndose en los últimos decenios. Es un fenómeno casi universal, pero muy sobresaliente en el mundo industrializado, donde la esperanza de vida alcanza cifras más altas y donde los regímenes de jubilación se diseñaron cuando eran muy bajas. En cuanto al envejecimiento y el costo de jubilación, la vulnerabilidad de los regímenes de reparto al envejecimiento de la población ha despertado la duda de si sigue siendo viable pues obliga a que las personas activas, cuyo número disminuye frente al de jubilados, coticen más, bien aumentando sus aportaciones o retrasando la edad de jubilación. Otro camino es rebajar las tasas de sustitución de las pensiones lo que merma los ingresos de los jubilados. La relación general entre personas activas y personas inactivas disminuye al prolongarse la escolaridad, pero aumentando al elevarse la tasa de actividad de la mujer, la situación se ve agravada si, para luchar contra el alto nivel de desempleo, se fomenta la jubilación anticipada, asimismo el problema de desempleo ha hecho políticamente muy difícil retrasar la edad de la jubilación, pues es ampliamente compartida la idea de que los más jóvenes deben salir cuanto antes de la que fuera población activa para dejar sitio a los jóvenes, efectuando más por falta de trabajo (Bolle, 2000).

La mayoría de los sistemas de pensiones vigentes en el mundo fueron creadas a mitad del siglo pasado, cuando las condiciones laborales, demográficas y económicas eran totalmente diferentes a las de hoy. Debido a ello enfrentamos una crisis mundial en estos sistemas detonando un gran movimiento reformador que intenta salvar la viabilidad financiera no sólo de las pensiones sino de los sistemas de seguridad social. En México el primer intento reformador del sistema público de pensiones, fue la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) en 1992 y posteriormente la modificación de la Ley del Seguro Social en 1997, con la introducción de un sistema de capitalización individual Administración de Fondos para el Retiro (Afores). Además la mayoría de los Gobiernos estatales y universidades han acordado la implementación de reformas que garanticen la viabilidad financiera de su fuente de trabajo, que da origen a la seguridad social.

2.2.3 Marco histórico y legal

En el artículo 123 de la Constitución Mexicana se contempla como una de las finalidades primordiales del Gobierno de la República, dar respuesta a las aspiraciones sociales de los trabajadores. Se establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud y protección ante las contingencias. La seguridad social es un factor de bienestar, protección y tranquilidad para los trabajadores, frente a riesgos y contingencias de su desempeño laboral y de la vida misma implicando un conjunto de apoyos y servicios que le permita llevar una existencia digna y decorosa como contraparte de su responsabilidad productiva hacia la sociedad (Sindicato de profesores de la Universidad Michoacana, 2000).

Quintero y Goñi (1994) menciona lo siguiente: "La jubilación jurídicamente reconocida se conceptualiza como un proceso legal laboral al que están sujetos los trabajadores. Es una conquista de la sociedad productiva y surge en el marco del trabajador asalariado. Debe señalarse que no es un derecho constitucional, sino una ganancia sindical en los contratos colectivos de trabajo. Puede darse por

edad límite para el ejercicio profesional institucional, o por incapacidad física o mental”.

La Ley Federal del Trabajo (Truba, 1987) en su capítulo de Jurisprudencia y Ejecutorias establece lo que es la jubilación y sus prestaciones: “Jubilación. Institución reconocida en los contratos colectivos, representa una obligación del patrón de otorgarla cuando el trabajador reúne los requisitos contractuales establecidos al efecto”.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como institución creada para brindar seguridad social a la población, estableció convenios con el Sindicato de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) a través del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) del Seguro Social, y dentro de éste se contempla el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), y sus antecedentes son:

- El 7 de octubre de 1966 el instituto y el Sindicato pactaron el RJP.
- El 20 de abril de 1967 se reglamentó el RJP.
- En la versión contractual de 1967-1969 se incluye el RJP al Contrato Colectivo de Trabajo mediante la cláusula 110 y un reglamento de 16 artículos.
- En 1975 suman 5 artículos.
- En 1988 se agregan 9 artículos más y se establece la pensión dinámica y su carácter complementario de la Ley del Seguro Social.

De hecho los jubilados y pensionados del Seguro Social se dividen en los amparados bajo el denominado “Régimen anterior” que operó hasta el 15 de marzo de 1988 y los del “Régimen actual”, los que se jubilaron después de esta fecha (Bolle, 2000). Este régimen contempla tanto las pensiones como las jubilaciones. En el año 2000 el número de jubilados a nivel nacional eran de 45 mil 58, y para mayo del 2003 ya sumaban 63 mil 522. El promedio general de jubilación a nivel general en los trabajadores del IMS es de 53 años.

En junio del 2000 la nómina de jubilados y pensionados de la Delegación Aguascalientes se encontró con un total de 97 enfermeras jubiladas con pensión

jubilatoria en sus diversas categorías: Auxiliares de enfermera general, enfermera general, enfermera especialista, enfermera jefe de piso, subjefe de enfermeras, jefe de enfermeras y jefes de enfermería delegaciones. (Nómina de pensionados y jubilados, 2000).

Se cuenta en Aguascalientes con un grupo de la Asociación Nacional de Ayuda Mutua para Jubilados y Pensionados del Instituto Mexicano del Seguro Social, A.C. Sección XXI, la cual se reúne con todos sus afiliados el primer día hábil de cada mes para tratar asuntos de interés a nivel estatal y nacional, además de eventos sociales y recreativos. Los primeros jubilados se reunían con fines sociales, pero más tarde se incrementó el número de miembros y se formó un grupo que comienza a sesionar periódicamente tratando otros aspectos de interés al grupo y ya no sólo el aspecto social. En junio de 1995 se inicia con un libro de actas. En 1997 queda registrada como Asociación afiliada a la Asociación Nacional de Ayuda Mutua de Jubilados y Pensionados del IMSS., A. C. "Nuevos Horizontes" la cual alberga 83 filiales del interior de la república.

2.2.4. Investigaciones relacionadas con calidad de vida en la enfermera jubilada

Rodríguez, (2000) evalúa la importancia, que tiene para los trabajadores de las áreas de salud, incluir en la valoración el impacto que puedan tener en sus resultados, el manejo de la terapéutica, la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud. Y en esa misma dirección, cómo se incluye la valoración subjetiva que realizan los propios individuos respecto a las percepciones de la vida y de sus necesidades.

En la medida en que el trabajador de salud, ya sea enfermera, médico o psicólogo, incorpore los juicios y valoraciones que experimentan los pacientes, en el proceso de la salud-enfermedad de los individuos, existe un mejor entendimiento de dichos procesos. Así es como se explica el porqué de correlaciones tan modestas entre pacientes con severas limitaciones físicas o funcionales, determinadas por el proceso degenerativo de una enfermedad, y pérdida de la calidad de vida; sugiriendo la importancia de los factores

psicológicos y sociales que entran en juego en la percepción del estado de salud de los pacientes y la expresión del bienestar psicológico y la satisfacción en la vida y en las diferentes áreas de la vida, como componentes de la calidad de vida de los individuos.

Quintero, (1994) encontró que de la aceptación de la jubilación, dependen los proyectos de vida de las enfermeras de la tercera edad en la etapa prejubilatoria; también es cierto que esos proyectos de vida en un alto porcentaje son irrealizables por falta de recursos económicos.

Una de las interrogantes que se dejó abierta es la de saber cómo piensa el trabajador que ya está entrado en años y que tiene una cercana perspectiva de jubilación; cómo ve su futuro, cuáles son sus temores y sus esperanzas. En efecto, existe una población que sin ser joven o vieja, rigurosamente hablando, se le limita o margina en la plenitud de función al ser jubilado. Por lo que es menester conocer inquietudes para darles la posibilidad de producir, especialmente a todos aquellos que no han continuado su actividad laboral. "La inactividad acaba con la salud física y mental, no solo en perjuicio suyo, sino también de su familia y de la sociedad".

Pando (1999) realiza un estudio de salud mental en la tercera edad y aplica una encuesta a jubilados, para conocer la prevalencia de posibles trastornos psicológicos de la tercera edad. Encontró que el 20% de la población jubilada tenían depresión que coincide con otros investigadores: la depresión es la psicopatología más frecuente en la población de 65 años. Las alteraciones más comunes fueron falta de sueño, somatización, trastornos en conducta observada y la combinación de angustia y depresión; las dos últimas no constituyeron un alto porcentaje, pero por su intensidad justificaron que fueran consideradas.

El orden de la sintomatología obtenida, varía en función de la actividad laboral que poseen los sujetos: la angustia y depresión ocuparon el primer lugar en personas que trabajan, seguidas por los trastornos del sueño. Para aquellos que no trabajan: trastornos de sueño, sintomatología somática, angustia y depresión.

Pierre y col. (1996) encontró que las personas que en nuestros días llegan a jubilarse quieren envejecer con éxito. Cada vez más sujetos están a sus 65 años en muy buen estado de salud y desean mantenerlo; asimismo la salud subjetiva en general fue excelente lo que contribuye a un envejecimiento exitoso de la población, debido a la gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital. Los problemas detectados fueron quejas cognitivas, polimedicación, problemas de postura y caídas.

También encontró en esa población un buen nivel de autonomía, más bajo para los hombres que en la mujeres, quienes en cuanto al funcionamiento general obtuvieron un 62%; los resultados más altos fueron para el soporte social y el económico, seguido de la movilidad que se traduce a gran autonomía y actividad de la población. Como ya se mencionó en la percepción de salud en comparación con otras personas que conocían, fue satisfactoria, pero con la diferencia en el sexo de que las mujeres tienen mayor actividad, también más quejas emocionales. Se obtuvieron resultados menos satisfactorios en el rubro de emotividad y funciones cognitivas, aunque en esta última se encontró que los resultados son sorprendentes, la mayoría son excelentes, posiblemente por el tipo de población con un perfil intelectual y sociocultural.

Gutiérrez, Trujillo y col. (2003) en la medición de calidad de vida relacionada a la salud encontraron que todas las dimensiones de calidad de vida, el adulto mayor presenta valores más bajos, seguido del grupo de mujeres.

Duran, Salinas y Gallegos (2003) en su estudio de medición de calidad de vida en el adulto mayor encontró que los hombres tuvieron mayores puntajes que las mujeres en todas las dimensiones; las mayores variaciones en los adultos mayores de 65 a 74 años, tendió a concentrarse en tres dimensiones: vitalidad, función social y salud mental y en grupos de 75 años, pero más se concentro en función social y salud mental. Consistentemente en todas las dimensiones y escalas hay una disminución de las puntuaciones conforme aumenta la edad.

Cárdenas (2001) identificó que la calidad de vida que percibe el adulto mayor sobre ciertos aspectos como son las de salud-funcionamiento, social.

económico, psicológico espiritual y familia son altos en comparación a los resultados reportados en otros estudios ya mencionados en este informe. Lo que hace pensar que este grupo de población tiene una vida aparentemente satisfactoria.

Los dominios que mostraron más alta calidad de vida fueron los de la familia y el psicológico espiritual. Los más bajos fueron de salud-funcionamiento y social económico. Las áreas de la vida que al adulto mayor le producía mayor satisfacción fueron: la fe personal en Dios, la salud de la familia en general, su felicidad en general y sus hijos.

Respecto a la variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico) y la presencia de enfermedades de las cuales se quería conocer si existía alguna relación con la calidad de vida, solamente el estado civil en forma independiente tuvo relación significativa respecto a la calidad de vida concebida. Cuatro variables más resultaron ser significativas con respecto a la calidad de vida, pero sólo en forma asociada estas fueron: sexo-trabajo, escolaridad-estado civil, escolaridad-enfermedad, las cuales se dieron con una explicación del 29% de variantes con respecto a la calidad de vida.

2.3. HIPÓTESIS

La calidad de vida de las enfermeras jubiladas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Aguascalientes se encuentra dentro de los estándares de buen nivel.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

El estudio que se llevó a cabo fue descriptivo transversal de correlación, que de acuerdo a Polit, (1999) en los estudios descriptivos su objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría.

3.2 Población de estudio

El universo de trabajo fueron todas las enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social, jubiladas hasta el año 2000 de acuerdo al registro de la nómina de pensionados y jubilados del IMSS Delegación Aguascalientes. La población estuvo conformada por 69 enfermeras jubiladas del IMSS de la ciudad de Aguascalientes de una total de 79 que se habían jubilado hasta el año 2000 de acuerdo a la nómina de Jubilados y pensionados del IMSS Delegación Aguascalientes. Las diez restantes que no se pudieron entrevistar fueron por los siguientes motivos: una de ellas vivía fuera de la ciudad en un municipio del estado, cuatro no se localizaron y cinco más no dispusieron de tiempo para participar. Dentro de esta población se encontró una persona jubilada del sexo masculino, sin embargo no se consideró en los criterios de inclusión, porque no era común que un hombre estudiara enfermería; hace tres décadas, era considerada una profesión exclusivamente femenina.

3.2.1 Criterio de inclusión

Fueron todas las enfermeras jubiladas hasta el año 2000 con un mínimo de cuatro años de pensión jubilatoria, que estuvieron vivas, que contaron con disposición para participar y que vivían en la ciudad de Aguascalientes.

3.2.2 Criterio de exclusión

Enfermeras jubiladas del IMSS que no residían en la ciudad de Aguascalientes.

3.2.3 Criterios de eliminación.

Las enfermeras jubiladas que no dispusieron de tiempo para contestar el cuestionario, las que no se pudieran localizar, las que se encontraban fuera de la ciudad y jubilados del sexo masculino.

3.3 Variables

La calidad de vida se manejó como la variable dependiente, para ello fue necesario aplicar un censo que de acuerdo a Hernández (2003), es la inclusión en el estudio de todos los sujetos del universo o población, en esta ocasión fueron todas las enfermeras jubiladas del IMSS de la ciudad de Aguascalientes.

3.3.1 Definición y la operación de variables.

La variable dependiente fue la calidad de vida definida por la OMS como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" OMS (1995). Los dominios que la conformaron de acuerdo a la OMS, fueron seis: salud física, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritual. Estos dominios a su vez están integrados por 24 facetas con cuatro ítems cada una, conformando un total de 96 cuestiones. Además existe una faceta independiente que no pertenece a ningún dominio y que mide la percepción global de la calidad de vida y la salud en general, también con cuatro ítem, formando un total de 100 preguntas que conforman el instrumento WHOQOL-100 como lo muestra los cuadros No. 3 y 4.

Cuadro No. 3
Operacionalización de dominios y facetas de calidad de vida
WHOQOL-100

Dominio	Facetas	Definición operacional
	Total de Calidad de vida y salud en general	Es la forma como una persona evalúa su calidad de vida, salud y bienestar en general.
Dominio I Salud física	1. Dolor e incomodidad	Explora la sensaciones físicas desagradables experimentadas por la persona y el grado en que estas sensaciones le preocupan e interfieren son su vida. El control para el dolor y la facilidad para el alivio del dolor.
	2. Energía y fatiga	Explora la energía y resistencia que la persona tiene para desempeñar las tareas de a vida diaria, así como otras actividades, como son las recreativas
	3. Sueño y descanso	Cuánto duerme o descansa y los problemas que en esta área afectan la calidad de vida de la personas. Si el sueño es un problema o no.
Dominio II Psicológico	4. Sentimientos positivo	Qué tanto la persona experimenta sentimientos positivos de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, optimismo, alegría y placer por las cosas buenas de la vida.
	5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración	Explora la visión de la persona de su pensamiento, aprendizaje, memoria,

		concentración y capacidad para la toma de decisiones.
	6. Autoestima	Examina lo que sostienen las personas acerca de sí mismas. Se extiende a sentimientos negativos y positivos hacia ellas mismas, y se explora el sentido de valor.
	7. Imagen y apariencia corporal	Examina la visión de la persona de su cuerpo. Si la apariencia del cuerpo es vista de forma positiva o negativa. Se centra sobre la satisfacción con su apariencia y el efecto que tiene sobre su autoconcepto
	8. Sentimientos negativos	Se refiere a cuantos sentimientos negativos experimenta la persona, incluyendo depresión, culpabilidad, tristeza, llanto, desesperación, nervios ansiedad y falta de placer en la vida.
Dominio III Nivel de independencia	9. Movilidad	Opinión de la personas de la capacidad para ir de un lugar a otro, para moverse dentro de su casa, lugar de trabajo y/o en los servicios de transporte. El foco está en la capacidad de la persona para ir a donde quiera sin ayuda de otros, sin importar los medios que utilice para hacerlo.
	10. Actividad de la vida diaria	Es la capacidad de la persona para desempeñar actividades usuales de la vida diaria, como el autocuidado y cuidar apropiadamente sus

		propiedades.
	11. Dependencia sobre medicamentos o tratamientos	Examina la dependencia que tiene la persona sobre medicamentos o medicinas alternativas, para apoyar su bienestar físico y psicológico
	12. Capacidad para trabajar	El uso que la persona hace de su energía para trabajar. Trabajo se define como la actividad principal en la que la persona se encuentra ocupada. Se focaliza en la capacidad para desempeñar su trabajo sin importar el tipo de éste.
Dominio IV Relaciones Sociales	13. Relaciones personales	Es el grado en que la persona siente la compañía, amor y apoyo que desea de las relaciones íntimas en su vida.
	14. Apoyo social	Como la persona siente el compromiso, aprobación y disponibilidad de la asistencia práctica que le proporciona su familia y sus amigos. Se focaliza en qué tanto la persona siente que tiene el apoyo de la familia y amigos y el grado en que podría depender de este apoyo en una crisis.
	15. Actividad sexual	Se refiere al impulso y deseo sexual de la persona y al grado en que la persona es capaz de expresar y disfrutar el deseo sexual apropiadamente

<p>Dominio V Ambiente</p>	<p>16. Garantías y seguridad. Garantías y seguridad.</p>	<p>Es el sentimiento de protección y seguridad ante un daño físico, una amenaza a la seguridad o a la protección que podría surgir de cualquier medio tal como otras personas, opresión política. Conduce directamente en el sentido de libertad de las personas.</p>
	<p>17. Ambiente en el hogar</p>	<p>Examina el principal lugar en donde la persona vive y la forma en que impacta la vida de la persona. La calidad en el hogar sería evaluada basándose en si el hogar es cómodo y si proporciona un lugar seguro para residir. La calidad del vecindario inmediato.</p>
	<p>18. Recursos financieros</p>	<p>Explora la visión/opinión de la persona de cómo los recursos financieros y el grado en que estos recursos cubren sus necesidades de estilo de vida saludable y cómoda. Si la persona puede o no puede afrontar y que puede afectar su calidad de vida. También el sentido de dependencia e independencia de los recursos financieros y el sentido de tener suficiente.</p>
	<p>19. Atención social y de salud</p>	<p>Es la visión de la persona de la atención social y de salud cercana a su vecindario, como considera los servicios sociales y de salud, así como la atención de calidad que recibe y los que requiere.</p>

	20. Oportunidades para adquirir información y habilidades.	Es la oportunidad y deseo de la persona para aprender nuevas habilidades, adquirir nuevos conocimientos y estar al tanto de lo que pasa. Noticias para satisfacer la necesidad de información y conocimiento.
	21. Principios y oportunidades en actividades de ocio y recreación.	Es la capacidad de la persona, oportunidad e inclinación para participar en actividades de ocio, distracción y pasatiempos. Se focaliza en tres aspectos: capacidad, oportunidades y el disfrute de la persona en actividades de recreación y distracción
	22. Ambiente físico.	Es la visión/opinión de la persona de su ambiente. Como el ruido, contaminación, clima y estética del ambiente que sirven para mejorar o afectar su calidad de vida.
	23. Transporte.	Es la visión/opinión de la persona de que tan disponible o fácil es encontrar y usar servicios de transporte a su alrededor. Si le permite desarrollar las tareas necesarias de la vida diaria y las actividades que elija.
Dominio VI Espiritual	24. Espiritualidad	Examina las creencias de las personas y cómo les afecta en su calidad de vida.

Cuadro No. 4
Ítems de las facetas de calidad de vida WHOQOL-100

Dominios	Facetas	Cuestiones
	Total de Calidad de vida y salud en general	G1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? G2 ¿Qué tan satisfecha está de su calidad de vida? G3 En general ¿qué satisfecha está con su vida? G4 ¿Qué tan satisfecha está con su salud?
Dominio I Salud física	Faceta 1 Dolor y malestar	F1.1 ¿Con que frecuencia sufre de dolor físico? F1.2 ¿Se preocupa de su dolor o malestar? F1.3 ¿Qué difícil le es controlar cualquier tipo de dolor o malestar? F1.4 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?
	Faceta 2 Energía y fatiga	F2.1 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? F2.2 ¿Con qué facilidad se cansa? F2.3 ¿Qué tan satisfecha está con la energía que tiene? F2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?
	Faceta 3 Sueño y descanso	F3.1 ¿Cómo duerme? F3.2 ¿Tiene dificultad para dormir? F3.3 ¿Qué tan satisfecha está con su sueño? F3.4 ¿Cuánto le preocupa cualquier problema de sueño?
Dominio II Psicológico	Faceta 4 Sensaciones positivas	F4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida F4.2 ¿Generalmente se siente contento? F4.3 ¿Qué positivo se siente sobre su futuro? F4.4 ¿Cuánto experimenta sentimientos positivos en su vida?

<p>Faceta 5 Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración</p>	<p>F5.1 ¿Cómo puntuaría su memoria? F5.2 ¿Qué tan satisfecha está con su capacidad de aprender información nueva? F5.3 ¿Cuál es su capacidad de concentración? F5.4 ¿Qué tan satisfecha está con su capacidad para tomar decisiones?</p>
<p>Faceta 6 Autoestima</p>	<p>F6.1 ¿Cuánto se valora así mismo? F6.2 ¿Cuánta seguridad tiene de si misma? F6.3 ¿Qué tan satisfecha está de si mismo? F6.4 ¿Qué tan satisfecha está de sus capacidades?</p>
<p>Faceta 7 Imagen y aspectos corporales</p>	<p>F7.1 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? F7.2 ¿Se siente cohibida por su apariencia? F7.3 ¿Hay alguna parte de su apariencia que le hace sentir incómoda? F7.4 ¿Qué tan satisfecha está con su físico?</p>
<p>Faceta 8 Sensaciones negativas</p>	<p>F8.1 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? F8.2 ¿Qué preocupada se siente? F8.3 ¿Cuánto interfiere cualquier sentimiento de tristeza o depresión con el funcionamiento diario? F8.4 ¿Cuánto le molestan los sentimientos de depresión?</p>
<p>Faceta 9 Movilidad</p>	<p>F9.1 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? F9.2 ¿Esta satisfecha con su capacidad de desplazarse? F9.3 ¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse? F9.4 ¿Hasta qué punto cualquier dificultad de movimiento afecta su manera de vivir?</p>

	<p>Faceta 10 Actividad de la vida diaria</p>	<p>F10.1 ¿Qué capacidad tiene para realizar sus actividades diarias</p> <p>F10.2 ¿Hasta qué punto tiene dificultades para realizar las actividades de rutina de la vida diaria?</p> <p>F10.3 ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?</p> <p>F10.4 ¿Cuánto le molesta cualquier limitación para realizar las actividades de la vida diaria?</p>
	<p>Faceta 11 Dependencia de medicamentos y tratamientos</p>	<p>F11.1 ¿Cuánto depende de las medicaciones?</p> <p>F11.2 ¿Cuánto necesita de cualquier medicación para funcionar en su vida diaria?</p> <p>F11.3 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?</p> <p>F11.4 ¿Hasta qué punto su calidad de vida depende del uso de sustancias o ayuda médica?</p>
	<p>Faceta 12 Capacidad para trabajar</p>	<p>F12.1 ¿Es capaz de trabajar?</p> <p>F12.2 ¿Se siente capaz de realizar sus obligaciones?</p> <p>F12.3 ¿Cómo puntuaría su capacidad para trabajar?</p> <p>F12.4 ¿Cuán satisfecha está con su capacidad de trabajo?</p>
<p>Dominio IV Relaciones Sociales</p>	<p>Faceta 13 Relaciones personales</p>	<p>F13.1 ¿Qué grado de soledad siente en su vida?</p> <p>F13.2 ¿Se siente feliz de su relación con los miembros de la familia?</p> <p>F13.3 ¿Qué tan satisfecha está con sus relaciones personales?</p> <p>F13.4 ¿Está satisfecha con su capacidad de proporcionar o dar apoyo a otros?</p>
	<p>Faceta 14</p>	<p>F14.1 ¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?</p>

	Ayuda Social	F14.2 ¿Hasta qué punto puede contar con sus amigos cuando los necesita?
		F14.3 ¿Está satisfecha con el apoyo que obtiene de su familia?
		F14.4 ¿Está satisfecha con el apoyo que obtiene de sus amigos?
	Faceta 15 Actividad sexual	F15.1 ¿Cómo puntuaría su vida sexual?
		F15.2 ¿En que medida están satisfechas sus necesidades sexuales?
		F15.3 ¿Está satisfecha con su vida sexual?
		F15.4 ¿Le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?
Dominio V Ambiente	Faceta 16 Garantías y seguridad física	F16.1 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?
		F16.2 ¿Se siente que vive en un ambiente seguro?
		F16.3 ¿Cuánto se preocupa por su seguridad?
		F16.4 ¿Está satisfecha por su seguridad física?
	Faceta 17 Ambiente en el hogar	F17.1 ¿Qué grado de comodidad tiene el lugar donde vive?
		F17.2 ¿Hasta qué punto la calidad de su casa satisface sus necesidades?
		F17.3 ¿Está satisfecha de las condiciones del lugar donde vive?
		F17.4 ¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?
	Faceta 18 Recursos financieros	F18.1 ¿tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
		F18.2 ¿Tiene dificultades económicas?
		F18.3 ¿Le satisface su situación económica?
		F18.4 ¿Cuánto le preocupa el dinero?
	Faceta 19 Atención Social y salud; disponibilidad y calidad	F19.1 ¿Con que facilidad es capaz de obtener un buen cuidado medico?
		F19.2 ¿Cómo puntuaría la calidad de los servicios sociales a su disposición?

	F19.3 ¿Le satisface el acceso que tiene a los servicios sanitarios?
	F19.4 ¿Está satisfecha con los servicio sociales?
Faceta 20 Posibilidades para adquirir información y habilidades	F20.1 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?
	F20.2 ¿Hasta que punto tiene la oportunidad para conseguir la información que piensa que necesita?
	F20.3 ¿Le satisfacen las oportunidades de adquirir habilidades nuevas?
	F 20.4 ¿Cuan satisfecha está con las oportunidades de adquirir información nueva?
Faceta 21 Participación y oportunidades en actividades de ocio y recreación	F21.1 ¿Hasta qué punto tiene la oportunidad para realizar actividades de ocio?
	F21.2 ¿Qué capacidad tiene de relajarse y disfrutar de sí misma?
	F21.3 ¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?
	F21.4 ¿Está satisfecha de la manera como usa su tiempo libre?
Faceta 22 Ambiente físico (polución, ruido, trafico, clima)	F22.1 ¿Qué tan saludable es el ambiente físico de su alrededor?
	F22.2 ¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?
	F22.3 ¿Qué satisfacción encuentra en su medio ambiente (ej., polución, clima, ruido, contaminación, clima, belleza)?
	F22.4 ¿Qué opina del clima del lugar?
Faceta 23 Transporte	F23.1 ¿Hasta qué punto tiene los medios adecuados de transporte?
	F23.2 ¿Hasta qué punto tiene problemas con el transporte?
	F23.3 ¿Qué satisfecha está con su transporte?

Dominio VI Espiritual

Faceta 24
Espiritualidad, Religión,
Creencias personales

F23.4 ¿Cuánto le limita su vida las dificultades del transporte?

- F24.1 ¿Sus creencias personales dan sentido a su vida?
 - F24.2 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?
 - F24.3 ¿Hasta qué punto sus creencias personales le dan fuerza para hacer frente a las dificultades?
 - F24.4 ¿Hasta qué punto sus creencias personales le ayudan a entender las dificultades en la vida?
-

3.3.2 Variables sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas que se utilizaron, fue edad de la población, pareja, grado académico, estado civil, tiempo de jubilación, si continúan trabajo y tipo de pensión. En el Cuadro No. 5 se muestra la operación de estas variables.

Cuadro 5
Operacionalización de variables sociodemográficas

Variables independientes	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Edad	Tiempo transcurridos desde el nacimiento a la fecha	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta
Pareja	Si convive como pareja	Si No	Dicotomica nominal
Grado académico	Nivel académico que posee la jubilada	Primaria Secundaria Técnica s/secundaria Técnica c/secundaria Posbásico Licenciatura	Cualitativa ordinal
Estado civil	Situación marital	Casada Separada Soltera Divorciada Viuda	Nominal
Tiempo de jubilación	Tiempo transcurrido desde que dejo de laborar en el IMSS, por años de servicio (27 años)	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
Trabajo	Cualquier actividad remunerada o voluntaria	Sí No	Dicotomica nominal
Tipo de pensión	Percepción económica asignada como compensación a los años de servicios en la institución	Régimen anterior Pensión jubilatoria dinámica, régimen actual	Cuantitativa nominal

3.3.3 Escala de medición

El instrumento de la OMS (WHOQOL-1000) esta constituido por 100 preguntas cerradas, cada una con cinco opciones, tipo LiKert. Es resultado de la escala sumaria directa con los ítems que se anotan a la inversa cuando es necesario. Los métodos para obtener los valores de las facetas y dominios son presentados en el cuadro No.6

Cuadro No. 6
Escala de medición de facetas WHOQOL-100

Facetas y cuestiones	Dirección de escala	Escala faceta	Resultado ítem
Total de Calidad de vida y salud en general	+	(4-20)	
G1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	+		(1-5)
G2 ¿Qué satisfecha está de su calidad de vida?	+		(1-5)
G3 En general ¿qué satisfecha está con su vida?	+		(1-5)
G4 ¿Qué tan satisfecha está con su salud?	+		(1-5)
Faceta 1 Dolor y malestar			
	-	(4-20)	
F1.1 ¿Con que frecuencia sufre de dolor físico?	-		(1-5)
F1.2 ¿Se preocupa de su dolor o malestar?	-		(1-5)
F1.3 ¿Qué difícil le es controlar cualquier tipo de dolor o malestar?	-		(1-5)
F1.4 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?			(1-5)
Faceta 2 Energía y fatiga			
	+	(4-20)	
F2.1 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	+		(1-5)
F2.2 ¿Con qué facilidad se cansa?	-(inversa)*		(1-5)
F2.3 ¿Está satisfecha con la energía que tiene?	+		(1-5)
F2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?	-(inversa)*		(1-5)
Faceta 3 Sueño y descanso			
	+	(4-20)	
F3.1 ¿Cómo duerme?	+		(1-5)
F3.2 ¿Tiene dificultad para dormir?	-(inversa)*		(1-5)
F3.3 ¿Le satisface su sueño?	+		(1-5)
F3.4 ¿Cuánto le preocupa cualquier problema se sueño?	-(inversa)*		(1-5)
Faceta 4 Sensaciones positivas			
	+	(4-20)	
F4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?	+		(1-5)
F4.2 ¿Generalmente se siente contento?	+		(1-5)
F4.3 ¿Qué positivo se siente sobre su futuro?	+		(1-5)
F4.4 ¿Cuánto experimenta sentimientos positivos en su vida?	+		(1-5)

Faceta 5 Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración	+	(4-20)
F5.1 ¿Cómo puntuaría su memoria?		
F5.2 ¿Qué tan satisfecha está con su capacidad de aprender información nueva	+	(1-5)
	+	(1-5)
F5.3 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	+	(1-5)
F5.4 ¿Qué tan satisfecha está con su capacidad para tomar decisiones?	+	(1-5)
Faceta 6 Autoestima	+	(4-20)
F6.1 ¿Cuánto se valora a si mismo?	+	(1-5)
F6.2 ¿Cuánta seguridad tiene de si misma?	+	(1-5)
F6.3 ¿Satisfecha de si misma?	+	(1-5)
F6.4 ¿Satisfecha de sus capacidades?	+	(1-5)
Faceta 7 Imagen y aspectos corporales	+	(4-20)
F7.1 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	+	(1-5)
F7.2 ¿Se siente cohibida por su apariencia?	-(inversa)*	(1-5)
F7.3 ¿Hay alguna parte de su apariencia que le hace sentir incómoda?	-(inversa)*	(1-5)
F7.4 ¿Satisfecha con su físico?	+	(1-5)
Faceta 8 Sensaciones negativas	-	(4-20)
F8.1 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza...?		(1-5)
F8.2 ¿Qué tan preocupada se siente?	-	(1-5)
F8.3 ¿Cuánto interfiere cualquier sentimiento de tristeza o depresión con el ...?	-	(1-5)
F8.4 ¿Cuánto le molestan los sentimientos de depresión?	-	(1-5)
Faceta 9 Movilidad	+	(4-20)
F9.1 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	+	(1-5)
F9.2 ¿Esta satisfecha con su capacidad de desplazarse?	+	(1-5)
F9.3 ¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse?	-(inversa)*	(1-5)
F9.4 ¿Hasta qué punto cualquier dificultad de movimiento afecta su manera de vivir?	-(inversa)*	(1-5)
Faceta 10 Actividad de la vida diaria	+	(4-20)
F10.1 ¿Qué capacidad tiene para realizar sus actividades diarias?	+	(1-5)
F10.2 ¿Hasta qué punto tiene dificultades para realizar las actividades de rutina?	-(inversa)*	(1-5)
F10.3 ¿Le satisface su capacidad para realizar sus actividades de la vida?	+	(1-5)
F10.4 ¿Cuánto le molesta cualquier limitación para realizar las actividades de la ...?	-(inversa)*	(1-5)
Faceta 11 Dependencia medicamentos y tratamientos		(4-20)
F11.1 ¿Cuándo depende de las medicaciones?	-	(1-5)
F11.2 ¿Cuánto necesita de cualquier medicamento para		

	funcionar en su vida diaria?	-	(1-5)
F11.3	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida...?	-	(1-5)
F11.4	¿Hasta qué punto su calidad de vida depende del uso de sustancias o ayuda...?	-	(1-5)
		-	
	Faceta 12 Capacidad para trabajar	+	(4-20)
F12.1	¿Es capaz de trabajar?	+	(1-5)
F12.2	¿Se siente capaz de realizar sus obligaciones?	+	(1-5)
F12.3	¿Cómo puntuaría su capacidad para trabajar?	+	(1-5)
F12.4	¿Le satisface su capacidad de trabajo?	+	(1-5)
	Faceta 13 Relaciones personales	+	(4-20)
F13.1	¿Qué grado de soledad siente en su vida?	-(inversa)*	(1-5)
F13.2	¿Se siente feliz de su relación con los miembros de la familia?	+	(1-5)
F13.3	¿Le satisfacen sus relaciones personales?	+	(1-5)
F13.4	¿Le satisface su capacidad de proporcionar o dar apoyo a otros?	+	(1-5)
	Faceta 14 Ayuda Social	+	(4-20)
F14.1	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	+	(1-5)
F14.2	¿Hasta que punto puede contar con sus amigos cuando los necesita?	+	(1-5)
F14.3	¿Le satisface el apoyo que obtiene de su familia?	+	(1-5)
F14.4	¿Qué satisfacción está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	+	(1-5)
	Faceta 15 Actividad sexual	+	(4-20)
F15.1	¿Cómo puntuaría su vida sexual?	+	(1-5)
F15.2	¿En que medida están satisfechas sus necesidades sexuales?	+	(1-5)
F15.3	¿Qué tan satisfecha está con su vida sexual?	+	(1-5)
F15.4	¿Le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?	-	(1-5)
	Faceta 16 Garantías y seguridad física	+	(4-20)
F16.1	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	+	(1-5)
F16.2	¿Se siente que vive en un ambiente seguro?	+	(1-5)
F16.3	¿Cuánto se preocupa de su seguridad?	-(inversa)*	(1-5)
F16.4	¿Le satisface su seguridad física?	+	(1-5)
	Faceta 17 Ambiente en el Hogar	+	(4-20)
F17.1	¿Qué grado de comodidad tiene el lugar donde vive?	+	(1-5)
F17.2	¿Hasta qué punto la calidad de su casa satisface sus necesidades?	+	(1-5)
F17.3	¿Le satisfacen las condiciones del lugar donde vive?	-(inversa)*	(1-5)
F17.4	¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?	+	(1-5)

Faceta 18 Recursos Financieros		+	(4-20)
F18.1	¿tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	+	(1-5)
F18.2	¿Tiene dificultades económicas?	-(inversa)*	(1-5)
F18.3	¿Le satisface su situación económica?	+	(1-5)
F18.4	¿Cuánto le preocupa el dinero?	-(inversa)*	(1-5)
Faceta 19 Atención Social y salud; disponibilidad y calidad		+	(4-20)
F19.1	¿Con que facilidad es capaz de obtener un buen cuidado medico?	+	(1-5)
F19.2	¿Cómo puntuaría la calidad de los servicios sociales a su disposición?	+	(1-5)
F19.3	¿Le satisface el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	+	(1-5)
F19.4	¿Son satisfactorios los servicios sociales?	+	(1-5)
Faceta 20 Posibilidades para adquirir información y habilidades		+	(4-20)
F20.1	¿Qué tan disponible es la información que necesita en su vida diaria?	+	(1-5)
F20.2	¿Hasta que punto tiene la oportunidad para conseguir la información..?	+	(1-5)
F20.3	¿Qué tan satisfecha está con las oportunidades de adquirir habilidades...?	+	(1-5)
F20.4	¿Le satisfacen las oportunidades de adquirir Información...?	+	(1-5)
Faceta 21 Participación y oportunidades en actividades de ocio y recreación		+	(4-20)
F21.1	¿Hasta qué punto tiene la oportunidad para realizar actividades de ocio?	+	(1-5)
F21.2	¿Qué capacidad tiene de relajarse y disfrutar de sí mismo?	+	(1-5)
F21.3	¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?	+	(1-5)
F21.4	¿Le satisface la manera como usa su tiempo libre?	+	(1-5)
Faceta 22 Ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima)			(4-20)
F22.1	¿Qué tan saludable es el ambiente físico de su alrededor?	+	(1-5)
F22.2	¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?	+	(1-5)
F22.3	¿Le satisface su medio ambiente (ej., polución, clima, ruido...)?	-(inversa)*	(1-5)
F22.4	¿Le satisface el clima del lugar donde?	+	(1-5)
Faceta 23 Transporte		+	(4-20)
F23.1	¿Hasta qué punto tiene los medios adecuados de transporte?	+	(1-5)
F23.2	¿Hasta qué punto tiene problemas con el transporte?	-(inversa)*	(1-5)

F23.3	¿Qué tan satisfecha está con su transporte?	+	(1-5)
F23.4	¿Cuánto le limita su vida las dificultades del transporte?	-(inversa)*	(1-5)
Faceta 24 Espiritualidad, religión, creencias personales		+	(4-20)
F24.1	¿Sus creencias personales dan sentido a su vida?	+	(1-5)
F24.2	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	+	(1-5)
F24.3	¿Hasta qué punto sus creencias personales le dan fuerza para hacer frente a las...?	+	(1-5)
F24.4	¿Hasta qué punto sus creencias personales le ayudan a entender las dificultades..?	+	(1-5)

Para la cuenta del Dominios, cada faceta fue tomada para contribuir al resultado de éste. Los seis Dominios contienen diferentes números de facetas y para valorar comparativamente entre Dominios en el rango de posibles valores, los valores de los Dominios fueron calculados sumando las facetas dentro de los dominios y dividiendo los valores de la suma de la faceta entre en número de facetas dentro del Dominio de acuerdo con la siguiente forma. Cuadro No 7.

Cuadro No. 7
Algoritmos para los resultados de los Dominios WHOQOL-100

Dominio Físico	$\{(24 - \text{resultado de la faceta 1}) + \text{resultado faceta 2} + \text{resultado faceta 3}\} / 3$
Dominio psicológico	$\{\text{resultados faceta 4} + \text{resultados faceta 5} + \text{resultados faceta 6} + \text{resultados faceta 7} + (24 - \text{resultados faceta 8})\} / 4$
Dominio nivel de independencia	$\{\text{resultados de faceta 9} + \text{resultados de faceta 10} + (24 - \text{resultados de faceta 11}) + \text{resultados faceta 12}\} / 4$
Dominio relaciones sociales	$\{\text{resultados de faceta 13} + \text{resultados de faceta 14} + \text{resultados de faceta 15}\} / 3$
Dominio medio ambiente	$\{\text{resultados de faceta 16. resultados de faceta 17} + \text{resultados de faceta 19} + \text{resultados de faceta 20} + \text{resultados de faceta 21} + \text{resultados de faceta 22} + \text{resultados de faceta 23}\} / 8$
Dominio espiritual	Resultados faceta 24

Una vez que se aplicaron los algoritmos se realizó un cuadro para mostrar los resultados ideales (Anexo 1).

Una cuenta alta en cualquiera de los Dominios corresponde a una calidad de vida favorable. El WHOQOL 100 proporciona cuentas separadas de las

facetas y del Dominio, incluyendo una cuenta para la faceta que pertenece a calidad de vida global y salud general.

3.4 Plan del procesamiento y análisis de datos de análisis

Se utilizó el paquete SPSS versión 12.0 (Statistical Package for Social Sciences), para la captura y elaboración de una base de datos que se envió a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo al convenio establecido con esta organización, para el análisis estadístico descriptivo primario con medidas de tendencia central, media desviación estándar, frecuencias, máximos y mínimos, de igual forma. El programa estadístico empleado en los algoritmos para computar los valores de faceta y dominio fue el SPSS (syntax) archivo descargado del Australian Center For Posttraumatic Mental Health, campo del WHOQOL, diseñado por él, en donde se dio peso específico a las dimensiones analizadas.

3.5 Instrumento de recolección

El WHOQOL-100 es un instrumento autoadministrado de 100 artículos que consisten en seis dominios: físico, psicológico, independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad. Estos dominios contienen 24 facetas de cuatro artículos haciendo un total de 94 artículos en total. Una faceta adicional (cuatro artículos) pertenecientes contienen una escala de cinco puntos tipo Likert que se utilizan para clasificar la intensidad (nada, un poco, lo normal, bastante y extremadamente); la frecuencia (nunca, raramente, medianamente, frecuentemente, siempre); la capacidad (nada, un poco, moderadamente, bastante y totalmente) y la evaluación (muy insatisfecho, poco satisfecho, lo normal, bastante satisfecho y muy satisfecho) de las áreas seleccionadas de calidad de vida. El WHOQOL-100 proporciona una cuenta a la calidad de vida global y salud en general, separada que pertenece a calidad de vida global y a la salud en general. No hay actualmente procedimientos para combinar las cuentas de dominios en índices de calidad de vida. Una cuenta alta en cualquiera de los dominios del WHOQOL corresponde a una calidad de vida favorable.

3.51. Confiabilidad y validez

Tiene una consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0.65 (para el ambiente físico) a 0.93 (para la capacitación del funcionamiento), grupo WHOQOL (1995).

3.5.2 Resultados del instrumento

El WHOQOL-100 proporcionó un perfil de calidad de vida, derivado de los 24 resultados de la faceta individual, resultado de los seis Dominios y resultados de la percepción general de la calidad de vida y salud (basadas en las cuatros cuestiones pertenecientes a la calidad de vida global y salud en general).

Los resultados de las 24 facetas denotaron la evaluación de los individuos de su funcionamiento de un área en particular de vida, proporcionada por esa faceta; los resultados de los seis Dominios denotaron una percepción de los individuos de calidad de vida en cada Dominio particular.

3.6 Procedimiento.

Este instrumento se solicitó primeramente al grupo WHOQOL de la OMS, enviando una solicitud para la autorización de su uso (Anexo 2); posteriormente se canalizaron los tramites al centro de WHOQOL en Barcelona España, en donde se volvió a solicitar y se firmó una carta compromiso (Anexo 3) que se envió por correo convencional y una vez que ellos recibieron la correspondencia enviaron el instrumento WHOQOL-100 (Anexo 4) en su versión en español (Barcelona).

Cuando se recabaron los datos se realizó una base de datos y se enviaron en el programa estadístico SPSS a este Centro WHOQOL, para formar parte de una pool de datos, y posteriormente enviaron los algoritmos para el análisis de los mismos, (Anexo No. 5).

Para la recolección de datos, se solicitó autorización al IMSS, a través de la Jefatura de Enseñanza e Investigación Delegacional de Aguascalientes, se sometió a revisión el proyecto a nivel regional y se autorizó como trabajo de investigación de tesis de la Universidad Autónoma de Querétaro con el No. 20004100215 (Anexo No.6).

Una vez autorizado el proyecto se hicieron las entrevistas con las líderes de las tres agrupaciones de jubilados y pensionados del IMSS en el Estado de Aguascalientes a donde asisten los jubilados y pensionados. Se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su colaboración para poderlas entrevistar en sus reuniones; en las mismas organizaciones se pudo contar con algunos números telefónicos o días que asistían a clases (danza, gimnasia, dibujo etc.) para poderlas contactar más tarde. El resto de la localización de esta población fue a través de las referencias proporcionadas por las mismas jubiladas quienes proporcionaban otros números telefónicos de compañeras conocidas

Previa cita telefónica, se localizó a cada una de las entrevistadas, se les explicaba los objetivos del estudio y el tiempo aproximado para el llenado del cuestionario, el 80% fue entrevistada en su domicilio y el 20% restante en sus sitios de reunión de las agrupaciones para jubilados y pensionados.

La aplicación del cuestionario en su mayoría fue bajo el modelo autoaplicado con una duración de 30 a 40 minutos y en casos muy especiales fue aplicado por el entrevistador, con una duración promedio de 40 a 90 minutos. El ambiente para su aplicación fue en un lugar tranquilo, libre de distracciones y sin influencias de otras personas. A cada entrevistado se le entregó primeramente el formato de consentimiento informado. (Anexo 7). Se mencionó a cada entrevistado a la hora de entregar el instrumento, su libertad de desistir de continuar cuando lo decidiera. Terminado éste se entregó un formato para ser llenado por datos sociodemográficos (Anexo 8). En los casos donde no fue posible la autoadministración del cuestionario, se diseñó una hoja con 100 casillas numeradas suficientemente visibles para que colocaran sus respuestas: se les leían las preguntas del cuestionario y enseguida las posibles respuestas para que ellas seleccionaran las de su preferencia y las anotaran en la casilla correspondiente al número de pregunta.

3.7 Consideraciones éticas.

El aspecto ético se llevó de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. Éste estudio de investigación se considera sin riesgo (Art. 17 Cáp. 11 1987) ya que no se realizó ninguna intervención o modificación riesgosa en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Se pidió la autorización por escrito del consentimiento informado (Art. 13 Cáp. 1 Frac. V) a las personas encuestadas.

IV. RESULTADOS

En este estudio se pretende determinar cual es la calidad de vida de las enfermeras jubiladas, cómo se perciben y que tan satisfechas se encuentran. El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Aguascalientes con todas las enfermeras jubiladas registradas hasta el 2000. La población estuvo conformada por 69 enfermeras, de estas el 80% (55) fueron entrevistadas en sus casas, y el 20 % restantes en sitios de reunión para jubilados y pensionados. La localización de las mismas se realizó a través de sus organizaciones y con la información que ellas mismas reportaban sobre la localización de más compañeras en base a un listado que se obtuvo de la nómina de jubilados y pensionados de la Delegación del IMSS del año 2000.

4.1 Características de la población

Las jubiladas registradas de acuerdo a la nómina de jubilados y pensionados del año 2000 eran de 79 enfermeras y un enfermero. Se tomó la decisión de únicamente incluir al personal jubilado del sexo femenino. El cuestionario WHOQOL-100 se aplicó a 69 de las jubiladas, las diez restantes que no se pudieron entrevistar, fue por los siguientes motivos: una de ellas vivía fuera de la ciudad, en un municipio del estado; otra más se encontraba de viaje; cuatro no se localizaron y cuatro más no dispusieron de tiempo para participar. Entre las variables que se utilizaron para caracterizar a la población, fueron género, estado civil, nivel educativo, si continuaban trabajando, tipo de pensión y tiempo de jubiladas. Los resultados se muestran en el cuadro No. 8.

4.1.1 Género

Se determinó que fueran solamente enfermeras jubiladas porque dentro de la población únicamente existía una persona del sexo masculino (1.4% de la

población) hecho que se considero para eliminarse y únicamente estudiar a la población femenina (69 jubiladas).

Cuadro No. 8
Resultados de variables sociodemográficos de las
Enfermeras jubiladas

Variables	Categoría	Frecuencia	%
Edad	50-59Años	41	59
	60-69 años	25	36.2
	70-79	3	4.3
Escolaridad	Primaria	6	8.7
	Secundaria	4	5.8
	Técnica	9	13.0
	s/secundaria		
	Técnica	29	42.0
	c/secundaria		
	Posbásico	15	21.7
Licenciatura	6	8.7	
Años de jubilación	4 -9 años	50	72.5
	10-14 años	11	15.9
	15- 19 años	8	11,6
Estado civil	Casadas	34	49.3
	Solteras	17	24.6
	Separadas	4	5.8
	Divorciadas	8	11.6
	Viudas	6	8.7
Tipo de pensión	Régimen anterior	8	11.6
	Régimen nuevo	61	88.4
Trabajo remunerado	Si	16	23.2
	No	53	76.8

4.1.2 Edad

La edad promedio fue de 58 años (DS \pm 5.9) con una máxima de 79 años y una mínima de 50. Al agruparse la población por décadas, las de 50 a 59 años representaron el 59.4 %, el grupo de 60 a 69 años fue del 36.2% y las de 70 a 79 años el 4.3%.

4.1.3 Estado Civil

El estado civil de las jubiladas estuvo representado de la siguiente manera; casi el 50%, manifestó ser casadas, 24 %, ser solteras, el 12% divorciadas, el 9% viudas y el 6% se encontraron separadas.

Otro punto que se consideró importante dentro del estado civil es si se contaba con un compañero o pareja independientemente de su estado civil el 59.4% manifestó tener un compañero y el 40.6% no contaban con pareja.

4.1.4 Nivel educativo

Respecto a su escolaridad el 8.7% dijeron tener primaria, el 5.8% además secundaria, el 13.0% habían cursado la técnica en enfermería sin secundaria, el 42% tenían técnica en enfermería con secundaria, el 21.7% habían realizado algún posbásico en enfermería y el 8.7% contaban con licenciatura en enfermería.

4.1.5 Trabajo

De las enfermeras jubiladas que continuaban teniendo una actividad remunerativa o con algún servicio a la comunidad fueron 23.2%, el otro 76.8% se dedicaban a su hogar y actividades recreativas

4.1.6 Tipo de pensión

En cuanto al tipo de pensión jubilatoria que percibían, el 88.4% era una pensión dinámica o sea con el régimen actual y el 11.6% con el anterior.

4.1.7 Tiempo de jubiladas

De acuerdo al tiempo que tenían de jubiladas la media fue de 8.2 años (DS \pm 3.9), con un mínima de 4 años y una máxima de 19 años, con un rango de 15 años; al agruparse en tres como puede observarse en el cuadro No. 8. Las jubiladas que tenían de 4 a 9 años de estar jubiladas fueron el 72%, del grupo de de 10 a 14 años el 15.9% y las de 15 a 19 años el 11.5%.

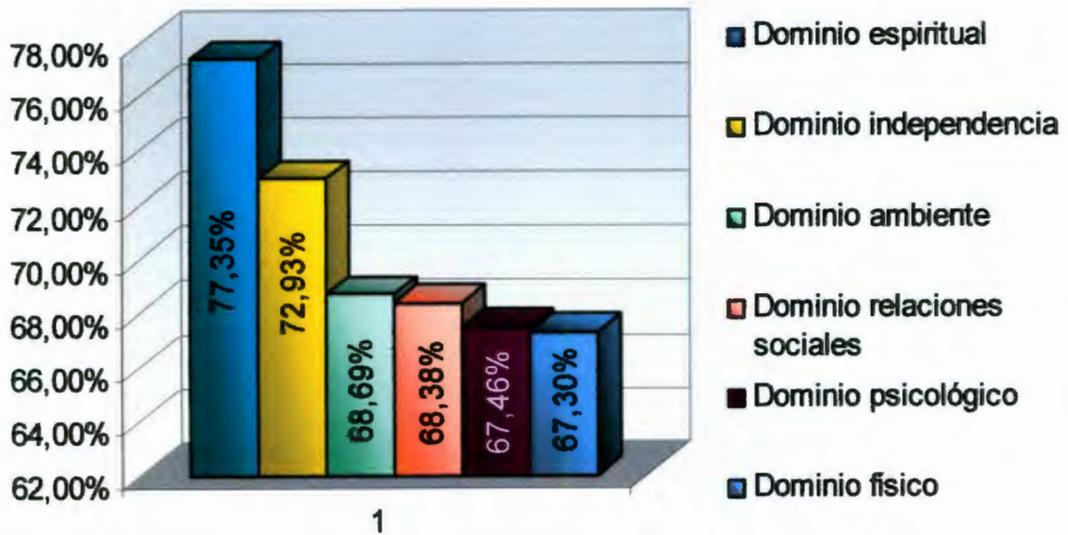
4.2 Dimensiones que conforman la calidad de vida.

De acuerdo a la definición que hace la OMS de calidad de vida, en donde el individuo hace su propia percepción dentro del contexto cultural y de valores en donde vive y de acuerdo a sus metas, expectativas y estándares, se extiende a seis amplios Dominios: la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones del medio ambiente.

Los resultados obtenidos en esta población de enfermeras jubiladas para los Dominios que conforman la calidad de vida se muestran en la figura No 3. De acuerdo al orden de mayor calificación los resultados fueron: Dominio de espiritualidad con un 77.35 ± 17.49 , Dominio de independencia con una media de 72.93 ± 17.99 , Dominio del Ambiente fue de 68.69 ± 11.8 , Dominio de relaciones sociales fue de 68.38 ± 14.79 , Dominio del estado psicológico, la media fue del 67.46 ± 15.63 y el Dominio físico fue la más baja con una media del 67.30 ± 17.49 .

Figura No. 3

Resultados de los Dominios de calidad de vida en las enfermeras jubiladas

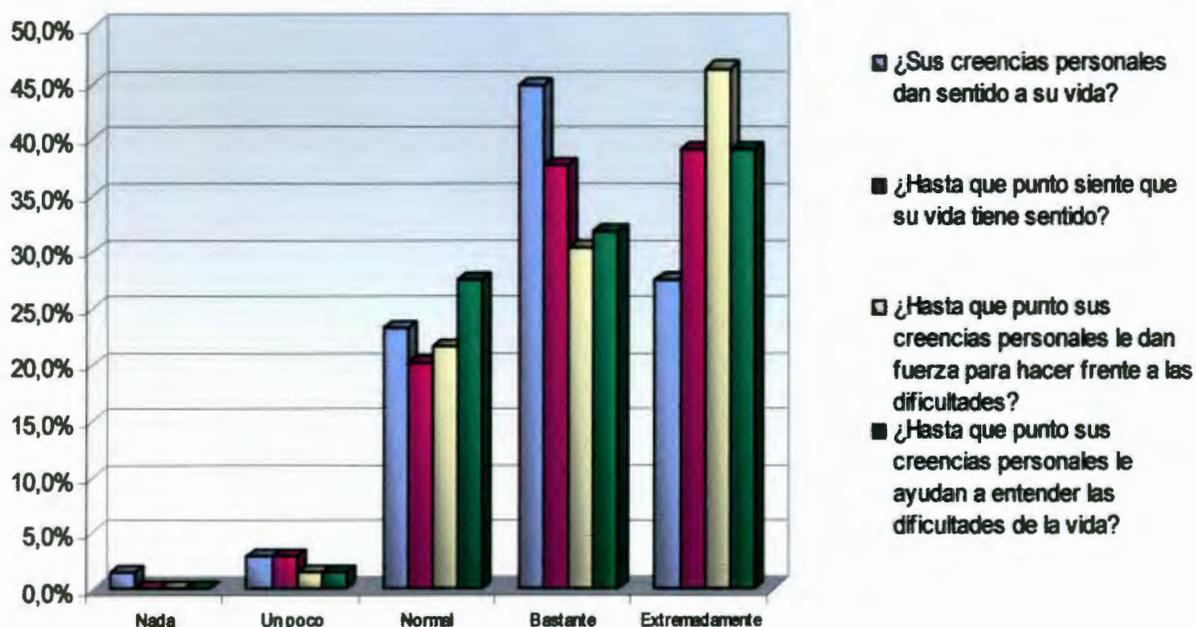


4.2.1 Dominio espiritual

Fue el Dominio que obtuvo la mayor evaluación en la calidad de vida a nivel general con un 77.35 ± 17.49 . Este dominio esta formado por una faceta de cuatro preguntas, con moda fue de 4 y 5 de acuerdo a la escala Likert que corresponden a bastante satisfecha y extremadamente satisfecha. Las preguntas planteadas se muestran en la figura No. 4.

Figura No.4
Dominio espiritual de calidad de vida en la enfermera jubilada

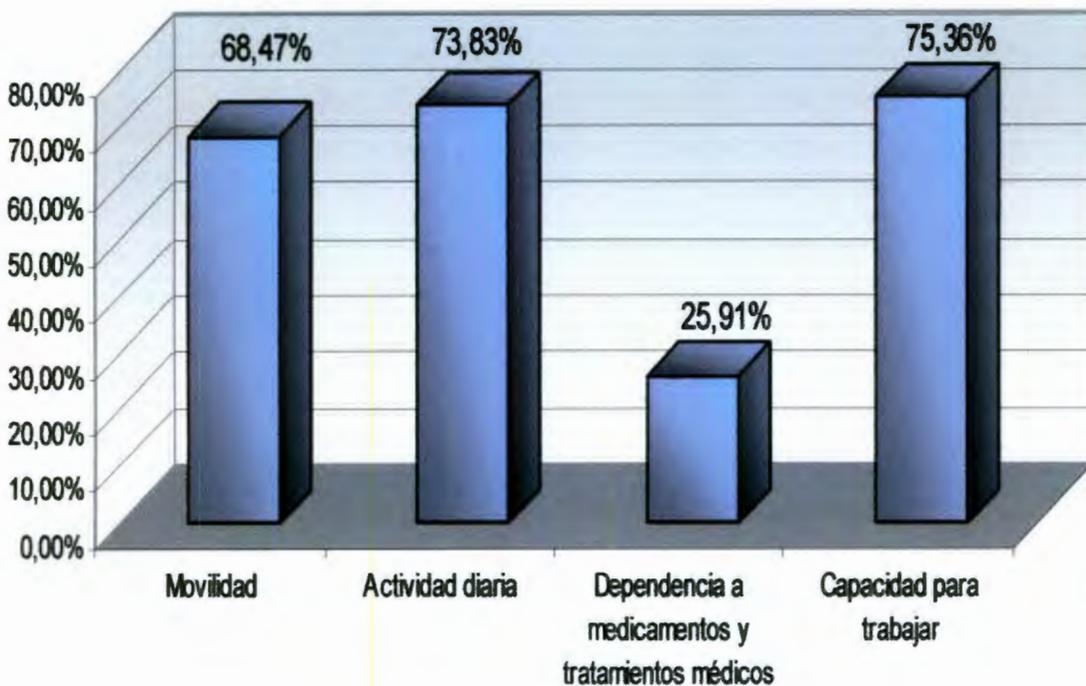
Dominio Espiritual 77.35 %



4.2.2 Dominio independencia

Presentó una media de 72.93 ± 17.99 , del promedio general, esta constituida por cuatro facetas. Los resultados fueron: capacidad para trabajar con 75.36 ± 22.96 , dependencia a medicamentos y tratamientos médicos fue 74.09 ± 29.55 actividad de la vida diaria con 73.82 ± 19.27 y movilidad con 68.47 ± 19.18 , figura No. 5.

Figura No. 5
Dominio independencia y sus facetas de calidad de vida de las enfermeras jubiladas

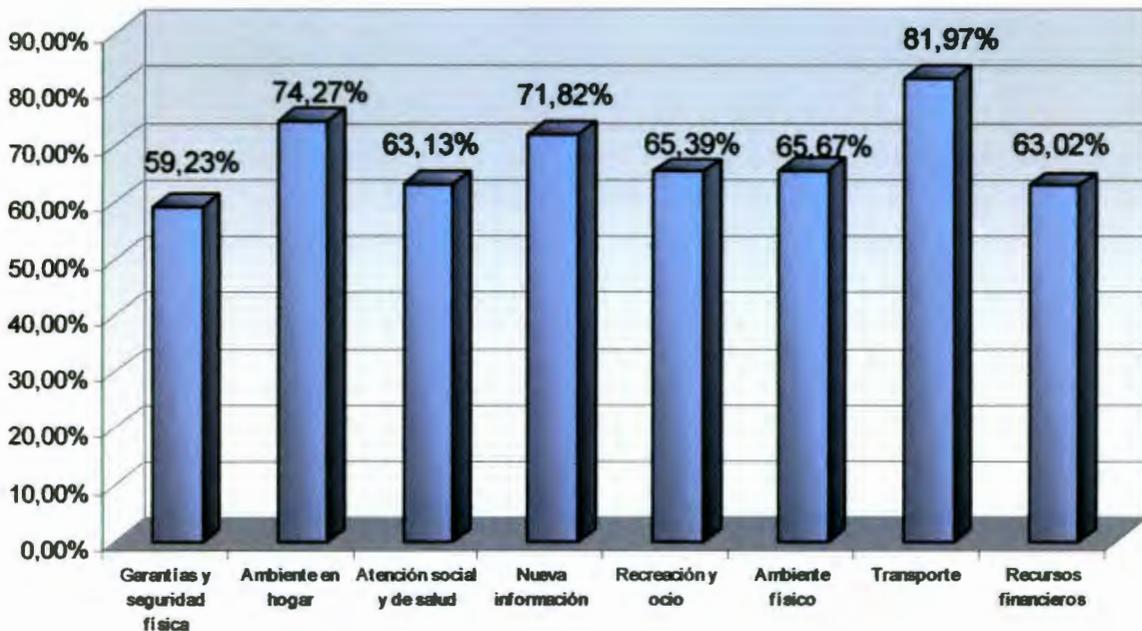


4.2.3. Dominio ambiente

El Dominio ambiente presentó una media general de 68.69 ± 11.81 . Contiene ocho facetas y sus resultados en cuanto a satisfacción fueron: transporte con una media de 81.97 ± 15.44 , ambiente en el hogar con media de 74.27 ± 14.24 , nueva información 71.82 ± 16.86 , recursos financieros 63.02 ± 15.44 , ambiente físico 65.67 ± 15.84 , recreación y ocio con 65.39 ± 19.51 , atención social y salud 63.13 ± 20.19 y garantías y seguridad física con 59.23 ± 13.79 , figura No. 6.

Figura No.6
Dominio Ambiente y sus facetas de calidad de vida de las enfermeras jubiladas

Dominio Ambiente 68.69 %

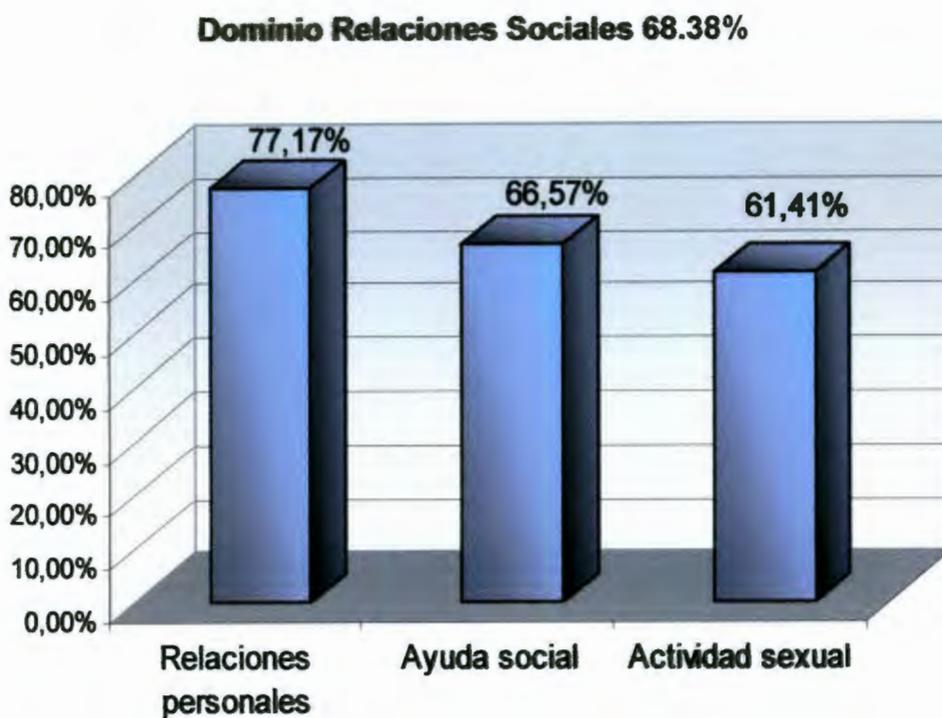


4.2.4 Dominio relaciones sociales

Esta Dimensión alcanzó una media general de 68.38 ± 14.79 : consta de tres facetas que son: relaciones personales con media de 77.17 ± 18.65 , ayuda Social media 66.57 ± 19.07 y la actividad sexual con media de 61.41 ± 17.14 , figura No. 7.

Figura No. 7

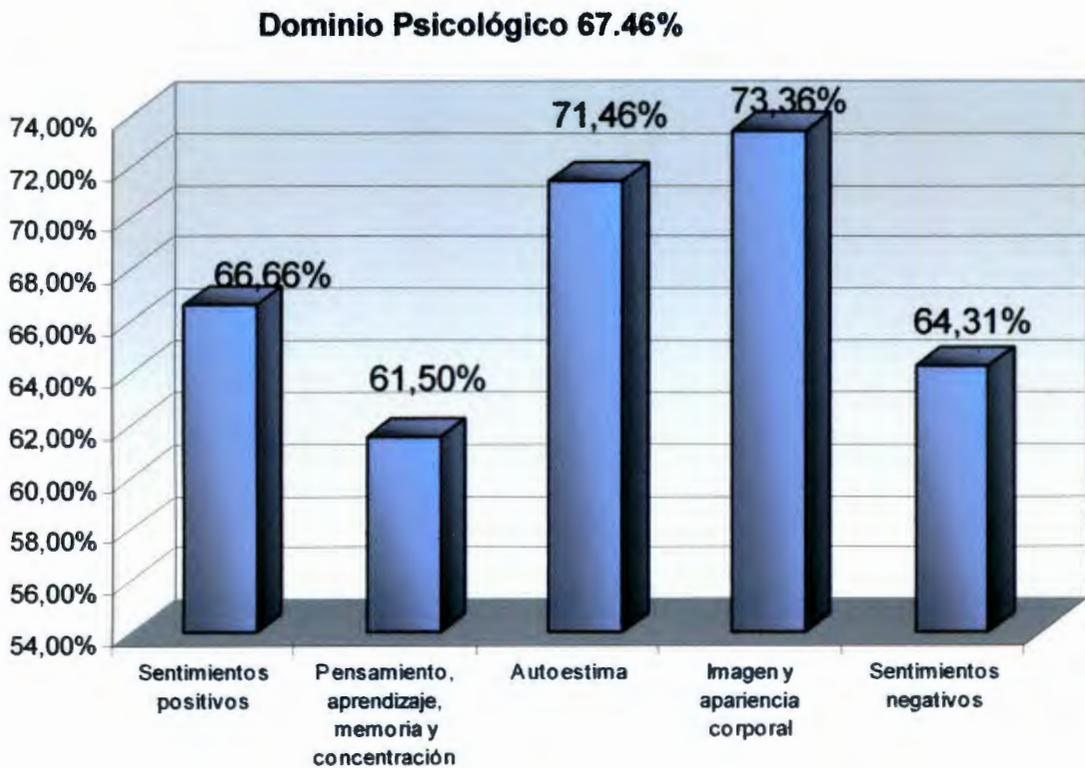
Dominio de relaciones sociales y sus facetas de calidad de vida de la enfermera jubilada



4.2.5 Dominio estado psicológico

Este Dominio obtuvo una media de general de 67.46 ± 15.63 . Consta de cinco facetas que son: imagen corporal con una media general de 73.36 ± 19.57 , la de autoestima con medias de 71.46 ± 19.77 , sentimientos positivos 66.66 ± 16.76 , sentimientos negativos 64.31 ± 21.17 y pensamiento aprendizaje, memoria y concentración con muy poca diferencia media de 61.50 ± 18.08 , Figura no. 8.

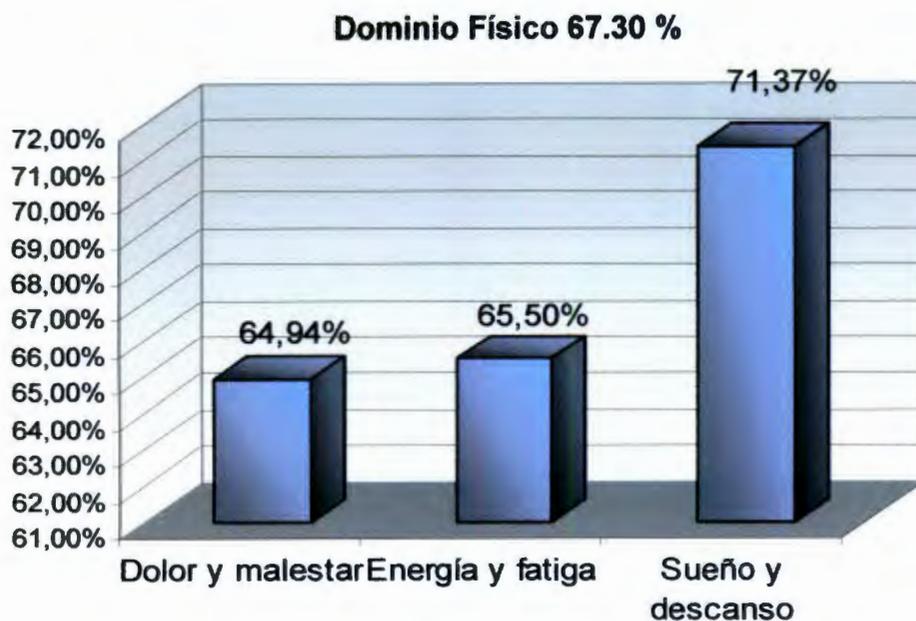
Figura No. 8
Dominio psicológico y sus Facetas de calidad de vida de la enfermera jubilada



4.2.6 Dominio físico

Dentro de las seis dimensiones ésta fue la que obtuvo la media general más baja, media general 67.3 ± 17.47 , con un 10% de diferencia con la más alta que fue la espiritual. Está constituida por tres facetas (Figura No.9); se aprecia en cuanto a satisfacción que la faceta más alta es la de sueño y descanso con una media de 71.37 ± 24.35 , dolor y malestar con media de 64.94 ± 21.14 y finalmente la faceta energía y fatiga con media de 65.59 ± 20.01 .

Figura No 9
Dominio estado físico de calidad de vida de la enfermera jubilada



4.3. Faceta de calidad de vida global y salud general

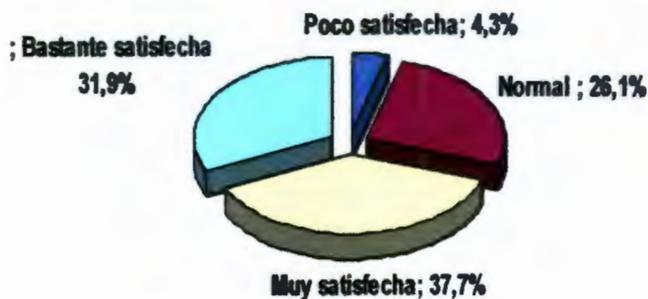
Esta faceta mide la percepción de la calidad de vida global y salud en general, se puede apreciar en las figuras 10 a, b, c y d. Los ítems rebasan lo normal de acuerdo a la ponderación de la escala de Likert donde tres es normal y cuatro es muy satisfecho. Las preguntas que calificaron más altas y con el mismo valor fueron: cómo califican su calidad de vida y lo satisfechas que están de su vida, en seguida fue lo satisfechas que estaban con su vida y finalmente aunque sigue siendo arriba de lo normal la salud, cabe mencionar que únicamente una persona (1.4%) manifestó estar insatisfecha con su salud y 5 (7%) de la jubiladas manifestaron estar poco satisfechas.

Figuras No. 10

Faceta de calidad de vida global y salud en general de la enfermera jubilada

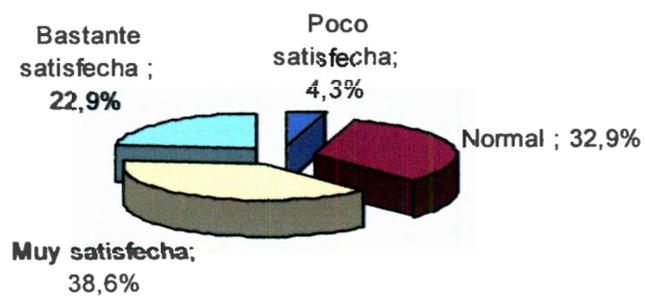
a)

¿Como puntuaría su calidad de vida?



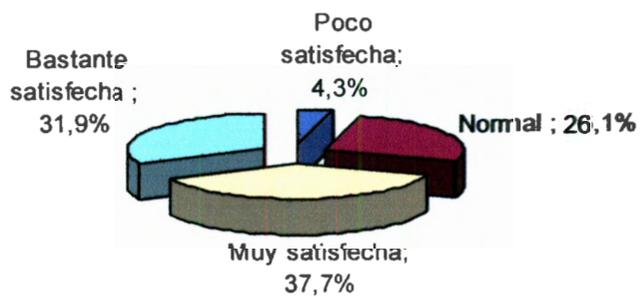
b)

¿Cuán satisfecho está con su calidad de vida?



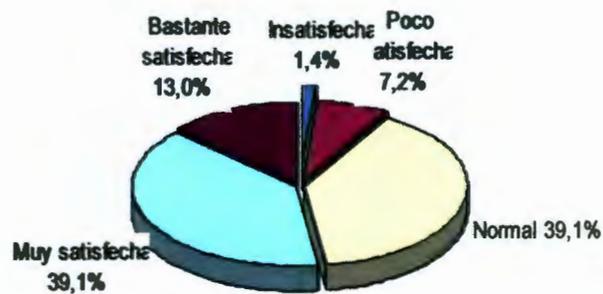
c)

En general, ¿cuán satisfecho está con su vida?



d)

¿Cuán satisfecho está con su salud?



Esta faceta no pertenece a ningún Dominio, es independiente y nos sirve para valorar en forma general la percepción que el individuo tiene de su calidad de vida en forma global y la salud en general, donde se aprecia que casi el 70% de la población cuenta con una percepción de muy satisfecho a bastante satisfecho, para los ítems de ponderación y satisfacción de calidad de vida, así como para la satisfacción con la vida, aunque es mas baja su calificación. El ítem más bajo fue para satisfacción de su salud en donde el 52% manifestó estar dentro de la escala Likert de normal, por lo tanto el 62.2% de las enfermeras jubiladas perciben esta faceta de calidad de vida global y salud en general entre los rangos de muy satisfecho y bastante satisfecho y el 37.75 de la población la consideran de normal a insatisfecho. Cuadro No.9.

Cuadro No. 9
Resultados de los ítems de calidad de vida global y salud en general
de las enfermeras jubiladas

Ítems	Escala de Likert	Frecuencia	Porcentaje
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Muy satisfecha y bastante satisfecha	48	68%
¿Qué tan satisfecha está de su calidad de vida?	Muy satisfecha y bastante satisfecha	48	68%
En general ¿qué tan satisfecha está de su vida?	Muy satisfecha y bastante satisfecha	27	61%
¿Qué tan satisfecha está de su salud?	Muy satisfecha y bastante satisfecha	38	52%

De acuerdo a lo anterior también se realizó una correlación de Pearson para conocer la correlación del estatus de calidad de vida y el nivel de satisfacción de la enfermera jubilada, donde se aprecia que si existe significancia estadística. El resultado fue de =0.689. Cuadro No. 10

Cuadro No. 10
Correlación entre el estatus y la satisfacción de calidad de vida
De la enfermera jubilada

		Qué tan satisfecho está con su calidad de vida	Cómo puntuaría su calidad de vida
Qué tan satisfecho esta con su calidad de vida	Pearson Correlation	1	,689(**)
	Sig. (2-tailed)	.	,000
Cómo puntuaría su calidad de vida	N	69	69
	Pearson Correlation	,689(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	69	69

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

V. DISCUSION

El concepto de calidad de vida es polémico dinámico, objetivo y subjetivo, además universal, debido a que las necesidades básicas de los individuos son también universales y el análisis de cada una de las dimensiones que conforman la calidad de vida. La falta de salud, independencia, recursos financieros, de apoyo moral, espiritual y de un ambiente seguro u otros más alteran la calidad de vida en cualquier país.

La calidad de vida no es un puntaje general como se ha mencionado, ni un estado estático, sino dinámico, y algunas dimensiones pueden estar mejor que otras; es por eso que se debe interpretar la calificación dada para cada Dominio.

En las características de la población estudiada se encontró que estaba conformada principalmente por mujeres, debido a que anteriormente la profesión de enfermería era una disciplina eminentemente femenina y pocos eran los hombres que incursionaban en ésta. Actualmente se observa un cambio y cada día se incrementa más la matrícula de hombres en las escuelas de enfermería.

La edad de la población estudiada se caracterizó por estar en dos momentos en el desarrollo del ciclo de vida: adulto medio, 45-65 años, 80% (55 jubiladas), y adulto mayor, con más de 65 años, 20% (14 jubiladas); casi 60% de la población no habían cumplido los 60 años; Wendkos, 1995, y Lefrancois, 2001, mencionan que la etapa de la vida del adulto medio es la de mayor productividad y éxito. Pando, 2001, dice que la edad del retiro establecido por las leyes vigentes (65 años) ya no corresponde a la capacidad física e intelectual de las personas. Esto, agrega, ha ocasionado polémica porque depende del tipo de actividad en cada profesión, los riesgos de trabajo: físico, químico y mecánico a que se está expuesto en el área de laboral y el derecho a una vida digna por los años laborados.

La enfermería requiere el desarrollo de actividades físicas e intelectuales que demandan de mucha capacidad para reaccionar ante el estrés e imprevistos, cosa difícil de lograr en una persona mayor de 60 años. En la actualidad, ante la escasez de personal, la sobrepoblación de derechohabientes en los servicios de

atención médica, así como el problema en el abastecimiento y provisión de recursos, hace que el personal sufra mayor desgaste laboral. Pando, 1999, sugiere una mejor adaptación a la jubilación mediante etapas, es decir, la reducción progresiva de la jornada laboral en los últimos años de trabajo.

Por otra parte, en la escolaridad se encontraron enfermeras jubiladas que contaban desde primaria hasta licenciatura en enfermería, proyección del desarrollo de la profesión y una explicación del porqué la enfermera después de 27 años de servicio se jubila a tan temprana edad.

La mayoría de las enfermeras jubiladas (77%) no contaban con otro trabajo remunerativo, prefiriendo actividades en su hogar y de recreación. Únicamente el 23.2% laboraban en otras instituciones de salud y educativas o en alguna actividad de carácter social. Pando, 2001, encontró que en la sintomatología presentada entre los jubilados que continúan trabajando y los que no, existe diferencia en los síntomas de angustia y depresión que son más frecuentes en los últimos.

En lo referente al tiempo de jubilación, el rango fluctuó entre 4 y 19 años. Algunos autores como Quintero, 1994, Pando y col, 1999, y Potter y Perry, 2001, mencionan que la jubilación es una adaptación e integración a nuevos roles, por lo que las personas en estudio ya se encontraban o habían pasado por este periodo y se mostraron satisfechas con su condición de jubiladas.

Dentro de los Dominios que conforman la calidad de vida, el espiritual fue el que obtuvo mayor cuantía; los rangos fueron pequeños (3 y 4), así como las desviaciones estándar bajas y similares, lo que indica que es muy significativa para ellas dicho Dominio. Los resultados coinciden con el estudio realizado por Cárdenas V, 2001, donde la espiritualidad era la de mayor relevancia en las personas mayores. Cabe mencionar que aunque esta población en promedio es más joven, la espiritualidad reviste importancia posiblemente por el carácter humanista y social de la profesión: participa en los eventos más relevantes que redefinen valores del ser humano: el nacimiento, el dolor, la enfermedad y la

muerte. Como lo menciona Potter y Perry, 2001, una persona que está expuesta a eventos relevantes de la vida, la hace más sensible.

La mayoría manifestó en el dominio de independencia satisfacción en su capacidad para cumplir con sus obligaciones, actividades de la vida diaria y su capacidad para trabajar. El porcentaje de las que requerían medicamentos o algún tratamiento médico fue del 26%. De acuerdo a Pierre V, 1996, la actividad de la vida cotidiana es más alta que en el hombre y, lo atribuye a las actividades de la mujer en la limpieza y en el aseo en el hogar. Gutiérrez T. (2003) contradice esta aseveración en su estudio. La razón aparente obedece a que el parámetro de medición que utilizó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) son los servicios de salud y no la calidad de vida. El estudio se centró en tres aspectos: salud subjetiva, nivel de actividad y nivel de satisfacción vital. La enfermera jubilada con diversos compromisos sociales sigue siendo una persona dinámica de acuerdo al estudio. Pierre, 1996, menciona que vivir es ser activo y adaptable, de lo contrario, se desaparece.

El Dominio ambiente es el más amplio, pues se examina cómo se percibe la protección, seguridad, ambiente familiar y externo, el cómo afecta la calidad de vida, así como la disponibilidad y calidad de los servicios sociales y de salud; cómo se cubre la necesidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades. De igual manera se subraya en la información, la capacidad para disfrutar actividades de recreación y la disposición de transporte para desempeñar libremente sus actividades.

De esta dimensión la faceta que más importancia revistió para las jubiladas fue la del transporte, con un promedio del $81.97\% \pm 15.44$, la más alta de todas, posiblemente porque tiene que ver con su independencia. El factor ambiente familiar le siguió en importancia: coincide con los resultados de Cárdenas V, 2001, donde los ancianos que podían depender de varias personas, percibían una mejor calidad de vida que aquellos que no tenían apoyo. Algo más que pudiera influir es el género, porque generalmente la mujer se le encuentra

más identificada con el hogar y los hijos y si enviuda o se divorcia permanece soltera.

Respecto a la nueva información la enfermera jubilada se encuentra muy bien, pues tiene a su disposición medios de comunicación necesarios. En el recurso financiero es relevante en las jubiladas con pensión no dinámica (11.6%.); algunas de ellas expresaron que si no fuera por su esposo o por sus hijos tendrían una situación precaria. Cárdenas V, 2000, menciona en su estudio, que encontró discretamente disminuido el grado de satisfacción en el adulto mayor por no contar con el suficiente aporte económico para sus necesidades. Quintero, 1999, señala que muchos de los planes de vida que necesita la enfermera para cuando se jubile, no se realizan por falta de recursos económicos. Craig, G, 1992, y Pando, 2001, se refieren al problema de manera más contundente, destacando que el estatus económico es el factor que más afecta al jubilado.

El ambiente físico también fue algo muy bien evaluado. El 100% vive en un lugar saludable; en lo único que disminuyó la calificación fue en el ruido del ambiente. En el rubro recreación y ocio, las jubiladas disfrutaban mucho su tiempo libre, aunque disminuye un poco la oportunidad para hacerlo, posiblemente por la presencia de nietos, o por falta de recursos económicos.

La atención social y de salud fue de las calificadas más bajas, posiblemente por problemas en el abastecimiento y provisión de los recursos en las instituciones encargadas de brindarles los servicios.

La última faceta y la calificada más baja de todas fue la de garantías y seguridad física. No fue posible confrontarla con otro estudio, pero en general en garantías se encontraban inseguras por las reformas del régimen de jubilaciones y pensiones, lo que les provocaba incertidumbre, cosa que se reflejó en los resultados de la encuesta; en cuanto a la seguridad física del lugar en donde vivían y la seguridad en su vida fue alta.

El Dominio relaciones sociales, explora la capacidad de amar, ser amado y tener intimidad con otros emocional y físicamente. El porcentaje de calidad de vida fue del 68%. La calificación mayor fue la de las relaciones personales con un

77.1%. La que le siguió fue la de ayuda social con una 66.5%, fundamentalmente el apoyo de la familia y amigos y el grado en que podría contar con dicho apoyo. Salgado, 2001, dice que las redes sociales de las mujeres se encuentran muy bien, sobre todo en cuanto a cuidados familiares que reciben cuando están enfermas o si necesitan atención especial. Pando, 2001, menciona que la inactividad y la pérdida de los valores sociales en las personas que trabajan acentúan la declinación de algunas funciones, como la adaptación a un nuevo status vacío de roles. Los resultados en el aspecto social difieren con los de Gutiérrez, 2003, quien reporta en su población porcentajes más elevados. Pierre V., 1996, dice que de acuerdo a las facetas del desarrollo del ciclo de vida la etapa se caracteriza por la socialización de las personas, debido a que ya no existen compromisos familiares y sociales que impidan reuniones con amigos y familiares.

El segmento más bajo fue el de las relaciones sexuales, pudiera ser por la etapa de la vida en que se encuentra la mujer, donde se presentan cambios hormonales que afectan el interés, la conducta o capacidad; aunque algunos autores mencionan que es una etapa muy placentera debido a que ya no existe riesgo de embarazo. Algunas de ellas ya no le daban mucha importancia e incluso manifestaron que no era relevante al final del cuestionario en comentarios.

El Dominio psicológico explora sentimientos positivos, de alegría, satisfacción, placer, equilibrio, felicidad, percepción de la rapidez y claridad del pensamiento, sentimientos de eficiencia, satisfacción y control de uno mismo. Además el cómo se percibe el deterioro corporal y sentimientos negativos que relajan e impactan en la funcionalidad. Las mejores calificadas fueron la imagen corporal y la autoestima; más del 90% de ellas estaban muy satisfechas de sí mismas. Esto contradice a Pando, 2001, que escribe acerca del hombre que por lo general ha sido educado para sentirse útil e importante a través del trabajo asalariado; no tenerlo conlleva a una serie de conflictos internos y culturales relativo a su estatus y autoestima, aunque él no menciona el tiempo que tenía de jubilada su población. Esto pudiera ser un factor determinante para los resultados de este estudio donde sí se marcó un tiempo mínimo de jubilación. Le siguieron

los pensamientos positivos: el 85% manifestó tenerlos. La fase que siguió fue la de sentimientos negativos donde el 22% tenían sentimientos que interferían con su funcionamiento normal y además se declararon con depresión. Este resultado coincide con lo que encontró Pando, 2001, en su estudio de jubilados; según la escala de depresión geriátrica el 20% tenía depresión. Gutiérrez T., 2003, en su estudio revela que la calidad de vida relacionada a la salud, en el aspecto emocional para el adulto mayor es de un 55.2% de calidad de vida. La más baja estimación fue para el pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. Existe mucha polémica por varios autores como Papalia D., 1995, que en sus estudios concluye que el deterioro de estas funciones es un proceso individual, que no son tan evidentes o no se presentan hasta muy entrados los 60 años. Pierre V., 2001, encontró que las medias encontradas en personas de edad adulta son sorprendentes en cuanto a funciones cognitivas excelentes.

El Dominio físico obtuvo el 67.3%. Se indagaron las sensaciones físicas desagradables y cómo preocupan e interfieren en la vida, lo mismo que la energía y resistencia para el desempeño de las tareas diarias. En este Dominio la mejor calificación fue la relacionada con el sueño, donde el promedio alcanzado fue de 71.3%; le siguió la referente a la fatiga y al cansancio, con un porcentaje del 65.59%. El 49% de las jubiladas revelaron sentir fatiga, de normal a extrema. Lo que concuerda con Cárdenas V., 2001, quien afirma que la salud física es el perfil con más bajo porcentaje, resultado obvio por dos factores principales: primero la edad y los cambios orgánicos inevitables e irreversibles. El otro, como lo menciona Pando, 2001, es el trabajo, fuente importante del daño a la salud. Las jubiladas presentan problemas generados por el desgaste, principalmente por las cargas del trabajo y el estrés a que están sujetas. Aunado a esto, existen factores predisponentes y determinantes que pudieran desencadenar un deterioro orgánico más temprano. Estos resultados también están de acuerdo con los de Gutiérrez T., 2003, donde el porcentaje más bajo es el de la salud en general y la vitalidad en las mujeres.

Aparte de las dimensiones antes mencionadas existe un último análisis relacionado a la faceta dependiente que mide la percepción que el individuo hace de su calidad de vida y salud física en general, independientemente de su funcionamiento. La satisfacción de la calidad de vida fue de casi 70% entre normal y bastante satisfechas.

La enfermera jubilada en general tiene una muy buena percepción de la calidad de vida, por manejar parámetros arriba de lo normal, aunque mencionaron en sus comentarios que pudiesen estar peor. Quizás ellas hagan esta valoración de acuerdo a sus vivencias con la enfermedad, por los valores ejercidos en su profesión, entre otros, la dignidad del ser humano y la responsabilidad.

El grado de satisfacción con su calidad de vida y su propia vida puede explicarse por el hecho de que las enfermeras jubiladas se encuentran en una etapa donde de acuerdo con Lenfraicos, 2001, ya han realizado una evaluación de su vida y han cumplido como profesionales con la sociedad y su familia (hijos casados o por terminar carreras profesionales); tienen mayor tiempo para ellas, menos presiones de las que estaban acostumbradas, y ahora desean disfrutar o realizarse. Sheehy, 2001, dice que el adulto mayor de 50 años ha aceptado lo que son y a los 60 años reconoce de nuevo lo que es más importante en la vida: amigos, familia, amor, cariño y el compartir, a los 70 años, retoman las abstracciones filosóficas, religiosas, sociales y políticas.

Debido a que la calidad de vida es la percepción que el individuo hace de su vida, las jubiladas se encuentran en el rango de muy satisfechas a bastante satisfechas: 62.2%. El resto, de normal a poco.

De acuerdo a los resultados y lo expresado al final de la encuesta la enfermera percibe muy buena calidad de vida a excepción de la salud. En el Anexo 9 se muestran algunos de los comentarios vertidos por ellas al final del cuestionario.

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los jubilados son sujetos sociales involucrados en el envejecimiento de la población en México, que cada día se incrementa más. El estudio nos enseña las condiciones de la población y sus necesidades.

Las características de las jubiladas es muy específica de la institución donde se desempeñaron, por las características del su CCT que las hace diferentes a otras empresas: una de ellas es la jubilación por años de servicio y no por edad cronológica. El análisis nos muestra el desarrollo de la profesión; en los años 60 no se requería contar con estudios formales para ejercer la profesión, ya que únicamente se pedía como requisitos tener habilidad y destreza para algunos procedimientos, motivos por los que encontramos a la enfermera únicamente con primaria.

La dimensión que obtuvo una mayor calificación fue la de espiritualidad y la menor fue la de salud física, lo que nos lleva a una reflexión: las enfermeras jubiladas a pesar de su edad han alcanzado un alto grado de espiritualidad por vivencias durante su desempeño laboral y los valores inculcados en su formación y práctica de la vida humana. Aunque se deja ver un deterioro físico, relacionado con diferentes roles que desempeña como mujer durante su vida laboral, asociado a los factores de riesgo durante su desarrollo profesional.

En cuanto a la percepción de calidad de vida global y salud en general se relaciona a lo anterior. Ellas se encuentran muy satisfechas, posiblemente por el deber cumplido ante la sociedad, después de haber laborado y en su vida personal haber alcanzado logros en su hogar y con su familia. En cuanto a su salud física es baja, coincidiendo con los resultados de las dimensiones.

Es evidente la situación económica en la que viven las enfermeras jubiladas, con pensiones del régimen anterior, donde cada día se devalúa más su poder adquisitivo, consecuencia de las políticas públicas que en un momento no han ubicado al grupo entre los prioritarios para dar apoyo.

Conforme avance la edad de esta población conllevará problemas físicos que limiten la actividad de las personas y su capacidad de autonomía; además de padecimientos de enfermedades crónicas-degenerativas propias de la vejez con disminución en las habilidades físicas y mentales que limite su independencia.

Para el estudio se utilizó un instrumento denominado WHOQOL-100, donde las fases y Dominios analizados en el instrumento permitieron cubrir en forma muy clara y definida todos los ámbitos de calidad de vida, lo que permitió obtener resultados muy significativos y relevantes.

Por lo anterior se sugiere que para entender mejor la situación de los jubilados, se requieren de nuevos estudios que enriquezcan la información para identificar las necesidades de esta población. Existen muchos datos útiles para el diseño de estudios comparativos, ya sea con otras instituciones de salud, con personas del sexo masculino, con profesionales e incluso en otros estados.

En este contexto queda mucho que indagar y profundizar, porque los jubilados son sujetos sociales involucrados en el envejecimiento de la población y se necesitan conocer las necesidades reales para medir su repercusión social, económica, política y cultural a futuro.

Es necesario dar a conocer los resultados del estudio en el ámbito de salud y a la sociedad en general, a través de diferentes medios como revistas, foros de Investigación en salud y congresos.

También a la Institución y Sindicato para orientar en la toma de decisiones y para que se integren a los programas de prevención y promoción de la salud de la población, así como para los programas al personal en etapa prejubilaria.

La creación de un sistema de atención médica bien pudiera ser a través de un consultorio medico o de trabajo social para la atención de jubilados y personas de la tercera edad. De esta manera se le ayudará a la población jubilada a una pronta y eficaz atención médica, y en la continuidad del tratamiento cuando se necesite: la implementación de un programa de salud integral para la atención de esta población con la participación interdisciplinaria, donde se brinde atención, promoción, prevención y control del anciano sano, y en donde participe la jubilada

con su autocuidado, la familia y la comunidad, reduciendo el alto costo de las enfermedades crónico degenerativas y elevando su calidad de vida.

Cada día aumenta más el número de jubiladas que se encuentran solas. Sería conveniente más adelante la creación de un centro de día con servicios para los adultos mayores para su entretenimiento y cuidado, pero con un programa gerontológico, considerando las necesidades individuales.

Al recién jubilado se le podría ayudar a su adaptación cuando así lo requiera, a través de su participación en actividades políticas sociales y comunitarias. Para las enfermeras pudiera ser la participación en el nuevo programa creado por la OMS y la OPS en donde personas mayores de la comunidad que tengan la experiencia de un parto asistan a las parturientas. Ellas son llamadas "Doulas", OMS, 2002.

Existe una evidencia objetiva de estimular el avance sobre el conocimiento en la calidad de vida del jubilado. No obstante hace falta visibilidad, interés y apoyo para la investigación. De aquí la recomendación a las instituciones para que tengan mayor interés, con registros más accesibles a los investigadores, pues sólo de esta forma se podrán generar conocimientos nuevos que apoyen el diseño de programas y políticas encaminadas a solucionar las necesidades y mejorar la calidad de vida de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Accidentes de trabajo en el personal de enfermería. Medina del trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002
- Alguacil G. J. La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. En: <http://www.ceca.org.br/projeto/qvida.htm>
- Apuntes del Foro Los Jubilados Universitarios en el Contexto Nacional. Sindicato de Profesores de La Universidad Michoacana. Octubre del 2000, México
- Asnariz L. Panel sobre Calidad de vida, dentro de las Jornadas de Psicoimmunología UNMdP, Universidad J.F.Kennedy y Centro cultural J. M de Pueyrredón 2003 en: <http://www.aabioetica.org./2abrev1.doc>
- Bolle,P. Reforma de los Regímenes de Jubilación. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, Suiza 2000; 119 (2):217-233
- Borthwick-Duffy. Quality of life end Quality care in mental retardation. Ed. L. Rowitz. Berlín: 2000, 5274 citada por: Gómez, V. M y Sabeh, E. N. 2002
- Calidad de Vida. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. En: <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en: <http://www.telecable.es/personales/ivanrg1/6html>
- Cárdenas, V. V., Salazar G. B. El Adulto Mayor y su Calidad de Vida. Desarrollo Cientif. Enferm. 2001: 9 (2): 35-40.
- Código Deontológico de la enfermería Española. En <http://teleline.terra.es/personal/duenas/codigo.htm>
- Consejo Nacional de Población <http://www.conapo.gob.mx>
- Cortajarena I.C. La tercera edad la mujer y los nuevos retos. en Mujer de tercera edad y Seguridad Social ISSSTE Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. 1999:151-178
- Desenvolvimento do WHOQOL-OMS versão em português 2004 en; <http://www.ufrgs.br/psip/whoqol1.html>

Enciclopedia Autodidáctica Océano. Sociología, tomo 8 Grupo editorial Océano España 1989: 2040-2079.

Enríquez C. M, La mujer de la tercera edad. Su protección por el Sistema de Seguridad Social, en Mujer de tercera edad y Seguridad Social ISSSTE Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. 1999:137-150

Felce D y Perry J. Quality of Life: It's Definition and Measurement. Research in Delopment Disabilites;(1) 51-74 citado por: Gómez, V. M y Sabeh, E. N.

Calidad de Vida. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. 2002. en: <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Fortalecimiento al Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro social, 2004 en http://sntss.org.mx_rjp_programa.htm

Gómez, V. M y Sabeh, E. N. Calidad de Vida. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España, 2002. en: <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

Graig, G. J. Desarrollo Psicológico. Ed. Prentice-Hall México, 1992: 449-565

Guillen C, D. Reflexiones sobre la psicología de la salud. . Desarrollo Científ. Enferm.2002: 10(5):132-133

Guy R. L. El ciclo de vida. Sexta edición, Universidad de Alberta, Ed. Internacional Thomson Editores. México 2001

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Hombres y Mujeres. México. 2002: 93-100

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Hombres y mujeres 2000. Aguascalientes 2002: 93-101

Inteligencia emocional. Marco de referencia de calidad de vida, en: www.calidadevida.com.ar/indice/iehtm

Marcellux B. Calidad de Vida. Pagina de autoayuda de Marcello Bosq. Dedicada al desarrollo de calidad de vida y la productividad personal en: www.marcellux.8m.com/autoayuda/defcalidad.htm

- Maya S. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación. En http://www.funlibre.org_lemaya1.htm
- Mila B. O Situación de la mujer en la tercera edad en un país con envejecimiento demográfico. En Mujer de tercera edad y Seguridad Social ISSSTE Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. 1999:203-232.
- Mujeres Hoy. A mejorar la calidad de vida de la tercera edad. Representantes de los países de América Latina y del Caribe en: <http://www.mujereshoy.com/secciones/1497shym1>
- Nomina de Jubilados y pensionados del Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Aguascalientes, Junio 2000.
- Organización Mundial de la Salud. WHOQOL-100. División de Salud Mental Génova. 1995.
- Papilia,D. y Wendkos,s. Desarrollo Humano. McGraw Hill, México, 1995
- Potter P. Y Perry A. Fundamentos de enfermería. 5a. Edición. Ed Harcourt Brace. España 2001 capítulos 17,23, 2
- Programa de actualización y desarrollo para el personal directivo de enfermería IMSS. Calidad de vida. México, 1994. (14): 1-26
- Propuesta del Código de ética del Colegio de Ética del Colegio Mexicano de Licenciadas en Enfermería, A.C. 2000. 199:37 (2): 111-115
- Quintero E, Goñi, L (1994) Prejubilación y proyectos de vida en la enfermeras de la tercera edad. Desarrollo Científ. Enferm. 1994: 2(3):21-26.
- Quintero R. E., Goñi M. L. Prejubilación y Proyectos de Vida en las Enfermeras de la Tercera Edad. Desarrollo Cientif. Enferm. 1994; 2, (3): 21-26
- Rappoport.L la personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad. La madurez y el viejo. Ed. Paidós, España 1986
- Red Iris. Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Información sobre Calidadvida en www.rediris.es/list/info/calidadvida.es.htm
- Régimen de jubilaciones y pensiones. Contrato Colectivo de Trabajo del Seguro Social 1999-2001 México, 336-345

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud. México.1987.

Rodríguez Z. M., González C. R. 2000 Calidad de vida relacionada a la salud. Desarrollo Científ. Enfem. 8, (6):168-170.

Rueda S. Habitabilidad y Calidad de vida 2004 en:
<http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>

San Martín H. y Pastor, U. Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México, 1990: 355-409

Schalock, R.L. Quality of life. Application to person's whit disabilities. M.Sneell.& L.Vogtte.1996 (2); 43-61.Citada por Gomes y Sabeth en **Calidad de Vida**. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de **Psicología, Universidad de Salamanca, España**, 2002. En:
<http://www3.usal.es/inico/invetigacion/invesinico/calidad.htm>

Secretaria de Coordinación de finanzas para el Desarrollo. En
www.un.org/spanish/conference/ffd/overview.pdf

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Programa de Fortalecimiento al Régimen de Jubilaciones y Pensiones. México 2004, en;
http://sntss.org.mx_rjp_programa.htm

The WHOQOL Group. Development of the world health organization Division of mental Health.WHOQOL-100. Geneva 1995

Truba U.A., Truba U. J. Ley federal del trabajo. 55° edición. Editorial Porrúa. México 1987: 806-810.

ANEXOS

Anexo No. 1

Resultado final de Facetas y Dominios

Facetas		Resultado final Dominios c/algoritmos	C.V. %
Calidad de vida global y salud en gral	20		
Dolor e incomodidad Energía y fatiga Sueño y descanso	20 20 20	Salud física	100
Sentimientos positivo Pensamiento, aprendiendo, memoria y concentración Imagen y apariencia corporal Autoestima Sentimientos negativos	20 20 20 20 20	Psicológica	100
Movilidad Actividades de la vida diaria Medicación Capacidad para el trabajo	20 20 20 20	Grado de independencia	100
Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual	20 20 20	Relaciones sociales	100
Garantías y seguridad Ambiente en el hogar Recursos financieros Atención social y de salud nueva información Recreación, ocio Ambiente Transporte	20 20 20 20 20 20 20	Ambiente	100
Espiritualidad		Espiritualidad, religión y creencia personales	100

Anexo No. 2

Solicitud y Autorización de la OMS

WHOQOL-100 Group

My name es Alicia Castañón Limón. I am studied the Master Science Nursing in the Universidad Autónoma de Querétero, I am Work as teacher in Universidad Autónoma de Aguascalientes in the area Nursing. I having a research in Quality of life in retired nurses for get my degree as Master.

I am interested in Quality of life research, for this purpose, I request your permission to use the WHOQOL-100 in may research.

The research group in area the Health Systems in the Instituto Mexicano del Seguro Social from Aguascalientes has made a version the WHOQOL-100 in Spanish the Quality of life research in adult people with chronic diseases (diabetes M Type II) an was approve for you to use, I want to use that version the WHOQOL-100 in Spanish if you give me your permission, in may investigation.

I am grateful for your attention, I wait for answer.

My address is:

Sn Jarge 231
Frac Sn Cayetano
Aguascalientes Ags.,
CP 20010

De: chattopadhyayr@who.int | [El mensaje es un envío masivo](#) | [Añadió a Libreta de contactos](#)

A: alposa_2000@yahoo.com

CC: 18350rlc@comb.es

Asunto: **Form: Request to Reproduce Copyright Material**

Fecha: Tue, 24 Feb 2004 15:08:38 +0100

As requested, please find the WHOQOL User agreement. You can obtain the spanish version from our WHO QOL spanish coordinator, Dr Ramona Lucas(ccd in this mail). Please get in touch with her to get the Spanish user agreement and discuss your studies with her.

Thanking you

Rupa Chattopadhyay
Secretary
EIP/MHI

Anexo No.3

"Ramona Lucas"

<rlucas@envelliment.org> 

Añadir a Libreta de contactos

Para: alposa_2000@yahoo.com

Asunto:  solicitud cuestionario WHOQOL

Fecha: Tue, 2 Mar 2004 10:07:10 +0100

Apreciada Dra. Limon,

le envío la hoja de solicitud que solicitamos aquí para el uso del WHOQOL.

Verá que hay un formulario de solicitud, y la hoja firmada por el investigador.

Por favor, envíeme la dirección exacta, pues no es la primera vez que he enviado por correo cuestionarios a Méjico y que los responsables no lo han recibido.

Envíeme la dirección exacta donde quiere que le llegue el cuestionario. Tan pronto como reciba la información le enviaré el cuestionario por correo.

Atentamente,

Ramona Lucas
Institut Català de l'Envelliment
Sant Antoni Maria Claret 171
08041 Barcelona
Tel.: 34 93 433 50 69
Fax.: 34 93 433 50 06
rlucas@envelliment.org

Solicitud y carta compromiso

BREVE RESUMEN DEL PROYECTO QUE SOLICITA LA UTILIZACION DEL CUESTIONARIO WHOQOL-100

FECHA	3 de Marzo de 2004
INVESTIGADOR PRINCIPAL (nombre, centro y dirección del mismo, tel., fax y email) Lic. Enf. Alicia Castañón Limón Universidad Autónoma de Querétaro Centro Universitario Cerro de las Campanas Santiago de Querétaro C.P. 76010 Fax 2163857 Centro de trabajo: Universidad Autónoma de Aguascalientes Avenida Universidad 940 Frac Los Bosques C.P. 20100 Aguascalientes, Ags fax 9108431 alposa_2000@yahoo.com	
TITULO DEL ESTUDIO	Caracterización de los factores que definen y determinan la Calidad de Vida en las Enfermeras Jubiladas
ENTIDAD(ES) QUE FINANCIA(N) EL ESTUDIO	Ninguna yo me financio el estudio
CALENDARIO PREVISTO (fecha de inicio y fecha final del estudio) Ya esta elaborado el proyecto de investigación. Marzo y abril entrevistas, mayo análisis de datos Junio y Julio presentación de resultados	
DISEÑO (transversal, seguimiento, test-retest u otros –especificar-)	Transversal
¿SE TRATA DE UN ENSAYO CLINICO?	NO Es un Estudio descriptivo
SUJETOS (tipo de población, número y rango de edad) Todas las enfermeras que se encuentren jubiladas hasta junio del año 2000 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Cd de Aguascalientes. Numero 97 Aproximadamente de 50 a 70 años	
ADMINISTRACION DEL CUESTIONARIO	Autoaplicable cuando no sea posible se auxiliara en el llenado
SI SE UTILIZAN OTROS INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS ¿podría indicar cuál o cuáles?	Ninguno
COMENTARIOS	Ya conozco información del instrumento WHOQOL-100 y reúne los requisitos para el estudio de investigación que quiero realizar para obtener el grado de maestría en la Universidad de Querétaro.

Remitir a Dra. Lucas: via email: rlucas@envelhiment.org

Institut Català de l'Envelhiment

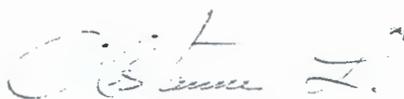
Sant Antoni Maria Claret 171

08041 Barcelona

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DEL WHOQOL-100

En la utilización del WHOQOL-100 me comprometo a no modificar ningún contenido del cuestionario así como a ceder la información específica del cuestionario WHOQOL-100 y los datos sociodemográficos del estudio titulado *“Factores que definen y determinan la calidad de vida en las enfermeras jubiladas”* con el fin de contribuir a una base de datos tanto nacional como internacional. La utilización del cuestionario es exclusivamente para el estudio solicitado. Una vez enviado los datos se remitirán los algoritmos de corrección.

Atentamente,



Lic. Enf. Alicia Castañón limón
Firma (del investigador principal)

Fecha: 4 de Marzo 2004

WHOQOL-100 – Versión española**Barcelona****INSTRUCCIONES**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las **dos últimas semanas**.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Cuánto se preocupa por su salud física?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina con qué frecuencia se ha preocupado de su salud durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, hará un círculo en el 4 si se está preocupado por su salud “Bastante”, o en el 1 si no se ha preocupado por su salud “Nada”. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la respuesta de cada pregunta que mejor le corresponda.

Gracias por su ayuda

WHOQOL-100 – Versión española

Barcelona

INSTRUCCIONES

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las **dos últimas semanas**.

Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Cuánto se preocupa por su salud física?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina con qué frecuencia se ha preocupado de su salud durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, hará un círculo en el 4 si se está preocupado por su salud “Bastante”, o en el 1 si no se ha preocupado por su salud “Nada”. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la respuesta de cada pregunta que mejor le corresponda.

Gracias por su ayuda

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas, por ejemplo, sentimientos positivos tales como felicidad o bienestar. Si los ha experimentado muchísimo haga un círculo en el número de "Extremadamente". Si no los ha experimentado haga un círculo en el número de "Nada", o en los números intermedios si su respuesta está entre "Nada" y "Extremadamente". Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F1.2 ¿Se preocupa de su dolor o malestar?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F1.3 ¿Qué difícil le es controlar cualquier tipo de dolor o malestar?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F1.4 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F2.2 ¿Con qué facilidad se cansa?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F2.4 ¿Cuánto le molesta sentirse fatigado?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F3.2 ¿Tiene dificultad para dormir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F3.4 ¿Cuánto le preocupa cualquier problema de sueño?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F4.1 ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F4.3 ¿Qué positivo se siente sobre su futuro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F4.4 ¿Cuánto experimenta sentimientos positivos en su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F5.3 ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F6.1 ¿Cuánto se valora a sí mismo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F6.2 ¿Cuánta seguridad tiene en sí mismo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F7.2 ¿Se siente cohibido por su apariencia?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F7.3 ¿Hay alguna parte de su apariencia que le hace sentir incómodo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F8.2 ¿Qué preocupado se siente?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F8.3 ¿Cuánto interfiere cualquier sentimiento de tristeza o depresión con el funcionamiento de su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F8.4 ¿Cuánto le molestan los sentimientos de depresión?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F10.2 ¿Hasta qué punto tiene dificultades para realizar las actividades de rutina (de la vida diaria)?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F10.4 ¿Cuánto le molesta cualquier limitación para realizar las actividades de la vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F11.2 ¿Cuánto necesita de cualquier medicación para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F11.3 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F11.4 ¿Hasta qué punto su calidad de vida depende del uso de sustancias o ayudas médicas?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F13.1 ¿Qué grado de soledad siente en su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F15.2 ¿En qué medida están satisfechas sus necesidades sexuales?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F15.4 ¿Le molesta cualquier dificultad en su vida sexual?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F16.1 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F16.2 ¿Siente que vive en un ambiente seguro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F16.3 ¿Cuánto se preocupa por su seguridad?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F17.1 ¿Qué grado de confort tiene el lugar donde vive?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F17.4 ¿Cuánto le gusta el lugar donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F18.2 ¿Tiene dificultades económicas?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F18.4 ¿Cuánto le preocupa el dinero?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F19.1 ¿Con qué facilidad es capaz de obtener un buen cuidado médico

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F21.3 ¿Cuánto disfruta de su tiempo libre?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F22.1 ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F22.2 ¿Cuánto le preocupa el ruido del área donde vive?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F23.2 ¿Hasta qué punto tiene problemas con el transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F23.4 ¿Cuánto le limita su vida las dificultades con el transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia sobre en qué medida usted experimenta **al completo** o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, por ejemplo actividades de la vida diaria tales como lavarse, vestirse o comer. Si ha sido capaz de hacer estas cosas totalmente, haga un círculo en el número de **“Totalmente”**. Si no ha sido capaz de hacer estas cosas, haga un círculo en el número de **“Nada”**, o en los números intermedios si su respuesta está entre dichos extremos. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F2.1 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F7.1 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F10.1 ¿Qué capacidad tiene para realizar sus actividades diarias?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F11.1 ¿Cuánto depende de las medicaciones?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F14.1 ¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F14.2 ¿Hasta qué punto puede contra con sus amigos cuando los necesita?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F17.2 ¿Hasta qué punto la calidad de su casa satisface sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F18.1 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F20.1 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F20.2 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para conseguir la información que piensa que necesita?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

21.1 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F21.2 ¿Qué capacidad tiene de relajarse y disfrutar de sí mismo?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F23.1 ¿Hasta qué punto tiene los medios adecuados de transporte?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho, feliz o bien** se ha sentido en las dos últimas semanas en varios aspectos de su vida. Por ejemplo, sobre su vida familiar o su energía. Decida qué satisfecho o insatisfecho está con cada aspecto de su vida y haga un círculo en el número que mejor indica cómo se siente sobre ello. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

G2 ¿Cuán satisfecho está con la calidad de su vida ?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

G3 En general, ¿cuán satisfecho está con su vida?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

G4 ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F2.3 ¿Cuán satisfecho está con la energía que tiene ?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F3.3 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F5.2 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de aprender información nueva?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F5.4 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad para tomar decisiones?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F6.3 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F6.4 ¿Cuán satisfecho está con sus capacidades?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F7.4 ¿Cuán satisfecho está con su físico?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F10.3 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F13.3 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F15.3 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F14.3 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de su familia?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F14.4 ¿Qué satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F13.4 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de proporcionar o dar apoyo a otros?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F16.4 ¿Cuán satisfecho está de su seguridad física?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F17.3 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F18.3 ¿Cuán satisfecho está con su situación económica?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F19.3 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F19.4 ¿Cuán satisfecho está con los servicios sociales?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F20.3 ¿Cuán satisfecho está con las oportunidades de adquirir habilidades nuevas?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F20.4 ¿Cuán satisfecho está con las oportunidades de aprender información nueva?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F21.4 ¿Cuán satisfecho está de la manera como usa su tiempo libre?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F22.3 ¿Cuán satisfecho está con su medio ambiente (ej., polución, clima, ruido, belleza)?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F22.4 ¿Cuán satisfecho está con el clima del lugar donde?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F23.3 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

F13.2 ¿Se siente feliz de su relación con los miembros de su familia?

Muy infeliz	Poco	Lo normal	Bastante feliz	Muy feliz
1	2	3	4	5

G1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

F15.1 ¿Cómo puntuaría su vida sexual?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

F3.1 ¿Cómo duerme?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

F5.1 ¿Cómo puntuaría su memoria?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

F19.2 ¿Cómo puntuaría la calidad de los servicios sociales a su disposición?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos, por ejemplo, el apoyo de su familia o amigos, o experiencias negativas tales como sentirse inseguro. Si usted no ha experimentado estos hechos en las dos últimas semanas, haga un círculo en la respuesta "Nunca". Si ha experimentado estos hechos decida la frecuencia y haga un círculo en el número apropiado. Así, por ejemplo, si ha tenido dolor continuamente en las dos últimas semanas, haga un círculo en el número de "Siempre". Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F1.1 ¿Con qué frecuencia sufre dolor físico?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

F4.2 ¿Generalmente se siente contento?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

F8.1 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier “trabajo” que realiza. Trabajo aquí significa cualquier actividad principal que usted realiza. Esto incluye trabajo voluntario, estudiante, cuidar de la casa, cuidar de los niños, trabajo remunerado, o trabajo no remunerado. Así trabajo, tal como aquí se utiliza, significa las actividades que usted siente que ocupan la mayor parte de su tiempo y energía. Las preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F12.1 ¿Es capaz de trabajar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F12.2 ¿Se siente capaz de realizar sus obligaciones?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F12.4 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

F12.3 ¿Cómo puntuaría su capacidad para trabajar?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a lo bien que ha sido capaz de moverse en su medio en las dos últimas semanas. Esto refiere a su capacidad física de movilizar su cuerpo de tal manera que le permita moverse y hacer las cosas que usted quiere, así como cosas que usted necesite.

F9.1 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F9.3 ¿Cuánto le molesta cualquier dificultad para moverse?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F9.4 ¿Hasta qué punto cualquier dificultad de movimiento afecta su manera de vivir?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F9.2 ¿Está satisfecho con su capacidad de desplazarse?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a sus **creencias personales**, y a la manera que afectan su calidad de vida. Estas preguntas versan sobre la religión, espiritualidad y otras creencias que pueda tener. De nuevo estas preguntas hacen referencia a las dos últimas semanas.

F24.1 ¿Sus creencias personales dan sentido a su vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F24.2 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F24.3 ¿Hasta qué punto sus creencias personales le dan fuerza para hacer frente a las dificultades?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

F24.4 ¿Hasta qué punto sus creencias personales le ayudan a entender las dificultades de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Anexo 5

De: "Ramona Lucas" <rlucas@envelliment.org>  Añadir a Libreta de contactos

Para: "Alicia Castanon Limon" <alposa_2000@yahoo.com>

Asunto: RE: Datos sociodemograficos

Fecha: Mon, 10 May 2004 10:17:11 +0200

Apreciada Alicia,
gracias por la información facilitada. Los datos pasarán a englobar un pool común de información.
Si en algún momento tuvieramos que hacer referencia a ellos, se le avisaría y se le citaría.
Un cordial saludo,

Dra. Ramona Lucas
Institut Català de l'Envel·liment
Sant Antoni Maria Claret 171
08041 Barcelona
Tel.: 34 93 433 50 69
Fax.: 34 93 433 50 06
rlucas@envelliment.org

Do You Yahoo!?

Todo lo que quieres saber de Estados Unidos, América Latina y el resto del Mundo.
Visita Yahoo! Noticias.

Se mostraron las imágenes/gráficos HTML de este mensaje. [Modificar preferencias - ¿Qué es esto?]



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
DIVISIÓN DE INFORMÁTICA MÉDICA Y DESARROLLO**

**CÉDULA DE REGISTRO PARA PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN**

No. DE REGISTRO* DEL PROYECTO: 2004100215

(* Este número será proporcionado por el Coordinador Delegacional de Investigación Médica una vez que el proyecto haya sido autorizado por el Comité Local de Investigación, Comisión de Investigación del Área de Gestión Médica Desconcentrada o la Comisión de Investigación Científica, según sea el caso)

(Nacionales y/o extranjeras): SI NO

Nombre de la institución No. 1: FACULTAD DE ENFERMERIA. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

Nombre de la institución No. 2: _____

Nombre de la institución No. 3: _____

07 RECURSOS ECONÓMICOS EXTRAINSTITUCIONALES OBTENIDOS PARA EL PROYECTO:

(Por ejemplo, de CONACYT, FUNSALUD, fundaciones extranjeras, industria farmacéutica, de la iniciativa privada u otros similares):

SÍ Especifique: _____

NO

08 DURACIÓN PREVISTA PARA EL PROYECTO:

FECHA DE INICIO

01 | 04

mes | año

FECHA DE TERMINACIÓN

12 | 04

mes | año

09 VINCULACIÓN CON LA DOCENCIA:

Indique si el proyecto corresponde a una tesis de: 3

(Seleccione el número: 1 = Licenciatura, 2 = Especialidad, 3 = Maestría, 4 = Doctorado, 5 = Diplomado, 6 = Ninguna)

FECHA DE LLENADO DE ESTA CÉDULA: MARZO 2004

FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: _____

(Para llenar por el Coordinador Delegacional de Investigación Médica):

RECEPCIÓN DE LA CÉDULA EN LA COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Fecha: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN

FPROYES-1/200

Anexo 7

Consentimiento Bajo información.

Querida Compañera:

Estoy realizando un estudio de investigación sobre la caracterización de los factores que influyen y determinan la calidad de vida de las enfermeras jubiladas en Aguascalientes.

Para ello es importante conocer como percibes tu vida en las ultimas dos semanas. Me gustaría contar con tu colaboración durante algunos minutos para responder un cuestionario, son varias preguntas sobre diferentes aspectos de tu vida: Salud física, vida emocional, relación con amigos y familia, medio ambiente y creencias.

Quisiera dejar claro que en esta investigación, la información recabada, será completamente confidencial y únicamente se utilizara para este fin. La divulgación de datos será anónima y en forma conjunta las respuesta del grupo.

Si estas de acuerdo en colaborar con este estudio te agradecería que firmes en la parte inferior .

Fecha ____ / ____ / 2004

Nombre del entrevistado _____

Firma _____

Nombre del entrevistador _____

Firma _____

Responsable de estudio
Lic. Enf. Alicia Castañón Limón
San Jorge #231
San Cayetano
Aguascalientes

Anexo No. 8

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO.
FACULTAD DE ENFERMERÍA

FOLIO No. _____

CUETIONARIO SOBRE FACTORES QUE DEFINEN Y DETERMINAN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS ENFERMERAS JUBILADAS

Objetivo:

- Conocer la calidad de vida de las enfermeras jubiladas.

Instrucciones:

- Contesta con toda claridad, sinceridad y franqueza como te sea posible
- No existe limite de tiempo, pero procura contestar en el menos tiempo posible
- Los datos aquí plasmados permanecerán en el anonimato y serán totalmente confidenciales.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Edad ____ Pareja: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nivel educativo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica S/secundaria <input type="checkbox"/> Técnica c/secundaria <input type="checkbox"/> Postbásico <input type="checkbox"/> Licenciatura	Trabaja Actualmente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> viuda	Tipo de pensión <input type="checkbox"/> Régimen anterior <input type="checkbox"/> Régimen nuevo

Comentario Final:

¡GRACIAS!

Anexo No. 9

Comentario final de las encuestas

- La etapa de jubilación es una etapa más de la vida de un ser humano que tiene la oportunidad de llegar a ella. Es muy satisfactorio disfrutar de esta, porque convivo con mi familia y la puedo atender. Aunque parezca incongruente las respuestas de las preguntas 25 y 65 realizadas con el dato sociodemográfico de no tener pareja, creo que estos aspectos de satisfacción salen sobrando, cuando tienes a Dios en tu vida ya a que el llena todas las áreas de tu vida.
- Estoy recibiendo Psicoterapia y espero mejorar mi situación anímica y física
- Me encanto la encuesta, así como externar lo feliz que estoy en esta etapa de mi vida
- Doy Gracias a Dios por tantas habilidades manuales que me dio. Por su ayuda para formar a mis hijos, que lograron la excelencia profesional. Por mi salud que respecto a mi edad y comparativa con otras, estoy bien.
- Mi calidad de vida siento que es de acuerdo a la edad u época en la que vivo y sobre todo a la situación general o sea en toda la sociedad del país.
- No importa la edad para ser feliz.
- Me siento feliz , por estar en casa disfrutando de la familia
- Me parecen las preguntas muy repetitivas
- Mi vida la disfruto como se va presentando
- Mientras pueda moverme y comer, disfrutar de poder disponer del tiempo que no teníamos y poder viajar y convivir más tiempo con la familia y amigos el estar viva y ser independiente, lo hace a uno sentirse bien y dar gracias a la Vida
- Gracias a Dios que me dio la oportunidad de ver a mi familia además de tener salud
- Me gusta la calidad de vida que tengo y vivo
- Gracias a mi institución formadora que fue el IMSS, esto me ha permitido seguir activa aun a pesar de mi edad
- Es un cuestionario que lo hace a uno meditar y analizar y mejorar su calidad de vida